



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Dezember 2020 (725 20 195 / 318)

Unfallversicherung

Beweiswert der Aktenbeurteilung des beratenden Arztes des Unfallversicherers

_____ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Barbara Vöggtli

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8010 Zürich, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. A._____, geboren 1987, steht seit dem 1. August 2013 in einem Arbeitsverhältnis mit der X._____. Über ihre Arbeitgeberin ist sie bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie von Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 29. August 2017 wurde der Allianz mitgeteilt, dass die Versicherte am 21. August 2017 einen Sportunfall erlitten habe. Sie sei beim Fallschirmspringen hart gelandet und habe sich dabei eine Gehirnerschütterung sowie mehrere Prellungen an der linken Schulter, am linken Knie und an der linken Hüfte zugezogen. A._____ wurde vom 21. August

2017 bis 23. August 2017 in der Klinik B._____ stationär behandelt. In der Folge erbrachte die Allianz die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 18. Juni 2019 stellte sie die Taggeldzahlungen per 31. Dezember 2017 ein und lehnte die Übernahme weiterer Heilbehandlungskosten ab dem 1. Juni 2018 ab. Dagegen erhob A._____ am 13. August 2019 Einsprache. Mit Einspracheentscheid vom 17. April 2020 hielt die Allianz an ihrem Entscheid fest und wies die Einsprache ab. In der Begründung führte sie aus, es sei unbestritten, dass es sich beim Ereignis vom 21. August 2017 um einen Unfall im Sinne des Gesetzes handle. Im Hinblick auf die Frage der Leistungspflicht sei bei Dr. C._____ ein Aktengutachten eingeholt worden. Dieser sei in seiner Beurteilung vom 15. Mai 2019 zum Ergebnis gelangt, dass der Unfall zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Schulterfunktion geführt habe. Der Status quo ante sei bezüglich der direkten Unfallfolgen nach spätestens 12 Wochen wieder erreicht gewesen. Nach der Einsprache habe Dr. C._____ am 30. März 2020 erneut Stellung genommen. Seiner Auffassung nach könne keine der vermuteten Ursachen für die Operation (Schmerzen bei der Flexion und Innenrotation, multidirektionale Schulterinstabilität und eine in mehreren MRI-Untersuchungen nicht darstellbare dorsale Labrumläsion) mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder haupt- noch teilsächlich auf das Unfallereignis vom 21. August 2017 zurückgeführt werden.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, mit Eingabe vom 19. Mai 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte unter o/e-Kostenfolge, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen für den Unfall vom 21. August 2017 über den 31. Dezember 2017 (Taggeld) resp. über den 31. Mai 2018 (Heilungskosten) zu erbringen; eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und es sei im Anschluss daran erneut über die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu entscheiden. Mit Eingabe vom 3. Juli 2020 liess die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ihres behandelnden Schulterorthopäden Prof. Dr. D._____, Chefarzt Stv. der Orthopädie Klinik des Spitals E._____, vom 11. Juni 2020 zu den Akten reichen. Prof. Dr. D._____ postuliere noch immer eine weiterführende Unfallkausalität und stütze sich dabei unter anderem auch auf die intraoperativen Resultate, die er mittels Videoaufnahme beweisen könne.

C. Die Beschwerdegegnerin hielt im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 17. Juli 2020 an ihrer bisherigen Auffassung fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der Akten wird in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Kantonsgericht erhobene Beschwerde vom 19. Mai 2020 ist einzutreten.

2.1 Da sich der Unfall am 21. August 2017 ereignete, gelangen die seit dem 1. Januar 2017 massgebenden revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung

(UVG) vom 20. März 1981 zur Anwendung (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015).

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer die Versicherungsleistungen in der obligatorischen Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Die Leistungspflicht setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (z.B. gesundheitliche Beschwerden, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2020, 8C_669/2019, E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2014, 8C_637/2013, E. 2.3.2).

2.4.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist auf die folgenden Grundsätze hinzuweisen:

2.4.2 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Sie dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

2.4.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b mit Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG anzuordnen (BGE 142 V 58 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2017, 8C_847/2016, E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 f.).

3.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Auffassung vertritt, ihre Leistungspflicht habe spätestens per Ende November 2017 geendet. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen die folgenden Berichte bei den Akten:

3.2 Dem Austrittsbericht der Klinik B._____ vom 23. August 2017 (act. 16) ist als Diagnose eine Commotio cerebri, DD Synkope, zu entnehmen. Die Patientin sei bei Eintreffen der Ersthelfer nur bedingt ansprechbar gewesen, sie habe über Übelkeit und Kopfschmerzen geklagt. Frakturen hätten keine festgestellt werden können. Die Extremitäten seien schmerzfrei und frei beweglich gewesen.

3.3 Im Bericht des Spitals F._____ vom 21. September 2017 (act. 10) werden als Diagnosen ein Hochenergietrauma beim Fallschirmspringen mit Fallschirmnotöffnung vom 21. August 2017 mit Hirnerschütterung, einer Kontusion mit subcutanem Hämatom am linken Oberarm, einer muskulären Dekompensation der linken Schulter bei multidirektionaler Laxität beidseits und einem sensomotorischen Ausfallsyndrom des Nervus ulnaris links, DD traumatische Neuropraxie Plexus brachialis, DD sekundäres Thoracic outlet Syndrom im Rahmen der muskulär dekompenzierten Schulterlaxität, festgehalten. Seit dem Unfall bestünden persistierende Schmerzen der linken Schulter/des linken Oberarms. Eine hämatombedingte Schwellung am linken Oberarm sei nur langsam rückläufig. Eine Woche nach dem Trauma sei es ausserdem zu Kribbelparästhesien und Hyposensibilität des Ringfingers und des kleinen Fingers der linken Hand gekommen. Aktuell sei die Kribbelparästhesie nicht mehr vorhanden, die Hyposensibilität persistiere. Als Befund wird ein seitengleiches Schulterrelief festgestellt. Es liege eine deutliche hämatombedingte Schwellung des lateralen linken Oberarmes mit Druckgefühl vor. Zudem wird eine aktive globale Schulterbeweglichkeit links gegenüber rechts deutlich eingeschränkt festgestellt. Zuerst werde ein abwartendes Verhalten mit Ausbau der Analgesie und mit Beginn von Physiotherapie empfohlen, bei nicht eintretender Verbesserung eine bildgebende Abklärung mittels MRI-Arthrographie der linken Schulter.

3.4 Mit Bericht vom 11. Oktober 2017 (act. 22) diagnostiziert das Spital F._____ ein Hochenergietrauma beim Fallschirmspringen mit Fallschirmnotöffnung am 21. August 2017 mit einer posttraumatischen adhäsiven Kapsulitis (Stadium II) der linken Schulter, einer muskulären Dekompensation der linken Schulter bei multidirektionaler Laxität beidseits, einem sensomotorischen Ausfallsyndrom des Nervus Ulnaris links, DD traumatische Neurapraxie Plexus brachialis, DD sekundäres Thoracic outlet Syndrom im Rahmen der muskulär dekompenzierten Schulterlaxität, einer Hirnerschütterung und einer Kontusion mit subcutanem Hämatom am linken Oberarm. Die Schmerzen im Bereich des medialen Oberarms (auf Höhe des initialen Hämatoms) und im Bereich der Schulter hätten sich um 40 % verringert. Es bestünden keine Schmerzen in Ruhe, allerdings sei die Seitenlage in der Nacht schmerzbedingt nicht möglich. Die Patientin beschreibe eine Verbesserung der Gefühlsempfindung sowie eine progrediente Rückkehr der Kraft bezüglich des sensomotorischen Ausfallsyndroms des Nervus ulnaris links. Sie arbeite zu 100 % in ihrem Beruf. Es zeige sich sechs Wochen posttraumatisch eine adhäsive Kapsulitis im Stadium II. Ansonsten liege ein erfreulicher Verlauf bei vollständiger Rückbildung des Hämatoms sowie Verbesserung der Neurologie des Nervus Ulnaris links vor.

3.5 Am 18. Oktober 2017 wurde eine MRI-Arthrographie des linken Schultergelenks durchgeführt. Im Bericht (act. 23) werden eine leichte Verdickung mit diffusem Ödem im inferioren Anteil des Musculus subscapularis mit Verdacht auf Einblutung und eine intakte Rotatorenmanschette festgehalten. Das Vorliegen einer Labrumläsion und einer ossären Läsion werden verneint.

3.6 Am 26. Oktober 2017 wurde die Beschwerdeführerin auf der interdisziplinären Notfallstation des Spitals E._____, Ambulante Chirurgie, vorgestellt (Bericht vom 26. Oktober 2017, act. 88). Sie gab an, dass sie sich beim Aufstehen in der Bewegung die Schulter verdreht habe. Es

habe sich angefühlt, als sei sie ausgerenkt gewesen. Beim plötzlich auftretenden Schmerz habe sie die Hand nach innen rotiert und dabei einen erneuten Schmerz ausgelöst. Bei nun bereits wohl zweiter Luxations-Episode wurden die Ruhigstellung der Schulter sowie weitere Abklärungen angeordnet.

3.7 Am 30. Oktober 2017 wurde eine weitere bildgebende Untersuchung mittels MRI-Arthrographie vorgenommen. Im Bericht (act. 69) werden als Befund eine winzige bursaseitige Teilruptur der Supraspinatussehne, eine leichte ödem-äquivalente Signalalteration im Musculus Subscapularis, DD posttraumatisch bedingt, und eine Verletzung einer kleinen Muskelvene durch die Arthrographie festgehalten. Die restlichen Sehnen, Labrum, Knorpel und Ligamente seien intakt.

3.8 Das Spital E.____, Abteilung Orthopädie und Traumatologie, diagnostiziert mit Bericht vom 15. November 2017 (act. 28) eine Frozen Shoulder links, adominant mit/bei Status nach posttraumatischer Schulterluxation links mit spontaner Reposition, DD Subluxation am 21. August 2017, Status nach zweimaligen Subluxationen am 26. Oktober 2017 und am 3. November 2017 und dem Verdacht auf multidirektionale Subluxationen. Am 26. Oktober 2017 habe die Patientin das Gefühl gehabt, bei Schulterbewegungen bzw. -drehungen ein Knacken in der Schulter gehört zu haben. Im Anschluss daran sei es zu einer spontanen Reposition der Schulter gekommen. Sie habe eine ähnliche Episode in den Ferien erlebt, wo sie beim Ausziehen des T-Shirts ebenfalls eine Subluxation erlitten habe. Bis anhin sei keine Luxation radiologisch dokumentiert.

3.9 Dem Bericht des funktionell hochauflösenden muskuloskelettalen Ultraschalls vom 29. November 2017 (act. 33) ist als Befund ein Erguss im Gelenk, eine Verdickung CHL, inhomogenes Labrum posterior und anterior, ein Erguss um die LBT, Kapsulitis mit eingeschränkter AR zu entnehmen. Es wurde zudem eine ultraschallgesteuerte Injektion durchgeführt.

3.10 Prof. D.____ hält im Bericht vom 17. Februar 2018 (act. 49) als Diagnosen eine Frozen Shoulder links mit/bei Status nach posttraumatischer Schulterluxation links mit spontaner Reposition, DD Subluxation, am 21. August 2017, Status nach zweimaligen Subluxationen am 26. Oktober 2017 und am 3. November 2017, Verdacht auf multidirektionale Subluxation, fest. Die ultraschallgesteuerte Injektion habe zu einer deutlichen Verbesserung der Schmerzproblematik und zu einer geringen Verbesserung der Beweglichkeit der linken Schulter geführt. Es wurden Physiotherapie und MTT verordnet sowie eine weitere Kontrolle in drei Monaten vereinbart.

3.11 Im Rahmen einer medizinischen Aktenbeurteilung äussert sich Dr. med. G.____, FMH Chirurgie und Traumatologie, am 5. März 2018 (act. 51) dahingehend, dass die beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden. Als unfallfremder Faktor liege eine Schulterinstabilität beidseits vor. Das Unfallereignis habe zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des unfallfremden Faktors geführt. Der Verlauf einer Kapsulitis/Frozen Shoulder sei unberechenbar, protrahierte Beschwerden seien die Regel, die konservative Behandlung mit Physiotherapie und MTT seien sachgerecht, unfallkausal und zweckmässig. Als Vorzustand bestehe eine multidirektionale Instabilität, die aber durch das Hochenergietrauma mindestens richtungsgebend verschlimmert worden sei.

Mit einer langandauernden unfallkausalen Behandlung sei zu rechnen. Eine spätere allenfalls durchzuführende Schulterstabilisation müsse neu bewertet werden.

3.12 Prof. D._____ hält im Bericht vom 8. Mai 2018 (act. 59) die Diagnose des Verdachts auf dorsale Labrumläsion mit/bei multidirektionaler Instabilität Schultern beidseits mit/bei posttraumatischer Schulterluxation links mit spontaner Reposition am 21. August 2017 (links adominant) mit/bei Status nach zweimaliger Schulterluxation am 26. Oktober 2017 und am 3. November 2017 fest. Die Physiotherapie habe keine Verbesserung der Beweglichkeit gebracht, schmerzbedingt sei die Patientin aktuell kompensiert. Klinisch erhärte sich der Verdacht auf eine dorsale Labrumverletzung, die im letzten MRI nicht abgrenzbar gewesen sei. Um den Entscheid für oder gegen ein operatives Vorgehen zu untermauern, werde zeitnah eine neue MRI-Arthrographie durchgeführt.

3.13 Der Bericht der MRI-Arthrographie vom 14. Mai 2018 (act. 70) weist eine vorbestehende kleine artikulareseitige Partialruptur der Supraspinatussehne aus. Es lägen keine Fraktur, keine tiefen chondralen Defekte, ein intaktes Labrum glenoidale, eine gut distendierte Gelenkkapsel, ggf. mit Kapsellaxität vereinbar, und keine Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis vor.

3.14 Prof. D._____ diagnostiziert im Bericht vom 20. Mai 2018 (act. 68) eine dorsale Labrumläsion der linken Schulter bei den bekannten Unterdiagnosen. Nach Rücksprache mit der leitenden Ärztin der Radiologie des Spitals E._____ werde als Befund der MRI-Arthrographie vom 14. Mai 2018 eine dorsale Labrumläsion und eine intakte Rotatorenmanschette ausgewiesen. Neun Monate nach dem Trauma und trotz intensiver konservativer Therapie mit regelmässiger Physiotherapie und Schulterinfiltrationen persistiere weiterhin eine deutliche Bewegungseinschränkung der linken Schulter. Mit der Patientin sei die Indikation für eine operative Intervention besprochen worden. Für den 7. Juni 2018 sei eine Schulterarthroskopie mit Kapselshift und dorsalem Labrum-Repair und Kapselraffung geplant.

3.15 In seiner Aktennotiz vom 31. Mai 2018 (act. 71) äussert sich Dr. C._____ dahingehend, dass das Hämatom und seine Folgen sicher auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Die Instabilität stehe nur in einem möglichen Zusammenhang zur Operation. Es gebe unfallfremde Faktoren wie den Buford-Komplex und die beidseits vorbestehende multidirektionale Instabilität. Die vorübergehende Verschlimmerung sei nach sechs bis 12 Wochen ausgeheilt gewesen. Gestützt darauf teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 4. Juni 2018 mit, dass sie die Leistungen per 31. Mai 2018 einstelle, da die dorsale Labrumläsion der linken Schulter mit/bei vorbestehender Instabilität beider Schultern vorbestehend und krankheitsbedingt sei. Unfallbedingte Schädigungen lägen keine vor (act. 72).

3.16 Am 11. Juni 2018 führte Prof. D._____ die Schulterarthroskopie links mit Labrum-repair posterior und Kapselraffung anterior durch (Bericht vom 11. Juni 2018, act. 99). Am 18. Juni 2018 wurde aufgrund des störenden Fadenmaterials der posterioren Kapsel sowie eines Fadenausris-ses am ventralen Labrum nach arthroskopischem Kapselshift eine Revisionsoperation durchgeführt (act. 99). In der Nachbehandlung zu diesem Eingriff kam es zu äusserst schwerwiegenden

Komplikationen, die unzählige weitere Operationen und längere Hospitalisationen notwendig machten und Phasen von Arbeitsunfähigkeit auslösten.

3.17 In der Folge bat die Beschwerdegegnerin Dr. C._____ erneut um Stellungnahme. Im Aktenbericht vom 15. Mai 2019 (act. 101) hält er als unfallbedingte Diagnosen eine Commotio Cerebri (DD Synkope), eine Schulterprellung links mit grossem Hämatom Oberarm/Schulter mit passageren neurologischen Störungen im Ausbreitungsbereich des N. ulnaris links, passagerer adhäsiver Kapsulitis, eine Knieprellung links und eine Hüftprellung links fest. Als nicht unfallbedingt bzw. als unfallfremd diagnostiziert er eine bilaterale Schulterlaxität/Instabilität, eine chronische Hepatitis C, eine subklinische Hypothyreose, den Status nach komatösem Zustand nach postanästhetisch unklarer Ätiologie, den Status nach submuköser Septumplastik, den Status nach Appendektomie sowie Mammoplastiken bds. Der Unfall habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Schulterfunktion links geführt. Der Status quo ante sei bezüglich der direkten Unfallfolgen nach spätestens 12 Wochen wieder erreicht gewesen. In der Beurteilung führt er aus, dass keine unmittelbaren Unfallfolgen in der Klinik B._____ hätten festgestellt werden können. Eine hämatombedingte Schmerzhaftigkeit im linken Oberarm und neurologische Ausfälle des N. ulnaris hätten zu einer fachärztlichen Untersuchung geführt. Dabei sei die Diagnose einer beidseitigen multidirektionalen Laxität bei muskulärer Dekompensation gestellt worden. Mehrfache Untersuchungen mittels MRI-Arthrographie hätten keine Hinweise auf eine strukturelle Schädigung des Glenohumeralgelenks als Unfallfolge ergeben. Auch eine unfallbedingte Kapselentzündung habe konservativ geheilt werden können. Am 26. Oktober 2017 sei nach zwei unklaren Schulterereignissen ohne neuerliches Unfallereignis plötzlich von einer stattgehabten Schulterluxation am 21. August 2017 gesprochen und die nicht näher spezifizierten Ereignisse seien als Luxationen bezeichnet worden. Auch in der Folge-MRI-Arthrographie hätten sich ausser einem Buford-Komplex keine Hinweise auf strukturelle Schultergelenkspathologien und insbesondere keine Unfallfolgen ergeben. Eine Steroidinfiltration ins Schultergelenk hätte eine starke Verbesserung der Schmerzen, aber nur eine geringe Verbesserung der Beweglichkeit bewirkt. Bei fehlendem Hinweis auf eine gesicherte Labrumläsion, höchstens möglicher Luxationsanamnese und beidseitiger und damit systematisch bedingter Schulterlaxität (bzw. im späteren Verlauf als Instabilität bezeichneter Schultersituation) sei bei bereits reduzierter Schulterbeweglichkeit am 11. Juni 2018 eine Operation zur Stabilisierung der linken Schulter mit kompliziertem Verlauf erfolgt. Im Rahmen der Bemerkungen hält Dr. C._____ fest, dass die Suche nach dem Begriff der multidirektionalen Laxität bzw. Subluxation keinen Treffer ergeben habe. Wenn die Formulierung für den intraoperativ beschriebenen Befund eines Hill-Sachs Äquivalents am dorsalen Humerus zutrefte, so bedürfe die Indikationsstellung für einen hinteren Labrumrepair einer ganz besonderen Erläuterung. Eine stattgehabte Schulterluxation, die humerusseitig zu einer Knorpelfissur, nicht aber zu einer Kalottenimpression, zu keinem Knochenödem und keiner Veränderung am vorderen Labrum geführt habe, sei ungewöhnlich. Der verwendete Begriff "Hochenergietrauma" sei nicht definiert.

3.18 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Prof. D._____ vom 23. Oktober 2019 zu den Akten (act. 111). Er führt als Hauptdiagnosen auf: 1. Status nach Schulterarthroskopie, Refixation dorsales Labrum und Kapsel-Shift Schulter links am

11. Juni 2018, 2. postoperativer Fluid-Thorax, 3. mediale Wundheilungsstörung mit Mammaprotheseninfektion links mit *S. aureus* und 4. Status nach segmentalen Lungenembolien im rechten Oberlappen. Hinsichtlich der Schulter lasse sich trotz des fürchterlichen postoperativen Verlaufs ein zufriedenstellendes Ergebnis feststellen. Die Schulter zeige keine Instabilität mehr und sei nicht mehr relaxiert. Das Bewegungsausmass sei für die Patientin im Alltag ausreichend. Insofern sei sie seitens der Schulter vollumfänglich arbeitsfähig. Aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung, die aufgrund der schwersten Komplikationen nach dem Eingriff aufgetreten sei, bestehe eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit bei vorbestehendem 60 %-igem Pensum in ihrem Beruf. Seitens der Schulter könne die Behandlung abgeschlossen werden. In der Zwischenzeit sei die Frage aufgetaucht, inwiefern der Unfallversicherer für diesen Fall zuständig sei. Die Unfallkausalität sei seitens des Unfallversicherers in Frage gestellt worden. Die Patientin berichte, dass sie vor dem von ihr geschilderten Fallschirmabsturz vollständig beschwerdefrei gewesen sei. Es seien keine Luxationen oder Subluxationen der linken Schulter aufgetreten. Während des Absturzes habe sie aufgrund des sich nicht öffnenden Hauptschirmes den Notschirm ziehen müssen. Dabei sei es innerhalb von weniger als einer Sekunde zu einer Dezeleration von initial 230 km/h auf ca. 40 km/h gekommen. Die Patientin sei daraufhin bewusstlos oder zumindest benommen geworden und sei unsanft auf dem Boden gelandet. Direkt nach dem Unfall sei sie mit einem Hämatom an der linken Schulter vorgefunden worden und die Patientin hätte dort sofort Beschwerden gehabt. In der Folge sei es zu Luxationen und Subluxationen gekommen mit Selbstrepositionen, die wiederholt dokumentiert worden seien. Mindestens vier solcher Ereignisse würden von der Patientin geschildert. Intraoperativ habe man eine dorsale Labrumläsion vorgefunden bei im MRI und klinisch deutlich weiter Gelenkkapsel mit positivem Sulcus-Zeichen. Zusammenfassend könne angenommen werden, dass sicher eine gewisse Hyperlaxizität als Prädisposition vorbestanden habe. Beim Öffnen des Notschirms sei es aber zu einer Relativbewegung zwischen dem durch die Schirmgurten stabilisierten Thorax und dem weiterhin beschleunigten Arm gekommen. Durch diese Relativbewegung sei ein schweres Aktionstrauma am linken Arm vorstellbar. Gleiches gelte auch beim Aufprall am Boden, der aufgrund der Benommenheit der Patientin sicherlich nicht koordiniert stattgefunden habe. Das initial an der linken Schulter vorhandene Hämatom und die nachfolgenden Relaxationen an der linken Schulter seien ebenfalls hinweisend auf eine traumatische Schädigung. Auch wenn sicher eine Hyperlaxizität als Prädisposition vorhanden sei, müsse davon ausgegangen werden, dass das Trauma zu einer mindestens richtunggebenden Verschlimmerung an der linken Schulter geführt haben. Ohne Unfall wäre die Schulter nicht in einen operationsbedürftigen Zustand überführt worden. Hinweisend darauf sei auch die gegenüberliegende dominante Schulter, die der Patientin trotz der Hyperlaxizität keine Beschwerden bereite.^{3.19} In der Folge bat die Beschwerdegegnerin Dr. C. _____ erneut um Stellungnahme. Mit dem Hinweis, er sei ehemaliger Fallschirmspringer, verlangte er weitere Angaben über das Fallschirmmodell der Beschwerdeführerin (act. 115). Diese Informationen reichte die Beschwerdeführerin am 12. März 2020 nach (act. 117). In seiner Stellungnahme vom 30. März 2020 (act. 120) überprüft er die Faktenlage anhand der Akten und nimmt eine kritische Würdigung der einzelnen Argumentationen bzw. Interpretationen vor, so der Interpretationen der pathomechanischen Umstände der Fehllöpfung, der unmittelbaren Unfallfolgen und direkten Verletzungen, der Anamnese von Sub- und Luxationsereignissen, der Labrumläsion und der operativen Behandlung. Im Rahmen der Schlussbemerkungen hält er fest, dass er in der

erweiterten Fallanalyse versucht habe, faktenbasiert auf die Einwände von Prof. D.____ im Zusammenhang mit der Anamnese, Diagnose, Indikation und der operativen Behandlung der schmerzhaften linken Schulter der Versicherten einzugehen. Dabei zeige sich, dass die vorgebrachten Einwände und Argumentationen einer genaueren Überprüfung mehrheitlich nicht standhielten bzw. nicht zutreffen würden. Es sei aber nicht seine Aufgabe, sich hierzu zu äussern. Bei der Operation von 11. Juni 2018 würden Schmerzen bei der Flexion und Innenrotation des Armes als Grund für die Operation genannt. Als Ursache dieser Symptome seien eine multidirektionale Schulterinstabilität und eine radiologisch nicht evidente dorsale Labrumläsion vermutet worden. Keine dieser Ursachen könne mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder als Haupt- noch als Teilursache auf das Unfallereignis vom 21. August 2017 zurückgeführt werden. Es würden sich keine neuen Elemente ergeben, die ein Rückkommen auf die Erstbeurteilung vom 15. Mai 2019 erforderlich machen würden.

3.20 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin die Stellungnahme von Prof. D.____ vom 11. Juni 2020 ein. Prof. D.____ führt darin aus, dass sicherlich eine konstitutionelle Hyperlaxität vorgelegen habe. Diese habe die Ausbildung einer Instabilität begünstigt. Es könne aber nicht ausgeschlossen werden, dass das stattgehabte Trauma zu einer zusätzlichen Schädigung des glenohumeralen Gelenkes und damit zu einer richtunggebenden Verschlechterung geführt habe. Dass das glenohumerale Gelenk traumatisiert worden sei, sei nicht in Abrede zu stellen. Dr. C.____ selbst erwähne in seinem Gutachten eine Ultraschalluntersuchung, die zwei Wochen nach dem Trauma stattgefunden habe und ein Hämatom in den Weichteilen im Bereich des linken Oberarmes gezeigt habe. Somit sei eine Gewaltwirkung gegen die linke obere Extremität dokumentiert. Auch die Tatsache, dass sich eine Kapsulitis gebildet habe, spreche nicht gegen, sondern eher für eine traumatische Schädigung. Er beobachte Kapsulitiden nach Subluxationen oder Luxationen des glenohumeralen Gelenkes. Zuletzt müsse sich die Beurteilung auch auf die intraoperativen Befunde stützen. Hierzu liege eine Videoaufnahme vor. Dieser könne Dr. C.____ entnehmen, dass eine posteriore Labrumläsion dokumentiert habe werden können. Bei der Revisionsoperation sei nicht die Refixation des dorsalen Labrums, wie vom Gutachter behauptet, rückgängig gemacht worden, sondern es sei nur die posteriore Kapselnaht aufgehoben worden. Dr. C.____ zweifle zudem an, dass ein sich plötzlich öffnender Notschirm nicht zu einer Relativbewegung des Humeruskopfes gegenüber dem Glenoid führen könne. Die Argumentation sei aber nicht seiner eigenen Phantasie entsprungen, sondern basiere auf der medizinischen Literatur, welche sich mit der Schädigung des glenohumeralen Gelenkes infolge von Auffahrunfällen beschäftigt habe. Diese sei Dr. C.____ möglicherweise nicht bekannt.

4.1 Die Beschwerdegegnerin gelangte gestützt auf die Stellungnahmen von Dr. C.____ vom 31. Mai 2018, vom 15. Mai 2019 und vom 30. März 2020 zur Auffassung, dass die Unfallfolgen spätestens im November 2017 und somit sechs bis zwölf Wochen nach dem Unfallereignis vom 21. August 2017 abgeheilt gewesen seien. Es sei lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung von unfallfremden Faktoren gekommen.

4.2 Die Beschwerdeführerin vertritt die Auffassung, dass die Beschwerdegegnerin beweisen müsse, dass der Unfall bezüglich der Operationsbedürftigkeit im Juni 2018 als (Teil-) Ursache weggedacht werden könne, die Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Operation also wieder

vollständig ausgeheilt gewesen seien. Es scheine so, als bestünde bei der Beschwerdeführerin eine gewisse Hyperlaxität der Schultergelenke, was einer Prädisposition entspreche. Der Beweis für die Prädisposition liege aber bei der Beschwerdegegnerin. Es werde bestritten, dass eine relevante Hyperlaxität bestanden habe. Die Beschwerdegegnerin hafte auch bei einer Vulnerabilität und selbst wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen stark überwiegend als Krankheitsfolge darstelle. Solange die Ursache für den eingetretenen Gesundheitsschaden nicht in einer alltäglichen und beliebig austauschbaren weiteren Teilursache bestehe, damit der verhängnisvolle Verlauf in Gang komme, hafte der Unfallversicherer. Schaffe der krankhafte Vorzustand eine erst latente Schadensneigung, entspreche er lediglich einer Teilursache. Es bestehe folglich Raum für eine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers. Es lasse sich beim stattgehabten Ereignis von vorneherein sagen, dass dieses geeignet gewesen sei, eine Schulterverletzung zu verursachen (unkontrollierter Aufprall auf dem Boden, Gehirnerschütterung, Prellungen an diversen Stellen des Körpers). Unmittelbar nach dem Unfall seien Beschwerden an der linken Schulter eingetreten, die in der Folge nie mehr verschwunden seien. Zudem habe sich unmittelbar nach dem Unfall an der linken Schulter ein Hämatom gebildet, weshalb dann auch weitere (insbesondere bildgebende) Abklärungen erfolgt seien. Die darauffolgende Diagnostik sei als schwankend zu bezeichnen. Es hätten aber strukturelle Verletzungen nachgewiesen werden können. Insgesamt könne daher der Unfall nicht als Zufallsursache betrachtet werden und es verbleibe eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die eingetretene Schulterverletzung. Die Folgen des Unfalles seien nie ganz abgeklungen. Es sei nie eine völlige Beschwerdefreiheit eingetreten. Ein Status quo ante sei damit nachweislich nicht eingetreten. Die Beschwerdegegnerin müsse nachweisen können, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 11. Juni 2018 ebenfalls eine Operationsindikation bestanden hätte. Davon könne keine Rede sein. Vielmehr seien am 11. Juni 2018 eindeutig Unfallfolgen behandelt worden und es sei nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin ohne den Unfall ebenfalls hätte operiert werden müssen. Eine Schulterlaxität führe nicht per se zu einer Operationsbedürftigkeit. Die Operation am 11. Juni 2018 sei vielmehr deshalb nötig geworden, weil nach dem Unfall vom 21. August 2017 nie mehr eine Beschwerdefreiheit eingetreten sei resp. nie mehr eine volle Beweglichkeit der linken Schulter habe erreicht werden können. Wesentlich sei, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine Schulterluxation erlitten habe. Diesbezüglich müsse der Beschwerdegegnerin widersprochen werden. Zwar genüge der zeitliche Ablauf alleine nicht als Kausalitätsnachweis. Vorliegend müsste aber die Beschwerdegegnerin den Wegfall der anerkannt kausalen Verletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen können. Prof. D. ____ vertrete die Auffassung, die Operationsbedürftigkeit sei aufgrund des Unfallereignisses entstanden, womit sich zwei Fachärzte widersprechen würden. Seine abweichende Beurteilung der Kausalität sei geeignet, Zweifel an der Beurteilung von Dr. C. ____ zu wecken, weshalb rechtsprechungsgemäss auf dessen Aktenbeurteilung nicht abgestellt werden könne. Die Beschwerdegegnerin wäre gehalten gewesen, eine externe Begutachtung in Auftrag zu geben, um die Kausalitätsfrage abschliessend zu beurteilen. Sollte anhand der vorliegenden Akten keine abschliessende Beurteilung der Kausalitätsfrage möglich sein, so müsste die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden oder ein Gerichtsgutachten in Auftrag gegeben werden.

5.1 Zu prüfen ist, ob die Beurteilung von Dr. C._____ überzeugt, sie die bundesgerichtlichen Kriterien an eine beweistaugliche medizinische Einschätzung erfüllt und keine, auch nur geringen Indizien, dagegensprechen (vgl. dazu Erwägung 2.4.3 hiervor).

5.2 In Bezug auf die formellen Anforderungen an einen medizinischen Bericht ist zunächst festzustellen, dass Dr. C._____ die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersuchte. Eine persönliche Untersuchung ist zwar nicht zwingend erforderlich, damit ein Bericht beweistauglich ist. Vorliegend wären aber in Anbetracht des Umstands, dass es nicht nur um die Würdigung von unumstrittenen Befunden und Diagnosen, sondern auch um die Rekonstruktion des Unfallherganges geht, ein Gespräch und eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin angezeigt gewesen. In Bezug auf den Unfallhergang führt Dr. C._____ in seiner Beurteilung vom 30. März 2020 auf immerhin zwei Seiten aus, wie er den Vorgang der Notöffnung sehe, ohne einmal mit der Beschwerdeführerin persönlich gesprochen zu haben, die eine sehr erfahrene Fallschirmspringerin ist. Sie selbst schildert den Unfallhergang auf dem Fragebogen vom 1. September 2017 (act. 5) wie folgt: Es habe sich um einen normalen Fallschirmsprung gehandelt, der Exit und die Freifallphase seien unauffällig gewesen. Beim Ziehen des Schirms sei nichts passiert, sprich der Fallschirm habe sich nicht geöffnet. Nach zwei bis drei Versuchen, den Hauptschirm zu öffnen, habe sie sich für das Reserveprozedere entschieden. Der Ruck der Öffnung habe sie ausgenockt. Sie sei beinahe ungebremst am Reserveschirm gelandet. Daran habe sie nur vage Erinnerungen. Auch in Bezug auf die Landung genügt der Hinweis von Dr. C._____, dass es für den von der Beschwerdeführerin geschilderten Landevorgang keine Zeugen gebe, nicht, um ihre Schilderungen in Zweifel zu ziehen. Auf die Heftigkeit der Vorgänge weist auch die erlittene Gehirnerschütterung hin. Dr. C._____ zweifelt zudem an, dass es nach dem Unfallereignis zu mehreren Luxationen gekommen sei. Auch diesbezüglich würde seine Beurteilung an Überzeugung gewinnen, wenn er zuvor ein Gespräch mit der Beschwerdeführerin durchgeführt hätte. So aber steht seine Vermutung im Widerspruch zu den echtzeitlichen Berichten des Spitals E._____.

5.3 Im ersten ausführlichen Bericht vom 15. Mai 2019 verneint Dr. C._____ längerfristige unfallbedingte Einschränkungen der linken Schulter mit dem fehlenden Hinweis auf eine Labrumläsion, höchstens möglicher Luxationsanamnese und systemisch bedingter Laxität. Das später aufgetretene Hämatom und die Kapsulitis bezeichnet er als unfallkausal. Er nimmt aber keine Stellung zur Frage, wie das Hämatom und die Kapsulitis entstanden sind, ob und inwieweit hier eine Gewalteinwirkung stattfand. Prof. D._____ dagegen hält fest, dass das Hämatom und die Kapsulitis eher für eine traumatische Gewalteinwirkung auf die linke obere Extremität sprechen würden. Dies erscheint an sich verständlich. Damit ist die Einschätzung von Dr. C._____ von einer höchstens 12 Wochen dauernden vorübergehenden Verschlimmerung nicht unbedingt nachvollziehbar begründet. Hinzu kommt, dass Dr. C._____ von einer nicht gesicherten Labrumläsion ausgeht. Prof. D._____ bejaht diese und begründet damit auch die Indikation zur Operation. Hier besteht zum Zeitpunkt der ersten Beurteilung von Dr. C._____ ein unauflösbarer Widerspruch zwischen Dr. C._____ und Prof. D._____. Auch die Luxationsanamnese wird von Dr. C._____ in Frage gestellt und nur als möglich bezeichnet. Prof. D._____ geht von Relaxationen aus. Er führt aus, dass sich gemäss den Angaben der Patientin vor dem Unfall keine ereignet hätten und gerade (auch) Luxationen eine Kapsulitis auslösen könnten. Damit bestehen in Bezug auf den Bericht von Dr.

C._____ vom 15. Mai 2019 nicht erklärbare Unklarheiten und Widersprüche zu den Berichten der behandelnden Fachärzte.

5.4 Nachfolgend schien sich auch Dr. C._____ nicht mehr ganz sicher zu sein und verlangte weitere Angaben zum Ablauf des Unfallereignisses, ohne indessen die Beschwerdeführerin persönlich zu sprechen, was sich, wie bereits aufgezeigt, als Nachteil erweist. Dr. C._____ legt seiner Beurteilung vom 30. März 2020 verschiedene Vermutungen zugrunde. So gebe es keine Hinweise, dass die Versicherte einen besonders schnellen Freiflug absolviert habe und auch nicht darauf, dass es sich bei der Versicherten um eine Person mit aussergewöhnlicher Statur handle. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte einen Freiflug geflogen sei und sich vor der Öffnung in der X-Position befunden habe. Dabei handle es sich um eine stabile Fluglage und es sei eine Geschwindigkeit von 170 bis 180 km/h realistisch. Diese Angabe von Dr. C._____ ist eine fachfremde Vermutung. Ebenfalls ist nicht ganz klar, weshalb Dr. C._____ zur Auffassung gelangt, dass anlässlich der Auslösung des Hauptschirmes ein erstes Abbremsen und damit eine signifikante Verlangsamung der Fallgeschwindigkeit erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin gibt an, beim Ziehen des Hauptschirms sei nichts passiert, womit zu folgern ist, dass dieser gar nicht aufging bzw. sich löste, weshalb gar keine erste Abbremsung, wie von Dr. C._____ geschildert, stattfinden konnte. Auf jeden Fall hält er auch Dr. C._____ fest, dass das genaue Ausmass der wirkenden Kräfte durch eine Fachperson zu errechnen wäre. Gestützt auf seine Vermutung schliesst er dann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf, dass die Behauptung, es sei beim Öffnen des Notschirms zu einer Relativbewegung gekommen, bestenfalls der Vorstellung von Prof. D._____ entspreche, aber nicht der Realität. Dies ist so nicht nachvollziehbar, basiert doch auch die Einschätzung von Dr. C._____ auf Vermutungen ohne Befragung der Beschwerdeführerin.

In Bezug auf das Hämatom am linken Oberarm ist Folgendes festzustellen. Es ist zwar richtig, wenn Dr. C._____ festhält, dass in der Klinik B._____ nach dem Unfall eine freie Beweglichkeit der Extremitäten erwähnt wurde. Falsch oder nicht nachvollziehbar ist jedoch, wenn er daraus schliesst, dass keine Hinweise für eine Schulterbeteiligung vorliegen würden, nachdem er im Bericht vom 15. Mai 2019 das Hämatom und die Kapsulitis noch als unfallkausal wertete. Hämatome sind meist Blutungsereignisse im subkutanen Bereich, die durch Gewalteinwirkung von aussen entstehen, z.B. durch einen Stoss, Schlag, Sturz oder nach einer Operation. Sie können stark anschwellen und sehr schmerzhaft sein. In der Regel heilen sie von selbst innerhalb von zwei bis drei Wochen ab. Aufgrund der zeitlichen Nähe zwischen Unfallereignis und Hämatom sowie keinen konkreten Hinweisen auf eine andere Ursache für das grosse Hämatom erscheint eine Beteiligung des linken Oberarms während des Notfallprozederes bzw. der Landung mehr als wahrscheinlich. Weiter weist auch die Prellmarke an der rechten Flanke darauf hin, dass die Landung unkontrolliert und mit einer gewissen Wucht erfolgte.

Sofern Dr. C._____ zu den Luxationen oder Subluxationen Stellung nimmt und diese als reine Hypothese einstuft, erscheint es als ungenügend, wenn er einzig darauf hinweist, dass bezüglich möglicher Schulterluxationen vom 26. Oktober und 3. November 2017 verwertbare Fakten fehlen würden. Zwar gibt es keine Bildgebung, aber die Beschwerdeführerin wurde aufgrund der Schmerzen am 26. Oktober 2017 immerhin auf der chirurgischen Notfallstation vorstellig, wo ihre

Schilderungen nicht in Frage gestellt wurden; Prof. D. _____ zweifelt die Luxationen ebenfalls nicht an.

Auch zur Labrumläsion nimmt Dr. C. _____ nochmals Stellung. Prof. D. _____ legt in seinem Bericht vom 23. Oktober 2019 dar, dass intraoperativ eine dorsale Labrumläsion bei im MRI und klinisch deutlich weiter Gelenkkapsel mit positivem Sulcus-Zeichen vorgefunden worden sei. Dr. C. _____ äussert sich nicht zur Operation, sondern stellt diese in Frage. Weiter hält er fest, dass ein Zusammenhang der Schmerzen mit der Labrumläsion nicht dargelegt sei. Eine eigene Würdigung nimmt er aber nicht vor. Eine Labrumläsion sei keine zwingende OP-Indikation, allenfalls aber dort, wo Luxationen auftreten würden. Da Luxationen mehrfach aufgeführt wurden, erscheinen auch diese Ausführungen von Dr. C. _____ nicht schlüssig. Zusammenfassend sind daher zumindest geringe Zweifel an den Berichten von Dr. C. _____ angebracht.

5.5 Zu guter Letzt ist festzustellen, dass sich die Auffassungen von Prof. D. _____ und Dr. C. _____ in verschiedenen Punkten erheblich widersprechen. Sowohl Prof. D. _____ als auch Dr. C. _____ äussern sich nicht nur in einfachen Aktennotizen, sondern in ausführlichen Berichten zu den entscheidungswesentlichen Sachverhaltsfragen. Hinzu kommt, dass auch Dr. G. _____ in seiner im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellten Aktenbeurteilung vom 5. März 2018 die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden bejaht und entgegen Dr. C. _____ nicht davon ausgeht, dass nach sechs bis 12 Wochen der status quo ante eingetreten und es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen ist. Diese Ausgangslage machte die Einholung eines Gutachtens gemäss Art. 44 ATSG unumgänglich, was die Beschwerdegegnerin aber nicht veranlasste, weshalb eine Verletzung von Art. 43 ATSG vorliegt.

6.1 Zum jetzigen Zeitpunkt kann somit nicht entschieden werden, welche medizinische Einschätzung überwiegend wahrscheinlich die richtige ist. Es besteht weiterer Abklärungsbedarf in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt, namentlich die Frage der Unfallkausalität. Dafür sind offensichtlich spezifische fachärztliche Kenntnisse notwendig. Folglich ist die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsunabhängiges Gutachten veranlasst. Dabei sind die Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin gemäss Art. 44 ATSG einzuhalten. Vor Anordnung des Gutachtens kommt der Beschwerdeführerin der Anspruch zu, sich zur Gutachterperson und zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wird die Beschwerdeführerin folglich die Möglichkeit haben, dem Experten bzw. der Expertin allfällige Fragen zu unterbreiten.

6.2 Bei der weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts und der Prüfung der Anspruchsgrundlagen wird die Beschwerdegegnerin zudem zu berücksichtigen haben, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ein Unfallereignis selbst dann leistungsbegründend ist, wenn der Schaden auch ohne das Ereignis früher oder später eingetreten wäre und der Unfall nur in Bezug auf den Zeitpunkt *conditio sine qua non* gewesen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2017, 8C_847/2016, E. 5.3.2). Darauf weist die Beschwerdeführerin zu Recht hin. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt,

ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene (z.B. eine Orange schälen). Ist somit die Operationen vom 11. Juni 2018 trotz allfälliger vorbestehender Laxität infolge des Ereignisses vom 21. August 2017 früher notwendig geworden, als dies ohne den Unfall der Fall gewesen wäre, so trifft die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den Operations- und den Folgekosten wie auch mit der sich daraus ergebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine Leistungspflicht. Denn schafft der Vorzustand eine erst latente Schadensneigung, entspricht er lediglich einer Teilursache. Entsprechend hätte die Beschwerdegegnerin auch bei einem Vorzustand Versicherungsleistungen zu erbringen, bis mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht bei der Beschwerdeführerin, sondern bei der Beschwerdegegnerin (vgl. Erwägung 2.3 hiervor).

7. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen wird, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. April 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 massgebenden Fassung hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 4. August 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von sechs Stunden und 55 Minuten geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die geltend gemachten Auslagen von Fr. 47.--. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'912.90 (sechs Stunden und 55 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 47.-- zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar,

wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheidung an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschließenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für eine Rückweisungsentscheidung, mit der eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2). Bei der vorliegenden Rückweisungsentscheidung handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. April 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 1'912.90 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>