

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2017 61

Entscheid vom 9. August 2017

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____ AG,
Beschwerdeführerin,

gegen

B._____ AG,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt E._____

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. C.____ (geb. ____1975) arbeitete im Personalwesen bei der D.____ GmbH in O.____ und war in dieser Funktion bei der B.____ AG (kurz: B.____), gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 10. November 2016 stolperte sie im Büro und um nicht hinzufallen, fing sie ihr eigenes Gewicht mit der rechten Hand auf, indem sie sich an der Wand abstützte. Sie erlitt dadurch einen Stich ins Handgelenk (Vi-act. 1).

B. Wegen der anhaltenden Handgelenksschmerzen begab sich C.____ am 16. Januar 2017 zur Sprechstunde in die P.____ (Klinik) (Vi-act. 5 = Bf-act. 2). Ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks vom 20. Januar 2017 zeigte eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit Unterflächeneinriss bei breit erhaltener Insertion am Tuberculum majus, eine SLAP-Läsion Typ I und eine reduzierte Höhe des Subacromialraums bei Acromion Typ II (keine Bursitis subacromialis) (Vi-act. 5.1 = Bf-act. 3).

C. Am 21. Februar 2017 wurde bei C.____ in der Q.____ (Klinik) eine Schulterarthroskopie rechts (arthroskopische LBS-Tenodese sowie Supraspinatussehne-Reinsertion in Suture-bridge-Technik) vorgenommen (Vi-act. 25). Die B.____ lehnte es mit Schreiben vom 22. Februar 2017 ab, die Kosten für diese Operation zu übernehmen. Der beratende Arzt sei nach Sichtung der medizinischen Unterlagen zum Schluss gekommen, dass die aktuellen Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. November 2016 stehen würden (Vi-act. 10). Nachdem sich C.____ damit nicht einverstanden erklärte, erliess die B.____ am 8. März 2017 eine ablehnende Verfügung (Vi-act. 14). Eine Kopie dieser Verfügung wurde der A.____ AG (kurz: A.____) zugestellt.

D. Am 22. März 2017 erhob C.____ Einsprache gegen die Verfügung vom 8. März 2017 (Vi-act. 20). Mit Eingaben vom 28. März 2017 und vom 10. April 2017 erhob auch die A.____ Einsprache (Vi-act. 23+30).

E. Am 12. April 2017 nahm med.pract. F.____ (FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, MAS Arbeit und Gesundheit, ETHZ) als Vertrauensärztin der B.____ Stellung zur Unfallkausalität der Schulterbeschwerden von C.____ (Vi-act. 32). Nach Beurteilung von med.pract. G.____ stehen die Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. November 2016.

F. Mit Einspracheentscheid vom 5. Mai 2017 (Bf-act. 8) wies die B.____ die Einsprachen ab. Einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung.

G. Am 8. Juni 2017 erhob die A.____ gegen den am 8. Mai 2017 versandten Entscheid der B.____ rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit den folgenden Anträgen:

1. Die Beschwerde sei gutzuheissen, und der Einspracheentscheid vom 5. Mai 2017 und die Verfügung vom 8. März 2017 seien aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin habe die gesetzlichen UVG-Leistungen zu erbringen.
3. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz für weitere Abklärungen zurückzuweisen.

H. Mit Vernehmlassung vom 29. Juni 2017 lässt die Vorinstanz die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragen.

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 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

1.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass

das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfele (BGE 134 V 109 Erw. 9.5; Urteil des Bundesgerichts (BGer) 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des BGer 8C_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 m.w.H.).

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, 2. A., Art. 43 Rz. 18). 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 Sozialversicherungsbereich 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. 12). 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 antizipierten 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 Erw. a 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 gemäss § 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess (BZP; SR 273) genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b), 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: Urteil des BGer 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 (Urteil des BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

2. Zum Unfallereignis vom 11. November 2016 und zum medizinischen Verlauf ist den vorliegenden Akten folgendes zu entnehmen:

2.1 In der Bagatellunfall-Meldung UVG vom 17. November 2016 (Vi-act. 2 und 34-5/7) wurde der Unfall der Versicherten vom 10. November 2016 wie folgt beschrieben (Vi-act. 1, im Original):

Im Büro gestolpert und um nicht hinzufallen, eigenes Gewicht mit rechter Hand an der Wand aufgefangen. Dabei wurde das Handgelenk beansprucht überdehnt, ein starker Stich ging durch das Handgelenk. Seit dem geht der Schmerz nicht mehr weg und verteilt sich auf den ganzen Arm.

Als erstbehandelnder Arzt wurde Dr.med. H._____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) aufgeführt (Erstbehandlung am 17.11.2016, vgl. Vi-act. 34).

In ihrem Schreiben vom 22. März 2017 an die Vorinstanz schilderte die Versicherte, dass sie den Sturz mit ihrem rechten Arm aufgefangen habe. Sie habe sofort Schmerzen im Arm gehabt, vor allem im Handgelenk. Da die Schmerzen nicht aufhörten, sei sie zum Hausarzt gegangen. Die Schmerzen seien zu Anfang vor allem im Handgelenk gewesen, woraufhin der Arzt nur das Handgelenk angeschaut und eine Schiene verschrieben habe. Diese habe aber nichts genützt. Von Tag zu Tag seien die Schmerzen schlimmer geworden (...). (Vi-act. 20).

2.2 Nach Zuweisung durch Dr.med. H._____ wurde die Versicherte am 16. Januar 2017 von Dr.med. I._____ (FMH Chirurgie) und von Dr.med. univ. P. R._____ in der P._____ (Klinik), untersucht. Im Bericht vom 17. Januar 2017 wurde folgendes festgehalten (Vi-act. 5):

Diagnosen

- St. n. Schulter-Arm-Syndrom rechts bei Status nach Trauma vom 10.11.2016
- Status nach Epicondylitis humero-radialis rechts sowie
- Status nach Epicondylitis humero-ulnaris rechts mit operativer Sanierung 2011
- Status nach Trauma vom 1.11.2016
- Wiederaufflackern Epicondylitis humero-radialis sowie humero-ulnaris
- Status nach Handgelenksdistorsion rechts

Anamnese

Die Patientin berichtet über ein traumatisches Geschehen mit Verletzung des rechten Handgelenkes, des rechten Ellbogengelenkes sowie des rechten Schultergelenkes vom 10.11.2016. Die Patientin war heute bei Frau Dr. S.____ zur Handspezialsprechstunde vorstellig, im gleichen Zuge ebenfalls in unserer Schulter- und Ellbogensprechstunde.

Befunde

Freie Beweglichkeit mit 180° in Abduktion und Flexion des rechten Schultergelenkes glenohumeral. Die Innenrotation mit negativem Lift Off-Test. Die Aussenrotation seitengleich mit 85°. Die Aussenrotation kraftvoll. Die Innenrotation ebenso. Die Abduktion etwas reduziert rechts gegenüber links. Das AC-Gelenk druckschmerzfrei. Sensibilität erhalten. Jobe-Test rechts schwach positiv. Impingement-Zeichen mittelgradig positiv. Bizepssehnen-Tests negativ. Body-Cross-Test negativ. Der Faustschluss imponiert rechts schwächer als links. Auf Nachfragen gibt die Patientin auch Kribbelparästhesien über den Fingern an. Ein Phalen- und Pin-Wheel-Test heute schwach positiv. Keine äusseren Zeichen von Deformitäten bei blanden Hautverhältnissen der gesamten rechten oberen Extremität.

Beurteilung/Prozedere

Leider hat sich bei der Patientin eine erneute Epicondylitis radial wie ulnar rechts eingestellt. Nachdem vor kurzem ein Trauma aufgetreten ist, kann es natürlich durchaus sein, dass sich unter konservativen Therapien dies wieder zurück bildet. (...).

2.3 Am 20. Januar 2017 erfolgte im T.____ (Zentrum) ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks der Patientin (bei St.n. Trauma vor zwei Monaten und Fragestellung nach Bursitis subacromialis). Gemäss dem Bericht von Dr.med. J.____ (FMH Radiologie) vom gleichen Tag zeigten sich die folgenden Befunde (Vi-act. 5.1):

Regelrechte glenohumerale Artikulation. Acromion Typ II. Reizloses AC-Gelenk. Höhe des subacromialen Raumes 6 mm. Gelenksseitiger Kontrastmitteleintritt in die Unterfläche der Supraspinatussehne im distalen Segment. Die Insertion zum Tuberculum majus ist breit erhalten. Supraspinatusmuskelbauch kräftig, keine Atrophiezeichen. Normal sind die Sehnen des Musculus infraspinatus, des Musculus teres minor und des Musculus subscapularis. Kleine intraossäre Geröllzyste dorsocronial im Humeruskopf. Regelrechter Lauf der langen Bizepssehne im Sulcus bicipitalis und im Rotatorenintervall. Feiner Kontrastmitteleintritt in das obere Labrum bei 12-/1-Uhr. Normaler, hyaliner, glenohumeraler Knorpel.

Dr.med. J.____ hielt eine gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit Unterflächeneinriss bei breit erhaltener Insertion am Tuberculum majus, eine

SLAP-Läsion Typ I sowie eine reduzierte Höhe des Subacromialraums bei Acromion Typ II (keine Bursitis subacromialis) fest (Vi-act. 5.1 = Bf-act. 3).

2.4 In den vorliegenden Akten findet sich der KG-Eintrag von Dr.med. L.____ (Vi-act. 5.2). Darin wird beim Datum 3. Februar 2017 "MRI Partialruptur" aufgeführt. "Im heutigen Untersuch aber umschriebene alleinige Schmerzhaftigkeit über der Bizepssehne". Es wurde eine Infiltration intraartikulär durchgeführt, Kontrolle in sechs Wochen.

2.5 Am 6. Februar 2017 untersuchte Dr.med. M.____ (Facharzt Neurologie) die Patientin (Vi-act. 5.3). Er diagnostizierte unspezifische Dysästhesien an der rechten Hand sowie rezidivierende Schmerzen am rechten Arm bei St. n. Stolperunfall am 10. November 2016. Im Bericht von Dr.med. M.____ wird bei der persönlichen Anamnese der Patientin erwähnt, dass ca. 2011 eine Operation bei chronischer Sehnenscheidenentzündung am rechten Arm stattgefunden habe, dies aber vollständig ausgeheilt sei. In der neurologischen Untersuchung fanden sich kein Cervikalsyndrom, keine Reflexabschwächung, keine sensiblen oder motorischen Defizite und ein negativer Tinel und Phalantest. Die durchgeführten Neurographien zeigten normale Latenzen und Amplituden. Zusammengefasst konnte Dr.med. M.____ klinisch und neurologisch keine Hinweise auf eine neurologische Ursache der beklagten Beschwerden finden.

2.6 Am 21. Februar 2017 wurde die Patientin von Dr.med. L.____ in der Q.____ (Klinik), an der rechten Schulter operiert (Vi-act. 25; Schulterarthroskopie, arthroskopische LBS-Tenodese sowie Supraspinatussehne-Reinsertion in Suture-bridge-Technik). Im Bericht vom 24. Februar 2017 wird u.a. festgehalten, dass Subscapularis und Bizepssehne unauffällig seien. Leichte SLAP-Läsion. Ausgedehnte Ruptur des gesamten vorderen und hinteren Pulley-Systems mit Ausläufer in den Supraspinatus. Beim Einbringen der Optik subacromial zeigte sich kein Impingement, die Bursa war absolut unauffällig.

2.7 Ebenfalls am 21. Februar 2017 ersuchte die Vorinstanz ihre beratende Ärztin med.pract. G.____ um Beantwortung der Frage, ob die geltend gemachten Beschwerden bzw. die Operation vom 21. Februar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 10. November 2017 zurückzuführen seien, was med.pract. G.____ verneinte (Vi-act. 6).

2.8 Nachdem die Vorinstanz zwischenzeitlich die Ablehnung ihrer Leistungspflicht verfügt hatte und dagegen Einsprache erhoben worden war, ersuchte sie ihre beratende Ärztin med.pract. G.____ erneut um Beantwortung der Frage nach der Unfallkausalität (Vi-act. 32). In der Stellungnahme vom 12. April 2017

wird der medizinische Verlauf seit dem Ereignis vom 10. November 2016 aufgeführt. Anschliessend gelangt med.pract. G.____ zur folgenden Beurteilung (Vi-act. 32-4/5):

Aus versicherungsmedizinischer Sicht ist zu prüfen, ob die Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 10.11.2016 zurückzuführen sind. Dies ist aus meiner Sicht nicht der Fall. Denkbar ist, dass sich die Versicherte beim Abstützen an der Wand eine Handgelenksdistorsion rechts zugezogen hat, entsprechend wurde durch den Hausarzt, welcher zuerst konsultiert wurde, eine Handgelenksschiene verordnet. Für die, sich im Verlauf in den gesamten rechten Arm ausdehnenden, Schmerzen (mit Diagnose einer Epikondylopathie im Januar 2017) ist der zeitliche Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom November 2016 nicht gegeben, es fehlen Initialsymptome, welche auf eine Verletzung von proximal des Handgelenks liegenden Armstrukturen hindeuten könnten. Auch bezüglich der im Februar 2017 diagnostizierten Supraspinatussehnenpartialläsion und Pulley-Läsion der rechten Schulter ist der natürliche Kausalzusammenhang nicht in dem versicherungsmedizinisch geforderten, überwiegendem Wahrscheinlichkeitsgrad gegeben. Diese Beurteilung stützt sich auf folgende Überlegungen: Das Ereignis selber, mit Abfangen/Abstützen des Körpergewichts an der Wand, ist nicht geeignet, eine derartige Läsion zu bewirken. Weiterhin fehlen spezifische, auf eine akute traumatische Rotatorenmanschettenläsion hinweisende Initialsymptome an der rechten Schulter. Zudem sind degenerativ bedingte Rotatorenmanschettenläsionen, oft auch asymptomatisch, in der Allgemeinbevölkerung häufig. Auch im vorliegenden Fall beurteile ich die Rotatorenmanschettenläsion und Pulleyläsion als überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt. Die Operation vom 21.02.2017 steht dementsprechend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10.11.2016 sondern dient der Behandlung des degenerativ bedingten Vorzustandes.

2.9 Am 17. April 2017 äusserte sich der erstbehandelnde (17.11.2016) Arzt Dr.med. H.____ gegenüber der Vorinstanz zum Fall der Patientin. An Diagnosen hielt er "St.n. Handprellung + Supraspinatus-Vorderrand Läsion re" fest. Die Frage, ob ausschliesslich Unfallfolgen vorlägen, bejahte er (Vi-act. 34 S. 2).

3.1 Die Vorinstanz hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Beurteilung von med.pract. G.____ vom 12. April 2017 abgestützt. Die Beurteilung sei für die streitigen Belange umfassend, berücksichtige die beklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Akten sowie der bildgebenden Darstellungen erfolgt. Sodann sei die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend, nachvollziehbar und schlüssig beantwortet. Dass der Bericht allein aufgrund der Akten erfolgt sei, sei nicht zu beanstanden, da nur eine Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts erforderlich gewesen sei (angefocht. Einspracheentscheid Erw. 4).

3.2 In der Beschwerde wird geltend gemacht, med.pract. G.____ verneine eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität, ohne indes weitere Ausführungen

und Begründungen zu dieser Einschätzung zu machen. Die Stellungnahme sei ohne nähere Angaben zur Krankengeschichte der Patientin ausgestellt worden. Es fehlten Unterlagen zu den vorbestehenden Schädigungen und Berichte des erstbehandelnden Arztes Dr.med. H. _____. Auf die Stellungnahme von med.pract. G. _____ könne nicht abgestellt werden (Beschwerde S. 5 Ziff. 3).

Aus den vorliegenden Akten könne nicht eruiert werden, wann die Patientin erstmals Schulterbeschwerden geltend gemacht habe, da der Bericht des erstbehandelnden Arztes fehle. Aufgrund des Unfallvorganges sei es durchaus wahrscheinlich, dass die Handgelenksschmerzen zunächst im Vordergrund gestanden hätten, die Schulterbeschwerden jedoch auch schon sofort nach dem Unfall bestanden hätten. Durch das Abstützen an der Wand habe die Schulter sicherlich einen Schlag erhalten (Beschwerde S. 5f. Ziff. 4). Der Vorzustand sei durch den Unfall manifest geworden, weshalb eine Teilursächlichkeit zu prüfen sei. Vor dem Unfall sei keine Schulteroperation geplant gewesen. Der Unfall habe zumindest die Notwendigkeit einer Operation vorverlegt. Die Teilursächlichkeit sei deshalb zu bejahen und die Teilursächlichkeit liege bei der Beschwerdegegnerin bzw. hätte von dieser mindestens geprüft werden sollen, weshalb die Sache für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen sei (Beschwerde S. 6).

3.3 In der Vernehmlassung der Vorinstanz wird ausgeführt, das Gericht habe von Amtes wegen zu prüfen, ob die eingeklagte "N. _____" überhaupt passivlegitimiert sei (Vernehmlassung S. 3 Ziff. 7). In der Vernehmlassung werde im Namen der zuständigen Versicherung, der B. _____ AG, Stellung genommen.

Sodann wird auf den Bericht von Dr.med. M. _____ vom 9. Februar 2017 verwiesen, worin keine Hinweise auf eine neurologische Ursache der Beschwerden festgestellt werden konnten. Auch habe sich die Patientin erst mehr als zwei Monate nach dem Ereignis vom 10. November 2016 bei Dr.med. L. _____ gemeldet, was aufgrund des grossen zeitlichen Abstands gegen einen Kausalzusammenhang spreche. Im Übrigen lasse es der dokumentierte Unfallmechanismus als höchst unwahrscheinlich erscheinen, dass sich die Patientin damals an der Schulter verletzt habe. Des Weiteren unterschlage es die Beschwerdegegnerin (recte: die Beschwerdeführerin), dass med.pract. G. _____ in Kenntnisnahme der medizinischen Akten und nach sorgfältiger Diskussion zum Schluss gekommen sei, dass die Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 10. November 2016 stünden, sondern auf den degenerativ bedingten Vorzustand zurückzuführen seien. Die Beschwerdegegnerin (recte: die Beschwerdeführerin) könne sich auf keine ärztli-

che Beurteilung stützen, welche die Beurteilung von med.pract. G._____ widerlege.

4. Zum Einwand der Vorinstanz, das Gericht habe von Amtes wegen zu prüfen, ob die eingeklagte N._____ überhaupt passivlegitimiert sei, da die zuständige Versicherung die B._____ AG sei, ist folgendes festzuhalten:

Bei der N._____ handelt es sich um eine in Y._____ domizilierte ausländische Zweigniederlassung der B._____ AG mit Sitz in X._____ (FL). In X._____ an der gleichen Adresse befindet sich auch der Sitz der im vorliegenden Verfahren passivlegitimierten B._____ AG. In der aktenkundigen Korrespondenz der Vorinstanz, insbesondere des angefochtenen Einspracheentscheids vom 5. Mai 2017 und der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2017, ist im Briefkopf stets die N._____ mit der Adresse in Zürich aufgeführt. Vor diesem Hintergrund erscheint die falsche Parteibezeichnung in der Beschwerde verständlich.

Sodann gilt, dass nach der Rechtsprechung eine falsche Parteibezeichnung dann nicht schadet, wenn die betroffene (jur./nat.) Person aufgrund der Umstände erkennen muss, dass sie gemeint ist (Urteil des BGer 8C_1036/2012 vom 21.5.2013 Erw. 3.1). Aufgrund der Ausführungen in der Vernehmlassung bestehen keine Zweifel, dass die B._____ AG erkannt hat, dass sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen sie als Unfallversicherin richtet. Im Übrigen waren auch die Einsprachen vom 22. und 28. März 2017 sowie vom 10. April 2017 an die Zweigniederlassung in Zürich adressiert, was die Vorinstanz den Einsprechern im angefochtenen Einspracheentscheid nicht vorgehalten hat. Auch deshalb schadet die fehlerhafte Parteibezeichnung in der Beschwerde nicht.

5.1 Für die Aktenbeurteilung von med.pract. G._____ vom 12. April 2017 gelangt die Rechtsprechung zu Berichten versicherungsinterner Ärzte sowie für Aktenbeurteilungen zur Anwendung (vgl. vorn Erw. 1.4.3 und 1.4.5), d.h. es kann nur dann darauf abgestellt werden, wenn auch keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bestehen.

5.2 Der Aktenbeurteilung von med.pract. G._____ (vorn Erw. 2.8) kann nicht zweifelsfrei gefolgt werden. Einerseits steht ihre Schlussfolgerung, das Ereignis vom 11. November 2016 mit Abfangen/Abstützen des Körpergewichts an der Wand sei nicht geeignet, eine derartige Läsion (Supraspinatussehnenpartialläsion und Pulley-Läsion) zu bewirken, der medizinischen Erfahrungstatsache entgegen, nach welcher das geschilderte Unfallereignis ohne weiteres geeignet ist, solche Läsionen auszulösen. Andererseits kann auch den Ausführungen von med.pract. G._____ zum zeitlichen Kausalzusammenhang nicht beigespflichtet werden, wonach die fehlenden Initialsymptome in der rechten Schulter gegen die

Unfallkausalität sprächen. SLAP- und Pulleyleläsionen äussern sich häufig in diffusen und schwer lokalisierbaren Beschwerden. Aufgrund des geschilderten Unfallereignisses ist es nachvollziehbar und entspricht es dem medizinischen Erfahrungswert, dass die durch den Aufprall bewirkten Handgelenksschmerzen initial im Zentrum standen und die diffusen Schulterbeschwerden überdeckten, welche erst nach dem Abklingen der Handgelenksschmerzen in den Vordergrund traten. Mithin spricht auch der zeitliche Beschwerdeverlauf nicht gegen die Unfallkausalität.

5.3 Bei dieser Ausgangslage sind der Operationsbericht von Dr.med. L. _____ vom 24. Februar 2017 und die darin festgehaltenen Befunde bedeutsam (Vi-act. 25). Diese sprechen für eine unfallkausale Genese der leichten SLAP-Läsion und der ausgedehnten Ruptur des gesamten vorderen und Pulley-Systems mit Ausläufer in den Supraspinatus. Dafür sprechen insbesondere auch das Fehlen eines Impingements sowie die unauffällige Bursa. Eine gerichtliche Würdigung ergibt deshalb, dass das Unfallereignis vom 10. November 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal ist für die Schulterschmerzen, die zur Operation vom 21. Februar 2017 geführt haben. Die erst mit einer kleinen Latenzzeit aufgetretenen, anfänglich nicht klar lokalisierbaren Beschwerden sind für diese Unfallfolge resp. das vorliegende Verletzungsmuster typisch. Während dem die Supraspinatusläsion (Unterflächenriss der Supraspinatussehne) eher degenerativer Natur sein könnte, sprechen die fehlende Bursitis, das fehlende Impingement und die normale Bizepssehne für eine fehlende degenerative Veränderung in diesem Bereich und damit überwiegend wahrscheinlich gegen eine degenerative Ursache der ausgedehnten Pulleyleläsion. Die Epicondylitis spielt in diesem Zusammenhang eine untergeordnete Rolle und ist unfallfremd einzustufen. Die anfänglich schwierig lokalisierbaren Beschwerden haben wohl zum Einbezug dieser Diagnose geführt.

5.4 Dementsprechend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer unfallkausalen Ursache der SLAP- und der komplexen Pulleyleläsion auszugehen. Die Beschwerde erweist sich deshalb als begründet und ist damit gutzuheissen. Die Vorinstanz hat für die Folgen des Unfalls vom 10. November 2016, namentlich die Schulteroperation vom 21. Februar 2017, die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

6. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG); die nicht anwaltschaftlich vertretene Beschwerdeführerin hat praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 5. Mai 2017 sowie die Verfügung vom 8. März 2017 aufgehoben und die Vorinstanz verpflichtet, für das Ereignis vom 10. November 2016 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
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).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. August 2017

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: 14. August 2017