

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2017 13

## Entscheid vom 26. Juli 2017

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Markus Sigg,  
Industriestrasse 5a, Postfach 123, 6210 Sursee,

**gegen**

**B.**\_\_\_\_\_ **AG,**  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Taggeldleistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_, geboren am \_\_ 1961, arbeitete seit 2003 im Teilzeitpensum als Lingerieangestellte und im Reinigungsdienst bei C.\_\_\_\_ (Hotel), und war als solche bei der B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend: B.\_\_\_\_\_) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 24. April 2015 rutschte A.\_\_\_\_\_ beim Schliessen des Badezimmerfensters aus, stürzte über den Badewannenrand und schlug dabei mit der rechten Schulter auf die Badewannenkante (Vi-act. 4 S. 3; vgl. auch Vi-act. 19; nach Darstellung des Hausarztes Dr.med. E.\_\_\_\_\_ stürzte die Versicherte über den Badewannenrand und schlug mit der rechten Schulter anschliessend an den Badewannenrand, vgl. Vi-act. 9). Der erstbehandelnde Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Notfallpraxis \_\_) attestierte am 25. April 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Ein Arthro-MRI der Schulter rechts vom 30. April 2015 zeigte eine nicht-dislozierte Fraktur des Tuberculum majus und eine mögliche Distorsion/Zerrung des Supraspinatussehnenansatzes (Vi-act. 5). Die B.\_\_\_\_\_ kam für die Unfallfolgen auf und richtete Taggelder aus.

**B.** Am 22. Oktober 2015 nahm Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Co-Chefarzt \_\_) bei A.\_\_\_\_\_ eine Schulterarthroskopie mit Débridement der Supraspinatussehne, partielle Synovectomie und subacromiale Dekompression rechts vor (Vi-act. 71 S. 2).

Infolge des langwierigen Heilverlaufs und der ausbleibenden Verbesserung der Schulterschmerzen und -beweglichkeit rechts sowie der anhaltend attestierten Arbeitsunfähigkeit wurden weitere Abklärungen vorgenommen. Am 15. und 19. Februar 2016 wurde A.\_\_\_\_\_ in der PMEDA AG (Zürich) in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie begutachtet. In dem am 13. Mai 2016 erstatteten polydisziplinären Gutachten (Vi-act. 124) wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft und Zimmermädchen attestiert, ebenso im Lernberuf als Coiffeuse. Leidensangepasste Arbeiten mit leichter Nutzung des rechten Arms, wie Arbeiten an Pforten, Rezeptionen, in Telefon- und Wachdiensten seien aus gutachterlicher Sicht jedoch uneingeschränkt leistbar (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%). Eine vollumfängliche Bewegungsfähigkeit könne als Behandlungsziel erreicht werden. Mit Fortsetzung der bisherigen Therapie dürfe eine zunehmend verbesserte Beweglichkeit und damit in drei Monaten die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit erwartet werden (schrittweise Eingewöhnung in monatlichen Arbeitsfähigkeits-Inkrementen von 25%). Der Endzustand sei noch nicht erreicht und könne nochmals Ende 2016 orthopädisch geprüft werden (Vi-act. 124 S. 3).

**C.** Am 30. April 2016 endete die Anstellung von A. \_\_\_\_\_ im C. \_\_\_\_\_ (Hotel) infolge Kündigung. Mit Schreiben vom 16. Juni 2016 setzte die B. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_ davon in Kenntnis, dass es ihr möglich sei, ein taggeldausschliessendes Einkommen zu erzielen. Mit einer Übergangsfrist von drei Monaten würden die Taggelder ab 31. August 2016 eingestellt (Vi-act. 134 S. 3).

Am 21. Juli 2016 liess A. \_\_\_\_\_ durch ihren Rechtsvertreter um Zustellung einer anfechtbaren Verfügung betreffend Taggeldeinstellung ersuchen (Vi-act. 139). Diese Verfügung erging am 8. August 2016 (Vi-act. 140). Darin hielt die B. \_\_\_\_\_ gestützt auf das PMEDA-Gutachten fest, es sei der Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar, ein Einkommen zu erzielen, das gleich hoch sei wie dasjenige, welches sie als Reinigungskraft und Zimmermädchen in einem 100%-Pensum verdient hätte. Ab dem 1. September 2016 bestehe kein Anspruch mehr auf Taggelder. Gegen diese Verfügung vom 8. August 2016 liess A. \_\_\_\_\_ am 14. September 2016 Einsprache erheben (Vi-act. 143).

**D.** Am 21. September 2016 unterbreitete die B. \_\_\_\_\_ dem Rechtsvertreter von A. \_\_\_\_\_ einen Vergleichsvorschlag, wonach die Taggelder noch bis zum 30. September 2016 ausgerichtet würden, sofern die Versicherte die Einsprache zurückziehe und sich bis Ende September 2016 bei der Arbeitslosenversicherung zum Leistungsbezug anmelde (Vi-act. 147). Am 28. September 2016 meldete sich A. \_\_\_\_\_ bei der Arbeitslosenversicherung an, wobei sie der Anmeldung ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie, Spital \_\_; vgl. Vi-act. 157) beilegte, mit welchem sie für die Zeit ab 27. September 2016 für vier bis sechs Wochen 100% arbeitsunfähig geschrieben wurde (Vi-act. 149). Nachdem in der Folge kein Vergleich zustande kam (Vi-act. 151), wurde A. \_\_\_\_\_ erneut zur orthopädischen Untersuchung bei der PMEDA aufgeboten (Vi-act. 155). Die Untersuchung fand am 19. Oktober 2016 statt, das Gutachten wurde am 21. November 2016 erstattet (Vi-act. 168). Darin wurde festgehalten, dass zumindest für angepasste (körperlich leichte, wechselbelastende) Tätigkeiten keine Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr anzunehmen sei, für die angestammte/letzte Tätigkeit allenfalls ein noch um 50% gemindertens Rendement, wobei eine weitere Steigerung zu erwarten sei (Arbeitsfähigkeit von 75% spätestens per Ende 2016, von 100% spätestens per Ende Februar 2017; Vi-act. 168, orthopädisches Gutachten S. 11 unten).

**E.** Am 7. November 2016 nahm Dr.med. H. \_\_\_\_\_ bei A. \_\_\_\_\_ im Spital \_\_ eine Schulterarthroskopie rechts mit Labrumrefixation, eine Bizepssehnenentomie sowie eine subacromiale Bursektomie vor (Vi-act. 169 und 171, OP-Bericht vom 9.11.2016).

Mit Aktenstellungnahme vom 23. Dezember 2016 verneinte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie und Traumatologie, \_\_) die Frage der B. \_\_\_\_\_, ob der Eingriff vom 7. November 2016 (Teil-)Folge des Unfalls vom 24. April 2015 sei (Vi-act. 181 S. 4 unten). Zudem übte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ Kritik am PMEDA-Gutachten vom 21. November 2016, welches "an Umfang und Widersprüchlichkeit gegenüber den zahlreich involvierten Klinikern und behandelnden Ärzten nicht zu überbieten [sei]" (Vi-act. 181 S. 6 oben).

**F.** Am 3. Januar 2017 entschied die B. \_\_\_\_\_ was folgt (Vi-act. 182 S. 9, Einspracheentscheid vom 3.1.2017):

1. Die Einsprache vom 14. September 2016 wird dahingehend gutgeheissen, als die Ziffer 1 des Dispositivs der Verfügung vom 8. August 2016 abgeändert wird, indem die Taggeldleistungen per 30. September 2016 eingestellt werden.
2. Weitergehend wird die Einsprache abgewiesen.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben; eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

**G.** Gegen den am 4. Januar 2017 zugestellten Einspracheentscheid lässt A. \_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 2. Februar 2017 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. In Aufhebung Ziff. 2 des Einspracheentscheids der Beschwerdegegnerin vom 03. Januar 2017 sei der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin weiterhin ab 01. Oktober 2016 Taggelder zu leisten.
2. Eventualiter sei in Aufhebung Ziff. 2 des Einspracheentscheids der Beschwerdegegnerin vom 03. Januar 2017 die Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Abklärung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin zurückzuweisen.
3. Die Beschwerdegegnerin habe unverzüglich, rückwirkend ab dem 01. Oktober 2016, die eingestellten Taggeldleistungen an die Beschwerdeführerin wieder aufzunehmen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen der Beschwerdegegnerin.

**H.** Mit Vernehmlassung vom 21. Februar 2017 beantragt die Vorinstanz, es sei die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei; eventualiter sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu entziehen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Am 3. März 2017 reicht die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ein, worin sie die Abweisung des Antrags der Vorinstanz betreffend Entzug der aufschiebenden Wirkung beantragt. Mit Zwischenbescheid I 2017 19 vom 6. März 2017 entzieht der verfahrensleitende Einzelrichter des Verwaltungsgerichts der Beschwerde vom 2. Februar 2017 die aufschiebende Wirkung.

Mit Replik vom 14. März 2017 hält die Beschwerdeführerin an den Anträgen in der Beschwerde vom 2. Januar 2017 - mit Ausnahme des Beschwerdeantrags Ziff. 3 - fest. In der Duplik vom 31. März 2017 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Am 1. und 2. Mai 2017 reicht die Beschwerdeführerin ein ärztliches Zeugnis vom 21. April 2017 und einen Verlaufsbericht vom 28. April 2017, beide von Dr.med. H.\_\_\_\_\_, ein (vgl. Bf-act. 35+36). Hierzu reicht die Vorinstanz am 9. Mai 2017 eine Stellungnahme ein.

Am 6. Juni 2017 reicht die Vorinstanz eine Stellungnahme sowie weitere Unterlagen inklusive einer gutachterlichen Stellungnahme der PMEDA AG vom 30. Mai 2017 ein (Vi-act. 202-206). Hierzu nimmt die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 6. Juli 2017 Stellung (unter Beilage weiterer Arztberichte, Bf-act. 37+38). Am 11. Juli 2017 informiert die Beschwerdeführerin das Gericht über eine Verfügung der B.\_\_\_\_\_ vom 12. Juni 2017, mit welcher diese die Leistungen für die Heilbehandlung per 30. September 2016 einstelle, sowie über die von der Beschwerdeführerin dagegen am 11. Juli 2017 erhobene Einsprache (Bf-act. 39+40).

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**1.2.1** Nach Gesetz und Praxis ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Ge-

sundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 3 und 4; BGE 137 V 199 Erw. 2.1; Bundesgerichtsurteil 8C\_173/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3). Das heisst, ein weiterlaufender Anspruch auf die vorübergehenden UV-Leistungen Heilbehandlung und Taggeld setzt voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des – unfallbedingt beeinträchtigten – Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen.

**1.2.2** Der Taggeldanspruch erlischt sodann auch beim Wegfall seiner Anspruchsvoraussetzung der Arbeitsunfähigkeit, somit im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG i.V.m. Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 Erw. 2.1).

**1.2.3** Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. 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 (BGE 134 V 109 Erw. 4.3; Bundesgerichtsurteil 8C\_173/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3.1). Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 Erw. 3.1). Für die Kosten allfällig weiterzuführender Heilbehandlung hat in der Folge der obligatorische Krankenpflegeversicherer aufzukommen (BGE 134 V 109 Erw. 4.2).

**1.2.4** Bei dem in Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG vorbehaltenen Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, soweit es um berufliche Massnahmen geht, handelt es sich nur um Vorkehren, die geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (Bundesgerichtsurteil 8C\_651/2016 vom 16.12.2016 Erw. 4.3; 8C\_892/2015 vom 29.4.2016 Erw. 4). Auch vermag der Umstand noch laufender beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung den Fallabschluss in der Unfallversicherung nicht zu verhindern, soweit ein noch vorliegender Gesundheitsschaden nicht unfallkausal ist (SVR 2009 UV Nr. 39 S. 134 Erw. 3, Bundesgerichtsurteil 8C\_304/2008 vom 1.4.2009).

**1.3** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbe-  
reich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 125 V 146 Erw. 2c; 121 V 47 Erw. 2a) erstellt ist (Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz. 20). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen anti-  
zipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

**1.4** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**1.4.1** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

**1.4.2** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; 104 V 212 Erw. c; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5a mit weiteren Hinweisen). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 237 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

**1.4.3** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. 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 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**1.4.4** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Bundesgerichtsurteil I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**1.4.5** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Bundesgerichtsurteil 8C\_383/2011 vom 9.11.2011 Erw. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen, insb. auf 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**2.** Den vorliegenden medizinischen Akten lässt sich folgendes entnehmen:

**2.1.1** Am 24. April 2015 rutschte die Beschwerdeführerin beim Schliessen eines Badezimmerfensters aus und stürzte über den Badewannenrand, wobei sie mit der rechten Schulter auf die Badewannenkante schlug (Vi-act. 4 S. 3; vgl. auch Vi-act. 9 und 19). Der erstbehandelnde Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Notfallpraxis \_\_) attestierte am 25. April 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 1). Am 25. April 2015 wurde im Röntgeninstitut \_\_ ein Röntgenbild des Schultergelenks rechts (Neer und a.p.) erstellt, worauf sich eine regelrechte Zentrierung des Humeruskopfes auf das Glenoid, eine normale Acromiohumorale-Distanz, kein Nachweis einer dislozierten Fraktur, eine regelrechte Darstellung des AC-Gelenks sowie normale umgebende Weichteile und ein mitabgebildetes Lungenparenchym zeigten (Vi-act. 3, Röntgenbericht vom 27.4.2015).

Der Hausarzt Dr.med. E. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeinmedizin, \_\_) attestierte am 27. April 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich 10. Mai 2015 (Vi-act. 2).

**2.1.2** Am 30. April 2015 nahm Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) im Röntgeninstitut \_\_ eine MRI Arthrographie der Schulter rechts vor, bei Fragestellung nach ligamentärer oder ossärer Sehnenläsion (Vi-act. 5). Laut dem dazugehörigen Bericht wurde folgender Befund erhoben: Knochenmarködem im Tuberculum majus mit abgrenzbarem Frakturspalt, leichte Signalalteration der ansatznahen Supraspinatussehne, regelrechte Abgrenzbarkeit der Subscapularissehne, der Infraspinatussehne und der Sehne des Musculus teres minor. Auch zeigte sich

ein regelrechter Verlauf der langen Bizepssehne im Sulcus bicipitalis und eine normale Abgrenzbarkeit des Bizepssehnenankers. Es wird ein sublabraler Recessus festgehalten, eine normale akromiohumerale Distanz, eine unauffällige Darstellung des AC-Gelenkes und keine Bursitis subacromialis. Die Beurteilung lautete: Nicht-dislozierte Fraktur des Tuberculum majus und mögliche Distorsion/Zerrung des Supraspinatussehnenansatzes.

**2.2.1** In seinem Bericht zur Konsultation vom 6. Juni 2016 (recte: 6.6.2015 vgl. Vi-act. 15) hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ an Diagnosen einen Zustand nach schwerer Schulterkontusion mit Bone Bruise rechts, ein CRPS Typ 1 sowie ein HWS-Syndrom fest. Die Patientin gehe regelmässig zur Ergo- und Physiotherapie. Sie berichte, dass es ihr insgesamt besser gehe. Sie fühle sich jedoch noch nicht in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Hauptproblem seien die schraubstockartigen Schmerzen, die bereits nach wenigen Minuten bei Hausarbeiten im Bereich der rechten Schulter auftreten würden.

Die Schulter sei passiv gut beweglich. Die schraubstockartigen Schmerzen seien eher neurogen bedingt. Aus diesem Grund sei eine erneute Infiltration diesmal der Facettengelenke sinnvoll. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ empfahl zur Mobilisierung des Schulterblattes die Fortführung der Physio- und Ergotherapie. Dem Hausarzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_ empfahl er, mit der Patientin die Einnahme eines Antidepressivums zu diskutieren. Die Arbeitsunfähigkeit verlängerte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ nochmals um einen Monat. Er habe der Patientin zu verstehen gegeben, dass ab Anfang Juli 2015 zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit diskutiert werden müsse (Vi-act. 15 S. 2).

**2.2.2** Im Röntgenbild des Schultergelenks rechts (Neer und a.p.) vom 17. Juni 2015 konnte Dr.med. K.\_\_\_\_\_ kein sicheres Korrelat für die beklagte Symptomatik feststellen, auch keine heterotopen Ossifikationen (Vi-act. 18). Im Bericht zur Konsultation vom 17. Juni 2015 hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ als aktuelle Diagnose eine nicht dislozierte Tuberculum majus Fraktur rechts und einen Verdacht auf CRPS Typ 1 fest (Vi-act. 19 S. 1). Das Tuberculum majus sei frakturiert gewesen, sei aber sicher mittlerweile wieder stabil integriert. Es zeigten sich nun, vor allen Dingen, im nativen Röntgen Zeichen einer Algodystrophie (CRPS). Auch die unverhältnismässig starken Schmerzen, mit Brennen in der Nacht, sprächen hierfür. Symptome der Weichteile mit Schwellung und livider Verfärbung fehlten jedoch (Vi-act. 19 S. 2).

**2.2.3** Am 21. August 2015 berichtete Dr.med. G.\_\_\_\_\_ Dr.med. E.\_\_\_\_\_, dass die zunehmende Bewegungseinschränkung, auch passiv, für eine adhäsive Kapsulitis (frozen shoulder) spreche (Vi-act. 37 S. 6). Am 25. August 2015 nahm

Dr.med. G.\_\_\_\_\_ bei der Patientin eine intraartikuläre Infiltration an der rechten Schulter mit 10ml Rapidocain und 40mg Kenacort vor, was eine kurzzeitige Besserung bewirkte (Vi-act. 37 S.7).

**2.2.4** Im Konsultationsbericht vom 12. September 2015 hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ eine weitgehend unveränderte Situation fest (klinischer Befund: aktive Elevation 90°, Aussenrotation 40°, Innenrotation bis L5). Die Patientin habe immer noch das Gefühl, von der Physio- und Ergotherapie zu profitieren, weshalb diese weitergeführt werden können. Fortschritte seien jedoch nicht zu objektivieren. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ empfahl eine Weiterführung der medikamentösen Schmerzbehandlung. Aus orthopädischer Sicht könne er der Patientin keine weitere Unterstützung anbieten (Vi-act. 45).

Im Bericht zur Konsultation vom 16. September 2015 wurde eine adhäsive Kapsulitis (DD CRPS Typ 1) festgehalten. Auch hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ fest, dass durch die intraartikuläre Kortikoid-Infiltration die Beschwerden etwas zurückgegangen seien. Die Arbeitsunfähigkeit als Coiffeuse und als Serviceangestellte im Hotel sei weiterhin zu 100% gegeben (Vi-act. 47).

**2.2.5** Ein Röntgenbild des rechten Schultergelenks (Neer und a.p.) vom 14. Oktober 2015 zeigte (im Vergleich zum Röntgenbild vom 17.6.2015) eine regelrechte Zentrierung des Humeruskopfes auf das Glenoid, eine normale glenohumerale Gelenkspaltweite, eine regelrechte akromiohumerale Distanz, keinen Nachweis intra- oder periartikulärer Ossifikationen, eine leichte AC-Gelenksarthrose sowie unauffällig umgebende Weichteile (...) (Vi-act. 57).

**2.3** Vom 21. bis 27. Oktober 2015 war die Beschwerdeführerin im Spital \_\_\_ hospitalisiert. Am 22. Oktober 2015 nahm Dr.med. G.\_\_\_\_\_ folgenden operativen Eingriff vor (Vi-act. 71 S. 2ff., Vi-act. 60): Schulterarthroskopie mit Débridement der Supraspinatussehne und partieller Synovectomie subacromialer Dekompression rechts. Im Abschnitt "Technik" hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ fest, dass sich nach Ringerlösung mit 1mg Adrenalin/l kein intraartikulärer Erguss entleerte. Es zeigte sich etwas Synovialitis im Rotatorenintervall. Die Subscapularissehne (SCP) inserierte korrekt. Die lange Bizepssehne (LBS) war intakt und verlief in ihrem Sulcus stabil. Das Ligamentum glenohumerale superius (SGHL) war intakt. Die Supraspinatussehne (SSP) zeigte eine artikulärseitige Auffaserung. Die Infraspinatussehne (ISP) inserierte korrekt. Es zeigte sich ein typischer bare spot im dorsalen Anteil des Tuberculum majus. Der Knorpel am Humeruskopf und am Glenoid war intakt. Die Insertion der Bizepssehne war intakt und mit dem Tasthaken stabil. Das Labrum inserierte zirkumferenziell unauffällig. Das Ligamentum glenohumerale medius und inferius (MGHL, SGHL) war kräftig. Es erfolgte das

Débridement der Supraspinatussehne. Anschliessend zeigte sich eine unauffällige Insertion der Supraspinatussehne. Partielle Synovectomy.

Im Subacromialraum zeigte sich eine deutliche Bursitis subacromial. Das Ligamentum coracoacromiale (CAL) war intakt und nicht ausgefasert. Kaum Entzündung der Bursa. Es erfolgte ein sparsames Débridement subacromial mit Wechsel der Portale. Die Rotatorenmanschette zeigte bursaseitig keine Läsion (Vi-act. 71 S. 3).

**2.4** Auf Zuweisung des Hausarztes wurde die Beschwerdeführerin am 9. Dezember 2015 von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin, \_\_) untersucht (Vi-act. 85). Bei hochgradigem Verdacht auf ein CRPS mit frozen shoulder nach nicht dislozierter Tuberculum majus Fraktur sei seiner Meinung nach eine längerfristige physiotherapeutische Behandlung indiziert. Weitere operative Massnahmen seien aktuell nicht angebracht (Vi-act. 85 S. 2).

**2.5** In seinem Bericht zur Konsultation vom 16. Dezember 2015 hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ neben den bereits bekannten Diagnosen (u.a. chronifizierter Schulter-/Armschmerz) neu depressive Episoden und einen Zustand nach Burnout-Syndrom fest (Vi-act. 86). Die Patientin habe unverändert Schmerzen. Das Röntgenbild des rechten Schultergelenks (Neer/a.p.) vom gleichen Tag (Vi-act. 87) zeige einen regelrechten Gelenkspalt glenohumeral, Acromion Humeruskopf Abstand über 10mm, keine Weichteilverkalkungen, regelrechte Knochendichte. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass bei der Patientin ein chronisches Schmerzsyndrom von der HWS über die Schulter zum Teil bis in die Hand (überwiegend Mittelfinger) ausstrahle. Eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. Es bestehe weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Neben der Physiotherapie empfahl Dr.med. G.\_\_\_\_\_ bezüglich chronischem Schulter-/Arm-syndrom eine ergotherapeutische Behandlung.

**2.6** Im Zwischenbericht vom 10. Februar 2016 hielt der Physiotherapeut P.\_\_\_\_\_ (BSc FH) fest, dass mit der Kombination von Ergo- und Physiotherapie bei der Patientin nun konstant leichte Fortschritte bemerkbar seien, jedoch sei sie im Alltag in allen Situationen noch deutlich eingeschränkt. Mit dem Weiterführen der Therapie könne langfristig ein positives Resultat erzielt werden (Vi-act. 110).

**2.7.1** Am 15. und 19. Februar 2016 wurde die Beschwerdeführerin in der PMEDA AG (Zürich) in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie begutachtet. Das polydisziplinäre Gutachten wurde am 13. Mai 2016 erstattet (Vi-

act. 124). Prof. Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (FMH Neurologie), Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (FMH Neurologie, Fähigkeitsausweis [SGKN] Elektroneuromyographie), Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) und Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie) kamen in der gutachterlichen Konsensbeurteilung u.a. zu den folgenden Ergebnissen (Vi-act. 124 S. 2f.):

Auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet bestehen keine die Arbeitsfähigkeit oder die Integrität tangierenden Unfallfolgen. (...).

Bei der hiesigen gutachterlichen Untersuchung lässt sich eine leichte Atrophie der dorsalen Schulterkulisse rechts erheben, keine namhafte oder messbare Verschmächigung des rechten Arms, keine Zeichen einer höhergradigen Gebrauchsstörung, seitengleiche Trophik von Haut und Weichteilen im Bereich der Arme ohne Zeichen einer regionalen Reflexdystrophie. Der rechte Arm wird spontan in Schonung gehalten, die Entkleidung gestaltet sich mit Schonungstendenz des rechten Armes schwieriger. Die Bewegungsprüfung erbringt ein mittelgradiges Defizit die rechte Schulter betreffend (...).

Zusammengefasst liegt eine posttraumatische Kapsulitis mit aktuell rückläufiger Beschwerdesymptomatik die rechte Schulter betreffend vor, das Bewegungsausmass ist noch etwa hälftig eingeschränkt, insbesondere den aktiven Umfang betreffend. (...).

Die Versicherte ist in ihrer Arbeitsfähigkeit durch die Gebrauchsstörung des rechten Armes erheblich eingeschränkt und die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft und Zimmermädchen im Hotel ist derzeit nicht leistbar (Arbeitsunfähigkeit 100%). Ebenso wenig ist die Tätigkeit im Lernberuf als Coiffeuse ausführbar (Arbeitsunfähigkeit 100%). Leidensangepasste Arbeiten mit leichter Nutzung des rechten Arms, wie Arbeiten an Pforten, Rezeptionen, in Telefon- und Wachdiensten sind aus gutachterlicher Sicht jedoch uneingeschränkt leistbar (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%).

Eine vollumfängliche Bewegungsfähigkeit kann als Behandlungsziel erreicht werden. Mit Fortsetzung der bisherigen Therapie darf eine zunehmend verbesserte Beweglichkeit erwartet werden, sodass in spätestens drei Monaten die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit zu erwarten ist, dies mit schrittweiser Eingewöhnung (in monatlichen Arbeitsfähigkeits-Inkrementen von 25%).

Der Endzustand ist noch nicht erreicht und kann ggf. nochmals per Ende 2016 orthopädisch geprüft werden.

**2.7.2** Im orthopädischen Teilgutachten wurde bei der klinischen Funktionsprüfung folgendes festgehalten (S. 8 unten):

	Rechts passiv	Links	Normwerte
Anteversion/Retroversion	100-0-20°	170-0-40°	170-0-40°
Abduktion/Adduktion	60-0-20°	170-0-40°	170-0-40°
Aussen-/Innenrotation	20-0-60°	50-0-90°	50-0-90°

Bei den Ellenbogengelenken bestand eine freie Beweglichkeit, ebenso bei den Handgelenken und beim Fingerspiel (S. 9). Die lange Bizepssehne und das Sternoklavikulargelenk waren ohne Schmerzangabe (S. 8 Mitte).

Es bestehe eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, eine Gebrauchsstörung des rechten Arms sowie eine rasche Ermüdbarkeit des rechten Arms (S. 12 Ziff. 1.5). Die folgende Diagnose wurde gestellt (S. 9 und S. 12 Ziff. 1.7): Posttraumatische adhäsive Kapsulitis des rechten Schultergelenks nach Tuberculum majus-Infraktion 04/2015, ICD-10: M75.0. Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 25. April 2015 (recte: 24. April 2015). Konkurrierende Faktoren seien nicht evident. Eine Schultergelenkvorerkrankung liege nicht vor (S. 12 Ziff. 2.1 und 2.2.1).

**2.7.3** Gemäss dem neurologischen Teilgutachten wurden von der Versicherten vorrangig Schulterschmerzen rechts beschrieben. Unfallunabhängig wurden Sensibilitätsstörungen im rechten Mittelfinger berichtet. Der neurologische Befund war bis auf eine Empfindungsstörung des rechten distalen Mittelfingers regelrecht, insbesondere fanden sich keine Paresen, Atrophien, Reflexauffälligkeiten, anderweitige umschriebene sensible Störungen oder vegetative Auffälligkeiten (Vi-act. 168, neurolog. Gutachten S. 11). Elektroneurographisch fand sich als Zufallsbefund ein asymptomatisches Karpaltunnelsyndrom links. (...). Bei aktendokumentiert wiederholt diskutiertem komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) ergab sich hierfür unter Berücksichtigung von Anamnese und aktuellem klinischem Befund kein ausreichender Anhalt, die modifizierten Budapest-Kriterien waren nicht erfüllt. Auch die aktendokumentierten klinischen Befunde und die stattgehabte radiologische Zusatzdiagnostik (vgl. hierzu Vi-act. 168, Anhang zum neurolog. Gutachten) würden gegen ein CRPS sprechen.

Zur Frage, welche Beschwerden einer organisch nachweisbaren Störung zuzuordnen seien, hielt der neurologische Gutachter u.a. fest, dass eine Schädigung der Endäste der sensiblen Fasern des rechten Nervus medianus, bzw. eine residuelle Teilläsion des rechten Nervus medianus nach langjährig zurückliegender Karpaltunneloperation rechts denkbar bleibe, elektrophysiologisch habe sich hierfür jedoch kein Korrelat gefunden (S. 13 Ziff. 1.5). Es wurde die folgende Diagnose gestellt (S. 13 Ziff. 1.7): Asymptomatisches Karpaltunnelsyndrom links, ansonsten kein Nachweis einer zentralen oder peripher-neurogenen Störung, insbesondere kein ausreichender Anhalt für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS). Aus neurologischer Sicht sei keine Gesundheitsschädigung als Folge des Unfalls vom 25. April 2015 (recte: 24. April 2015) nachweisbar (S. 13 Ziff. 2.1).

**2.7.4** Im psychiatrischen Teilgutachten konnte kein Anhalt für eine psychiatrische (recte: psychische) Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Die Angaben zur aktuellen Medikation würden auf eine regelmässige und potentiell suchtiinduzierte Einnahme des Benzodiazepins Lorazepam schliessen lassen. Hier liege eine leitlinienwidrige Verordnung von Benzodiazepinen vor, eine schrittweise Beendigung der Medikation sei daher anzuraten (S. 9 oben).

**2.8** Im Bericht zur Konsultation vom 13. April 2016 hielt Dr.med. G. \_\_\_\_\_ neben den bekannten Diagnosen neu eine fortgeschrittene Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit foraminale Enge C5/6 rechts fest (Vi-act. 116 mit Verweis auf MRI HWS mit Kontrastmittel vom 11.4.2016).

**2.9** Auf Zuweisung von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ untersuchte am 26. April 2016 Dr.med. D. \_\_\_\_\_ (Chefarzt Orthopädie, \_\_) die Beschwerdeführerin aufgrund einer fortgeschrittenen Osteochondrose C5/6, C6/7 (Vi-act. 121 S. 2 oben). Er gelangte zur Beurteilung, dass bei der Patientin ein multilokuläres Schmerzproblem vorliege. An erster Stelle stehe der rechte Arm. Dort scheine die Schulter das grösste Handicap zu sein. Die ausstrahlenden Schmerzen in die Hand mit Kribbelparästhesien von Dig 1-5 würden die Dermatome C6-C8 betreffen. Das Foramen C8 sei aber auf der rechten Seite weit. Des Weiteren äusserte Dr.med. D. \_\_\_\_\_ den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Dafür spreche die Vergangenheit, dass die Patientin einmal im Spital \_\_ wegen eines lumboradikulären Schmerzsyndroms sechs Wochen mit erheblicher Opiatmedikation keine Verbesserung gezeigt habe. Operativ könne er nicht helfen, von einer theoretischen Operation in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 riet Dr.med. D. \_\_\_\_\_ ab (Vi-act. 121 S. 2).

**2.10** Im Bericht zur Konsultation vom 6. Juni 2016 (Vi-act 131) hielt Dr.med. G. \_\_\_\_\_ an Diagnosen einen Zustand nach schwerer Schulterkontusion mit Bone Bruise rechts und HWS Syndrom und ein CRPS Typ 1 fest. Die Schulter sei passiv gut beweglich. Die schraubstockartigen Schmerzen seien eher neurogen bedingt. Dr.med. G. \_\_\_\_\_ schlug eine Infiltration der Facettengelenke vor.

In den Berichten zur Konsultation vom 4. Juli 2016 und vom 12. September 2016 hielt Dr.med. G. \_\_\_\_\_ eine weitgehend unveränderte Situation fest (Vi-act. 27, 136 und 146; Bf-act. 19).

**2.11** Am 8. Oktober 2016 berichtete der Hausarzt Dr.med. E. \_\_\_\_\_ der Vorinstanz, dass ein sehr unbefriedigender Zustand der rechten Schulter vorliege.

Die Beschwerdeführerin sei mit so einer Schulter nicht arbeitsfähig, weswegen am 15. September 2016 eine erneute Überweisung an den Orthopäden Dr.med. H.\_\_\_\_\_ stattgefunden habe (Vi-act. 157).

Nach Zuweisung durch Dr.med. H.\_\_\_\_\_ fertigte Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ (FMH Radiologie, \_\_) am 30. September 2016 ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks an. Im dazugehörigen Bericht wurde als Beurteilung folgendes festgehalten (Vi-act. 167):

Leichtgradige Tendinopathie der distalen Quadrizepssehne [recte wohl: Supraspinatussehne].

Bei Lateral slope des Acromions der Subacromialraum eingeengt / Impingementkonstellation.

Anlagebedingt Foramen sublabrale.

Im Übrigen unauffälliges Arthro-MRI des rechten Schultergelenkes, gute Muskelqualität, keine Rotatorenmanschettenruptur.

**2.12** Auf Veranlassung der Vorinstanz wurde die Beschwerdeführerin am 19. Oktober 2016 erneut in der PMEDA in Zürich durch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ orthopädisch untersucht. Im orthopädischen Gutachten vom 21. November 2016 (Vi-act. 168), welches sich auf die zur Verfügung gestellten Aktendokumente, die Erhebung der Krankengeschichte und die eigene Untersuchung durch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ stützte, wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (Vi-act. 168-10/19):

Bursitis subacromialis rechte Schulter nach Prellung 04/2015 mit Tuberculum majus Infraktion und operativer subacromialer Dekompression 10/2015

Mögliches Karpaltunnelsyndrom links

Zu den Schultergelenken hielt Dr.med. M.\_\_\_\_\_ u.a. folgendes fest (Vi-act. 168-8/19):

Leichtgradige degenerative Vergrößerung der Schulterreckgelenke beidseits, ohne Instabilität, Angabe einer Druckdolenz über dem Schulterreckgelenk rechts, Crossbody-Sign rechts schlecht beurteilbar bei aktivem Gegenspannen, Klaviertastenphänomen beidseits negativ, Druckschmerzenangabe Tuberculum majus rechts, Schmerzangabe im Sulcus der langen Bizepssehne rechts, keine subacromiale Krepitation. Links insgesamt unauffälliger Palpationsbefund.

(...).

	Rechts (passiv)	Links	Normwerte
Anteversion/Retroversion	110-0-30°	170-0-40°	170-0-40°
Abduktion/Adduktion	90-0-30°	170-0-40°	170-0-40°
Aussen-/Innenrotation	50-0-80°	50-0-90°	50-0-90°

In der Beurteilung wurde u.a. festgehalten (S. 11):

Bei der hiesigen gutachterlichen Untersuchung wird eine Schonhaltung und Schonbewegung des rechten Arms dargeboten, auch im Rahmen der Ent-/ Anklei-

derung. Eine mit den reklamierten Schmerzen und der demonstrierten Bewegungseinschränkung korrelierende Inaktivitätshypotrophie des rechten Arms findet sich jedoch nicht, sodass zumindest das Ausmass der reklamierten Einschränkungen nicht plausibel und nicht ausreichend objektiviert ist.

Objektive Zeichen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms bestehen ebenfalls nicht.

Im Vergleich zur Voruntersuchung ist die Beweglichkeit bei der passiven Prüfung als verbessert zu erheben. Die spezifischen Prüfungen der Rotatorenmanschette und des Subacromialraumes rechts sind mangels Kooperation nicht verwertbar. Gravierende Zeichen eines Karpaltunnelsyndroms links sind nicht evident.

Eine vorgelegte kernspintomographische Untersuchung vom September 2016 objektiviert eine relative subacromiale Enge, keine höhergradige oder namhafte Alteration der Rotatorenmanschette, eine mögliche entzündliche Bursainfiltration und eine arthrotische Degeneration mit möglichem acromioclaviculärem Impingement unterhalb des rechten Schultergelenks. Die Befunde sind jedoch nicht geeignet, das hier präsentierte Ausmass der Beschwerden hinreichend zu erklären.

Zumindest für angepasste (körperlich leichte, wechselbelastende) Tätigkeiten ist somit keine Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr anzunehmen (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%). Für die angestammten/letzten Tätigkeiten ist derzeit allenfalls noch ein um 50% gemindertem Rendement anzunehmen (Arbeitsfähigkeit 50%; Pensum 100%, Rendement 50%) und eine weitere Steigerung ist zu erwarten (Arbeitsfähigkeit von 75% spätestens per Ende 2016, von 100% spätestens per Ende Februar 2017).

**2.13** Am 7. November 2016 nahm Dr.med. H. \_\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin im Spital \_\_ den folgenden operativen Eingriff vor (Vi-act. 169, OP-Bericht vom 9.11.2016 und Austrittsbericht vom 20.11.2016): Schulterarthroskopie rechts mit Labrumrefixation (Push-Look-System), Bizepssehnenentomie, Subacromiale Bursektomie. Bei der Inspektion des Intraartikulärraumes zeigte sich im Bereich des vorderen Labrums ein kleiner Abriss. Die Subscapularissehne war soweit unauffällig, das übrige Labrum intakt. Die lange Bizepssehne zeigte im Bereich des Sulcus bicipitalis (überraschenderweise) eine hochgradige Partialruptur mit Tendinitis.

Im postoperativen Verlaufsbericht vom 7. Dezember 2016 hielt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ fest, die Patientin sei gesamthaft beschwerdegebessert. (...). Eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell noch nicht gegeben (Vi-act. 174).

**2.14** Am 14. Dezember 2016 beauftragte die Vorinstanz Dr.med. I. \_\_\_\_\_ mit der Erstellung eines Aktengutachtens zur Beantwortung der Fragen, ob 1. der schulterarthroskopische Eingriff vom 7. November 2016 eine (Teil)Folge des Unfalls vom 24. April 2015 sei und 2. falls nein, per wann mit Blick auf die gutachterlichen Erkenntnisse der PMEDA vom 13. Mai 2016 bzw. vom 21. November 2016 der medizinische Endzustand bezüglich Unfallfolgen erreicht sei (Vi-act. 177).

Die erste Frage wurde von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ im Aktengutachten vom 23. Dezember 2016 wie folgt beantwortet (Vi-act. 181 S. 5):

Aufgrund der vorliegenden Dokumentation findet sich ein unfallkausaler Status quo ante mit dem Zeitpunkt vom 14.10.2015 (Zeitpunkt der radiologisch unauffälligen Schulterbefunde ohne sicheres Korrelat für die beklagte Symptomatik und ohne Dislokation der Tuberculum majus Fraktur). Zu diesem Zeitpunkt kann von einer ossären Konsolidation der Fraktur selber ausgegangen werden. Hingegen zeigen auch meine langjährigen klinischen Erfahrungen mit nicht dislozierten Tuberculum majus Frakturen und dem wie im vorliegenden Fall nachgewiesenen bone bruise (Knochenödem) recht langwierige Verläufe, welche tatsächlich nicht selten bis zu 1 Jahr nachdauern können. Im vorliegenden Fall wurde bei der Versicherten ein letztes MRI der rechten Schulter am 30.4.2015 durchgeführt. Hier findet sich nach meiner persönlichen Beurteilung dieser Bildgebung ein wenige mm im Längsdurchmesser messendes Ausrissfragment (Bild WL 148). Dieses war in der Folge resorbiert und in keiner der Standardröntgenkontrollen mehr nachgewiesen worden.

Die zweite Frage beantwortete Dr.med. I. \_\_\_\_\_ wie folgt (Vi-act. 181 S. 5):

Der medizinische Endzustand bezüglich der morphologisch fassbaren Unfallfolgen und des am 14. Oktober 2015 nicht mehr nachgewiesenen unfallkausalen Korrelates ist gemäss den vorliegenden Akten erreicht.

Es ergeben sich unbestritten folgende, klinisch, radiologisch und bildgebend fassbare unfallkausale Befunde an der rechten Schulter der Versicherten:

- eine nicht dislozierte Fraktur des Tuberculum majus am Humeruskopf rechts mit initial kleinem, wenige mm im Längsdurchmesser messendes Ausrissfragment (MRI 30.4.2015 Bild WL 148), welches in der Folge in den Verlaufsstandardröntgenbildern nicht mehr zur Darstellung kommt.
- ein relevantes kontusionsbedingtes Knochenmarksödem im Bereich des Tuberculum majus und lateralen Humeruskopfes rechts.
- einwandfreier Röntgenbefund der rechten Schulter am 14.10.2015 ohne radiologischer Nachweis unfallkausal Restbefunde ossärer Strukturen.

Dazu unfallfremde im Verlauf relevante Vorbefunde und unfallkausal nicht nachvollziehbare Verlaufskriterien:

- Fortgeschrittene osteodegenerative Befunde der HWS in Form der bildgebend nachgewiesenen Osteochondrose HWK 5/6 und 6/7 mit radikulärem, sensiblen Defizit der Wurzel C7 rechts.
- subacromiales Impingement der rechten Schulter bei Acromion Typ I-II nach Bigliani und AC-Gelenksarthrose bei eingeengtem Subacromialraum
- im Verlauf hochgradiger Verdacht auf unklare, nicht nachvollziehbare Schmerzverarbeitungsproblematik
- unfallkausal unklare, ab Oktober 2015 nicht mehr nachvollziehbare, weiterhin vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in einer schulteradaptierten Tätigkeit (leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten > 10kg, ohne Arbeiten in Armvorhalte und Überkopfarbeiten, ohne Schläge und Vibrationen gegen die Schulter).

Abschliessend machte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ die folgenden Bemerkungen (Vi-act. 181-6/6):

Das polydisziplinäre Gutachten ist an Umfang und Widersprüchlichkeit gegenüber den zahlreich involvierten Klinikern und behandelnden Ärzten nicht zu überbieten. Trotz dem verschwenderischen Aufwand und Umfang reichte es nicht aus, um die von den Klinikern erhobenen Befunde zu werten, sachgerecht zu würdigen und gegenüber den eigenen, zum Teil ja aber auch widersprüchlichen, bzw. den nicht erhobenen Untersuchungsbefunden zu diskutieren. Solche Gutachten genügen nicht der zu erwartenden Zweckbestimmung und sind daher wertlos.

Einzig der vorliegende Umfang beeindruckt angesichts des trotzdem vorhandenen Defizits an Schlüssigkeit. Dies insbesondere in der fehlenden Berücksichtigung einer ab ca. 4 - 6 Monaten nach dem Ereignis in keinsten Weise mehr nachvollziehbaren 100%igen Arbeitsunfähigkeit und der relevanten Frage der WZW-Kriterien in den gewohnheitsmässig etablierten, offenbar insuffizienten therapeutischen Bemühungen. Zudem werden zweifellos relevante Befunde vom Neurologen betreffend ein offensichtlich vorbestehendes, degeneratives, unfallfremdes Problem der HWS grosszügig skotomisiert. Der im Verband mitbeteiligte Psychiater findet es nicht für angezeigt, wenigstens einige Worte zu verlieren zur offensichtlich vorliegenden Problematik wie Schmerzverarbeitungsstörung, Burnout, warum eine Depression vorliege oder nicht vorliegen könne und warum eine Verdeutlichung des Schmerzbildes vorhanden sei oder eben nicht.

**2.15** Nachdem am 3. Januar 2017 der ablehnende Einspracheentscheid der Vorinstanz erging, erhob der Operateur Dr.med. H.\_\_\_\_\_ namens der Beschwerdeführerin "Einspruch" gegen diesen Entscheid (Vi-act. 190). Bei der Operation vom 7. November 2016 habe sich eine posttraumatische, hochgradige Bizepssehnenpartialruptur nach Humeruskopffraktur rechts gezeigt. Es dürfe deshalb davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden, welche bis zum November 2016 bestanden hätten, eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Aktuell weise die Patientin eine deutliche Beschwerdebesserung auf (Vi-act. 190).

**2.16** Vor Verwaltungsgericht reicht die Vorinstanz eine weitere Aktenbeurteilung von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ vom 8. März 2017 ein, worin er die Fragen der Vorinstanz wie folgt beantwortet (Vi-act. Beilage 1 , Fragen kursiv):

*1. Sind auf den intraoperativen Bildern vom 27.10.2015 [= Vi-act. 200 S. 3ff.; recte 22.10.2015] Verletzungen einer Schulterkontusion vom 24.04.2015 ersichtlich? Wenn "ja"; welche?*

In den Operationsdokumenten vom 27.10.2015 [recte 22.10.2015] Dr. G.\_\_\_\_\_ wird die Diagnose St. n. nicht dislozierter Tuberculum majus Fraktur, sowie einer intraartikulärseitigen Partialläsion der SSP-Sehne, sowie der Verdacht auf ein CRPS Typ 1 festgehalten. Bei der Operation werden lediglich ein Débridement der SSP-Sehne und eine subakromiale Dekompression rechts beschrieben. Im Text des Operationsberichts ausführlich festgehalten ist, dass kein Erguss im Gelenk vorliege, dazu eine ausführliche, lückenlose Beurteilung von Normalbefunden an den Sehnen (Subscapularis, lange Bizepssehne, superiores glenohumerales Ligament, die Supraspinatussehne mit artikulärseitigen Auffaserungen) entsprechend einem altersentsprechenden Normalbefund bei einer 46-jährigen Versiche-

ten (recte: knapp 54-jährig im Zeitpunkt der OP vom 22.10.2015). Dazu intakte Ligamente glenohumerali und je ein kräftiges mittleres gleno-humerales und scapulo-humerales Ligament. Zusammenfassend handelt es sich bei dieser intraoperativen Beschreibung um nichts anderes als altersentsprechende Normalbefunde. Daher ergibt sich die Schlussfolgerung, dass es versicherungsmedizinisch unhaltbar ist, aus diesen ausführlich und korrekt festgehaltenen intraoperativen Befunden eine Unfallkausalität an irgendwelchen Strukturen der betroffenen Schulter herzuleiten. Die am 07.11.2016 beigelegte Bilddokumentation bestätigt vollumfänglich das am 27.10.2015 verfasste Schrifttum.

*2. Was wurde bei der Operation vom 27.10.2015 [recte: 22.10.2015] saniert, bzw. durchgeführt?*

Es wurden in Form der dokumentierten operativen Schritte (Débridement der SSP-Sehne, partielle Synovektomie und subakromiale Dekompression) eine operative Tätigkeit festgehalten, welche in keiner Weise Strukturen gelten kann, welche ein unfallkausales Korrelat nachweisen lassen. Die operativen Befunde entsprechen weitgehend einer altersentsprechenden Normalpopulation und sind so beschrieben eine höchst relative Indikation zu einem operativen Eingriff.

*3. Sind auf den Bildern 07.11.2016 Veränderungen gegenüber denjenigen vom 27.10.2015 sichtbar? Wenn "ja", welche und worauf führen Sie diese zurück?*

Nein. Es sind keine relevanten Veränderungen auszumachen.

*4. Durch das Ereignis vom 24.04.2015 erlitt die Versicherte eine nicht dislozierte Tuberculum majus Fraktur. Können durch den Schlag, welcher eine solche Fraktur herbeiführt, auch Sehnen, Muskeln und Bänder verletzt werden? Wenn "ja" welche und wo würde sich diese Lokalisation befinden?*

Durch einen Schlag auf das exponierte Tuberculum majus als gezielten Kompressionsmechanismus ist eine Fraktur dieses vorstehenden Knochenanteils unfallkausal nachvollziehbar und ausgewiesen. Durch einen gezielten Schlag auf Sehnen und Bandstrukturen ist eine gleichzeitige Ruptur derselben höchst unwahrscheinlich bis nicht möglich. Eigentlich stellt sich die Frage ja gar nicht, da angesichts der arthroskopisch bildgebenden Dokumentation im Operationsbericht vom 27.10.2015 sämtliche diesbezügliche Strukturen als arthroskopisch normal beurteilt werden.

*5. Im Operationsbericht vom 27.10.2015 wird eine Partialläsion der Supraspinatussehne rechts beschrieben. Im Operationsbericht vom 07.11.2016 eine vordere obere Labrumläsion 10-12 Uhr, sowie eine hochgradige Bizepssehnenruptur [recte: Bizepssehnenanteilruptur] mit lokaler Tendinitis. Sind diese Läsionen durch das Ereignis vom 24.04.2015 erklärbar? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.*

Man geht von einem Ereignis am 24.04.2015 mit einer nachvollziehbaren unfallkausalen Fraktur des Tuberculum majus an der rechten Schulter aus. Am 24.10.2015 werden an der gleichen Schulter unfallkausal unbestritten praktisch nur Normalbefunde beschrieben. Die in der Zwischenzeit im Wandel der Zeit aufgetretenen, von Dr. H. \_\_\_\_\_ am 07.11.2016 festgehaltenen arthroskopischen Befunde sind ätiopathologisch ein Mysterium. (Anmerkung: Nicht selten werden Befunde zur Rechtfertigung einer relativen Operationsindikation deskriptiv überbetont). Die so formulierten Befunde sind aber mit Sicherheit nicht dem Ereignis vom 24.04.2015 zuzuordnen. Da die zeitnah erhobenen arthroskopischen Befunde vom 24.10.2015 praktisch nur Normalbefunde an der betroffenen Schulter beschreiben und entsprechend fotodokumentiert worden sind. Keinesfalls ist davon auszuge-

hen, dass gerade in diesem Operationsbericht vom 27.10.2015 in einer selten gesehenen Gründlichkeit auf die einzelnen festgehaltenen Strukturen eingegangen wird.

**2.17** Vor Verwaltungsgericht reicht die Beschwerdeführerin ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2017 ein, worin ihr eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 7. November 2016 bis 21. April 2017 sowie eine voraussichtliche vollständige Arbeitsunfähigkeit von 100% für die nächsten 8-10 Wochen attestiert wird (Bf-act. 35). Zudem reicht sie einen Verlaufsbericht von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 28. April 2017 ein, wonach die Beschwerdeführerin aktuell eine Verbesserung des Beschwerdeumfangs aufweise. Sie gebe jedoch unter Belastung erhebliche Schmerzen an, das Bewegungsausmass habe zwischenzeitlich auf einen aktiven Nacken- und Schürzengriff gesteigert werden können. Aufgrund der Befunde sei von einer positiven Gesamtbewertung auszugehen, die Patientin benötige allerdings weiterhin langfristig Physiotherapie (Bf-act. 36).

**2.18** Mit Schreiben vom 5. April 2017 ersuchte die Vorinstanz Prof. Dr.med. J.\_\_\_\_\_ von der PMEDA AG um Stellungnahme zu den Kritikpunkten von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 23. Dezember 2016 und vom 8. März 2017 (Vi-act. 205). Gleichzeitig ersuchte die Vorinstanz Prof. Dr.med. J.\_\_\_\_\_ um Beantwortung der Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin gemäss seinem Schreiben vom 5. April 2017 (Vi-act. 204). Mit gutachterlicher Stellungnahme vom 30. Mai 2017 (Vi-act. 206, Stellungnahme unterzeichnet von Dr.med. L.\_\_\_\_\_, Dr.med. M.\_\_\_\_\_, Dr.med. N.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr.med. J.\_\_\_\_\_) hielten die Gutachter fest, dass das neurologische Gutachten keinen Anhalt für eine Läsion der Spinalnervenzwurzel von C7 ergeben habe. Auch der orthopädische Voruntersucher habe kein radikuläres Defizit beschrieben. Dieser Einwand von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ sei nicht schlüssig. Auch sein Einwand, dass allein die bildmorphologischen spinalen Befunde ein radikuläres Defizit (von C7) belegen und die zervikalen Beschwerden begründen würden, stehe ausserhalb der Schulmedizin. Es sei notorisch, dass solche degenerativen spinalen Befunde wie im Fall der Versicherten notorisch schwach mit klinischen Syndromen korrelieren würden. Derartige Befunde seien vielmehr in der allgemeinen Population hoch prävalent. (...). Auch habe der orthopädische Teilgutachter in seinen Befunden die Halswirbelsäule zweifelsfrei geprüft und die dabei erhobenen objektiven Befunde dokumentiert. Insbesondere könne Dr.med. I.\_\_\_\_\_ auch keinen eigenen klinischen Befund entgegensetzen; er wäre gut beraten, eine eigene klinische Untersuchung durchzuführen, bevor er sich festlege (Vi-act. 206-2/5).

Die Festlegung von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ auf den 14. Oktober 2015 als Datum für den erreichten Status quo ante halte einer Prüfung ebenfalls nicht stand. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ führe selber aus, dass nach seiner langjährigen klinischen Erfahrung recht langwierige Verläufe nicht selten bis zu einem Jahr nachdauern könnten. Soweit Dr.med. I. \_\_\_\_\_ sich auf den 14. Oktober 2015 festlege – ohne eigene klinische Untersuchung – sei seine Stellungnahme widersprüchlich.

Die Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, die im Zusammenhang mit der Operation vom 7. November 2016 standen, konnten die Gutachter "ohne eigene Kenntnis des intraoperativen Situs" nicht beantworten (Vi-act. 206-3/5 Fragen 1a-1c). Auf die Frage, ob es möglich sei, dass die Bizepssehnenpartialruptur ursächlich auf den Unfall vom 24. April 2015 zurückzuführen sei, antworteten die Gutachter, dass eine solche Partialruptur nicht vorbeschrieben sei (nicht vor dem OP-Bericht vom November 2016). Diese Ruptur könnte auf andere Traumata oder degenerative Alterationen zurückzuführen sein. Überwiegend wahrscheinliche Anhaltspunkte für eine unfallkausale Genese der Bizepssehnenpartialruptur lägen nicht vor. Es erschliesse sich nicht, weshalb nicht auf den OP-Bericht vom 27. Oktober 2015 abgestellt werden solle. Auch bestehe aus Sicht der Gutachter kein überwiegend wahrscheinlicher Anhalt, dass Dr.med. G. \_\_\_\_\_ die Bizepssehnenpartialruptur übersehen habe. Auch hätten die Gutachter keinen Anhalt für eine überwiegende Glaubwürdigkeit der Annahme einer auf den Unfall in 2015 kausal zurückgehenden Bizepssehnenläsion. Die intra-operativen Befunde aus 2015 und 2016 stünden zumindest gleichrangig glaubhaft nebeneinander und repräsentierten im Übrigen Beobachtungen an zwei unterschiedlichen Punkten auf der Zeitachse (Vi-act. 206-4/5).

**2.19** Zu ihrer Stellungnahme vom 6. Juli 2017 reichte die Beschwerdeführerin ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2017 ein (Bf-act. 38), wonach die Beschwerdeführerin für voraussichtlich weitere sechs Wochen vollständig arbeitsunfähig bleibe. Zudem hielt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 6. Juni 2017 gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin fest, dass die Bizepssehnenpartialruptur intraoperativ nur unter Anheben der langen Bizepssehne möglich gewesen sei. Die partielle Ruptur zeige sich hierbei auf Höhe des Sulcus bicipitalis in unmittelbarer Nachbarschaft zum Tuberculum majus, welches im Rahmen des Sturzes gebrochen sei. Gemäss Dr.med. H. \_\_\_\_\_ sei es vorstellbar, dass die lange Bizepssehne im Rahmen der Erstoperation durch Dr.med. G. \_\_\_\_\_ nicht ausreichend auf Höhe des Sulcus bicipitalis angehoben und untersucht worden sei. Andererseits bleibe selbstverständlich festzuhalten, dass auch degenerative Bizepssehnenläsionen bei einer 55-jährigen Patientin vorstellbar seien. Da jedoch vor dem Unfall keinerlei Patholo-

gie von Seiten der rechten Schulter bestanden habe, müsse von einer Unfallkausalität ausgegangen werden (Bf-act. 37).

**3.1** Im angefochtenen Einspracheentscheid verweist die Vorinstanz auf das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 30. April 2015, welches bei der Beschwerdeführerin eine nicht dislozierte Fraktur des Tuberculum majus sowie eine mögliche Distorsion bzw. Zerrung des Supraspinatussehnenansatzes anzeigte. Gestützt darauf hat die Vorinstanz dafür die natürliche Kausalität anerkannt (angefocht. Entscheid S. 4 oben Ziff. 10 und 11). Sodann hat die Vorinstanz auf das von ihr veranlasste PMEDA-Gutachten vom 13. Mai 2016 abgestellt, nach welchem bei der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsfähigkeit (in einer leidensangepassten Tätigkeit) vorliege. Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ vom 30. September 2016 sei ohne Begründung und daher nicht geeignet, die gutachterlichen Erkenntnisse in Zweifel zu ziehen. Da keine divergenten fachärztlichen Meinungen vorlägen, könne auf das Gutachten abgestellt werden (angefocht. Entscheid S. 6 Ziff. 18 und 19). Mit Schreiben vom 16. Juni 2016 und vom 8. August 2016 habe man die Versicherte unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht aufgefordert, sich beruflich neu zu orientieren. Dabei sei ihr eine Übergangsfrist bis 31. August 2016 angesetzt worden. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung sei ihr hierfür eine Zeitspanne von drei bis fünf Monaten einzuräumen. Die angesetzte Frist zur beruflichen Neuorientierung habe nur zweieinhalb Monate betragen, was nach der Rechtsprechung zu kurz gewesen sei und weshalb die verfügungsweise Taggelleinstellung per Ende August 2016 im Einspracheentscheid neu auf Ende September 2016 festgelegt wurde (angefocht. Einspracheentscheid S. 6 f. Ziff. 21-25).

**3.2** In der Beschwerde wird geltend gemacht, die Vorinstanz stütze sich bei der Taggelleistungseinstellung einzig auf des Gutachten der PMEDA vom 13. Mai 2016 bzw. das orthopädische Verlaufsgutachten vom 19. November 2016. Die Gutachter hätten allerdings keine Kenntnis von der Operation vom 7. November 2016 gehabt, bei welcher Dr.med. H. \_\_\_\_\_ eine hochgradige Bizepssehnenpartialruptur diagnostiziert habe, welche auf den Unfall vom 24. April 2015 zurückzuführen sei. Obwohl die Vorinstanz Kenntnis von dem Operations- und Austrittsbericht von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ gehabt habe, habe sie es für nicht einmal nötig erachtet, dies im angefochtenen Einspracheentscheid zu erwähnen (Beschwerde S. 7 Ziff. 2 a und b). Des Weiteren erwähne die Vorinstanz auch das Aktengutachten von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 nicht. Dieses Aktengutachten komme – ohne indes auf den OP- und Austrittsbericht von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ hinzuweisen – zum Schluss, dass sich bei der Beschwerdeführerin ab dem 14. Oktober 2015 ein unfallkausaler Status quo ante eingestellt

habe. Gleichzeitig bemerke Dr.med. I. \_\_\_\_\_, dass die beiden PMEDA-Gutachten an Umfang und Widersprüchlichkeit gegenüber den zahlreich involvierten Klinikern und behandelnden Ärzten nicht zu überbieten seien. Die beiden Gutachten seien wertlos.

Damit könne nicht auf diese beiden PMEDA-Gutachten abgestellt werden. Aber auch das Aktengutachten von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ sei keineswegs schlüssig. So lege er nicht dar, weshalb die von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ diagnostizierte hochgradige Bizepssehnenpartialruptur in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 24. April 2015 stehen soll. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ weise auch nicht darauf hin, dass es allenfalls möglich wäre, dass diese Bizepssehnenpartialruptur auf den Röntgen vom 15. Oktober 2015 und auf den MRI vom 30. Mai 2015, 11. April 2016 und 30. September 2016 nicht zu sehen gewesen sei und auch bei der Schulterarthroskopie vom 22. Oktober 2015 übersehen worden sei. Die Schmerzen der Beschwerdeführerin, die sich nach der ersten Schulterarthroskopie vom 22. Oktober 2015 sukzessive verstärkt hätten, der nachfolgende Beschwerdeverlauf und die nach der zweiten Schulterarthroskopie (vom 7.11.2016) spürbaren Gesundheitsverbesserungen würden die Kausalität der Bizepssehnenpartialruptur zum Unfall vom 24. April 2015 deutlich zeigen (Beschwerde S. 8 Ziff. 2c).

**3.3** In der Vernehmlassung führt die Vorinstanz aus, die natürliche Kausalität zwischen dem schulterarthroskopischen Eingriff vom 7. November 2016 und dem Unfall vom 24. April 2015 sei fraglich und werde derzeit in einem separaten Verwaltungsverfahren geklärt (Vernehmlassung S. 6 Ziff. 10; vgl. in diesem Zusammenhang auch Vi-act. 184).

**4.** Eine gerichtliche Würdigung dieser medizinischen Akten und Ausführungen zeitigt die nachfolgenden Ergebnisse:

**4.1** In Bezug auf eine allfällige Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine vermutete CRPS Typ I ist – soweit überhaupt noch streitig – folgendes festzuhalten:

**4.1.1** Gemäss der Kritik von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Dezember 2016 (Vi-act. 181 S. 3) wurde die von den behandelnden Ärzten wiederholt angedachte Schmerzchronifizierung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung im PMEDA-Gutachten vom 13. Mai 2016 nicht thematisiert und dementsprechend auch in der Beurteilung der (nach gutachterlicher Auffassung wiedererlangten) Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt.

**4.1.2** Im neurologischen Teilgutachten vom 13. Mai 2016 wird plausibel und in Berücksichtigung der aktenkundigen Beurteilungen der Dres. G. \_\_\_\_\_/H. \_\_\_\_\_ dargelegt, weshalb im Untersuchungszeitpunkt

(15.2.2016) kein ausreichender Anhalt für ein CRPS gegeben war (IASP-Diagnosekriterien für CRPS [Budapest-Kriterien] nicht erfüllt, fehlende Anhaltspunkte in der radiologischen Zusatzdiagnostik, unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund). Im psychiatrischen Teilgutachten wird festgehalten, dass sich keine Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung finden lassen (psych. Teilgutachten S. 8 unten). Auch im orthopädischen Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 wurde ein allfälliges CRPS thematisiert bzw. begründet, weshalb nach Auffassung des Gutachters ein solches nicht vorlag. Dem Einwand von Dr.med. I.\_\_\_\_\_, die Gutachter hätten einer allfälligen Schmerzverarbeitungsstörung keine Beachtung geschenkt, kann deshalb nicht gefolgt werden. Vielmehr durfte die Vorinstanz gestützt auf das PMEDA-Gutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit davon ausgehen, dass bei der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt kein CRPS vorlag.

**4.2** Es ist, soweit ersichtlich, medizinisch unbestritten und es wird auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht, dass das Unfallereignis vom 24. April 2015 zu einer psychischen Beeinträchtigung mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt hat. Die von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 13. April 2016 (Vi-act. 128 S. 3) diagnostizierte depressive Episode und Z. n. Burnout-Syndrom wurden von ihm im Zusammenhang mit einer Besprechung nach durchgeführtem HWS-MRI abgegeben und stehen somit in keinem erkennbaren Zusammenhang zum Unfallereignis vom 24. April 2015. Eine allfällige (noch vorhandene) psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin wäre insbesondere auch vor dem Hintergrund der Berichte von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ zu deuten (Vi-act. 72, depressive Episoden seit 2008). Es kann gestützt auf die vorliegenden Akten der Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten zugestimmt werden, dass kein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen (noch) vorhandenen psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 24. April 2015 bestehen (psychiatrisches Gutachten S. 9 Fragen 6.1 und 6.2).

**4.3.1** In Bezug auf die unbestrittenermassen durch das Unfallereignis vom 24. April 2015 ausgelöste nicht-dislozierte Fraktur des Tuberculum majus kann mit Dr.med. I.\_\_\_\_\_ festgehalten werden, dass diese Fraktur spätestens im Zeitpunkt der Röntgenuntersuchung vom 14. Oktober 2015 (Vi-act. 57) bzw. der Schulterarthroskopie vom 22. Oktober 2015 (Vi-act. 71 S. 3) morphologisch ausgeheilt bzw. nicht mehr feststellbar war (Aktengutachten vom 23.12.2016 S. 5 Ziff. 2). Entgegen seiner Auffassung kann darin allerdings im vorliegenden Fall nicht ohne weiteres das Erreichen des medizinischen Endzustands erblickt werden. Die involvierten Ärzte, namentlich auch der orthopädische Gutachter der PMEDA, sind sich einig, dass das Unfallereignis vom 24. April 2015 bei der Be-

schwerdeführerin zu einer adhäsiven Capsulitis rechts ("frozen shoulder") geführt hat. Wie im PMEDA-Gutachten vom 13. Mai 2016 zutreffend ausgeführt wird (Vi-act. 168 Konsensbeurteilung S. 2; vgl. auch gutachterliche Stellungnahme vom 30.5.2017 [Vi-act. 206 S. 2 unten]), führt die Capsulitis erfahrungsgemäss zu einem protrahierten Verlauf mit erheblichen Bewegungseinschränkungen der Schulter, wobei allerdings in aller Regel spätestens nach 18 Monaten eine Restitutio ad integrum angenommen werden darf. Insoweit entspricht die gutachterliche Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt im Februar 2016 (rund 10 Monate nach dem Unfall) in einer leidensangepassten Tätigkeit, in der sie den rechten Arm nur leicht einsetzen muss, grundsätzlich wieder zu 100% arbeitsfähig wäre, dem medizinischen Erfahrungswert.

**4.3.2** Anlässlich der Schulterarthroskopie rechts (inkl. Bizepssehnenotomie und subacromialer Bursektomie) vom 7. November 2016 diagnostizierte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine vordere (kleine) obere Labrumläsion 10-12 Uhr, eine hochgradige Partialsehnenruptur mit lokaler Tendinitis sowie eine subacromiale Bursitis bei Acromion Typ I-II nach Bigliani (Vi-act. 169). Gemäss dem Schreiben von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2017 (Vi-act. 190) war zumindest die Bizepssehnenpartialruptur eine Traumafolge, d.h auf die Humeruskopffraktur und damit auf das Unfallereignis vom 24. April 2015 zurückzuführen. Er berichtet zudem, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem Eingriff eine deutliche Beschwerdebesserung eingetreten sei, sodass in den folgenden Monaten mit einer zunehmenden Beschwerdefreiheit zu rechnen sei (vgl. auch sein Verlaufsbericht vom 28.4.2017, wonach das Bewegungsausmass zwischenzeitlich auf einen aktiven Nacken- und Schürzengriff gesteigert werden konnte, die Patientin aber weiterhin langfristig Physiotherapie benötige, Bf-act. 36). In seinem Schreiben vom 6. Juni 2017 (Bf-act. 37) hält Dr.med. H.\_\_\_\_\_ es für vorstellbar, dass Dr.med. G.\_\_\_\_\_ im Rahmen der Erstoperation die lange Bizepssehne nicht ausreichend auf Höhe des Sulcus bicipitalis angehoben und untersucht und damit die die Bizepssehnenpartialruptur nicht erkannt habe. Gleich anschliessend relativiert Dr.med. H.\_\_\_\_\_ seine Beurteilung insoweit wieder, als er auch eine degenerative Bizepssehnenläsion bei der Beschwerdeführerin für vorstellbar hält. Seine Schlussfolgerung, dass vor dem Unfall keinerlei Pathologie von Seiten der rechten Schulter bestanden habe (woraus er die Unfallkausalität ableitet), stellt eine sozialversicherungsrechtlich nicht zulässige Argumentation "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation dar (vgl. statt vieler: Bundesgerichtsurteil 8C\_13/2016 vom 13.5.2016 Erw. 4.2 in fine u.a. mit Verweis auf BGE 119 V 335).

Während somit der Operateur Dr.med. H.\_\_\_\_\_ die im November 2016 operativ versorgte Bizepssehnenpartialruptur rechts als unfallkausal einstuft, ist Dr.med. I.\_\_\_\_\_ gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten der Ansicht, der Eingriff vom 7. November 2016 sei keine (Teil-)Folge des Unfallereignisses vom 24. April 2015 (Vi-act. 131 S. 4 unten; vgl. auch Bg-act. 1 Frage 5). Die PMEDA-Gutachter enthalten sich diesbezüglich einer klaren Stellungnahme, dies mit der Begründung, dass man die anlässlich der Operation im November 2016 festgestellten strukturellen Läsionen selber nicht eingesehen habe und diese daher weder in Zweifel ziehen noch bestätigen könne. Zwar verweisen die Gutachter auf das MRI vom September 2016, worin eine Labrumläsion verneint wurde und eine gravierende Sehnenläsion (allenfalls eine leichtgradige Tendinopathie der distalen Supraspinatussehne; vgl. Vi-act. 167) nicht beschrieben worden sei (vgl. Vi-act. 206 S. 3 Frage 1a). Auch halten sie grundsätzlich zu Recht fest, dass keine Anhaltspunkte bestehen, dass Dr.med. G.\_\_\_\_\_ beim operativen Eingriff vom 22. Oktober 2015 (vorn Erw. 2.3) die Bizepssehnenpartialruptur übersehen haben soll.

**4.3.3** Eine gerichtliche Würdigung der aufgeführten Berichte und Ausführungen ergibt folgendes:

Die bei der ersten Operation vom 22. Oktober 2015 vorgefundene Auffaserung der distalen Supraspinatussehne wird beim zweiten Eingriff nicht mehr beschrieben (Supraspinatussehne und Infraspinatussehne unauffällig). Die persistierende Bursitis bei vorbestehend verengtem Subacromialraum (bei Acromion Typ II nach Bigliani) und unter Berücksichtigung des Alters der Beschwerdeführerin (knapp 54-jährig beim erwähnten operativen Eingriff) ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 24. April 2015 zurückzuführen.

Der kleine (nur intraoperativ beschriebene) Labrumabriss kann nicht als traumatisch bedingt gelten, nachdem die Labruminsertion sechs Monate nach Unfall intraoperativ (bei genauer OP-Befundbeschreibung, vgl. Vi-act. 71 S. 2) als unauffällig beschrieben wurde.

Erste mögliche Anhaltspunkte für die intraoperativ am 7. November 2016 vom behandelnden Arzt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vorgefundene hochgradige Partialruptur der Bizepslangsehne im Sulcusbereich ergaben sich anlässlich der orthopädischen (Verlaufs-)Begutachtung durch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ am 19. Oktober 2016, als beim klinischen Untersuchen eine Schmerzangabe im Sulcus der langen Bizepssehne angegeben wurde (Vi-act. 168 S. 8 Mitte). Unfallnäher gibt es für die Bizepssehnenpartialruptur hingegen keine Hinweise, weder im MRI vom 30. April 2015 noch intraoperativ am 22. Oktober 2015 (dies bei genauer OP-Befundbeschreibung, vgl. Vi-act. 71 S. 2) und auch nicht im MRI vom 30. September

2016. Anhaltspunkte, dass die Bizepssehnenpartialruptur bis zur Operation am 7. November 2016 von allen bis dahin involvierten Fachärzten übersehen worden wäre, ergeben sich keine bzw. sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

Bei dieser Sachlage und nachdem auch die PMEDA-Gutachter und Dr.med. I. \_\_\_\_\_ in diesem Punkt übereinstimmen, ist die am 7. November 2016 vorgefundene Bizepssehnenpartialruptur nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 24. April 2015 zurückzuführen. Dafür spricht auch, dass das Unfallereignis vom 24. April 2015 mit stattgehabtem Kompressionsmechanismus, der eine Fraktur des Tuberculum majus nach sich zog, eine gleichzeitige Ruptur der Bizepssehne eher unwahrscheinlich macht (vgl. hierzu Vi-act. 202, Aktenbeurteilung von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 8.3.2017 Frage 3). Zudem erscheint anhand der zeitlichen Abfolge eine degenerative Ursache der Bizepssehnenpartialruptur bei der damals 53-jährigen Beschwerdeführerin durchaus denkbar, was auch von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 6. Juni 2017 (Bf-act. 37) bestätigt wird. Ob die Partialruptur degenerativ bedingt war, braucht vorliegend allerdings nicht abschliessend geprüft zu werden und war auch von der Vorinstanz nicht abschliessend zu prüfen, da sich die Kausalitätsprüfung auf die Feststellung beschränken kann, dass die noch vorhandenen Beschwerdebilder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen sind oder nicht.

**4.3.4** Die Vorinstanz ist deshalb zu Recht davon ausgegangen, dass spätestens ab dem 30. September 2016 (Zeitpunkt der Taggeldeinstellung), rund 17 Monate nach dem Unfall vom 24. April 2015, der Beschwerdeführerin eine Arbeitsaufnahme in einer Verweistätigkeit zumutbar war, was auch von den PMEDA-Gutachtern und Dr.med. I. \_\_\_\_\_ bestätigt wird, ohne dass dagegen substantiierte Einwände seitens der Beschwerdeführerin erhoben werden. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die PMEDA-Gutachter und von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ muss erst recht gelten, wenn die Bizepssehnenpartialruptur mangels Unfallkausalität bei dieser Beurteilung ausgeklammert wird. Die Einstellung der Taggelder per 30. September 2016 erweist sich demnach als rechtmässig, weswegen die Beschwerde abzuweisen ist.

**5.** Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist in der Regel für die Parteien kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Es liegen keine Gründe vor, vorliegend von dieser Regel abzuweichen.

**Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 11. August 2017