



Fall-Nr.: UV 2019/16
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 28.04.2021
Entscheiddatum: 15.09.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 15.09.2020

Art. 10 UVG: Verneinung der Kausalität zwischen einem Sturz auf die linke Schulter und einer linksseitigen ansatznahen

Supraspinatussehnenveränderung anhand verschiedener

Beurteilungskriterien, wie Unfallhergang, zeitlicher Ablauf, initiale

Beschwerdesymptomatik, Gesamtsituation des linken Schultergelenks,

Epidemiologie (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. September 2020, UV 2019/16).

Entscheid vom 15. September 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

UV 2019/16

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Gebert, Hauptstrasse 51, 9434 Au SG,

gegen



Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Malerin bei der Firma B.____ angestellt und dadurch obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 16. März 2017 beim Skifahren stürzte. Am 22. März 2018 erfolgte eine Bagatellunfallmeldung UVG für eine Schulterprellung links. Als erstbehandelnder und nachbehandelnder Arzt wurde Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, D.____, angegeben (Suva-act. 1). Mit Schreiben vom 27. März 2018 teilte die Suva Dr. C.____ mit, dass die Versicherte für die Folgen des Schadenfalls vom 16. März 2017 von der Suva Versicherungsleistungen erhalte, sie erteilte ihm Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung und ersuchte ihn um Mitteilung, sollte es in der Folge zu Weiterungen, wie beispielsweise einer Operation, kommen, damit die Leistungspflicht erneut überprüft werden könne (Suva-act. 2).

A.b. Mit E-Mail vom 30. April 2018 reichte die Praxis E.____ der Suva einen Bericht vom 28. April 2018 über eine Sprechstunde der Versicherten bei Dr. med. F____ vom 26. April 2018 ein. Dr. F____ hatte darin eine Supraspinatussehnenläsion Schulter links diagnostiziert und festgehalten, dass sich die Versicherte seine Empfehlung eines operativen Vorgehens mit Sehnenrekonstruktion überlegen werde (Suva-act. 3). Die Suva teilte der Versicherten hierauf mit Schreiben vom 1. Mai 2018 mit, dass weitere Abklärungen betreffend Leistungspflicht der Suva durchzuführen seien. Danach orientiere man über die Leistungspflicht (Suva-act. 4).



A.c. Nach Einholung eines Arztzeugnisses UVG bei Dr. C.____ (Suva-act. 5), welches dieser am 15. Mai 2018 (vgl. Arztzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 9. Mai 2018 [Suva-act. 6]) mit einem Bericht über eine durch Dr. med. G____, Radiologie H.____, am 4. April 2018 durchgeführte MR-Arthrographie-Untersuchung einreichte (Suva-act. 6), sowie nach Durchführung einer Besprechung mit dem Versicherten am 5. Juni 2018 (Suva-act. 7) gelangte die Suva mit der Frage an ihren Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ob es sich bei den beklagten Schulterbeschwerden links mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Ereignisses vom 16. März 2017 handle (Suva-act. 8). Dr. I.____ verneinte in einer ärztlichen Beurteilung vom 11. Juni 2018 eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der linksseitigen Schulterbeschwerden und ersuchte um Einsicht in den radiologischen Befundbericht (Suva-act. 8). Am 13. Juni 2018 legte ihm die Suva den Schadenfall mit dem MR-Arthrographie-Untersuchungsbericht von Dr. G____ vom 4. April 2018 vor (Suva-act. 9 f.). Die radiologische Untersuchung hatte folgende Befunde ergeben: eine transmurale Ruptur der ansatznahen Supraspinatussehne dorsal, ca. 50% des Sehnen-Querschnitts betreffend; eine geringe Retraktion um ca. 1.5 cm; ein eutropher Musculus supraspinatus; eine geringe Insertionstendinopathie der Infraspinatussehne und einen im Übrigen unauffälligen Befund der Rotatorenmanschette; eine Tendinopathie der intraartikulären langen Bizepssehne und eine geringe Akromioklavikulargelenksarthrose (Suva-act. 6-2 f.). In einer Beurteilung vom 13. Juni 2018 befand Dr. I.____, dass die radiologisch festgestellte Schädigung der Rotatorenmanschette und die Beschwerdesymptomatik überwiegend wahrscheinlich nicht in Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 16. März 2017 stünden (Suva-act. 10).

A.d. Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung lehnte die Suva ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 14. Juni 2018 ab (Suva-act. 11).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 22. Juni 2018 Einsprache (Suva-act. 16-1 f.) und reichte mit ihr ein Schreiben von Dr. C.____ vom 18. Juni 2018 ein (Suva-act. 16-3), welches dieser der Suva bereits als "Einsprache" hatte zukommen lassen (Suva-act. 14).



St.Galler Gerichte

B.b. Am 14. August 2018 legte die Suva den Schadenfall erneut Dr. I.____ vor (Suva-act. 19). In einer ärztlichen Beurteilung vom 14./16. August 2018 bekräftigte dieser die Ablehnung eines kausalen Zusammenhangs der ab März 2018 beklagten Schulterschmerzen links mit dem Ereignis vom 16. März 2017 (Suva-act. 20).

B.c. Am 14. November 2018 reichte Rechtsanwalt lic. iur. D. Gebert, Au, der Suva eine Einspracheergänzung (Suva-act. 30) zusammen mit Berichten von Dr. med. J.____, FMH Orthopädie und Traumatologie FMH, K.____, vom 10. August 2018 (Suva-act. 31) und Dr. C.____ vom 13. November 2018 (Suva-act. 32), ein.

B.d. Am 21. November 2018 führte Dr. J.____ bei der Versicherten bei der Diagnose "dramatische Ruptur Supraspinatussehne links" eine Mini open Rotatorenmanschettenreinsertion und eine diskrete Akromioplastik links durch (vgl. Operationsbericht vom 28. November 2018 [act. G 10.1]).

B.e. Mit Einspracheentscheid vom 8. Januar 2019 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab (Suva-act. 33).

B.f. In einer Stellungnahme zuhanden der Suva vom 25. Januar 2019 hielt Dr. J.____ insbesondere fest, dass er die kreisärztliche Beurteilung nicht nachvollziehen könne und um eine unabhängige Beurteilung respektive Begutachtung der Versicherten durch einen unabhängigen Facharzt der Orthopädie-Traumatologie ersuche (Suva-act. 35).

C.

C.a. Mit Eingabe vom 7. Februar 2019 erhob Rechtsanwalt Gebert für die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) gegen den Einspracheentscheid vom 8. Januar 2019 Beschwerde mit folgenden Anträgen: Der Einspracheentscheid bzw. die Verfügung der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 14. Juni 2018 seien aufzuheben. Der Beschwerdeführerin seien die infolge des Unfalls vom 16. März 2017 gesetzlich geschuldeten Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren (medizinischen) Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Barauslagen und Mehrwertsteuer (MwSt) zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Rechnungsbelege



St.Galler Gerichte

des Spitalverbundes L.____ (act. G 1.1.3) sowie eine Stellungnahme von Dr. J.____ vom 4. Februar 2019 (act. G 1.1.4) zu Fragen von Rechtsanwalt Gebert (act. G 10.3) ein.

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 3), und legte Internetartikel zum Thema Rotatorenmanschettenruptur ins Recht (act. G 3.1 f.).

C.c. Mit Replik vom 27. Juni 2019 (act. G 10) hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an seinen Anträgen fest.

C.d. Mit Duplik vom 2. August 2019 erneuerte auch die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 13).

Erwägungen

1.

In formeller Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin Antrag auf Nichteintreten auf die Beschwerde gestellt, falls diese nicht fristgerecht erhoben worden sei. Der Einspracheentscheid vom 8. Januar 2019 (Suva-act. 40) ist der Beschwerdeführerin gemäss unbestritten gebliebener Aussage in der Beschwerde vom 7. Februar 2019 (act. G 1, Ziff. 2.2) am 9. Januar 2019 zugegangen. Die Beschwerdefrist von 30 Tagen nach Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) begann damit am 10. Januar 2019 zu laufen (Art. 38 Abs. 1 ATSG) und endete am 8. Februar 2019. Gemäss der vom Versicherungsgericht beigezogenen Sendungsverfolgung wurde die Beschwerde am 7. Februar 2019 der Schweizerischen Post (vgl. dazu Art. 39 Abs. 1 ATSG) übergeben. Die Beschwerde wurde damit fristgerecht erhoben. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

2.

2.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; SR 832.20; UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG).

2.2. Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat der Versicherer die Heilbehandlung nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch



eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (BGE 134 V 114 E. 4.1), wobei das Kriterium der namhaften Besserung des Gesundheitszustandes namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbeeinträchtigt, zu beurteilen ist (BGE 134 V 115 E. 4.3). Unmittelbar anschliessend an den Unfall vom 16. März 2017 war die Beschwerdeführerin unstreitig nicht arbeitsunfähig (Suva-act. 6). Dr. F___ sprach allerdings mit der Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Sprechstunde vom 26. April 2018 über eine operative Behandlung der Supraspinatussehnenläsion (vgl. Sachverhalt A.b und A.c). Zum damaligen Zeitpunkt entschied sich jedoch die Beschwerdeführerin noch gegen eine Operation (Suva-act. 3). Am 21. November 2018 führte schliesslich Dr. J. ___ bei ihr eine Mini open Rotatorenmanschettenreinsertion links durch (act. G 10.1). Nachfolgend war die Beschwerdeführerin bis 1. Mai 2019 zu 100% und ab 2. Mai 2019 zu 50% arbeitsunfähig (act. G 10.2). Rechtsprechungsgemäss bildet das Datum des Verfügungserlasses bzw. des Einspracheentscheids - in diesem Fall der 8. Januar 2019 - die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen; siehe auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 109 zu Art. 61). Vor diesem Hintergrund kann - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 (act. G 3 Ziff. 5.2) - die Kausalitätsfrage bezüglich der als Unfallfolge vorgebrachten Gesundheitsschädigung (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 3.1, 6) nicht offengelassen werden.

3.

3.1. Angesichts der in Erwägung 2.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Taggeld- und Heilkostenleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis (vgl. dazu Art. 4 ATSG) zusammenhängen (BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im



Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, a.a.O., N 53 und N 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2, 127 V 103 E. 5b/bb, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 58 f.). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Während es sich bei Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt und die Beweislast für den Wegfall damit beim Unfallversicherer liegt, ist bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war, die versicherte Person beweisbelastet (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Die Beweislastregel greift also erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55).



3.2.

3.2.1. Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen anerkannt, dass die Beschwerdeführerin am 16. März 2017 einen Unfall im Sinne des Gesetzes mit einer schädigenden Einwirkung auf die linke Schulter erlitten hat und hat dem erstbehandelnden Arzt Dr. C.____ (vgl. Suva-act. 1, 6) mit Schreiben vom 27. März 2018 (Suva-act. 2) eine Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung zugesichert (vgl. Art. 10 UVG). Ein Taggeldanspruch bestand unstreitig nicht, weil die Beschwerdeführerin nach dem Unfall nicht arbeitsunfähig war (vgl. Art. 16 UVG). Das Schreiben an Dr. C.____ erfolgte zweifelsfrei basierend auf der in der Bagatellunfallmeldung UVG vom 22. März 2018 angegebenen Unfallbeschreibung "Sturz beim Skifahren" und gestützt auf die darin als Schädigung angeführte Prellung der linken Schulter (Suva-act. 1). Damit ging die Beschwerdegegnerin offensichtlich und verständlicherweise nur von einer innert kurzer Zeit ausheilenden Kontusionsverletzung aus (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 412; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 357 f.). Entsprechend hatte die Beschwerdegegnerin Dr. C.____ bereits im Schreiben vom 27. März 2018 um Mitteilung von Weiterungen, wie beispielsweise einer Operation, ersucht, damit die Leistungspflicht erneut überprüft werden könne (Suva-act. 2). Eine Supraspinatussehnenläsion stand im Zeitpunkt des Schreibens an Dr. C.____ noch nicht zur Diskussion. Von einer solchen erfuhr die Beschwerdegegnerin erst mit dem ihr am 30. April 2018 eingereichten Bericht von Dr. F____ vom 28. April 2018 (Suva-act. 3). Unmittelbar darauf teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 1. Mai 2018 mit, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne und über ihre Leistungspflicht orientieren werde, sobald die Abklärungen durchgeführt worden seien (Suva-act. 4). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. C.____ ein Arzzeugnis UVG ein (Suva-act. 5 f.), führte mit der Beschwerdeführerin eine Besprechung durch (Suva-act. 7) und legte den Schadenfall zur Prüfung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden ihrem Kreisarzt Dr. I.____ vor (Suva-act. 8, 10).

3.2.2. Damit ist offensichtlich, dass die ursprüngliche Anerkennung der Leistungspflicht (vgl. Erwägung 3.2.1) nicht die von Dr. F____ basierend auf dem MR-Arthrographie-Untersuchungsbericht von Dr. G____ vom 4. April 2018 (Suva-act. 6-2f.) diagnostizierte Supraspinatussehnenläsion Schulter links (Suva-act. 3) umfasste. Die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 16. März 2017 eine über eine Kontusion hinausgehende Verletzung der Supraspinatussehne zugezogen hat, und ob insbesondere die am 21. November 2018 durch Dr. J.____ bei ihr durchgeführte Mini open Rotatorenmanschettenreinsertion (act. G 10.1) einem



unfallkausalen Gesundheitsschaden gegolten hat, liegt somit bei der Beschwerdeführerin. In letzterem Fall wäre die Beschwerdegegnerin insbesondere für die operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig.

4.

4.1. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden 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. 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 (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichts oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im



Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind Anhaltspunkte, welche die medizinischen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen, zu beachten, auch wenn sie von behandelnden Ärztinnen oder Ärzten stammen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1). Die Rechtsprechung erachtet sodann auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. I.____ erstellt wurden (Suva-act. 8, 10, 20), als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Die ärztliche Beurteilung von Dr. I.____ vom 14./16. August 2018 (Suva-act. 20) wurde in Kenntnis der Vorakten ("Aktenmässiger Verlauf", "Bildgebende Dokumente") abgegeben und enthält ausführliche Erwägungen zur Kausalitätsfrage der Supraspinatussehnenproblematik der Beschwerdeführerin. Weiter ist festzustellen, dass Dr. I.____ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates die fachliche Qualifikation für die medizinische Würdigung des konkreten Falles nicht abgesprochen werden kann. Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind ausserdem nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte bzw. Fachärztinnen im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen sowie Heil- und Therapieverläufe prüfend beobachten bzw. diesbezüglich Empfehlungen und Einschätzungen abgeben, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4.), welche im konkreten Fall gefragt sind. Nach dem bisher Gesagten sprechen insbesondere keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilung von Dr. I.____ vom 14./16. August 2018.

5.

5.1. Als unfallkausaler Gesundheitsschaden steht die bereits erwähnte, im MR-Arthrographie-Untersuchungsbericht von Dr. G____ vom 4. April 2018 (Suva-act. 6-2 f.) erhobene transmurale Ruptur der ansatznahen Supraspinatussehne dorsal zur Diskussion. Während eine Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.____ vom 14./16. August 2018 (Suva-act. 20) verneint wird, vertritt die Beschwerdeführerin bzw. ihr Rechtsvertreter unter Hinweis auf Berichte und



Stellungnahmen von Dr. C.____ und Dr. J.____ (Suva-act. 16-3, 31 f., 35) den gegenteiligen Standpunkt. Dr. I.____ verneint eigentlich überhaupt das Vorliegen einer transmuralen Schädigung der Supraspinatussehne und geht von einer stark entzündlichen Ansatzzerkrankung aus (Suva-act. 20-3, 20-5).

5.2. In einer transmuralen Sehnenruptur, d.h. einer kompletten, vollständigen Durchtrennung der betroffenen Sehne, ist unstrittig eine strukturelle Gesundheitsschädigung zu sehen. Der Ausdruck "Ruptur" (= Zerreissung) kann jedoch nicht ohne Weiteres mit einer Traumarelevanz verbunden werden (Debrunner, a.a.O., S. 628, 724 f., 728 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1576, 1646). In Bezug auf die Rotatorenmanschette und insbesondere deren Supraspinatus- und Subscapularissehne gilt es zu beachten, dass diese zur Degeneration neigen. Die Rotatorenmanschette kann allerdings auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 628, 724 f., 728 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., 1576, 1646). Eine Tendinopathie, als die Dr. I.____ die Supraspinatussehnenveränderung interpretiert, stellt demgegenüber eine Entzündung der Sehne in Ansatznähe und damit grundsätzlich ein krankheitsbedingtes Leiden bzw. eine degenerative Veränderung dar, die - im Gegensatz zu einer Sehnenruptur - als unfallkausaler Gesundheitsschaden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, auftreten kann (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1107; Pschyrembel, a.a.O., S. 1782; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1808). Zumindest partielle Sehnenrisse bzw. Teilrupturen lassen sich in der Regel klinisch nicht von sekundären entzündlichen Reaktionen wie einer Tendinopathie unterscheiden. Intraoperativ oder durch Kontrastmitteldarstellung können sie indessen in der Regel medizinisch eindeutig festgestellt werden (vgl. dazu BGE 114 V 298; Urteil des EVG vom 29. August 2000, U 441/99, E. 4 mit Hinweisen).

5.3. Ob im konkreten Fall bei der Supraspinatussehne eine transmurale Ruptur vorlag, womit überhaupt nur eine unfallkausale Gesundheitsschädigung in Betracht zu ziehen wäre, kann jedoch offengelassen werden, nachdem es sich bei der inzwischen operativ behandelten ansatznahen Supraspinatussehnenveränderung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht um eine direkte Unfallverletzung, sondern eine degenerative Gesundheitsschädigung gehandelt hat (vgl. Erwägung 6).

6.

6.1. Die Prüfung der Kausalität eines Gesundheitsschadens, der zwar traumatischen, aber eben auch degenerativen Ursprungs sein kann, findet regelmässig anhand mass-



gebender Beurteilungskriterien bzw. Indizien statt. Die Kriterien sind zuzuordnen und letztlich in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dr. I. ___ und Dr. J. ___ nehmen in der Beurteilung vom 14./16. August 2018 (Suva-act. 20) und der Stellungnahme vom 4. Februar 2019 (Suva-act. 41) zu übereinstimmenden, im Zusammenhang mit der Kausalität der Schulterproblematik links bedeutsamen Beurteilungskriterien Stellung, bewerten sie allerdings unterschiedlich.

6.2.

6.2.1. Die Ärzte nehmen zunächst Bezug auf den Unfallmechanismus bzw. auf die beim Sturz vom 16. März 2017 entstandene Krafteinwirkung auf die linke Schulter. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren, fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt also dann, wenn durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird, selten jedoch durch ein direktes Anpralltrauma (vgl. zum Gesagten Swiss Medical Forum, Ausgabe 2018/1516, Übersichtsartikel, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, zu finden unter <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2019.03247>; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-041I_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04_02.pdf; http://www.gaertnerservatius.de/krankheiten/rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf, beide abgerufen am 27. August 2020). Dr. I. ___ weist in seiner Beurteilung auf die obgenannten Verletzungsmechanismen hin (Suva-act. 20-4). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin legte Dr. J. ___ am 31. Januar 2019 das Unfallgeschehen, welches die Beschwerdeführerin anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2018 geschildert hatte (Suva-act. 7), zur Beurteilung vor (vgl. act. G 10.3). Dr. J. ___ geht diesbezüglich von einem "idealen" Mechanismus - von einer axialen



Stauchung des Humeruskopfs gegen das Schulterdach (Acromion) mit angelegtem Arm, durch welche ein Stanzeffekt in der Rotatorenmanschette hervorgerufen werde - aus und damit von einem Mechanismus, der grundsätzlich mit dem letzten der obgenannten potenziell geeigneten Verletzungsmechanismen übereinstimmt. Einen Sturz mit abduziertem, nicht angelegtem Arm, wobei es gemäss Dr. J.____ eher zu einer Schulterluxation kommt, schliesst er sodann offensichtlich grundsätzlich als geeigneten Verletzungsmechanismus aus.

6.2.2. Allgemein ist festzuhalten, dass ein plötzlich und unerwartet eintretendes bzw. sich schnell abspielendes Geschehen, wie ein Sturz auf Skiern, nicht immer in sämtlichen Einzelheiten wahrgenommen wird. Die Beschwerdeführerin schilderte jedoch den Sturz vom 16. März 2017 in Bezug auf die Beteiligung der linken Schulter am 5. Juni 2018 gegenüber einem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin konkret und detailliert wie folgt: "Als ich mit der auf Kunstschnee präparierten Piste gegen einen Schneehügel fuhr, verkantete ich mit dem Ski und stürzte anschliessend zur linken Seite, wobei ich mit angelegtem linken Arm direkt auf der linken Schulter landete." (Suva-act. 7). Die Beschwerdeführerin beschreibt damit ein stumpfes Aufpralltrauma mit der Schulter mit gleichzeitig angelegtem Arm, welches nicht als geeigneter Verletzungsmechanismus für eine Rotatorenmanschettenläsion beschrieben wird (vgl. Erwägung 6.2.1). Wie es bei einem Sturz auf die Seite mit angelegtem Arm zu einer indirekten Gewalteinwirkung in Form eines axialen Stauchungstraumas hätte kommen können, ist nicht nachvollziehbar. So hält die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 (act. G 3, Ziff. 5.3/a) zutreffend fest, dass ein seitlicher Sturz auf die linke Schulter eine axiale Stauchung ausschliesse. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Argumentation von Dr. J.____ hinsichtlich Unfallmechanismus nicht überzeugt. Die Schlussfolgerung von Dr. I.____, dass der Unfallhergang im konkreten Fall gegen eine traumatisch bedingte Schädigung der Rotatorenmanschette spreche, erscheint dagegen stichhaltig und überzeugend.

6.3.

6.3.1. Dr. I.____ sieht sodann eine traumatische Ursächlichkeit der linksseitigen Supraspinatussehnenveränderung wegen der späten Inanspruchnahme einer ärztlichen Hilfeleistung nicht als überwiegend wahrscheinlich an (Suva-act. 20-3). Lange Latenzzeiten ohne Brückensymptome stellen ein bedeutsames Indiz gegen das Vorliegen von Unfallrestfolgen dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2, und vom 20. Juli 2011, 8C_214/2011, E. 8; Urteil des EVG vom 21. September 2001, U 134/00, E. 3b; RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Es ist



unbestritten, dass die Beschwerdeführerin Dr. C.____ erstmals am 2. März 2018 (Suva-act. 6-1) und damit erst fast ein Jahr nach dem Unfall vom 16. März 2017 konsultierte. In der Beschwerde vom 7. Februar 2019 macht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zwar geltend, diese sei nach dem Unfall - nachdem sich der Zustand nicht gebessert habe - vor dem ersten Hausarztbesuch bei Dr. C.____ sechs Mal wegen anhaltender Schulterschmerzen zu D. Schläpfer in die Bewegungstherapie gegangen. Die Bewegungstherapien bei D. Schläpfer wurden mit Rechnungsbelegen des Spitalverbunds AR dokumentiert (act. G 1.1.3), doch datiert die erste auch erst vom 3. November 2017. Aufgrund des Gesagten ist somit eine Schulterbehandlung frühestens ab November 2017, d.h. acht Monate nach dem Unfall, nachgewiesen. Angesichts dieses zeitlichen Ablaufs erscheint eine Unfallkausalität fraglich bzw. höchstens möglich. Innerhalb eines so langen Zeitraums spielen sich im menschlichen Körper immer auch unfallunabhängige Vorgänge ab. Diesem Umstand kommt im vorliegenden Fall insofern noch eine entscheidendere Bedeutung zu, als die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 zutreffend darauf hinweist, dass der objektive Zustand der linken Schulter unmittelbar nach dem Sturz vom 16. März 2017 sowie im weiteren Verlauf bis zur MR-Arthrographie vom 4. April 2018 durch keinerlei medizinische Unterlagen erfasst ist (act. G 3 Ziff. 5.3/b). Die Folgen der Beweislosigkeit von Brückensymptomen wirken sich zu Lasten der Beschwerdeführerin aus (vgl. Erwägung 3.1).

6.3.2. Anlässlich ihres Gesprächs mit dem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2018 gab die Beschwerdeführerin an, sie habe die linke Schulter in den Wochen nach dem Unfall selbst mit Tinkturen behandelt, im Verlauf einen Vortrag in der Klinik M.____ betreffend Schulterverletzungen besucht und sei in der Folge anhand einer Eigendiagnose von einer Entzündung ausgegangen, weshalb sie die Behandlung selber mit entzündungshemmenden und selbst hergestellten Crèmes fortgesetzt habe. Mangels Besserung des Zustands habe sie dann D. Schläpfer, eine Bewegungstherapeutin, aufgesucht. Weil die Schmerzen nicht vollständig verschwunden seien, habe sie letztlich im März 2018 Dr. C.____ konsultiert (Suva-act. 7). In diesem subjektiv geschilderten Sachverhalt kann jedoch kein überzeugender und damit hinreichender Nachweis für eine Brückensymptomatik erblickt werden. Eine gewisse Zeit lang erscheint es in manchen Fällen plausibel, wenn eine versicherte Person nicht unverzüglich einen Arzt konsultiert und zunächst abwartend auf Selbstheilung durch Eigenbehandlung vertraut. Im Wissen um einen Sturz auf die linke Schulter sowie angesichts der beruflichen Tätigkeit als Malerin, welche - auch bei einer Rechtsdominanz - die Beweglichkeit und den Einsatz beider Schultergelenke erfordert,



erscheint es jedoch zweifelhaft, dass sich eine versicherte Person ein Jahr lang (vgl. Erwägung 6.3.1) nicht in ärztliche Behandlung begibt. Das von Dr. J.____ und Dr. C.____ im Untersuchungsbericht vom 10. August 2018 (Suva-act. 31) bzw. in der Stellungnahme vom 13. November 2018 (Suva-act. 32) bezeichnete zeitliche Zusammentreffen des Unfalls und der im MRI nachgewiesenen Läsion, an dem es keine Zweifel gebe bzw. welches plausibel sei, überzeugt nicht. Die Beschwerdegegnerin wendet in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 zutreffend ein, dass ein zeitliches Zusammentreffen gerade nicht erstellt sei, weil anschliessend praktisch während eines ganzen Jahres keine medizinischen Untersuchungen der linken Schulter erfolgt seien (vgl. Erwägung 6.3.1). Damit bleibt letztlich beweislos, wann genau eine Schulterproblematik aufgetreten ist. So fällt auch auf, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Besprechung mit dem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2018 schilderte, sie habe direkt nach dem Sturz vor allem Schmerzen an der linken Nackenseite gehabt. Die Aussagen von Dr. J.____ im Bericht vom 4. Februar 2019 (Suva-act. 41-2 Ziff. 9), die Beschwerdeführerin sei sehr zäh und auch sehr trainiert, ihr körperlicher Habitus sei sehr schlank und drahtig, sie unternehme regelmässig extreme Skitouren und sei viel am Klettern, was für einen zähen, drahtigen, durchtrainierten Menschen spreche, sind zwar nicht in Abrede zu stellen. Seine Schlussfolgerung - entsprechend sei die Beschwerdeführerin sicher indolent (vgl. dazu auch Dr. C.____ in Suva-act. 14) - entspricht jedoch einer blossen Vermutung und es lässt sich aus ihr nichts Konkretes ableiten. Ebenso könnte aus der obigen Beschreibung der Beschwerdeführerin gefolgert werden, dass sie ein ausgeprägtes Körperbewusstsein habe, ein Leben führe, in welchem ein funktionierender Körper gerade von grosser Bedeutung sei und sie bestimmt umsichtig mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit umgehe. Allgemein ist anzufügen, dass das Auftreten von Beschwerden nach einem Unfallereignis für sich allein kein genügender Nachweis für einen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung ist. Die Regel "post hoc ergo propter hoc" hat daher im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung keine beweisrechtliche Bedeutung (BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 67 zu Art. 6; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 460 N 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb in fine).

6.4. In den zeitlichen Ablauf, der für eine degenerativ bedingte Supraspinatussehnenveränderung spricht, fügt sich auch die überzeugende und mit der medizinischen Literatur (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 121, 728; <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Orthopaedische-Klinik-und-Poliklinik/de/Orthopaedisches-Behandlungsspektrum/schulterchirurgie/problemeTherapien/rotatorenmanschette/index.html>; <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2019.03247>;



beide abgerufen am 27. August 2020) übereinstimmende Auseinandersetzung von Dr. I. ___ mit der Beschwerdesymptomatik nach einer akut traumatischen Rissbildung ein (Suva-act. 20-3). Ein traumatischer Riss der Rotatorenmanschette führe zu einem scharfen Schmerz mit Ausstrahlung in den Oberarm und einem Gefühl des Zerreißens, begleitet von einem unmittelbaren Funktionsverlust (sog. Pseudoparalyse) bestimmter Bewegungen, abhängig vom Ausmass des geschädigten Anteils der Sehnenmanschette. Die Beschwerdeführerin beschreibt für den Zeitpunkt initial nach dem Unfall keine solche Symptomatik.

6.5. Dr. I. ___ berücksichtigte im Rahmen seiner Kausalitätsbeurteilung nachvollziehbar auch die Gesamtsituation des linken Schultergelenks der Beschwerdeführerin. Weist ein Gelenk umfassende, unstreitig degenerative Veränderungen auf, sind diese häufig auch miteinander verbunden und stellen insofern gegenseitige Begleitpathologien dar (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 724 ff.), womit zu prüfen ist, weshalb ausgerechnet eine bestimmte strukturelle Veränderung losgelöst von den übrigen degenerativen Veränderungen als unfallbedingt zu betrachten ist. Bei der MR-Arthrographie vom 4. April 2018 erhob Dr. G ___ neben der transmuralen Ruptur der ansatznahen Supraspinatussehne dorsal verschiedene degenerativ bedingte Gesundheitsschäden - eine geringe Insertionstendinopathie der Infraspinatussehne bei einem im Übrigen unauffälligen Befund der Rotatorenmanschette, eine Tendinopathie der intraartikulären langen Bizepssehne sowie eine geringe Akromioklavikulargelenksarthrose (Suva-act. 6). Gemäss Dr. I. ___ deuten die genannten Veränderungen überwiegend wahrscheinlich darauf hin, dass es sich auch bei den ansatznahen Veränderungen der Supraspinatussehne um verschleissbedingte Veränderungen handle (Suva-act. 20-4). Diese Schlussfolgerung erschliesst sich dem Gericht insofern nicht ohne Weiteres, als es sich um leichte Degenerationen handelt, welche laut medizinischer Literatur ab einem gewissen Alter (etwa ab 40 Jahren) häufig vorkommen und daher nicht mehr berücksichtigt werden sollten, um eine degenerative von einer traumatischen Läsion zu unterscheiden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 586; <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2019.03247>, abgerufen am 28. August 2020). Auch in der geringen Retraktion um ca. 1.5 cm sowie im eutrophen Musculus supraspinatus sind keine augenscheinlichen Befunde für die Schlussfolgerung von Dr. I. ___ zu sehen. Schliesslich verneinte Dr. G ___ im MR-Arthrographie-Untersuchungsbericht vom 4. April 2018 (Suva-act. 6) eine Einengung des Subakromialraums. Im Rahmen der Operation vom 21. November 2018 führte Dr. J. ___ zwar eine Akromioplastik links durch, jedoch nur eine diskrete. Auch ihm hatte sich ein Subakromialraum gezeigt, der gut für einen Querfinger durchgehend war (act. G 10.1). Allerdings sprechen die erwähnten Gesundheitsschäden im Bereich des linken



Schultergelenks auch nicht ohne Weiteres für eine traumatische Läsion. Immerhin handelt es sich unbestrittenermassen um degenerative Befunde, welche damit selbstredend nicht gegen eine degenerativ bedingte Supraspinatussehnenveränderung sprechen und insofern in der Gesamtbetrachtung ein degeneratives Bild ergänzen. Diejenigen Kriterien, welche entscheidend auf eine degenerative Supraspinatussehnenveränderung hinweisen (Unfallmechanismus, zeitlicher Ablauf, initiale Beschwerdesymptomatik; vgl. Erwägungen 6.2 ff.) vermögen die Gesundheitsschäden jedenfalls nicht abzuschwächen.

6.6. Eine im konkreten Fall degenerativ und nicht traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenveränderung begründet Dr. I.____ schliesslich epidemiologisch. Veränderungen mit Rissbildungen der Rotatorenmanschette seien mit zunehmendem Alter häufig Folge von Abnutzungserscheinungen und könnten ohne ursächliches Unfallereignis vorkommen. Degenerativ bedingte Schädigungen der Rotatorenmanschette fänden sich überdurchschnittlich häufig ab dem fünfzigsten Lebensjahr mit Zunahme der Schäden in Abhängigkeit vom Lebensalter. Die Beschwerdeführerin sei im Zeitpunkt der ersten Arztkonsultation 56 Jahre alt gewesen. Dr. J.____ äussert sich sodann in seinem Bericht vom 4. Februar 2019 (Suva-act. 41) zur Frage, ob es möglich sei, dass bei einer 56-jährigen Patientin nach einem Sturz eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne wahrscheinlicher eintrete als bei einer jüngeren Patientin, und bejaht die Frage sinngemäss (act. G 10.3). In der medizinischen Literatur sowie in medizinischen Fachartikeln finden sich Feststellungen und Erhebungsergebnisse, welche die Aussagen von Dr. I.____ mit Bezug auf die Prävalenz nicht untermauern (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1576; <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2019.03247> und https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-041l_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04_02.pdf, beide abgerufen am 28. August 2020). Zudem scheint die Beurteilung von Dr. J.____, dass eine altersbedingt sprödere Sehne anfälliger auf traumatische Einflüsse sei als die Sehne eines jungen Patienten, schlüssig. Das Beurteilungskriterium der Epidemiologie ist jedoch grundsätzlich ein allgemeines Beurteilungskriterium, während Beurteilungskriterien wie Unfallhergang, initiale Beschwerdesymptomatik, Diagnosen, Befunde und radiologische Untersuchungsergebnisse sowie zeitlicher Ablauf den konkreten Fall aufzeigen. Sprechen diese massgebend für eine traumatische Genese, kann im Einzelfall durchaus auch bei einem älteren Menschen eine traumatische Läsion vorkommen. Im vorliegenden Fall sprechen jedoch die einzelfallbezogenen Beurteilungskriterien - wie in den Erwägungen 6.2 ff. dargelegt - nicht für eine solche. Entsprechend vermochte auch Dr. J.____ aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin nur eine Vermutung ("denke ich") zu äussern (Suva-act. 41-1, Frage 3).



6.7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nach den Erwägungen 6.2 ff. keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten Beurteilung von Dr. I.____ vom 14./16. August 2018 (Suva-act. 20) bestehen, wonach die ansatznahe Supraspinatussehnenveränderung dorsal mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht durch den Unfall vom 16. März 2017 verursacht wurde.

6.8. Bei diesem Beweisergebnis kann mithin auf die kreisärztliche Beurteilung abgestellt werden. Dr. J.____ und Dr. C.____ vermögen ihr keine überzeugenden Begründungen entgegenzusetzen.

7.

Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. Januar 2019 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.