

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.80 vom 7. April 2022**

SO Obergericht, 2022-04-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.80)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.80 du 7 avril 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.80 del 7 aprile 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 7. April 2022 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

1.3 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier aber Leistungen für ein Unfallereignis vom 19. Juli 2020 strittig sind, ist das neue Recht anwendbar.

### **E. 2**

2.1 Soweit das UVG 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).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C\_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder, dass der Versicherte etwa von Physiotherapie

profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.5 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

2.6 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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. 181).

2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie

er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

### **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 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\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet sowie in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch 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 S. 352). So darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden

Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3). Andererseits kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee 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 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).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 25. August 2021 den Fallabschluss vorgenommen und den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere Leistungen bzw. auf eine Rente verneint hat. Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

4.1 Am 28. Juli 2020 habe sich die Beschwerdeführerin bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, [...], zur manualtherapeutischen Kontrolle und Behandlung im Verlauf vorgestellt (vgl. MA S. 9). Es sei eine erneute manualtherapeutische Behandlung mit Nachkorrektur des Beckens und der BWS sowie gezieltem myofascialem Release im Bereich des Beckens (M. iliopsoas bds) und der paravertebralen Muskulatur der HWS erfolgt. Weiter sei auch ein myofasciales Release und Unwinding im Bereich des Schultergürtels erfolgt. Eine klinische Kontrolle sei in zwei bis drei Wochen geplant.

4.2 Am 12. August 2020 erfolgte die erneute Vorstellung bei Dr. med. G.\_\_\_\_ zur manualtherapeutischen Kontrolle und Behandlung (MA S. 2, 9). Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt fest, es sei am 18. Juli 2020 beim Parkieren des Motorrades zu einem Unfall und dadurch zu einer Distorsion des rechten Armes gekommen. Seither verspüre die Beschwerdeführerin Schmerzen bei Überkopfbewegungen. Es sei eine erneute manualtherapeutische Behandlung mit Nachkorrektur des Beckens und der BWS sowie gezieltem myofascialem Release im Bereich des rechtsseitigen Schultergürtels erfolgt. Die Beckenfunktion sei nach wie vor regelrecht, es sei nur noch geringe Sakrum-Torsion und keine funktionelle Beinlängendifferenz mehr nachweisbar. Im Verlauf habe sich eine erhebliche muskuläre Spannung im Bereich der cervikalen und thorakalen Rumpfmuskulatur sowie im Bereich der scapulo-thorakalen Muskulatur aufgebaut. Bezüglich des weiteren Prozederes hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, es werde eine Abklärung der Schulter mittels MRI veranlasst.

4.3 Die am 1. September 2020 durchgeführte MR Arthrographie der Schulter rechts (MA S. 4) wurde wie folgt beurteilt: Hochgradiger Verdacht auf transmuralen Defekt der Supraspinatussehne im anterioren Pfeiler, ohne Retraktion; Zerrung, DD Tendinose der langen Bizepssehne intraartikulär, keine Ruptur; keine Labrumläsion abgrenzbar; verminderte Distension des axillären Recessus sowie leicht verdickte Gelenkkapsel, DD im

Rahmen einer Kapsulitis.

4.4 Am 4. September 2020 kam es zur Besprechung der durchgeführten MRI-Untersuchung mit Dr. med. G.\_\_\_\_ (MA S. 1, 6, 8). Dr. med. G.\_\_\_\_ kam zum Schluss, aufgrund der nicht ganz eindeutigen Situation der Supraspinatussehne werde die Beschwerdeführerin zur Zweitmeinung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, [...], vorgestellt. Dies auf Wunsch der Beschwerdeführerin.

4.5 Im Bericht vom 14. Februar 2021 hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest (MA S. 13):

Traumatische Partialläsion der Rotatorenmanschette Schulter rechts

Die Beschwerdeführerin habe sich im Juli 2020 eine akute Schulterdistorsion / -zerrung rechts zugezogen, als ihr Motorrad umgestürzt sei und sie ruckartig dagegen gerissen habe, um das Motorrad aufzufangen. Seit diesem Ereignis bestünden Schmerzen an der rechten Schulter, verstärkt bei Überkopfbewegungen und auch nachts. Es sei eine Behandlung der Schulter in der Physiotherapie erfolgt, manualmedizinisch und auch in der Osteopathie. Es persistierten aber Restbeschwerden. In einer Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 1. September 2020 finde sich ein Einriss in der ventralen Supraspinatussehne mit Aufwerfung des bursaseitigen Sehnenplatzes und einer intertendinösen Ausdehnung des Risses. Da das Kontrastmittel auch in die Bursa fliesse, müsse von einer transmuralen Läsion ausgegangen werden. Die restlichen Sehnen seien intakt, wie auch die Bizepssehne. Klinisch finde sich ein schlanker Schultergürtel mit minimalem Hochstand der Schulter rechts. Es handle sich um eine Ruptur im Bereich der Supraspinatussehne, welche möglicherweise auch transmural vorliege, da Kontrastmittel in die Bursa ausfließe. Es erfolge eine intraartikuläre Testinfiltration mit Lokalanästhesie und Triamcort. Ein Besprechungstermin werde vereinbart. Bei Persistenz der Beschwerden müsse über eine Refixation der Sehne nachgedacht werden.

4.6 Im Bericht vom 4. August 2021 (MA S. 15) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_ die im Bericht vom 14. Februar 2021 (vgl. E. II. 4.5 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen. Weiter führte er aus, ein Jahr nach der Verletzung persistierten Restbeschwerden bei Belastungen, Überkopftätigkeiten und auch nachts. Die Beschwerdeführerin habe eine sehr gute Therapeutin und versuche den subakromialen Raum zu öffnen. Zudem werde die verspannte Muskulatur behandelt und die entzündete Bursa. Trotzdem kämen die Beschwerden immer wieder zurück und die Schulter sei nicht normal belastbar. Klinisch finde sich eine volle Beweglichkeit der Schulter. Es sei eine Verdickung und Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Bursa, der langen Bizepssehne und der ventralen Supraspinatussehne gegeben. Das Impingementzeichen sei positiv. Das MRI vom September 2020 werde nochmals beurteilt. Es finde sich ein Kontrastmittelübertritt in die Bursa als Hinweis auf eine transmurale Läsion der Supraspinatussehne. Die Beschwerden würden sich nicht beruhigen. Die Bildgebung werde nach einem Jahr im Hinblick auf eine operative Intervention wiederholt.

4.7 Die am 25. August 2021 durchgeführte MR Arthrographie der Schulter rechts wurde im Bericht vom 31. August 2021 wie folgt beurteilt (MA S. 21): 1. Supraspinatussehne mit durchgehender Ruptur am Fusspunkt der Ansatzzone im anterioren Drittel (sagittal 5 mm) und grösserem artikularseitigem Partialriss (mittleres und dorsales Drittel/sagittal 11 mm) mit Retraktion des artikularseitigen Sehnenstumpfes bis annähernd Mitte Humeruskopf:

PASTA-Läsion). 2. Durchgehende Ruptur auch der Infraspinatussehne im oberen Drittel anterior im Verflechtungsbereich mit der Supraspinatussehne. 3. Tendinose der langen Bizepssehne in der Übergangszone intraartikulär / Sulcus. 4. Akromion Typ 2 mit Ausziehung des Vorderrandes, zusätzlich Dezentrierung des Humeruskopfes nach kranial, dadurch wahrscheinlich subakromiales Impingement. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 1. September 2020 habe das Ausmass des Defektes der Supraspinatussehne deutlich zugenommen.

4.8 Dr. med. D.\_\_\_\_ legte in seinem Bericht vom 5. September 2021 (MA S. 23) dar, im MRI vom 25. August 2021 der rechten Schulter finde sich eine Grössenzunahme der Rotatorenmanschettenläsion. Es handle sich um eine transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne, welche bis in die Infraspinatussehne einstrahle. Die Sehne sei nicht retrahiert und zeige gute Qualität. Es liege keine muskuläre Atrophie vor. Die lange Bizepssehne sei verdickt. Im Vergleich zum MRI vor einem Jahr bestehe eine Progression der Sehnenläsion, welche die persistierenden Beschwerden gut erklären könne. Wie bereits vor einem Jahr, werde eine Arthroskopie und Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit gleichzeitiger Biceps-Tenodese vorgeschlagen, um eine Einheilung der Sehne an den Knochen zu ermöglichen. Im Prinzip sei die Beschwerdeführerin damit einverstanden, möchte sich aber noch mit dem Arbeitgeber über den idealen Zeitpunkt absprechen. Der postoperative Arbeitsausfall betrage ca. sechs Wochen. Die Unfallversicherung werde vorsorglich informiert, dass eine Operation anstehe, da sich die Beschwerden nicht beruhigen würden. Nach telefonischer Rücksprache mit der Beschwerdeführerin und Klärung der Situation mit dem Arbeitgeber könne die Operation erst im Januar 2022 erfolgen und solle so organisiert werden.

4.9 Im Rahmen der durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen ärztlichen Zweitbeurteilung hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, am 15. September 2021 zusammenfassend fest (MA S. 26), der Hergang des Ereignisses sei nicht geeignet, eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion verursachen zu können. Die Erstuntersuchung vom 12. August 2020 mit freier Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes spreche gegen einen kausalen Zusammenhang. Das MRI vom 1. September 2020 dokumentiere degenerative Veränderungen ohne nachweisbares Knochenmarködem. Das Kontroll-MRI vom 25. August 2021 beschreibe quasi einen unveränderten Status im Vergleich zum Vor-MRI vom 1. September 2020. Nach Kenntnis des MRI handle es sich um eine gelenkseitige Läsion der Supraspinatussehne, das bursale Blatt sei nicht rupturiert. Es liege ferner ein subacromiales Impingement vor. Die Supraspinatusläsion stehe nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 19. Juli 2020.

4.10 Gestützt auf die Zweitbeurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 15. September 2021 (KA S.25) in Aussicht, sie werde ab dem 26. August 2021 keine Leistungen mehr erbringen. Daraufhin nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 1. November 2021 Stellung zu dieser Entscheidung der Beschwerdegegnerin (MA S. 29). Er führte aus, der Vertrauensarzt komme nach Durchsicht der medizinischen Unterlagen zum Schluss, dass die Läsion der Rotatorenmanschette der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 19. Juli 2020 zurückgeführt werden könne. In der Begründung würden von einem fehlenden Stressödem am Knochen und von einer Impingement-Konfiguration gesprochen. Dies könne nicht so stehen gelassen werden, da diese Aussagen lediglich einen sehr kleinen Teil

des schriftlichen Befundes der beiden MRI-Untersuchungen willkürlich herausgreifen würden. Im Arthro-MRI vom 1. September 2020 werde von einem fehlenden Stressödem im AC-Gelenk gesprochen. Das AC-Gelenk stehe aber nicht im Fokus. Es werde ganz klar die transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne festgestellt mit Kontrastmittelübertritt in die Bursa, als Beweis für eine Sehnenläsion. Warum in der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin lediglich von einer Läsion der inneren Sehnenplatte gesprochen werde, sei nicht klar, da der Kontrastmittelübertritt in die Bursa beweisend sei für eine transmurale Läsion. Im Arthro-MRI vom 25. August 2021 werde die ausgeprägte Grössenzunahme der Sehnenläsion klar formuliert. Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin beschreibe die Sehnenläsion als gleich wie im vorherigen MRI. Zudem werde der Nebensatz hervorgehoben, dass es sich durch die Dezentrierung des Humeruskopfes um eine mögliche Impingementsituation handeln könnte. Dies sei klar, da die Grössenprogredienz der Sehnenruptur eine Dezentrierung des Humeruskopfes bewirke und dieser etwas höher stehe. Das unfallähnliche Ereignis vom 19. Juli 2020 sei bekannt. Durch das abrupte Hochreissen des umstürzenden Motorrads komme es in der Schulter zu einer akuten, exzentrischen Belastung der Rotatorenmanschette und dies könne sehr wohl zu einer Sehnenruptur führen. Das Arthro-MRI sei bereits sechs Wochen nach dem Unfallereignis angefertigt worden, da die Beschwerdeführerin vor diesem Ereignis keinerlei Schulterbeschwerden und seit diesem Ereignis massive Beschwerden gehabt habe. Bereits im Arthro-MRI vom 1. September 2020 werde die Sehnenläsion mit dem Kontrastmittelübertritt in die Bursa (Ausdruck der transmuralen Läsion) beschrieben. Massive degenerative Veränderungen bestünden nicht und auch keine anderen Erklärungen für die Schulterschmerzen. Somit sei davon auszugehen, dass dieses Ereignis zur Verletzung der Sehne geführt habe. Die Beschwerdeführerin habe, wenn immer möglich, eine operative Intervention vermeiden wollen, weshalb die konservative Therapie mit Infiltrationen, Physiotherapie, Schulterzentrierung und Anpassung der Belastung über eine längere Zeit erfolgt sei. Es sei tatsächlich so, dass kleine Sehnenläsionen sich beruhigen könnten, die Ruptur aber heile nicht. Leider sei eine Beruhigung der Schmerzsituation an der rechten Schulter nicht eingetreten, sodass ein Jahr nach Unfallereignis das Arthro-MRI wiederholt worden sei. Es bestehe eine Grössenprogredienz der Sehnenläsion, wie dies auch vom Radiologen klar beschrieben werde und in den Bildern eindeutig zu sehen sei. Erneut sei nicht klar, wie die Beschwerdegegnerin behaupten könne, die Situation sei gleichgeblieben. Der Entschluss zur Operation der rechten Schulter ein Jahr nach Unfallereignis sei aufgrund der persistierenden Schmerzen und fehlenden Kraft für Überkopftätigkeiten gefällt worden. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin den Fall ab dem 25. August 2021 einstelle, nachdem sie den Fall initial anerkannt habe und für sämtliche medizinischen Behandlungen aufgekommen sei. Bei der Beschwerdeführerin fänden sich keine ausgeprägten degenerativen Veränderungen oder ein degenerativer Vorzustand, welche eine solche Vorgehensweise rechtfertigen würden. Er bitte die Beschwerdegegnerin, den Fall nochmals zu überprüfen.

4.11 Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, [...], sowie Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 45 f.) eine medizinische Aktenbeurteilung ein, die am 11. November 2021 erstattet wurde (MA S. 37). Dr. med. C.\_\_\_\_ führte aus, es gehe aus den Akten zweifelsfrei hervor, dass die Beschwerdeführerin wegen unfall- bzw. ereignisfremden Beschwerden bei Dr. med. G.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen sei. Zusammenfassend hielt er fest, dass ein in letzter Konsequenz unklares Ereignis zunächst einige Wochen lang nicht erwähnt, aber nachträglich geltend

gemacht werde, ohne dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein ereigniskausaler Schaden an der rechten Schulter objektivierbar sei. Dass ein asymptomatischer Vorzustand zwar vorübergehend aktiviert bzw. erstmalig symptomatisch geworden sein könnte oder, weder klinisch noch bildgebend nachweisbare Verletzungen in schmerzinnervierten Weichteilen (sogenannte Mikroverletzungen) eingetreten sein könnten, wäre, aber nur wenn der Ereignisablauf schlüssig wäre (was er in casu keinesfalls sei), durchaus möglich. Der genaue respektive unmittelbare objektive Vorzustand («ex ante») sei weder bekannt noch könne dieser konklusiv überprüft oder bewiesen werden (gelte nota bene auch für den subjektiven Vorzustand, der ausserdem, mindestens teilweise, aktenkundig sei; 28. Juli 2020). Nichtsdestotrotz sei das altersgerechte Fortschreiten der degenerativen Veränderungen in der rechten Schulter dokumentiert und das Definieren eines Status quo sine per 25. August 2021 (1. November 2021) scheine aus der orthopädisch-traumatologischen Retrospektive gerechtfertigt (nota bene bei strenger Anwendung in Bezug auf das Heilen von Mikroverletzungen oder Ausheilen einer Aktivierung wäre sogar eine frühere Terminierung möglich gewesen).

4.12 In seiner Stellungnahme zu den Schulterbeschwerden vom 9. Mai 2022 führte der behandelnde Arzt Dr. med. G. \_\_\_ aus (MA S. 138), das myofasciale Release und Unwinding im Bereich des Schultergürtels sei eine Behandlung, die auf eine Spannungsreduktion der Schultergürtelmuskulatur abziele. Diese osteopathische Behandlungstechnik werde entsprechend der Wahrnehmung des Therapeuten und der Empfindung des Patienten während der Behandlung individuell angepasst und könne mit sehr unterschiedlicher Intensität durchgeführt werden. Die Beschwerdezunahme im Verlauf weise auf eine zunehmende funktionelle Dekompensation der Schulter nach dem Unfall hin. Das müsse sicherlich auch im Kontext der im MRI dargestellten vorbestehenden Veränderungen des Schultergelenkes bewertet werden.

4.13 In seiner im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 7. Juni 2022 (MA S. 140) führte Dr. med. D. \_\_\_ aus, zum Fall der Beschwerdeführerin habe er versucht, alles sorgfältig zu dokumentieren und auch zu begründen, warum er der Ansicht sei, dass es sich um eine Unfallfolge handle. Die Beschwerdeführerin habe sich durch das Ereignis vom 19. Juli 2020 eine Schulterverletzung zugezogen. Das Ereignis könne sehr wohl einen Riss der Supraspinatussehne verursachen (akute Distraction des Arms durch den Sturz des Motorrads mit einer reflektorischen Anspannung der Muskulatur). Das Ereignis habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu der Verletzung der Sehne geführt. Seit diesem Ereignis habe sie Schmerzen gehabt, welche initial für eine Zerrung gehalten worden seien. Im Arthro-MRI zeige sich dann eine Ruptur der Sehne, welche im Verlauf an Grösse zugenommen habe. Damals sei der Unfall von der Beschwerdegegnerin akzeptiert worden. Darum sei es umso unerklärlicher, warum sie im Verlauf der Behandlung die Unfallfolgen nicht mehr habe übernehmen wollen. Für die medizinische Behandlung spiele dies aber keine Rolle und seine Behandlung ändere sich dadurch nicht. Initial sei eine konservative Therapie versucht worden. Aufgrund der persistierenden Beschwerden sei die Beschwerdeführerin letztendlich operiert worden. Der Eingriff habe gut durchgeführt werden können und die Beschwerdeführerin absolviere im Moment das Rehabilitationsprogramm. Sie sei im Zeitplan und mache gute Fortschritte. Dies scheine ihm wesentlich zu sein. Die Argumente des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin seien nicht logisch, aber naheliegend und er verstehe seine Motivation, eine solche Stellungnahme zu schreiben, sehr wohl. Somit bleibe er bei seiner Meinung. Die Ruptur der

Rotatorenmanschette bei der Beschwerdeführerin lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 19. Juli 2020 zurückführen.

4.14 Aufgrund der Akten war der Ereignisgang unklar. Zur diesbezüglichen Klärung wurde deshalb am 22. August 2023 vor der Präsidentin des Versicherungsgerichts eine Instruktionsverhandlung mit der Befragung der Beschwerdeführerin sowie der Befragung von Herrn E. \_\_\_\_, Partner der Beschwerdeführerin, als Zeugen durchgeführt (vgl. Protokoll der Partei- und Zeugenbefragung vom 22. August 2023, A.S. 92 ff.). Aus diesen Aussagen geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 19. Juli 2020 zusammen mit dem Zeugen von einer Motorradfahrt nach Hause zurückgekehrt ist. Der Zeuge sei als erster die steile Garageneinfahrt hinuntergefahren, habe das Garagentor geöffnet und sein Motorrad hineingestellt. Danach habe er der Beschwerdeführerin gerufen, dass sie kommen könne. Sie sei müde und abgelenkt gewesen. Die Nachbarskinder hätten mit dem Ball gespielt. So sei die Beschwerdeführerin dann runtergefahren und habe an der Schwelle (ca. 2 bis 4 cm) bei der Garageneinfahrt aus unerklärlichen Gründen zu stark mit der Vorderbremse abgebremst, so dass es ihr an dieser Schwelle das Rad «verschlagen» habe. Das ca. 350 kg schwere Motorrad sei mit voller Wucht nach links gekippt und sie habe sich das Bein zwischen dem Garagenpfosten und dem Motorrad eingeklemmt. Reflexartig habe sie versucht, mit beiden Händen das Motorrad aufzurichten, dann habe sie einen Stich in der rechten Schulter gespürt. Auf diese im Wesentlichen übereinstimmenden Aussagen, welche nach Ermahnung zur Wahrheit erfolgten, kann grundsätzlich abgestellt werden. Sie vermitteln ein nachvollziehbares und stimmiges Bild des Geschehens.

5. Das Versicherungsgericht hat gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn es im Rahmen der Beweismwürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 200 E. 4.4.1.4). Vorliegend sah das Versicherungsgericht die Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens darin begründet, dass die ärztliche Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_ vom 11. November 2021 (vgl. E. II. 4.11 hiervor), auf die sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid hauptsächlich stützte, nicht hinreichend beweiskräftig war, um die Unfallkausalität der bei der Beschwerdeführerin erhobenen Befunde auszuschliessen. Mit den Berichten der behandelnden Ärzte Dr. med. G. \_\_\_\_ und Dr. med. D. \_\_\_\_ lagen konkrete Einwände vor, die geeignet waren, Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des Vertrauensarztes zu wecken, weshalb ■ im Umkehrschluss ■ nicht mehr von einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt gesprochen werden kann, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lassen konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_373/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3. mit Hinweisen). So führte Dr. med. C. \_\_\_\_ zur Begründung aus, die Beschwerdeführerin sei zweifelsfrei wegen unfall- bzw. ereignisfremden Beschwerden bei Dr. med. G. \_\_\_\_ in Behandlung gewesen. Anlässlich der Untersuchung bzw. Behandlung am 28. Juli 2020 (nur gerade neun Tage nach dem geltend gemachten Ereignis) habe die Beschwerdeführerin nichts von diesem Ereignis erwähnt, weshalb die Möglichkeit, dass dies auch aus orthopädisch-traumatologischer Sicht der Fall gewesen sein könnte, kaum je gegeben sei. Ferner sei am 28. Juli 2020 ausserdem eine Behandlung im Schultergürtel erfolgt (myofaszialer Release des Schultergürtels) was belege, dass die ab dem 12. August 2020 geltend gemachten Beschwerden noch nicht vorgelegen haben konnten, weil kein auslösender Mechanismus oder eine auffällige

Asymmetrie der Beschwerden erkannt oder darüber berichtet worden sei (MA S. 33). Der behandelnde Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ hat hingegen dargelegt, dass das myofasciale Release und Unwinding im Bereich des Schultergürtels eine Behandlung sei, die auf eine Spannungsreduktion der Schultergürtelmuskulatur abziele. Diese Behandlungstechnik werde entsprechend der Wahrnehmung des Therapeuten und der Empfindung des Patienten während der Behandlung individuell angepasst und könne mit sehr unterschiedlicher Intensität durchgeführt werden (vgl. E. II. 4.12 hiervor). Ferner führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, es bleibe auch unklar, wie sich das Ereignis abgespielt habe (Motorrad gegen oder von der Beschwerdeführerin weggestürzt/gekippt), was ereignismechanisch bzw. medizinisch-theoretisch wegen der Richtung der Krafteinwirkung relevant sei. Dies bleibe in casu aber wegen der hier zu diskutierenden Problematik am Supraspinatus irrelevant (MA S. 32). Gleichzeitig hielt er fest, dass ein asymptomatischer Vorzustand zwar vorübergehend aktiviert bzw. erstmalig symptomatisch geworden sein könnte oder weder klinisch noch bildgebend nachweisbare Verletzungen in schmerzzinnervierten Weichteilen (sogenannte Mikroverletzungen) eingetreten sein könnten, was aber nur möglich wäre, wenn der Ereignisablauf schlüssig wäre (was er in casu keinesfalls sei) (MA S. 31). Dr. med. D.\_\_\_\_ hingegen vertrat die Meinung, dass es durch das abrupte Hochreißen des umstürzenden Motorrads in der Schulter zu einer akuten, exzentrischen Belastung der Rotatorenmanschette gekommen sei und dies sehr wohl zu einer Sehnenruptur führen könne (MA S. 28). Sodann hat Dr. med. C.\_\_\_\_ dem Argument von Dr. med. D.\_\_\_\_ betreffend der Partial- versus Transmuralläsion insoweit zugestimmt, als er festhielt, dass zwar die anteriore Imbibierung der Supraspinatussehne durch das Kontrastmittel eine ebendortige artikulareseitige Läsion wahrscheinlich mache und der Übertritt von Kontrastmittel in die Bursa auf eine transmurale letztendlich aber nur einer maximal partiellen, bursaseitigen, fissuralen Läsion entspreche. Gleichzeitig hielt er fest, letztendlich sei aber die Rückdatierung nicht gestattet bzw. der Auslösezeitpunkt für diese Läsion bleibe unklar. Ergänzend führte er aus, es fehlten auch signifikante pathogonische perifokale Signalstörungen in den Weichteilen, was sechs Wochen nach dem Ereignis einer «conditio sine qua non» entspreche. In dieser Hinsicht widerspricht er sodann der Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_, dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin (vgl. MA S. 26): Dass ein fehlendes Knochenmarködem hier kein adäquates Argument zur Kausalitätsbeurteilung darstelle, verstehe sich, selbst beim letztendlich unklaren Ereignisablauf, von selbst (MA. S. 31). Weiter lässt sich der Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. G.\_\_\_\_ entnehmen, dass die Beschwerdezunahme im Verlauf auf eine zunehmende funktionelle Dekompensation der Schulter nach dem Unfall hinweise. Das müsse sicherlich auch im Kontext der im MRI dargestellten vorbestehenden Veränderungen des Schultergelenkes bewertet werden (MA S. 4). Dies entspricht zwar der Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_, wonach vorliegend von vorbestehenden Veränderungen auszugehen ist. Hiermit kann aber nicht auf die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ abgestellt werden, um die Kausalität der bestehenden Beschwerden zum Unfallereignis zu verneinen. Denn diese Aussage von Dr. med. G.\_\_\_\_ ruft auch gewisse Zweifel an derjenigen von Dr. med. C.\_\_\_\_ hervor, wonach es für einen derartigen «posttraumatischen Zustand» atypisch und / respektive mit somatischen Befunden nicht erklärbar sei, wenn diese ereigniskausal geltend gemachten Schmerzen nicht nachliessen, was der Normalität im Verlauf der immer eintretenden Heilung entspreche, nota bene erfolge eine Heilung auch bei einem Vorzustand, unabhängig davon, ob dieser vorher symptomatisch gewesen sei oder nicht sowie derjenigen Aussage, wonach ein persistierender und / oder therapierefraktärer

Schmerzverlauf überwiegend wahrscheinlich auf eine nichttraumatische Ätiologie zurückzuführen sei (MA S. 33). Nach dem Dargelegten erwies sich der Sachverhalt damit als unzureichend abgeklärt. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens war somit notwendig und gerechtfertigt.

## 5.1

5.1.1 Das Versicherungsgericht erteilte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierter Gutachter SIM, den Auftrag, ein monodisziplinäres orthopädisch-traumatologisches Gutachten über die Beschwerdeführerin zu erstellen. Dr. med. F.\_\_\_\_ reichte am 4. April 2024 sein Gutachten ein (A.S. 122 ff.). Zur Klärung der Frage, ob es sich beim Gutachten um eine verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlage handelt, gilt es im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen:

5.1.2 Im Gutachten vom 4. April 2024 werden von Dr. med. F.\_\_\_\_ folgende Diagnosen gestellt:

Gestützt auf die medizinischen Vorakten und die eigene Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin am 16. Januar 2024 werden die Diagnosen von Dr. med. F.\_\_\_\_ eingehend und nachvollziehbar erläutert (A.S. 136 ff.): Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen sei ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin am 28. Juli 2020 zur Behandlung bei ihrem Orthopäden Dr. med. G.\_\_\_\_, [...], routinemässig zur osteopathischen respektive manualtherapeutischen Behandlung bezüglich einer muskulären Dysfunktion des lumbopelvinen, thorakalen und zervikalen Bereiches vorgestellt habe. Den von Dr. med. G.\_\_\_\_ vorgelegten Akten sei wiederum zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits seit längerer Zeit manualtherapeutisch wegen einer deutlichen Beckenverwringung mit Sakrumtorsion und begleitender Dysfunktion des rechtsseitigen Iliosakralgelenkes in Behandlung gestanden habe. Der Orthopäde habe in ausführlicher Weise die bei der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt vorliegenden muskulären Verspannungen im Bereich des Beckens und der paravertebralen Muskulatur der Brust- und Halswirbelsäule sowie des Schultergürtels und allfälligen Beschwerden bei Muskelhartspann des Musculus psoas rechts, des Oberschenkels und der Hamstrings sowie konsekutiven Verspannungen der paravertebralen Muskulatur dokumentiert. In diesem ausführlichen Aktendokument finde ein neun Tage zuvor erlittenes Unfallereignis respektive allfällige schmerzhaft funktionseinschränkungen des rechten Schultergelenkes keine Erwähnung. Die später vom Operateur behaupteten massiven Schmerzen des rechten Schultergelenkes könnten angesichts dieser Akteneinträge nicht nachvollzogen werden. Zwei Wochen später habe die Beschwerdeführerin mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 12. August 2020 ein Unfallereignis vom 19. Juli 2020 geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin habe sich am selben Tag des 12. August 2020 erneut in der Praxis von Dr. med. G.\_\_\_\_ vorgestellt, der in seinen Unterlagen nunmehr das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Unfallereignis bestätigt und ausgeführt habe, die Beschwerdeführerin habe sich beim Parkieren ihres Motorrades eine Distorsion des rechten Armes zugezogen und beklage seither Schmerzen bei Überkopfbewegungen (A.S. 137). Aus den weiteren Eintragungen sei ersichtlich, dass der bezüglich Schulteruntersuchungen erfahrene Orthopäde alle gängigen Funktionstests bezüglich der Rotatorenmanschette und Impingement durchgeführt habe. Alle Anteile der Rotatorenmanschetten hätten stabile Kraftverhältnisse und unauffällige Funktionstests bezüglich der Supraspinatussehne, Infraspinatussehne und Subskapularisehne aufgewiesen. Hinsichtlich des AC-Gelenkes

habe Dr. med. G.\_\_\_\_ eine deutliche Druckdolenz, beim Impingement-Test ein deutlich positives Neer-Phänomen und einen positiven O'Brien-Test als Hinweis für eine mögliche Verletzung des Labrum-Bizepsankerkomplexes beschrieben. Auch die Austestung der Bizepssehne habe Dr. med. G.\_\_\_\_ als unauffällig dokumentiert. Aus der von ihm durchgeführten Untersuchung habe der Orthopäde bei uneingeschränkter Beweglichkeit und ohne Hinweis auf eine Schädigung der Rotatorenmanschette die Verdachtsdiagnose einer möglichen Schädigung des Superioren Labrum-Bizepsanker-Komplexes (SLAP-Läsion) abgeleitet und habe die Durchführung einer Arthro-Kernspintomographie des rechten Schultergelenkes veranlasst. Hierzu führt der Experte aus, dass in diesem Zusammenhang nicht betont werden müsse, dass bei der Kausalitätsbeurteilung von Schultergelenken insbesondere den Erstuntersuchungsbefunden entscheidende Bedeutung zukomme. Insofern erstaune die Tatsache, dass in den späteren versicherungsmedizinischen Beurteilungen verschiedener involvierter Ärzte die Erstbefunde kaum entsprechend gewürdigt noch in abwägender Weise thematisiert worden seien. Nur der für die Beschwerdegegnerin tätige Orthopäde Dr. med. H.\_\_\_\_ habe in seiner Stellungnahme im Herbst 2021 auf die vollkommen unauffälligen klinischen Erstbefunde verwiesen. Der in der Folgezeit sieben Monate später involvierte Dr. med. D.\_\_\_\_ sei dagegen in keiner seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahmen auf die am 12. August 2020 erhobenen klinischen Befunde eingegangen. Auch die von Dr. med. D.\_\_\_\_ postulierten «massiven Schulterbeschwerden nach dem Ereignis vom 19. Juli 2020» seien angesichts der Aktennotizen von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2020 und 12. August 2020 in keiner Weise nachvollziehbar.

Auf den am 1. September 2020 fünfeinhalb Wochen nach dem geltend gemachten Ereignis gefertigten kernspintomographischen Bildern des rechten Schultergelenkes habe sich ein insgesamt weitgehend unauffälliger Befund des rechten Schultergelenkes dargestellt. Es hätten sich keine Signalsteigerungen gezeigt, welche auf eine relevante Gewalteinwirkung bezüglich des rechten Schultergelenkes fünfeinhalb Wochen zuvor hinweisen würden. So habe sich der Weichteilmuskelmantel ohne Signalsteigerungen als Zeichen für Kollateralschäden im Bereich der das Schultergelenk stabilisierenden Deltamuskulatur dargestellt. Das vordere, obere und hintere Labrum hätten physiologische Befunde ohne Hinweise für eine Unterminierung des Bizepsankers durch Kontrastmittel aufgewiesen. Die Sehnen des Infraspinatus und Subskapularis hätten sich wie auch das AC- und Glenohumeralgelenk und die glenohumeralen Bänder als unauffällig erwiesen. Als einzig ins Auge stechender Befund hätten sich Signalsteigerungen des vorderen Pfeilers der ansatznahen Supraspinatussehne im Bereich der vulnerablen Crescent-Zone mit intratendinösen Ausläufern in den intermediären Bereich bei angedeutet kolbiger Auftreibung und Verdickung des Sehnenansatzes dargestellt. Eine Delamination des Supraspinatussehnenansatzes im Bereich des Fusspunktes (Footprints) sei ebenso wenig wie eine Retraktion der Sehne zu erkennen gewesen. Es hätten sich eine vom Kontrastmittel bedingte gelenkseitige flauere Imbibierung der ansatznahen Supraspinatussehne und ein geringfügiger Anteil des vom Radiologen intraartikulär eingebrachten Kontrastmittels im Bereich des leicht entzündlich veränderten Schleimbeutelkomplexes im Subacromialraum gezeigt. Zusätzlich habe sich eine deutliche Anreicherung von Kontrastmittel im Bereich des Rotatorenintervalles gezeigt, was auf eine mögliche iatrogene Fehlplatzierung von Kontrastmittel in den Subacromialraum hinweisen könnte. Als weitere Befunde hätten sich eine leichte Dezentrierung des Humeruskopfes in kraniale Richtung und ein laterales Downslope der Akromionspitze Typ Bigliani II prädisponierend für ein subakromiales

Impingement dargestellt. Der zuständige Radiologe habe die Veränderungen des Ansatzes der Supraspinatussehne als dringend verdächtig für eine ansatznahe transmurale Läsion beurteilt, habe aber wiederum ausgeführt, eine Retraktion oder eindeutige Delamination der Supraspinatussehne vom Footprint könne nicht bestätigt werden. Der Abgleich der T1-gewichteten und flüssigkeitssensiblen T2-gewichteten Sequenzen zeige einen unauffälligen, über die gesamte Breite der Sehne am Fusspunkt stabil fixierten, nicht abgelösten oder retrahierten Sehnenansatz und korreliere mit den unauffälligen klinischen Erstuntersuchungsbefunden knapp drei Wochen zuvor. Unter Berücksichtigung der zwei Wochen zuvor dokumentierten freien Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes in allen Bewegungsebenen, unauffälligen Funktionstests bezüglich der Supraspinatussehne und dem späteren Behandlungsverlauf könne der Diagnose eines «hochgradigen Verdachts auf eine transmurale Läsion der Supraspinatussehne» des Radiologen nicht gefolgt werden. Die ansatznahen Veränderungen der Supraspinatussehne würden vielmehr als verschleiss- respektive abnutzungsbedingte Texturstörung im Sinne einer chronisch-entzündlichen Tendinopathie beurteilt. Bei fehlendem Nachweis einer Delamination des Supraspinatussehnenansatzes im anterioren Anteil werde auch unter gleichzeitig sichtbarer Imbibierung des Rotatorenintervalles nach der Punktion und Applikation des Kontrastmittels von vorne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen, dass das im Subakromialraum befindliche Kontrastmittel nicht einer transmuralen Schädigung, sondern vielmehr einer iatrogen bedingten Fehlplatzierung von Kontrastmittel in den subacromialen Raum geschuldet gewesen sei. Ausgehend von den klinischen Ergebnissen der Konsultation der Beschwerdeführerin am 12. August 2020 mit Nachweis einer ungestörten Funktion aller Rotatorenmanschettenanteile und eines in allen Bewegungsebenen frei beweglichen rechten Schultergelenkes mit ausschliesslich Schmerzen bei Überkopfbewegungen sei auch unter Kenntnis der kernspintomographischen Bilder vom 1. September 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es im Rahmen des geltend gemachten Ereignisses vom 19. Juli 2020 nicht zu einer strukturellen Verletzung der Supraspinatussehne gekommen sei (A.S. 138 ff.). Vielmehr würden sowohl der von Dr. med. G. \_\_\_ am 12. August 2020 festgestellte positive Funktionstest nach Neer und die von der Beschwerdeführerin ausschliesslich für Überkopfbewegungen angegebene Schmerzen für eine Entzündung des subacromialen Schleimbeutelkomplexes respektive ein subacromiales Impingementsyndrom sprechen.

Aus den weiteren Aktennotizen des Orthopäden sei ersichtlich, dass die am 7. September 2020 durchgeführte Infiltration des rechten Schultergelenkes einen durchschlagenden Erfolg bewirkt habe. Die von Dr. med. G. \_\_\_ am 30. November 2020 vorgelegten Akteneinträge mit Nachweis einer vollständigen Rückbildung der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerdesymptomatik hinsichtlich des rechten Schultergelenkes spreche retrospektiv gesehen dafür, dass es durch das geltend gemachte Ereignis vom 19. Juli 2020 zu einer vorübergehenden Aktivierung eines subacromialen Impingementsyndroms bei bis zu diesem Zeitpunkt klinisch asymptomatischer chronisch-tendinopathischer Ansatzkrankung der Supraspinatussehne gekommen sei. Der durchschlagende Erfolg nach subacromialer Injektion mit Kortison sei quasi beweisend für ein subacromiales Impingement und spreche zum einen dafür, dass die zeitlich vorübergehende Aktivierung eines unfallunabhängigen Vorzustandes spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation der Beschwerdeführerin am 30. November 2020 beendet und der Status quo sine spätestens zu diesem Zeitpunkt eingetreten gewesen sei. Die von Dr. med. G. \_\_\_ avisierte und von der Beschwerdeführerin gewünschte Vorstellung beim

Orthopäden Dr. med. D.\_\_\_\_ sei angesichts der nach der Injektion erlangten Schmerzfreiheit verschoben worden (A.S. 140).

Die von der Beschwerdeführerin beklagte Beschwerdesymptomatik habe sich Anfang des Jahres 2021 erneut verstärkt und die Beschwerdeführerin habe sich am 11. Februar 2021 beim Orthopäden Dr. med. D.\_\_\_\_ vorgestellt. Ohne Bezug auf die klinischen Erstbefunde und eine monatelange absente klinische Brückensymptomatik habe Dr. med. D.\_\_\_\_ konstatiert, die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden seien einer partiellen ansatznahen Schädigung im Bereich der Supraspinatussehne als Folge des geltend gemachten Ereignisses vom 19. Juli 2023 (recte: 2020) geschuldet. Er habe weiter ausgeführt, die sich am 1. September 2020 darstellende Veränderung der Supraspinatussehne sei möglicherweise einer transmuralen Läsion geschuldet, da Kontrastmittel in die Bursa abgeflossen sei. Angesichts dieser Formulierung im Konsultationsbericht sei davon auszugehen, dass sich der Orthopäde auch unter Kenntnis des bisherigen Behandlungsverlaufes bezüglich eines kausalen Zusammenhanges der Beschwerden nicht ganz sicher gewesen sei und die von Dr. med. G.\_\_\_\_ begonnene Injektionstherapie von Lokalanästhetika und Cortison fortgesetzt habe. Auf den von Dr. med. D.\_\_\_\_ veranlassten kernspintomographischen Bildern des rechten Schultergelenkes vom 25. August 2021 hätten sich neben einer Ablösung des Supraspinatussehnenansatzes vom Footprint im vorderen Drittel im Sinne einer transmuralen Läsion mit deutlichem Abfluss von Kontrastmittel in den Subakromialraum eine ausgeprägte, grossflächige Defektzone im zentralen Drittel des gelenkseitigen Anteiles der Supraspinatussehne dargestellt, welche etwa 70 % des Sehnendurchmessers betroffen habe und seitens der Radiologen als PASTA-Läsion respektive degenerative Läsion beurteilt worden sei. Die gelenkseitige innere Schicht der Supraspinatussehne habe sich um etwa 2.5 cm bis Mitte des Oberarmkopfes retrahiert gezeigt, der zentrale Ansatz der Supraspinatussehne sei wie auch der bursaseitige Ansatz am Fusspunkt erhalten gewesen. Die minimale Retraktion der Supraspinatussehne im vorderen Anteil von etwa 3 bis 5 mm habe überwiegend wahrscheinlich für eine neu aufgetretene transmurale Läsion gesprochen und nicht für eine mehr als ein Jahr alte Ablösung der Supraspinatussehne. Auch unter Berücksichtigung der ausgeprägten, gemäss Lehrmeinung eindeutig als degenerativ zu beurteilenden, PASTA-Läsion der Supraspinatussehne im mittleren zentralen Drittel sei auch die transmurale Schädigung im vorderen Pfeiler der Supraspinatussehne überwiegend wahrscheinlich einer verschleissbedingten Texturstörung der Supraspinatussehne zuzuordnen. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe angesichts der nunmehr sichtbaren transmuralen Läsion des vorderen Drittels der Supraspinatussehne die Indikation für eine arthroskopische Rekonstruktion der Sehne gestellt, welche weitere vier Monate später am 14. Januar 2022 durchgeführt worden sei.

Im Rahmen der operativen Versorgung sei neben einer Anker-Refixation der deutlich degenerativ ausgedünnten Supraspinatussehne eine subakromiale Dekompression des Subakromialraumes mit erweiternder Akromioplastik und Bursektomie durchgeführt worden. Auf den kernspintomographischen Bildern einer weiteren postoperativen kernspintomographischen Befundkontrolle habe sich ein straffer Verlauf der am 14. Januar 2022 refixierten Supraspinatussehne mit einer erheblichen Ausdünnung der Sehnenstruktur um etwa 50 % des ursprünglichen Sehnendurchmessers gezeigt. Aus den kernspintomographischen Bildern habe sich als konsekutive Folge der geschwächten und rekonstruierten Supraspinatussehne eine zunehmende Dezentrierung und Kranialisierung

des Oberarmkopfes mit Verstärkung eines funktionellen Impingements bei nachlassender depressorischer Funktion der refixierten und geschwächten Supraspinatussehne und konsekutiver Mehrbelastung der Bizepssehne gezeigt. Die von der Beschwerdeführerin auch im postoperativen Verlauf beklagten Beschwerden würden somit überwiegend wahrscheinlich als Zeichen einer Dekompensation mit Schwächung der depressorischen Funktion der Rotatorenmanschette und der depressorisch die Rotatorenmanschette unterstützenden Bizepssehne beurteilt. Der versicherungsmedizinischen Argumentation des Operateurs Dr. med. D.\_\_\_\_, es handle sich um eine unfallkausale Schädigung des Supraspinatussehnenansatzes, könne nicht gefolgt werden. Dr. med. D.\_\_\_\_ gründe seine Beurteilung einzig auf der Tatsache, dass Kontrastmittel im Subacromialraum zu erkennen sei, ohne die Möglichkeit einer iatrogenen Fehlplatzierung in Betracht zu ziehen. Die entscheidenden klinischen Erstuntersuchungsbefunde wie auch die Rückbildung der Beschwerdesymptomatik nach subacromialer Infiltration, beweisend für ein Impingement und Ursache für die beklagten Überkopfschmerzen, lasse der Orthopäde unkommentiert. Die Angaben massiver Schmerzen der Beschwerdeführerin direkt nach dem geltend gemachten Ereignis seien nicht nachvollziehbar (A.S. 141 f.).

5.1.2 Zusammenfassend legte der Experte dar, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass das geltend gemachte Ereignis vom 19. Juli 2020 ausschliesslich zu einer vorübergehenden Aktivierung des vorbestehenden Impingements bei Ansatzendinopathie des vorderen Supraspinatussehnenpfelers geführt habe. Als Folge des geltend gemachten Ereignisses vom 19. Juli 2020 sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer strukturellen Verletzung der Supraspinatussehne gekommen. Der natürliche Kausalzusammenhang der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden mit dem Ereignis vom 19. Juli 2020 sei überwiegend wahrscheinlich spätestens zum Zeitpunkt der von Dr. med. G.\_\_\_\_ anlässlich der Konsultation am 30. November 2020 dokumentierten vollständigen Rückbildung der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerdesymptomatik erloschen gewesen. Somit sei vom Erreichen des Status quo sine spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation der Beschwerdeführerin bei Dr. med. G.\_\_\_\_ am 30. November 2020 auszugehen. Die am 14. Januar 2022 durchgeführte arthroskopische Rekonstruktionsoperation der Supraspinatussehne habe keine Folgen des geltend gemachten Unfallereignisses vom 19. Juli 2020 adressiert, sondern sei ausschliesslich der Symptomatik einer ereignisunabhängig vorbestehenden Impingementsymptomatik bei tendinopathischer Texturstörung der ansatznahen Supraspinatussehne mit langsam fortschreitender Degeneration der gesamten Sehnenstruktur geschuldet (A.S. 143).

5.2 Das Gerichtsgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 4. April 2024 (A.S. 122 ff.) genießt vollen Beweiswert, erfüllt es doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung (siehe dazu E. II. 3.2 hiervor): Die Beurteilung stammt von einem unabhängigen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher aufgrund seiner Ausbildung qualifiziert ist, die sich hier stellenden Fragen zu beantworten. Weiter hat der Experte die Beschwerdeführerin lege artis zu ihren subjektiven Beschwerden, ihrer Vorgeschichte sowie dem Ereignis vom 19. Juli 2020 befragt (A.S. 134 ff.), die objektiven Befunde erhoben (A.S. 135 f.) und die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (A.S. 125 ff.). Auf dieser Grundlage befasste sich der Experte sodann mit dem Gesundheitszustand sowie dem natürlichen Kausalzusammenhang (A.S. 136 ff.). Sodann diskutierte er die verschiedenen ärztlichen Beurteilungen. Auch hat Dr. med. F.\_\_\_\_ die

bildgebenden Befunde auf nachvollziehbare Weise erläutert. Die Sorgfalt und Gründlichkeit des Experten zeigt sich dabei auch darin, dass er einerseits die einschlägige Fachliteratur konsultierte (s. A.S. 148) und andererseits die radiologischen Aufnahmen selber einsah (A.S. 120 f.). Vor diesem Hintergrund besteht kein begründeter Anlass, vom Gerichtsgutachten abzuweichen. Es ist vielmehr auf die dortigen Ausführungen abzustellen und davon auszugehen, dass zwischen dem Ereignis vom 19. Juli 2020 und den persistierenden Beschwerden im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 25. August 2021 kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestand. Dies deckt sich denn auch grundsätzlich mit der Auffassung von Dr. med. H. \_\_\_ (E. II. 4.9 hiervor) und Dr. med. C. \_\_\_ (E. II. 4.11 hiervor). Das Ereignis vom 19. Juli 2020 hat lediglich vorübergehend eine gewisse Verschlimmerung des unfallfremden Vorzustandes bewirkt. Die Parteien erheben denn auch keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten. Eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gegenüber der Beschwerdeführerin entfällt daher.

5.3 Auch unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ergibt sich keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Gemäss dem voll beweiskräftigen Gerichtsgutachten klassifiziert die sich kernspintomographisch am 1. September 2020 darstellende Texturstörung der Supraspinatussehne nicht als Listenverletzung respektive Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG, sondern ist einer degenerativ respektive abnutzungsbedingten Erkrankung des rechten Schultergelenkes geschuldet (A.S. 144).

6. Zusammenfassend besteht kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung, womit sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und abzuweisen ist.

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

7.3

7.3.1 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen, sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Art. 45 Abs. 1 ATSG ist insoweit auch im Rechtspflegeverfahren anwendbar (BGE 143 V 269 E. 6.2.1). Ein solcher Fall liegt insbesondere dann vor, 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, 139 V 496 E. 4.4).

7.3.2 Als die Beschwerdegegnerin den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden verneinte, stützte sie sich auf die Aktenbeurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. C. \_\_\_\_. Mit den Berichten der behandelnden Ärzte lagen konkrete Einwände vor, die geeignet waren, Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des Vertrauensarztes zu wecken (vgl. E. II. 5. hiervor). Da sich diese Differenz nicht ohne weiteres ausräumen liess, fehlte es an einem feststehenden medizinischen Sachverhalt, der eine reine Aktenbeurteilung durch den Vertrauensarzt erlaubt hätte. Die Beschwerdegegnerin hätte folglich, 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 4'275.00 sowie die in diesem Zusammenhang der Beschwerdeführerin angefallenen Spesen von CHF 278.60 zu tragen. Gegen die Höhe dieser Kosten erhob sie keine Einwände, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhalten hatte (A.S. 149 f.).

Demnach widerkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. F. \_\_\_ vom 4. April 2024 sowie die Spesen der Beschwerdeführerin in Höhe von total CHF 4'553.60 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

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