

S2 24 55

URTEIL VOM 12. FEBRUAR 2025

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführerin, vertreten durch die Rechtsanwälte Max B. Berger und Pierrick Schorno, Bern

gegen

VISANA VERSICHERUNGEN AG, Beschwerdegegnerin

(Unfallversicherung, Kausalzusammenhang)

Beschwerde gegen den Entscheid vom 22. Mai 2024

Verfahren

A. Die 1983 geborene Beschwerdeführerin war über ihre Arbeitgeberin obligatorisch bei der Beschwerdegegnerin gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie am 4. September 2023 bei einem Strandausflug auf Steinen ausrutschte und stürzte. Eine Magnetresonanztomografie (fortan: MRT) der Schulter rechts vom 19. Oktober 2023 ergab einen Einriss im Supraspinatussehnenansatz (Akten der Beschwerdegegnerin S. 12). Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung). Nach einem protrahierten Verlauf legte sie die Akten ihrem beratenden Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vor (S. 32 ff. und S. 110 ff.).

B. Mit Verfügung vom 22. November 2023 stellte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Versicherungsleistungen per 19. Oktober 2023 ein. Die Schulterbeschwerden seien nach drei bis vier Wochen überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 4. September 2023 zurückzuführen (S. 182 ff.). Die erhobene Einsprache vom 28. Dezember 2023 bzw. 26. Januar 2024 (S. 201 ff. und 230 ff.) wies die Beschwerdegegnerin nach einer versicherungsmedizinischen Beurteilung durch einen Facharzt für orthopädische Chirurgie mit Entscheid vom 22. Mai 2024 ab (S. 256 ff.).

C. Dagegen wurde am 21. Juni 2024 Beschwerde bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis erhoben. Die Beschwerdeführerin beantragte, ihr seien die Leistungen aus der Unfallversicherung auch in der Zeit nach dem 19. Oktober 2023 auszurichten; eventualiter sei die Angelegenheit zur Einholung eines externen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die von ihr um eine Stellungnahme ersuchende Fachärztin für Chirurgie Dr. A _____ und der beigezogene Radiologe Dr. B _____ hätten mit ihren Berichten vom 11. und 21. Juni 2024 erhebliche Zweifel an den Feststellungen des versicherungsmedizinischen Facharztes erweckt, indem sie dessen Schlussfolgerungen widerlegen würden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei daher davon auszugehen, dass sie am 4. September 2023 die fragliche Ruptur erlitten habe.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. September 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung des Rechtsmittels. Kausal für die subtotale Ruptur der Supraspinatussehne sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der intrinsisch-degenerative Prozess. Diese Schlussfolgerungen stütze sie auf einen neu eingeholten Bericht des versi-

cherungsinternen Facharztes für orthopädische Chirurgie. Im Übrigen sei die Beweislage vollständig und eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes liege nicht vor. Die Einholung eines externen Gutachtens sei nicht zielführend.

Im zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Am 9. Dezember 2024 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen.

Auf die weiteren Vorbringen wird, soweit entscheidungswesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Unfallversicherung anwendbar, soweit das UVG nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt. Das angerufene Gericht ist örtlich und sachlich zuständig (Art. 58 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG, Art. 7 Abs. 2 RPfIG). Die Beschwerdeführerin ist durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb auf ihre form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (Art. 59, Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG).

2.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 4. September 2023 zu Recht per 19. Oktober 2023 eingestellt hat.

2.2 Rechtsprechungsgemäss kann der Versicherungsträger die Leistungen für Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund «ex nunc und pro futuro» einstellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungsbegründendem Gesundheitsschaden habe gar nie bestanden oder sei dahingefallen (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Bundesgerichtsurteil 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E. 2.2). Die Formulierung «ex nunc» bezieht sich hierbei auf den Zeitpunkt der faktischen Leistungseinstellung, und nicht auf jenen der Einstellungsverfügung. Etwas anderes gilt lediglich dann, wenn der Versicherungsträger die zu Unrecht ausbezahlten Leistungen zurückfordert (vgl. BGE 133 V 57 E. 6.8 und Bundesgerichtsurteil 8C_444/2009 vom 11. Januar 2010 E. 5). Kann der Versicherungsträger seine

vorübergehenden Leistungen einstellen, so folgt daraus, dass die grundsätzliche Leistungspflicht bei der erstmaligen Zusprechung von Dauerleistungen neu geprüft werden kann, ohne dass diese Frage durch die faktische Erbringung vorübergehender Leistungen präjudiziert wird (Bundesgerichtsurteil 8C_22/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1).

Eine Rückforderung steht in casu nicht zur Diskussion. Der Beschwerdegegnerin stand es unter diesen Umständen nach dem Dargelegten offen, das Ende ihrer Leistungspflicht festzulegen, ohne dass die Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision zu beachten waren.

3.

3.1 Gemäss Art. 4 ATSG gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers wird gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei Körperschädigungen, wie Meniskusrisse (Art. 6 Abs. 2 lit. c. UVG), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f) und Bandläsionen (lit. g), sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

3.2 Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend,

d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.6).

3.3 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitszustandes mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. 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 (BGE 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Bundesgerichtsurteil 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

3.4 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallen ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (Bundesgerichtsurteil 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist sodann entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Bundesgerichtsurteil 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsin-
terner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvoll-
ziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zu-
verlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer ver-
sicherungsin-
ternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf
mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465
E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens
entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Bundesgerichtsurteil 8C_549/2023 vom 25. Juni 2024 E. 3).

4.

4.1 Im hier zu beurteilenden Fall verhält es sich so, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 4. September 2023 als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen zunächst Leistungen erbracht hat. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache mehr der diagnostizierten Supraspinatussehnenverletzung mehr bildet.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für ihren Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilung ihrer beratenden Ärzte, wonach keine unfallbedingten strukturellen Läsionen vorlägen und der Status quo sine nach drei bis vier Wochen erreicht gewesen sei. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin insbesondere ein, dass die Behandler und die um eine Zweitmeinung ersuchenden Fachärzte von einer unfallbedingten Läsion der Supra- und Infraspinatussehne ausgingen und die Beschwerden damit weiterhin Folge des fraglichen Unfalls seien.

4.2 Die Beschwerdeführerin rutschte am 4. September 2023 ohne Fremdeinwirkung auf Steinen aus und stürzte auf den linken Ellbogen und das rechte Knie (Bagatellunfallmeldung S. 2). Die um eine genaue Beschreibung des Unfalls ersuchte Versicherte führte am 9. November 2023 aus (S. 53), sie habe unmittelbar nach dem Sturz starke Schmerzen sowie eine deutliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter verspürt. Echtzeitliche Dokumente liegen keine vor. Die erstmalige ärztliche Vorstellung erfolgte am 11. Oktober 2023 (S. 16), wobei sich die rechte Schulter völlig reizlos, ohne Rötungen, Schwellung, Hautveränderungen oder Überwärmung präsentierte. Die aktive Beweglichkeit zeigte einen vollständigen Schürzen- und Nackengriff, die maximale Elevation wurde erreicht. Die passive Beweglichkeit zeigte eine leichtgradige Einschränkung in der glenohumeralen Abduktion. Anamnestisch hatte die Versicherte im Anschluss an das Unfallereignis über starke Schmerzen in der rechten Schulter, durch Bewegung und Belastung sich verstärkend, berichtet (S. 16).

4.3 Die Qualifikation des Sturzes als Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG ist unstrittig. Zur bildgebenden ausgewiesenen Teilruptur der Supraspinatussehne ist zunächst festzuhalten, dass es keinen eindeutigen Beweis hinsichtlich deren Ursache gibt. Es sind vielmehr die ärztlicherseits erörterten verschiedenen Indizien abzuwägen, die für respektive gegen ein Unfalltrauma sprechen. Da die Beschwerdegegnerin für die Gründe des nachträglichen Entfallens der zunächst anerkannten Leistungspflicht beweispflichtig ist (vgl. vorstehende E. 3.3), ist der Nachweis dann erbracht, wenn ausgehend von den gegebenen Umständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer degenerativen Ursache für die Teilruptur der Supraspinatussehne auszugehen ist bzw. der Status quo sine vel ante erreicht worden ist. Bei der Würdigung der verschiedenen ärztlichen Beurteilungen ist in casu zu beachten, dass es sich bei allen involvierten Ärzten um Fachärzte der orthopädischen Chirurgie oder Radiologie handelt. Nachdem die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von Dr. C _____ vom 2. und 17. November 2023 (S. 32 ff. und S. 110 ff.) zum Schluss gekommen war, per 19. Oktober 2023 bestehe hinsichtlich der Problematik im Bereich der rechten Schulter keine Leistungspflicht mehr, holte sie im späteren Verfahren zusätzlich die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dr. D _____ vom 16. April und 22. Juli 2024 (S. 241 ff. und 439 ff.) ein. Darin nahm dieser zu den von den Dres. B _____ und A _____ geäußerten Standpunkten Stellung. Wie zuvor bereits Dr. C _____ kam auch er zum Schluss, die (Teil-)Ruptur der Supraspinatussehne sei nicht unfallkausal.

Der behandelnde Arzt Dr. E _____ sowie die Dres B _____ und A _____ kamen zum gegenteiligen Schluss. Sie gingen von einer traumatischen Ruptur der

Supra- und Infraspinatussehne aus. Auch sie nahmen zu den Ausführungen der Vertrauensärzte Stellung.

4.4 Hinsichtlich Dr. C _____ erlaubt sich das Gericht den Einwand, dass seine Beurteilung einseitig ausfiel, indem sie sich stark an zwei Indikatoren (keine akuten traumatischen Hinweise, Unfallhergang) orientierte. Abgesehen davon, dass dem Unfallmechanismus bei Rotatorenmanchettenläsionen keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen wird (Bundesgerichtsurteil 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2023.00169 vom 12. Juli 2024 E. 4.5.1), mangelt es an einer Auseinandersetzung mit den später eingereichten medizinischen Akten. Somit ist insbesondere die ausführliche Beurteilung von Dr. D _____ unter Berücksichtigung der abschliessenden Standpunkte der übrigen Fachärzte zu würdigen. Bezüglich Dr. D _____ gelten die in Erwägung 3.4 dargestellten Beweisgrundsätze für Einschätzungen verwaltungsinterner Ärzte. Mithin ist eine solche Beurteilung beweiskräftig, sofern keine Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, wobei bereits geringe Zweifel genügen. Betreffend Dr. E _____ sodann gilt es auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass die Beurteilung behandelnder Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten ausfallen (vgl. vorstehende E. 3.4). Auch dies ist bei der Beweiswürdigung zu beachten.

4.5 Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

Das Röntgen des Schultergelenks am 11. Oktober 2023 zeigte gemäss den übereinstimmenden Stellungnahmen der beurteilenden Ärzte eine regelrechte Gelenkkonfiguration mit glenohumeralem Abstand von 8.6 mm. Eine Fraktur war nicht sichtbar (S. 16).

Eine unterschiedliche Auswertung erfolgte demgegenüber unter den beteiligten Ärzten hinsichtlich der von Dr. F _____, Facharzt für Radiologie, durchgeführten MRT vom 19. Oktober 2023 (act. 12). Gemäss Dr. F _____ war darauf eine «Footprint-Läsion unmittelbar am Ansatz der Supraspinatussehne mit schräg verlaufendem feinem Einriss bis knapp an die bursaseitige Oberfläche» sowie eine «minimale Bursitis subdeltoidea» zu erkennen. Die Subscapularissehne war intakt. Die lange Bizepssehne war zentriert im Sulcus bicipitalis und regelrecht verankert im Labrum/Glenoidkomplex. Seiner Ansicht nach war die Infraspinatussehne intakt. Es lag auch keine Einengung des subacromialen Gelenkraumes vor und das Labrum war intakt.

Dr. E _____ sah am 25. Oktober 2023 in demselben Bild eine intakte Subscapularissehne und unauffällige Knorpelbeläge. Abweichend zur Beurteilung des Radiologen

war er aber der Meinung, es sei darauf eine «subtotale Supra-/Infraspinatussehnen-
teiltraktur mit begleitender Bursitis subacromialis und Impingementkonstellation» erkenn-
bar. Eine minimale bursaseitige Lamelle der Rottatorenmanschette schien noch zu ste-
hen (S. 17). An dieser Einschätzung hielt er sowohl während als auch nach der operati-
ven Sanierung der Manschette fest und untermauerte seine Schlussfolgerung mit weite-
rem bildgebendem Material (S. 217 ff.). Seiner Ansicht nach zeige sich auf den entspre-
chenden Screenshots eine subtotale, grossflächige Ruptur der Supra- und Infraspinatus-
sehne ausgehend vom lateralen Pulley-System bis an den Infraspinatus reichend (S.
217, Bilder 4-6) sowie eine SLAP-Läsion (Bild 12). Typisch für eine traumatische Genese
stehe noch ein Sehnenrest am Tuberculum majus (Bilder 8 und 9). Diese Art von Verlet-
zung sei bei dem jungen Alter der Patientin unmöglich als Folge einer Degeneration ent-
standen. Daran hielt er auch mit Bericht vom 8. Januar 2024 fest (S. 232 ff.), wobei er
hinsichtlich der Befundung durch Dr. F _____ eine footprintnahe Rotatorenman-
schetten-*re*-ruptur diagnostizierte (S. 232), was zweifellos nicht zutraf. Sodann ging er
beim Sturz der Versicherten von einem reflexartigen Abstützen mit dem rechten Arm
aus, was gemäss Schilderungen der Versicherten gerade nicht der Fall gewesen war.
Er hielt weiter fest, in der MRT seien – entgegen der Ansicht der Vertrauensärzte – kei-
nerlei degenerativen Begleitveränderungen zu erkennen, sodass hier nicht von einer de-
generativen Ursache auszugehen sei (S. 233).

Dr. D _____, dem die gesamten Akten unterbreitet worden waren, kam in der Ana-
lyse des bildgebenden Materials zu anderen Befunden und Diagnosen. Seiner Ansicht
nach waren bereits auf der MRT vom 19. Oktober 2023 degenerative Schäden zu erken-
nen. Zwar habe der Radiologe degenerative Veränderungen nicht explizit erwähnt, aber
indirekt darauf hingewiesen. Die vorliegende Pathologie werde als rim rent-Läsion bzw.
als PAST-Läsion bezeichnet und die distale Supraspinatussehne weise gemäss Bild 10,
da mehrheitlich hyperintens, eine deutlich tendopathische Textur auf (S. 242, 244). Ähn-
liches gelte auch für die lange Bizepssehne im sulcusnahen Bereich, wo hyperintense
Alterationen ihres Binnensignals vorlägen, entsprechend einer Tendopathie derselben,
und am kranialen Labrum sei ein sublabraler Rezessus erkennbar. Strukturelle Hinweise
auf ein stattgehabtes Trauma seien nicht abgrenzbar. Seiner Ansicht nach liessen sich
ausserdem auf den intraoperativen Screenshots zwar die Läsionen an der Unterfläche
der Supraspinatussehne erkennen, jedoch ohne eindeutig erkennbare Mitbeteiligung der
Infraspinatussehne. Ebenso wenig sei eine SLAP-Läsion abgebildet. Auch sonst sei kein
einzigster morphologischer Hinweis auf ein stattgehabtes Trauma abgrenzbar, indem die
Ränder der Supraspinatussehne vielmehr in typisch chronischer Weise ausgefranst
seien. Es ergäben sich keine Zweifel, dass die vorliegende Pathologie nicht die gesamte

Sehrendicke erfasse und damit nicht transmural sei. Bei dem durch Dr. E _____ beschriebenen Sehnenrest am Tuberculum handle es sich um denjenigen Sehnenanteil, der sich noch nicht vollständig vom Knochen abgelöst habe, womit sich die PASTA-Läsion bestätige, die ein typischer degenerativer Befund darstelle. Das junge Alter sei ebenfalls kein zuverlässiges Kriterium. Gerade die offenbar intensiven körperlichen Aktivitäten mit dokumentierten schulterbelastenden Sportarten würden bei der Versicherten eine übermässige Abnützung der Rotatorenmanschette prädestinieren (S. 246). Bei der Veränderung am kranialen Labrum handle es sich überwiegend wahrscheinlich um einen sublabralen Rezessus und nicht um eine SLAP-Läsion.

Der Beschwerdegegnerin ist darin beizupflichten, dass die Beurteilung von Dr. B _____, Facharzt für Radiologie (S. 311 ff.), nicht ganzheitlich ausgefallen ist. Es mangelt an einer hinreichenden und einzelfallbezogenen Auseinandersetzung mit den gesamten medizinischen Akten. Der Beurteilung von Dr. B _____ kann jedoch nicht bereits aufgrund dessen der Beweiswert abgesprochen werden; denn insofern die Vertrauensärzte dem bildgebenden Material gewichtige Bedeutung einräumten, vermag seine Einschätzung als Facharzt für Radiologie Zweifel an der Beurteilung von Dr. D _____ zu erwecken. Dr. B _____ fasste ausführlich die im MRT erkennbaren Befunde sowie Diagnosen zusammen und beschrieb eine relativ ausgedehnte Partiaalläsion der Supraspinatussehne, die er detailhaft in einen vorderen und einen hinteren Anteil mit unterschiedlicher Risscharakteristik gliederte. Seiner Ansicht nach lagen mithin zwei unterschiedliche Defektcharakteristiken vor. Die PASTA-Läsion sei «gekennzeichnet durch eine scharfe Dissektion der Supraspinatussehne direkt am Tuberculum majus mit einem kleinen, verbleibenden, distalen Sehnenstumpf. Die Sehnenstruktur, -signalintensität und -form zeigt bis zum Defekt keinerlei Veränderungen». Bei der hinteren, bursaseitigen hochgradigen Partialruptur zeige sich ein kleiner distaler Sehnenstumpf und um 1 cm retrahiertem, aufgetriebenem und ausgefranstem proximalem Sehnenstumpf» (S. 313). Die hintere Partialruptur entspreche einer Abscherverletzung mit Delaminierung der bursalen Oberfläche. Die Auftreibung des proximalen Sehnenstumpfes weise auf noch vorhandene elastische Fasern hin, die zu einer Auftreibung und Retraktion des defekten Sehnenstumpfes führen würden, analog zu Cobrazeichen bei transmuraler Ruptur. Der Befund sei typisch für eine unfallassozierte Läsion an einer «nicht degenerativen Sehne» (S. 313). Das vordere und hintere Labrum sei regelrecht, das Superiore im Rahmen der Norm. «Regelrechte Insertion der langen Bizepssehne am oberen Glenoidrand, regelrechter intra- und extraartikulärer Verlauf, keine Auffälligkeit» (S. 312). Damit nimmt er wie der erstbeurteilende Radiologe an, es lägen keine degenerativen Schäden vor. Auch lagen gemäss Dr. B _____ keine Hinweise für

ein chronisches subacromiales Impingement vor, wie dies ebenfalls von Dr. F _____ mit dem Hinweis «Keine Einengung des subacromialen Gelenkraumes» explizit beschrieben wurde. Demgegenüber vertritt Dr. D _____ diesbezüglich eine gegenteilige Ansicht und beschreibt die zweite «Riss»komponente im dorsalen Sehnenabschnitt als physiologisches Intervall zwischen Supra- und Infraspinatussehne, das einen Riss nur vortäusche (S. 442). Damit liegen gegensätzliche fachärztliche Meinungen vor, deren Abwägung für den medizinischen Laien schlicht nicht möglich ist.

Hinsichtlich der Stellungnahme von Dr. A _____ vom 21. Juni 2024 (S. 319 ff.) sei sodann erwähnt, dass ihrer Ansicht nach zeitnah dokumentiert worden sei, dass die Versicherte eine Kamera in der Hand gehalten habe. Eine muskuläre Fixierung könne deshalb nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Aus der Anamnese anlässlich der Konsultation vom 11. Oktober 2023 könne abgeleitet werden, dass seit dem Unfallereignis vom 4. September 2023 Schmerzen in der rechten Schulter persistiert hätten, die Beweglichkeit hingegen gut kompensiert worden sei, was für eine 40-jährige, sportliche Frau nicht unüblich sei. Als einzige massgebende Fakten verblieben die radiologischen Befunde, die Dr. B _____ interpretiert habe und die sich am 23. November 2023 ihrer Ansicht nach auch intraoperativ bestätigt hätten. Die Versicherte habe daher beim Ereignis überwiegend wahrscheinlich eine unfallkausale Supraspinatussehnenruptur rechts erlitten. Auch ihre Darlegungen widersprechen mithin den Schlussfolgerungen der vertrauensärztlichen Stellungnahmen und vermögen diese zu erschüttern. Es ist jedenfalls nicht auszuschliessen, dass das Ereignis vom 4. September 2023 auch nur eine geringe Teilursache der diagnostizierten Rotatorenmanschettenläsion bildete und diese nach dem 19. Oktober 2023 anhielten. Auch diesbezüglich stehen sich fachärztliche Stellungnahmen diametral entgegen, wobei Dr. A _____ ebenfalls sämtliche Akten zur Verfügung standen.

4.6 Nach dem Dargelegten vermögen die hinterlegten Berichte der Fachärzte Dres. B _____ und A _____ zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Aktenbeurteilung zu wecken, was ergänzende Abklärungen notwendig macht. Sowohl hinsichtlich der Befunde bzw. Diagnosen als auch der Kausalität liegen divergierende Arztberichte bzw. Schlussfolgerungen vor. Ohne interdisziplinäre Expertise (Radiologie und orthopädische Chirurgie) ist es daher nicht möglich, schlüssig darzulegen, ob dem Unfall eine kausale Bedeutung für den über den 19. Oktober 2023 andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Die Vorinstanz, an welche die Sache zur ergänzenden medizinischen Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen ist, wird die Versicherte durch neutrale, bisher nicht mit der Sache vorbefasste Fachärzte begutachten

und die entscheidenden Fragen gestützt auf die Untersuchungsergebnisse beantworten zu lassen haben. Die Experten werden die MRT-Bilder sowie die interoperativen Screenshots zusammen mit den übrigen Akten zu beurteilen haben. Sie werden sich gestützt darauf dazu zu äussern haben, ob das Sturzereignis allenfalls eine richtunggebende Aktivierung eines allfälligen Vorzustandes zumindest teilkausal mitverursacht hat oder ob, und falls ja, per wann derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des allfälligen krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall und der in dessen Folge durchgeführten Operation früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischenzeitlich wieder erreicht worden ist. In diesem Sinne ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sehr wohl Klärungsbedarf vorhanden, der unter Beizug des vorhandenen Materials auch begutachtet werden kann.

Im Lichte dieser hiervor aufgezeigten Vorbehalte gegenüber den Stellungnahmen der Vertrauensärzte kann die Frage der natürlichen Kausalität nicht beantwortet werden. Insgesamt lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten diese Frage von einem medizinischen Laien nicht zuverlässig klären. Unter diesen Umständen wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, ein unabhängiges radiologisches und orthopädisch-chirurgisches Gutachten einzuholen. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen. Es ist in casu angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Einholung dieses externen, bidisziplinären Gutachtens über die Frage des Kausalzusammenhangs erneut entscheidet. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

5.1 Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

5.2 Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Als weitere Bemessungskriterien gelten der notwendige Zeitaufwand und die Barauslagen

(Art. 27 Abs. 1 und Art. 40 GTar). Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung auf Fr. 1'800.00 (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheidet.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.00 (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen.

Sitten, 12. Februar 2025