

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 109

Entscheid vom 16. Mai 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Dr.med. B. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jahrgang 1973) arbeitet seit dem 1. Juni 2016 als kaufmännische Angestellte im 80%-Pensum bei der C._____ AG und ist in der Folge über ihren Arbeitgeber bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert.

B. Mit Schadenmeldung UVG vom 14. Juni 2018 meldete der Arbeitgeber der Suva, dass A._____ am 17. Februar 2018 beim Laufen auf dem Gehweg auf Eis ausgerutscht und auf die Schulter gefallen sei (vgl. Vi-act. 1).

Mit Schreiben vom 19. Juni 2018 erteilte die Suva für die Folgen des Schadensfalls vom 17. Februar 2018 Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung nach aktuellem UVG-Tarif. Gleichzeitig ersuchte sie den behandelnden Arzt und im vorliegenden Beschwerdeverfahren beauftragten Vertreter - Dr.med. B._____ - um Mitteilung, sollte es zu Weiterungen (z.B. Operation) kommen, damit sie hierzu die Leistungspflicht erneut prüfen könne (vgl. Vi-act. 3).

Am 25. Juni 2018 teilte die Arbeitgeberin der Suva mit, das Schadendatum sei nicht der 17. Februar 2018, sondern der 17. Dezember 2017 (vgl. Vi-act. 6).

C. Am 13. Juni 2018 erfolgte ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks (vgl. Vi-act. 9). Daraufhin empfahl Dr.med. B._____ mit Bericht vom 27. Juni 2018 eine Schulterarthroskopie rechts mit Supraspinatussehnenrekonstruktion und Labrum-Repair und ersuchte um Kostengutsprache (vgl. Vi-act. 7, 8). Hierzu gab der Kreisarzt med.pract. D._____ am 19. Juli 2018 eine Kurzbeurteilung ab, woraufhin die Suva mit Schreiben vom 20. Juli 2018 eine Kostengutsprache für die Operation vom 13. August 2018 und eine weitere Leistungspflicht ab dem 13. August 2018 ablehnte, da kein sicherer bzw. wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 17. Dezember 2017 und der geplanten Operation vom 13. August 2018 bestünde (vgl. Vi-act. 11). A._____ erklärte sich mit Schreiben vom 23. Juli 2018 damit nicht einverstanden und verlangte die Übernahme der Versicherungsleistungen für den Unfall vom 17. Dezember 2017 (vgl. Vi-act. 12).

D. In der Folge verfügte die Suva am 27. Juli 2018 die Ablehnung ihrer Leistungspflicht (vgl. Vi-act. 14). Am 31. Juli 2018 erhob der Krankenversicherer Assura hiergegen vorsorgliche Einsprache (Vi-act. 16). Am 10. August 2018 reichte Dr.med. B._____ gegen die ablehnende Verfügung vom 27. Juli 2018 Einsprache ein (Vi-act. 18) und am 21. August 2018 A._____, nachdem die Vorinstanz die Eingabe von Dr.med. B._____ mangels Unterschrift/Vollmacht von A._____ als unrechtmässig nicht anerkannte (Vi-act. 22). Hierauf

holte die Suva beim Kreisarzt med.pract. D._____ eine ausführlichere, ärztliche Beurteilung ein (vgl. Vi-act. 23). Mit Beurteilung vom 24. bzw. 27. August 2018 äusserte sich dieser dahingehend, dass überwiegend wahrscheinlich keine unfallkausale, strukturelle Läsion im Bereich der rechten Schulter bestehe (vgl. Vi-act. 24-4/4).

E. A._____ war vom 13. bis 16. August 2018 im Spital _____ hospitalisiert. Am 13. August 2018 führte Dr.med. B._____ eine Schulterarthroskopie rechts mit Subscapularissehnennaht, eine Labrumtrimmung, eine intraartikuläre Synovektomie sowie eine subacromiale Dekompression mit partieller AC-Gelenksresektion und subacromialer Bursektomie an der rechten Schulter von A._____ durch (vgl. Vi-act. 27: Operationsbericht vom 21.8.2018; Vi-act. 26: Austrittsbericht vom 27.8.2018).

F. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2018 forderte Dr.med. B._____ die Suva erneut um Übernahme der unfallbedingten Kosten infolge Subscapularissehnenruptur auf (vgl. Vi-act. 32), woraufhin die Suva am 30. Oktober 2018 die Einsprache von A._____ vom 10. bzw. 21. August 2018 abwies (vgl. Vi-act. 33).

G. Am 23. November 2018 (Eingang: 26.11.2018) erhebt Dr.med. B._____ gegen den Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 (A-Post) fristgerecht Beschwerde bei der Suva, mit dem sinngemässen Antrag, den Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Suva zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Die Suva leitet die Beschwerde vom 23. November 2018 am 6. Dezember 2018 zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz weiter. Auf Aufforderung des verfahrensleitenden Richters vom 7. Dezember 2018 hin reicht Dr.med. B._____ die Vollmacht zur Vertretung von A._____ nach. Mit Vernehmlassung vom 11. Januar 2019 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 30. Oktober 2018. Mit Eingabe vom 15. Februar 2019 lässt sich die Beschwerdeführerin erneut vernehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG;

SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (*conditio sine qua non*); mit anderen Worten, wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (Urteil BGer 8C_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.2; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je m.H.).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b m.w.H.). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (Urteil BGer 8C_813/2017 vom 6.6.2018 Erw. 3.3; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Er-

folges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteil BGER 8C_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.3).

1.2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. statt vieler Urteil BGER 8C_169/2018 vom 31.8.2018 Erw. 2 m.w.H.). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtungsgebenden Verschlimmerung (Urteil BGER 8C_781/2017 vom 21.9.2018 Erw. 5.1).

1.2.4 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls 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 beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den nega-

tiven Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_160/2012 vom 13.6.2012 Erw. 2 und 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2 sowie 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil BGer 8C_155/2012 vom 9.1.2013 Erw. 5.1 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9).

1.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 18 ff.).

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

2.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Bei sich widersprechenden medizinischen Berichten kommt einer inhaltlich einwandfreien Beweiswürdigung massgebliche Bedeutung zu. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 Erw. 3 festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist

mithin 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c).

2.2 Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (Urteil BGer 8C_761/2017 vom 5.12.2017). Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_281/2018 vom 25.6.2018 Erw. 3.2.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil BGer 8C_321/2018 vom 27.11.2018 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 m.H.).

2.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_673/2018 vom 13.12.2018 Erw. 3.4; Urteil BGer 8C_276/2018 vom 5.12.2018 Erw. 3.2.4; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer 9C_248/2017 vom 15.2.2018 Erw. 6.2.1 m.w.H.).

3. Bezüglich des Unfallereignisses, des Heilverlaufs, der Arbeitsfähigkeit sowie des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den im Recht liegenden medizinischen Akten was folgt:

3.1 Als unbestritten gilt, dass die Beschwerdeführerin am 17. Dezember 2017 beim Laufen ausrutschte und dabei auf die Schulter fiel, wobei sie sich - gemäss Schadenmeldung - an der rechten Schulter verletzte (vgl. Vi-act. 1 und 6; vgl. Ingress Bst. B). Eine zeitnahe Erstbefundung durch einen Arzt hinsichtlich Verletzungszeichen bzw. anamnestischer Angaben über den genauen Unfallhergang ist nicht aktenkundig. Gemäss Schadenmeldung vom 14. Juni 2018 (vgl. Ziff. 10) hatte die Beschwerdeführerin ihre Arbeit nicht ausgesetzt (vgl. Vi-act. 1). Mithin resultierte zeitnah zum Unfallereignis keine Arbeitsunfähigkeit.

3.2 Wegen anhaltenden und wiederkehrenden Schulterbeschwerden suchte die Beschwerdeführerin erstmals im Juni 2018 Dr.med. B. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH) auf, der am 13. Juni 2018 eine Arthro-MRI des rechten Schultergelenks veranlasste. Anlässlich des durchgeführten MRI hielt Dr.med. E. _____ (FMH Radiologie, _____), in seinem Bericht vom 13. Juni 2018 fest (Vi-act. 9):

Indikation:

Rezidivierende Schulterschmerzen nach Sturz im Dezember. Pathologie, Rotatorenmanschette?

Befund:

... Hypertrophierte und deutlich aktivierte AC-Gelenkarthrose. Deutliche Signalalteration entlang der Bursa subacromialis / subdeltoidea bei Bursitis. Die Supraspinatussehne kommt ansatznah sowohl bursaseitig als auch gelenkseitig etwas irregulär, im Sinne von Partialeinrissen zur Darstellung. Zusätzlich ist die Sehne leicht tendinopathisch verändert. Die Infraspinatus- und die Subscapularissehne sind intakt. Leichte Signalalteration mit Kontrastmittelunterminierung des anterosuperioren Labrums bis dorsal reichend, DD SLAP-Läsion, DD sublabraler Rezessus. Keine fettige Degeneration oder Atrophie der Muskelbäuche der Rotatorenmanschette.

Beurteilung:

Deutliches subacromiales Impingement bei hypertrophierter und aktivierter AC-Gelenkarthrose mit Tendinopathie der Supraspinatussehne mit gering ausgeprägten bursaseitigen und gelenkseitigen Partialrupturen. Zeichen der Bursitis subacromialis / subdeltoidea.

Leichte Kontrastmittelunterminierung des anterosuperioren Labrum bis dorsal reichend, DD SLAP-Läsion, DD sublabraler Rezessus.

3.3 Alsdann gab Dr.med. B. _____ anlässlich seines - an die Suva adressierten - medizinischen Berichts vom 27. Juni 2018 folgende Beurteilung ab (vgl. Vi-act. 8):

Anamnese

Die Patientin ist nach eigenen Angaben am 17.12.2017 gestürzt und hat sich hierbei ein komplexes Schulterdistorsionstrauma links [sic] zugezogen. Seither weist sie anhaltende Bewegungs-, Belastungs- wie auch rezidivierende Ruhebeschwerden auf.

Befunde

Nahezu seitengleiche aktive wie auch passive Beweglichkeit, mit jedoch deutlichen endgradigen Beschwerden. Eine eigentliche Instabilität ist nicht nachweisbar, die Neer-Zeichen sind deutlich positiv, die Kraftentwicklung zeigt im Seitenvergleich eine deutliche Abschwächung.

Röntgen/MRI

Schulter links [sic]: Supraspinatussehnenpartialruptur, SLAP-Läsion

In der Folge empfahl er der Beschwerdeführerin für den 13. August 2018 im Spital _____ eine Schulterarthroskopie rechts mit Supraspinatussehnenrekonstruktion sowie Labrum-Repair (vgl. Vi-act. 8 [in fine]).

3.4 Alsdann ersuchte Dr.med. B._____, namens und auftrags der Beschwerdeführerin, die Suva am 27. Juni 2018 um Kostengutsprache für die Operation vom 13. August 2018 (vgl. Vi-act. 8). Daraufhin unterbreitete die Suva dem internen Versicherungsmediziner unter Verweis auf die im PACS abgelegten Röntgenbilder die Frage, ob die Operation vom 13. August 2018 mindestens überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 17. Dezember 2017 zurückzuführen sei. In Beantwortung dieser Frage hielt der Kreisarzt med.pract. D._____. (Facharzt für Chirurgie, Agenturärztlicher Dienst Suva) mit Kurzbeurteilung vom 19. Juli 2018 was folgt fest (vgl. Vi-act. 10):

Nein,
keine ü.w. Unfallkausalität bei Outletimpingement
mit entspr. degenerativer Tendinopathie und Partialrupturen.
Alter d. Vers. Verlauf und Latenz bis zur EB, fehlende
mr- morphol. Zeichen der ü.w. postraum. Schulterläsion
fehlende Erstbefunde sprechen gegen ü.w. unfallkausale
strukturelle Läsionen

Am 27. Juli 2018 verfügte die Vorinstanz die Ablehnung der Kostengutsprache für die geplante Operation vom 13. August 2018 mit der Begründung, dass aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 17. Dezember 2017 und der geplanten Operation bestehe (vgl. Vi-act. 14).

3.5 Anlässlich der dagegen eingereichten Einsprache vom 10. August 2018 hielt Dr.med. B._____ weiterhin an der Diagnose fest, dass die Beschwerdeführerin sich im Rahmen ihres Sturzes vom 17. Dezember 2017 nachweislich eine Supraspinatussehnenpartialruptur bei gleichzeitiger SLAP-Läsion zugezogen

habe. Sie sei zuvor beschwerdefrei gewesen. Da die Beschwerdeführerin weiterhin anhaltende Beschwerden aufweise, sei weiterhin von einem Unfallereignis auszugehen (vgl. Vi-act. 18). In der persönlichen Einsprache vom 21. August 2018 führte die Beschwerdeführerin aus, ein MRI und die Diagnose des Arztes hätten ergeben, dass ihre Schulter durch den Sturz (auf Eis) einen Sehnenabriss und ein Gelenkslippenabriss erlitten habe (Vi-act. 22).

3.6 Am 13. August 2018 führte Dr.med. B. _____ im Spital _____ eine Schulterarthroskopie rechts mit Subscapularissehnennaht, eine Labrumtrimmung, eine intraartikuläre Synovektomie sowie eine subacromiale Dekompression mit partieller AC-Gelenksresektion und subacromialer Bursektomie an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin durch (vgl. Ingress Bst. G), und zwar aufgrund der nachfolgenden Diagnose (vgl. Vi-act. 27-1/2):

- Traumatisch bedingte Subscapularissehnen-Partialruptur Schulter rechts
- Labrummazeration
- Intraartikuläre Synovialitis
- Subacromiale Bursitis bei Acromion Typ 2 nach Bigliani

Der Operationsbericht vom 13. August 2018 (dat. 21.8.2018; Vi-act. 27) hält fest, dass sich - bei Operationsindikation nach hochgradigem Verdacht auf eine Rotatorenmanschetten-Partialruptur - intraartikulärseitig eine deutliche Synovialitis zeige, das Labrum im anterioren Bereich ausgefranst sei und mittels Shaver vorsichtig getrimmt werde. Die lange Bizepssehne sei intakt. Die Supra- und Infraspinatussehne würden keine intraartikuläre Pathologie aufweisen. Die Subscapularissehne zeige im Längsverlauf auf Höhe des Tuberculum majus eine Partialruptur, was als Folge des Abduktions- und Aussenrotationstraumas zu werten sei. Die Ruptur werde mittels Shaver aufgefrischt. Nach dem Eingehen nach subacromial stelle sich eine deutliche subacromiale Bursitis dar, worauf eine Bursektomie durchgeführt werde. Bei Acromion Typ 2 nach Bigliani erfolge anschliessend die subacromiale Dekompression und eine partielle AC-Gelenksresektion bei beginnender AC-Gelenksarthrose. Zum Eingriff wurde eine Fotodokumentation erstellt.

3.7 Vom 13. bis 16. August 2018 war die Beschwerdeführerin im Spital _____ hospitalisiert. Aus dem Austrittsbericht von Dr.med. B. _____ vom 27. August 2018 ergibt sich (vgl. Vi-act. 26):

Lokalstatus:

Schulter rechts: Nahezu seitengleiche Beweglichkeit von Seiten der rechten Schulter mit jedoch deutlich endgradigen Beschwerden. Im Seitenvergleich Kraftminderung mit Schmerzauslösung im antero-lateralen Schultergelenksbereich. Lokale Druckschmerzen im Bereich des Sulcus bicipitalis. Die Supra- und Infraspinatus-

sehne zeigen keine wesentliche Insuffizienz. Die Subscapularissehne zeigt gegen Widerstand eine Schmerzentwicklung. Eine Instabilität zeigt sich nicht.

Röntgen/MRI:

Schulter rechts: Verdacht auf Labrummazeration. Verdacht auf intraartikulärseitige Supra- und Infraspinatussehnen-Partialrupturen. Acromion Typ 2 nach Bigliani.

Verlauf:

Bei peri- und postoperativ komplikationslosem Verlauf konnte die Patientin von physiotherapeutischer Seite zunehmend mobilisiert und schliesslich bei reizlosen Wund- und Narbenverhältnissen am 16.08.2018 nach Hause entlassen werden.

3.8 Da die Beschwerdeführerin mit der ablehnenden Verfügung der Vorinstanz vom 27. Juli 2018 nicht einverstanden war (vgl. vorstehend Erw. 3.5; Vi-act. 18 und 22), holte die Suva beim Versicherungsmediziner eine ausführliche Beurteilung ein. Mit neuerlicher, ärztlicher Beurteilung vom 24./27. August 2018 wies med.pract. D. _____ nach Festhalten des summarischen Verlaufs gemäss Akten darauf hin (vgl. Vi-act. 24-1f./4), dass die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Sturzes eine Kontusion (Prellung) der vermutlich rechten Schulter erlitten habe (vgl. Vi-act. 24-3/4 [Beurteilung: 1. Abschnitt]). Er hielt ferner fest (IV-act. 24-3f./4 [Beurteilung: 4. und 5. Abschnitt]):

In der Eigenbefundung des vorliegenden MRIs hält der beurteilende Kreisarzt die vorliegenden, MR-morphologisch nachgewiesenen leichten Signalalterationen im Bereich der Supraspinatussehne, die in Längsrichtung der Sehne verlaufen, nicht für überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, sondern bedingt durch das nachgewiesene Impingement (Engpasssyndrom) als überwiegend wahrscheinliche Zeichen einer degenerativen Ausdünnung der anatomisch direkt unterhalb des Acromions gelegenen Supraspinatussehne im Sinn einer sogenannten PASTA-Läsion in Längsrichtung, nicht quer. Hinsichtlich der MR-morphologischen Signalanhebungen im Bereich des Bicepssehnenankers respektive des Labrums könnte allenfalls der Verdacht auf eine SLAP 1-Läsion, welche allerdings auch als degenerative Veränderung versicherungsmedizinisch beurteilt wird, vorliegen.

Das Alter der Versicherten (45 Jahre), der zeitliche latente Verlauf vom Unfallereignis bis zum Erstkontakt eines Arztes, die MR-morphologisch beschriebenen Veränderungen im Bereich der rechten Schulter sprechen überwiegend wahrscheinlich gegen die Annahme einer unfallkausalen strukturellen Läsion im Bereich der rechten Schulter.

Konklusiv wird daher festgehalten, dass es im Rahmen des Unfallereignisses vom 17.12.2017 zu einer Kontusion der rechten Schulter kam, welche zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Exazerbation einer vorbestehenden, überwiegend wahrscheinlich durch Abnutzung und Verschleiss (Acromioclavicularglenarthrose mit Schulterengpasssyndrom) verursachten degenerativen Erkrankung der Supraspinatussehne und eventuell des Labrums (Verdacht auf SLAP 1-Läsion) kam. Mit einer Rekonvaleszenz von zwölf Wochen war der Status quo sine anzunehmen.

4.1 Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung bestätigte die Vorinstanz mit ablehnendem Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 die Kausalitätsbeurtei-

lung der angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2018 (vgl. vorstehend Erw. 3.4). Es bestehe aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung vom 19. Juli 2018 bzw. 24./27. August 2018 kein wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 17. Dezember 2017 und der an der rechten Schulter geplanten Operation vom 13. August 2018, weshalb mangels Leistungspflicht keine Versicherungsleistung erbracht werden könne (vgl. Einspracheentscheid vom 30.10.2018 Erw. 3a und 3c i.V.m. Erw. 4). Die geklagten Veränderungen im Bereich der rechten Schulter - leichte Signalalteration im Bereich der Supraspinatussehne, die in Längsrichtung der Sehne verlaufe - seien aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin, des zeitlich latenten Verlaufs vom Unfallereignis bis zum Erstkontakt eines Arztes und der MR-morphologisch beschriebenen Veränderungen nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, sondern auf das nachgewiesene Impingement (Engpasssyndrom) zurückzuführen. Durch den Unfall sei es zwar mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Kontusion der rechten Schulter gekommen, indes sei der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte, spätestens nach zwölf Wochen erreicht gewesen (vgl. Einspracheentscheid vom 30.10.2018 Erw. 4). Gleichwohl habe die Vorinstanz entgegenkommenderweise die Behandlungskosten im Monat Juni 2018 samt MRI übernommen bzw. ihre Leistungspflicht bis zum Operationsdatum vom 13. August 2018 anerkannt (vgl. Einspracheentscheid vom 30.10.2018 Erw. 4 Abs. 4 in fine).

4.2 Demgegenüber weist die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 23. November 2018 darauf hin, dass sie sich im Rahmen ihres Unfalles vom 17. Dezember 2017 nachweislich eine Subscapularissehnenpartialruptur - die allen gängigen Studien zufolge einem traumatischen Ereignis entspreche - zugezogen habe. Diese sei operativ versorgt worden. Die Beurteilung des Kreisarztes, wonach eine Supraspinatussehnenruptur vorliege, sei als fachlich mangelhaft zu beurteilen. Mithin sei eine Neubeurteilung durch einen entsprechend kompetenten orthopädischen Chirurgen durchzuführen (vgl. Beschwerde vom 21.11.2018).

4.3 Vernehmlassend bringt die Vorinstanz vor, dass die per 24. August 2018 verfasste kreisärztliche Beurteilung den erst am 7. September 2018 eingegangenen Bericht zur Operation vom 13. August 2018 nicht habe berücksichtigen können. Da der Vertreter der Beschwerdeführerin in seiner Eingabe vom 23. November 2018 die kreisärztliche Beurteilung als fachlich mangelhaft bezeichnet habe, habe man das Dossier der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva zur Stellungnahme vorgelegt (vgl. Vernehmlassung vom 11.1.2019 S. 3 Ziff. 3.1). Die chirurgische Beurteilung vom 8. Januar 2019 ergebe - aufgrund einer eingehenden Auseinandersetzung mit der medizinischen Dokumentation -, dass auch die

Veränderungen der Subscapularissehne und des Labrum glenoidale nicht überwiegend wahrscheinlich Folgen des Ereignisses vom 17. Dezember 2017 seien (vgl. Vernehmlassung vom 11.1.2019 S. 3 Ziff. 3.2). Die entsprechenden Beurteilungen der Kreisärzte würden schliesslich die bundesgerichtlichen Voraussetzungen erfüllen, sodass im Ergebnis die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, die den operativen Eingriff vom 13. August 2018 notwendig machten, nicht auf den Unfall vom 17. Dezember 2017 zurückzuführen seien, weshalb eine diesbezügliche Leistungspflicht der Vorinstanz entfalle (vgl. Vernehmlassung vom 11.1.2019 S. 4 Ziff. 3.3 und 4).

4.4 Mit Eingabe vom 15. Februar 2019 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie begründet dies damit, im Rahmen der Operation vom 13. August 2018 hätte nachgewiesen werden können, dass es sich keinesfalls um eine Supraspinatussehnenläsion, sondern um eine Subscapularissehnenruptur handle. Diese sei operativ versorgt worden. Die Suva sei gemäss Schreiben vom 24. August 2018 fälschlicherweise noch immer von einer Supraspinatussehnenläsion ausgegangen, obschon sie diese wiederholt darauf aufmerksam gemacht habe, dass es sich keinesfalls um eine Supraspinatussehnenläsion, sondern um eine Subscapularissehnenläsion gehandelt habe, die nach einschlägiger Literaturmeinung auf ein traumatisches Ereignis zurückzuführen sei (vgl. Replik vom 15.2.2019 S. 2 Abs. 1ff.). Da der ablehnende Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 lediglich auf die präoperative Diagnose einer Supraspinatussehnenläsion und nicht auf die postoperativ festgestellte Subscapularissehnenläsion eingegangen sei, liege ein Fehlentscheid vor (vgl. Replik vom 15.2.2019 S. 2 Abs. 3). Es scheine, als könnten die Suva und ihre Kreisärzte nicht zwischen einer traumatisch bedingten Subscapularissehnenruptur und einer eher degenerativ bedingten Supraspinatussehnenläsion unterscheiden bzw. als würden die entsprechenden Kenntnisse fehlen (vgl. Replik vom 15.2.2019 S. 2 Abs. 5). Es bleibe daher festzuhalten, dass die Subscapularissehnenruptur auch nach heutiger Literaturansicht bei einer 45-jährigen Patientin in erster Linie auf ein traumatisches Ereignis zurückzuführen sei. Hierfür spreche auch, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen ihres Unfalls erstmalige Beschwerden aufwies und nach der Operation bis zum heutigen Zeitpunkt beschwerdefrei gewesen sei. Mithin handle es sich mit höchster Wahrscheinlichkeit um eine traumatische Sehnenläsion (vgl. Replik vom 15.2.2019 S. 2 Abs. 6 und 7).

4.5 Strittig ist somit, ob die Vorinstanz die Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 17. Dezember 2017 und den geklagten Beschwerden bei der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Dabei stützt sich die Vorinstanz auf die Beurteilungen des versicherungsinternen Kreisarztes med.pract. D. _____

vom 19. Juli 2018 und vom 24./27. August 2018, resp. in der Vernehmlassung auf die chirurgische Beurteilung von Dr.med. F._____ vom 8. Januar 2019. Mithin gilt es die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Berichten versicherungsinterner Ärzte zu berücksichtigen (vgl. vorstehend Erw. 2.2), wobei nur dann auf die Beurteilung der versicherungsinternen Ärzte abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellung bestehen. Andernfalls gilt es ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.4 m.H.a. BGE 122 V 157 Erw. 1d).

Vorgängig rechtfertigen sich hingegen die nachfolgenden verfahrensrechtlichen Ausführungen.

5.1.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) vom 18. April 1999 gebietet, dass die Behörde die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen (BGE 139 V 496 Erw. 5.1 S. 503 f.). Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Partei-standpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (BGE 142 II 49 Erw. 9.2 S. 65; 137 II 226 Erw. 3.2 S. 270; je m.H.). Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (vgl. BGE 141 IV 249 Erw. 1.3.1; BGE 138 IV 81 Erw. 2.2; Urteile BGer 2C_515/2017 vom 22.11.2017 Erw. 2.3.3; 1C_372/2017 vom 22.1.2018).

5.1.2 Eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs kann ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Rechtsmittelinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Darüber hinaus ist - im Sinne einer Heilung des Mangels - selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 137 I 195 Erw. 2.3.2 m.H.; Urteil BGer 1C_84/2011 vom 29.9.2011 Erw. 2.2).

5.2.1 Sowohl in der Beschwerde vom 23. November 2018 als auch in der Eingabe vom 15. Februar 2019 wirft die Beschwerdeführerin der Vorinstanz mangelhafte Fachkenntnisse vor, da diese in ihren Entscheiden die Unfallkausalität

einer Supraspinatussehnenläsion verneine, wo doch nachweislich eine traumatisch bedingte Subscapularissehnenruptur vorliege.

5.2.2 Tatsächlich enthält der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen hauptsächlich Ausführungen zur Unfallkausalität einer Supraspinatussehnenläsion, nicht aber zur Subscapularissehnenruptur. Dies erklärt sich allerdings dadurch, dass Dr.med. B._____ in seinem Bericht vom 27. Juni 2018 als Diagnose eine Supraspinatussehnenpartialruptur und SLAP-Läsion dokumentierte und um Kostengutsprache für einen Schulterarthroskopie rechts mit Supraspinatussehnenrekonstruktion sowie Labrum-Repair ersuchte (vgl. Erw. 3.3). Auch die Einsprache vom 10. August 2018 begründete er damit, die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall vom 17. Dezember 2017 nachweislich eine Supraspinatussehnenpartialruptur bei gleichzeitiger SLAP-Läsion zugezogen. Kommt hinzu, dass der MR-Befund vom 13. Juni 2018 die Infrapinatus- und Subscapularissehnen als intakt beschrieb (vgl. Erw. 3.2). Mithin war es nur folgerichtig, gab der Kreisarzt eine medizinische Beurteilung zur Frage der Unfallkausalität einer Supraspinatussehnenpartialruptur bei gleichzeitiger SLAP-Läsion ab. Die Diagnose einer Subscapularissehnenpartialruptur erscheint erstmals im Operationsbericht vom 21. August 2018 resp. dem Austrittsbericht vom 27. August 2018; diese gingen bei der Vorinstanz erst am 7. September 2018 ein und konnten dem Kreisarzt nicht bekannt sein. Es rechtfertigt sich daher keinesfalls, ihm mangelnde Fachkenntnis vorzuwerfen.

5.3 Indes ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Vorinstanz in ihrem Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 die ihr am 7. September 2018 zur Kenntnisnahme zugegangenen Operations- bzw. Austrittsberichte vom 21. August 2018 bzw. vom 27. August 2018 und mithin auch die entsprechende Diagnose unberücksichtigt liess bzw. sich damit nicht auseinandergesetzt hat. Dies umso weniger, als Dr.med. B._____ in seiner "dringenden Aufforderung zur Kostenübernahme" vom 18. Oktober 2018 explizit von einer traumatisch bedingten Subscapularissehnenruptur und nicht (mehr) von einer Supraspinatussehnenläsion schrieb (Vi-act. 32). Insoweit ist der sinngemäss vorgetragene Vorwurf der Verletzung des rechtlichen Gehörs nicht von der Hand zu weisen. Ob der Entscheid allein schon deswegen aufzuheben ist, oder ob der Mangel durch das weitere Verfahren als geheilt betrachtet werden kann, kann offenbleiben, da die Sache aus nachfolgenden Gründen so oder anders zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

5.4.1 Soweit sich die Beschwerdeführerin - sinngemäss - auf Vertrauensschutz beruft, da die Vorinstanz mit Schreiben vom 19. Juni 2018 Kostengutsprache für

eine ärztliche Behandlung nach dem Unfall vom 17. Dezember 2017 erteilt habe und sie hiervon mit Schreiben vom 20. Juli 2018 plötzlich und unerwartet zurückgetreten sei (vgl. Eingabe vom 15.2.2019), so kann dem nicht gefolgt werden.

5.4.2 Am 14. Juni 2018 wurde der Vorinstanz ein Unfall vom 16. Februar 2018 (später korrigiert auf 17.12.2017) gemeldet, demgemäss die Beschwerdeführerin auf die Schulter gefallen sei. Verletzt sei die rechte Schulter durch einen Riss. Als erstbehandelnder Arzt wurde Dr.med. B. _____ genannt (Vi-act. 1). Am 19. Juni 2018 teilte die Vorinstanz Dr.med. B. _____ wörtlich mit: "Wir erteilen Ihnen Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung nach aktuellem UVG-Tarif. Stellen Sie uns Ihre Rechnung jeweils mit Angabe der Unfallnummer zur Auszahlung zu. Sollte es in der Folge zu Weiterungen kommen, z.B. eine Operation, bitten wir Sie um Mitteilung, damit wir hierzu unsere Leistungspflicht erneut prüfen können" (Vi-act. 3). Am 25. Juni 2018 teilte die Arbeitgeberin mit, die Beschwerdeführerin werde wahrscheinlich am 13. August 2018 operiert und falle für ca. 4 bis 6 Wochen aus. Gemäss Telefonnotiz wurde sie darauf hingewiesen, dass die Vorinstanz die Operation prüfen werde (Vi-act. 6). Ebenfalls am 25. Juni 2018 ersuchte das Spital _____ um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt bei Diagnose S46 rechts (Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes) (Vi-act. 7). Am 27. Juni 2018 stellte Dr.med. B. _____ der Vorinstanz seinen medizinischen Bericht zu, wonach er der Beschwerdeführerin bei Supraspinatussehnenpartialruptur Schulter links [sic] und SLAP-Läsion eine Schulterarthroskopie rechts mit Supraspinatussehnenrekonstruktion sowie Labrum-Repair empfohlen habe und die Spitalaufnahme am 13. August 2018 erfolgen werde (Vi-act. 8).

5.4.3 Damit aber steht fest, dass die Vorinstanz wohl ihre Leistungspflicht nach dem Unfall vom 17. Dezember 2017 einstweilen anerkannte, aber den behandelnden Arzt noch vor seinem Bericht mit der angekündigten Operation explizit aufforderte, vor Weiterungen, wie namentlich geplanten Operationen, Mitteilung zu machen, damit die Leistungspflicht geprüft werden könne. Diese Mitteilung durch Dr.med. B. _____ erfolgte mit Schreiben vom 27. Juni 2018, worauf die Vorinstanz die zuvor angekündigte Überprüfung ihrer Leistungspflicht vornahm. Mithin hat die Vorinstanz genauso gehandelt, wie sie es dem behandelnden Arzt nach Eingang der Unfallmeldung angekündigt hatte. Aus dem Schreiben vom 19. Juni 2018 konnte und durfte er nicht ableiten, die Vorinstanz habe Kostengutsprache für einen operativen Eingriff erteilt.

6.1 Mit der Unfallmeldung dokumentiert ist ein Ausrutschen auf Eis und ein Fall auf die rechte Schulter. Eine zeitnahe und klare Schilderung des Unfallhergangs

liegt nicht vor. Der Unfallhergang ist somit nicht klar. Eine zeitnahe ärztliche Hilfe nahm die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen nicht in Anspruch, weshalb denn auch eine zum Unfallereignis vom 17. Dezember 2017 zeitnahe Erstbefundung durch einen Arzt hinsichtlich äusserer Verletzungszeichen nicht vorliegt (vgl. hierzu vorstehend Erw. 3.1).

Durch die gewählte Formulierung "Fall auf rechte Schulter" bleibt unklar, welcher Belastung die Schulter effektiv ausgesetzt war. Fest steht einzig, dass sich die Beschwerdeführerin erst am 13. Juni 2018 - mithin rund ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis - erstmals einer ärztlichen Konsultation unterzog. Dennoch fällt auf, dass der erstbehandelnde Arzt, der die Beschwerdeführerin persönlich untersuchte und eine Anamnese erhob, in seinem Bericht von einem Schulterdistorsionstrauma spricht. Aufgrund der Unfallbeschreibung durch die Beschwerdeführerin geht er somit nicht von einem reinen Anprall aus. Die kreisärztliche Annahme einer Kontusion stützt sich dagegen lediglich auf den Text im Meldeformular. Die Formulierung "auf die Schulter gefallen" ist indes zu wenig aussagekräftig, weshalb der Unfallhergang genauer abzuklären ist, wozu eine Befragung der Beschwerdeführerin unumgänglich ist. Immerhin geht die Vorinstanz von einem Unfallhergang bzw. einer Belastung der Schulter aus (Schulterkontusion), der vom erstbehandelnden Arzt gerade nicht so beschrieben wurde (Schulterdistorsion).

6.2 Die Suva internen Mediziner verneinen die Unfallkausalität u.a. mit der Begründung der langen Dauer, bis sich die Beschwerdeführerin in ärztliche Behandlung begab. Sie gehen dabei aber nicht darauf ein, dass der erstbehandelnde Arzt das Arthro-MRI infolge rezidivierender Schmerzen nach Sturz veranlasste und in der Anamnese ausführte, die Beschwerdeführerin leide seit dem Sturz an anhaltenden Bewegungs-, Belastungs- und auch Ruheschmerzen. Zieht man in Betracht, dass die Beschwerdeführerin beruflich im Büro tätig ist und die Schulter nicht übermässig belastet wird, so kann nicht ausgeschlossen werden, dass die nach einem Sturz auftretenden Schmerzen vorerst erduldet wurden und erst bei rezidivierendem Verlauf ohne eigentliche Besserung ein Arzt aufgesucht wurde. So wäre es angezeigt gewesen, im Rahmen einer persönlichen Untersuchung eine Anamnese zu erheben und die präoperative Schmerzsituation zu klären. Ohne eigene Abklärung und entgegen dem Bericht des behandelnden Arztes, wonach die Schmerzen nach dem Sturz einsetzten (nicht verzögert) und rezidivierten, konnten die versicherungsinternen Ärzte keine schlüssige Beurteilung aus einem vermuteten Verlauf herleiten.

6.3 Soweit sich die versicherungsinterne Beurteilung und auch der Einspracheentscheid zu einer Verletzung der Supraspinatussehne äussert, ist dies nicht

relevant. Der Bericht zum Artho-MRI vom 13. Juni 2018 nannte wohl eine Partialruptur der Supraspinatussehne und bezeichnete die Subscapularissehne als intakt. Diesem Befund schloss sich Dr.med. B. _____ an. Therapiert wurde in der Schulterarthroskopie vom 13. August 2018 schliesslich aber eine Partialruptur der Subscapularissehne. Dieser Wechsel der Diagnose allein spricht weder für noch gegen eine Unfallkausalität der - letztlich nicht bestrittenen - Diagnose einer Subscapularissehnen-Partialruptur. Gemäss Dr.med. F. _____ gilt die MR-Arthrographie als sicheres Verfahren zum Nachweis traumatischer Zerreissungen der Subscapularissehne. Ebenso findet sich in der Literatur, wonach die Diagnosestellung eines Risses der Subscapularissehne bisweilen schwierig und auch im MRI schwierig zu erkennen ist, sich erst in einer Arthroskopie zeigt (vgl. dazu etwa M. von Knoch et al; Darstellung von Rissen der Subscapularissehne im Vergleich, Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis, OUP, 10/2014, S. 466–469). Vorliegend erscheint wesentlich, dass sich die Diagnose im Rahmen der Schulterarthroskopie vom 13. August 2018 zeigte. Zu diesem Eingriff wurde eine Fotodokumentation erstellt, wodurch die Möglichkeit besteht, den Bericht nachzuvollziehen und den geltend gemachten Riss zu beurteilen. Bis zum Einspracheentscheid erfolgte dies nicht (setzte sich dieser mit der Verletzung der Subscapularissehne doch gar nicht auseinander) und auch Dr.med. F. _____ macht nicht geltend, die intraoperativen Bilder beurteilt zu haben. Von einer Auswertung dieser Bilder ist aber eine Beurteilung der Strukturen zu erwarten, namentlich auch für die Unterscheidung zwischen degenerativen und traumatischen Veränderungen. Mithin sind diese Bilder als objektive Grundlage auszuwerten. Bewahrheitet sich der Riss ohne dass anderweitige wesentliche degenerative Zeichen erkennbar sind, so ist die Möglichkeit einer traumatischen Genese anders zu beurteilen, als dies die Vorinstanz ohne persönlichen Untersuch und ohne Bezug der intraoperativen Bilder tat.

6.4 Der Austrittsbericht enthält einen Lokalstatus (vgl. Erw. 3.7). Dieser lässt auf eine Verletzung der Subscapularissehne schliessen, die im Eingriff therapiert wurde. Unklar sind jedoch die Umstände der Erhebung des Lokalstatus. Aus dem Bericht geht nicht hervor, ob es sich um die Wiedergabe eines im Rahmen früherer Untersuchungen erhobenen Status handelt oder ob er unmittelbar vor dem Eingriff erhoben und im Austrittsbericht formuliert wurde. Hierzu äussert sich die Vorinstanz nicht.

7.1 Zusammenfassend steht fest, dass die Vorinstanz in ihrem Einspracheentscheid nicht auf die Diagnose einer Subscapularissehnen-Partialruptur und deren Therapie einging. Ihre Beurteilung einer (nicht vorhandenen) Verletzung der Supraspinatussehne ist nicht relevant. Soweit im Rahmen des Beschwerde-

verfahrens Ausführungen zur Unfallkausalität einer Subscapularissehnen-Partialruptur erfolgen, so basieren diese auf einer ungenügenden Abklärung. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie namentlich den Unfallhergang sowie die präoperative Schmerzsituation mittels persönlichem Untersuchungsbericht klärt und für die Beurteilung der Kausalitätsfrage auch die intraoperativ gefertigten Bilder heranzieht.

7.2 Bleibt zu ergänzen, dass die Vorinstanz nur die Frage prüfte, ob die von Dr.med. B._____ dokumentierte Diagnose einer Veränderung der Subscapularissehne Folge des Ereignisses vom 17. Dezember 2017 ist. Sie berücksichtigt dabei nicht, dass es sich bei der gestellten Diagnose um einen Riss der Subscapularissehne handelt und Sehnenrisse gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG eine Listendiagnose darstellen. Liegt aber eine Listendiagnose vor, so hat der Versicherer Leistungen zu erbringen, sofern die Körperschädigung nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Mithin wird die Vorinstanz klären müssen, ob eine Listendiagnose vorliegt oder nicht und falls sich diese bestätigt, wird die Fragestellung eine andere sein. Um nicht leistungspflichtig zu sein, wird sie nachweisen müssen, dass der Riss der Subscapularissehne vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung beruht.

8. In Gutheissung der Beschwerde wird die Angelegenheit zur weiteren Abklärung und zu neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen. Kosten werden keine erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht nicht (Art. 61 lit. a und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügung vom 27. Juli 2018 sowie der Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Verfahrenskosten werden keine erhoben.
3. Parteientschädigung wird keine gesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 27. Mai 2019