

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 32

Entscheid vom 31. Januar 2020

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 Rechtsanwältin MLaw B._____,

gegen

C._____,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Taggelder; Heilungskosten; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1985) war über die D._____ AG als Verkaufsstelle bei der C._____ (nachfolgend: C._____) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 24. August 2017 Opfer eines Raubüberfalles an ihrem Arbeitsort in _____ wurde (C._____ act. A1 und M1; Bf-act. 3f.). Noch gleichentags suchte A._____ ihren Hausarzt Dr.med. F._____ auf. Dieser attestierte ihr als Folge des Raubüberfalles eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 24. August 2017 bis 12. September 2017 bzw. bis auf weiteres und gelangte zur Beurteilung einer Zerrung der Halswirbelsäule, einer Prellung des Schultergürtels links und des linken Knies, einer Überlastung der Muskulatur am ganzen Rücken, einer Distorsion und Verletzung der Handgelenke durch Kabelbinder, einer Schürfung an Gesicht und Nase sowie eines Psychotraumas (C._____ act. M1).

Die C._____ anerkannte ihre Leistungspflicht als Unfallversicherer und erbrachte insoweit die gesetzlichen Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 24. August 2017 (vgl. u.a. C._____ act. M5/A6/A8).

B. Infolge anhaltender Arbeitsunfähigkeit wurde das Arbeitsverhältnis zwischen A._____ und der D._____ AG mit Schreiben vom 19. März 2018 seitens Arbeitgeberin auf den 31. Mai 2018 gekündigt (vgl. Bf-act. 5.1; C._____ act. A10; Bf-act. 5.1). Ab Juni 2018 bezog A._____ Arbeitslosenentschädigung bei einem Vermittlungsgrad von 60% (Bf-act. 5.2).

C. Am 1. Juni 2018 verfügte die C._____ die Leistungseinstellung aus der obligatorischen Unfallversicherung per 10. Juni 2018 (C._____ act. A14). Hiergegen erhob A._____ am 7. Juni 2018 fristgerecht Einsprache (C._____ act. A17).

D. Beim Bett beziehen am 19. Juli 2018 nahm A._____ in ihrer linken Schulter ein reissendes Geräusch wahr, woraufhin sie über verstärkte Schulterbeschwerden klagte. Da A._____ zu jenem Zeitpunkt über die Arbeitslosenkasse unfallversichert war, erfolgte eine Unfallmeldung an die SUVA. Nach anfänglicher Kostengutsprache verweigerte die SUVA mit Verfügung vom 13. Februar 2019 ihre Leistungen mit der Begründung, es liege kein Unfallereignis vor (vgl. Bf-act. 9.1 Nr. 19). Am 19. Februar 2019 wurden die entsprechenden SUVA-Akten der C._____ übermittelt.

E. Mit Entscheid vom 21. März 2019 wies die C._____ die Einsprache von A._____ vom 7. Juni 2018 ab (C._____ act. A29).

F. Am 12. April 2019 reichte A. _____ im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Juli 2018 (vgl. Ingress Bst. E) bei der C. _____ eine Rückfallmeldung ein, mit der Aufforderung, ihre Leistungspflicht neu zu beurteilen (C. _____ act. A31). Hierauf trat die C. _____ formlos nicht ein (Bf-act. 12).

G. Mit Eingabe vom 6. Mai 2019 lässt A. _____ gegen den Einspracheentscheid vom 21. März 2019 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (unter Berücksichtigung des Fristenstillstands gemäss Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) Beschwerde erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2019 aufzuheben und diese zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab dem 11. Juni 2018 ein Taggeld zu entrichten und ihr die Heilkosten zu erstatten.
2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2019 aufzuheben und diese zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab dem 19. Juli 2018 ein Taggeld zu entrichten und ihr die Heilungskosten zu erstatten.
3. Subeventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2019 aufzuheben und zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurück zu weisen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWST) zulasten der Beschwerdegegnerin.

H. Mit Vernehmlassung vom 27. August 2019 beantragt die C. _____ die Abweisung der Beschwerde vom 6. Mai 2019 und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 21. März 2019. Die Beschwerdeführerin liess sich hierzu nicht weiter vernehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung der Vorinstanz per 10. Juni 2018. Die Beschwerdeführerin beantragt über diesen Zeitpunkt hinaus zu erbringende Versicherungsleistungen für Heilbehandlungen sowie die Ausrichtung von Taggeldern (vgl. Beschwerde vom 6.5.2019 S. 2).

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Der Versicherte hat Anspruch auf die

zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung; Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). 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 entfielen, m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2 und 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1).

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 360 Erw. 5b m.H.). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

2.2.2 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2 und BGE 125 V 456 Erw. 5a).

2.2.3 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; Urteile BGer 8C_301/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2 und 8C_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 m.w.H.).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteile BGer 8C_643/2018 vom 4.7.2019 Erw. 5.2 und 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schultertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, Urteil BGer 8C_584/2010 Erw. 2).

Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend ist, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offengelassen werden (BGE 135 V 465 Erw. 5.1 m.H.). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen (Urteil EVGer B 21/02 vom 11.12.2002 Erw. 3.2). Die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, ist diesfalls nicht entscheidrelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (Urteil BGer 8C_151/2009 vom 7.5.2009 Erw. 2.1).

Mithin ist eine spezielle Adäquanzprüfung immer dann vorzunehmen, wenn sich die Beschwerden nicht auf objektiv ausgewiesene Befunde zurückführen lassen (Urteil BGer 8C_643/2018 vom 4.7.2019 Erw. 5.2). Kommt dabei die Psycho- praxis zur Anwendung, hat die Adäquanzprüfung nach Abschluss der somati- schen Behandlung zu erfolgen; wogegen noch behandlungsbedürftige psychi- sche Leiden keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses darstellen, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei der Psycho- praxis unberücksichtigt bleiben. Die bei der Adäquanzprüfung einzig zu berücksichtigenden physischen Komponenten lassen sich im Zeitpunkt, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärzt- lichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann, zu- verlässig beurteilen (BGE 134 V 109 Erw. 6.1; Urteil BGer 8C_124/2014 vom 14.11.2014 Erw. 6.1; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, Erw. 3.1, U 98/06).

2.2.4 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausa- lzusammenhänge zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheit- lichen Störung im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäqua- ten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 123 III 110; BGE 112 V 30).

2.3 Wenn der Unfallversicherer den Kausalzusammenhang zwischen dem Un- fall und einer Gesundheitsschädigung einmal anerkannt hat und entsprechende Leistungen erbringt, entfällt dessen Leistungspflicht 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. Dabei genügt eine Vielzahl möglicher Ursachen für einen Gesundheitsschaden für sich allein nicht, damit dem Unfall jegliche kausale Bedeutung für nachfolgend aufgetretene Beschwerden abgesprochen werden kann. Im Falle ätiologisch unspezifischer Beschwerden sowie einer Ursa- chenkonkurrenz kann jedoch aus der Dominanz unfallfremder Gründe in Verbin- dung mit der fraglichen Eignung des Unfallereignisses, dauernde Schädigungen zu erzeugen, unter Umständen auf den Wegfall der Kausalität geschlossen wer- den (vgl. Urteil BGer 8C_439/2007 vom 24.10.2007 Erw. 3.2 m.H.; vgl. nachfol- gend Erw. 2.5.2).

2.4 Nach konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer sodann die Heilbe- handlung und das Taggeld solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustan-

des erwartet werden kann. Die Frage, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Urteil BGer 8C_771/2017 vom 3.5.2018 Erw. 5.2.1). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. BGE 140 V 130 Erw. 2.2; BGE 134 V 109 Erw. 4.1 m.w.H.).

Kommt die sogenannte Psychopraxis (BGE 115 V 133) zur Anwendung, stellen noch behandlungsbedürftige psychische Leiden keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses dar, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei der Psychopraxis unberücksichtigt bleiben (Urteil BGer 8C_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 3.2; vgl. oben Erw. 2.2.3).

2.5.1 Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 130 I 183 Erw. 3.2; BGE 125 V 195 Erw. 2; BGE 122 V 158 Erw. 1a m.H.; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 125 V 146 Erw. 2c; BGE 121 V 47 Erw. 2a) erstellt ist (vgl. Kieser, a.a.O., Rz. 11). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b;

BGE 125 V 193 Erw. 2) und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) vom 18. April 1999 (vgl. BGE 134 I 140 Erw. 5.3; BGE 122 V 157 Erw. 1.d m.H.a. BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je m.H.).

2.5.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien 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. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt demnach - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 m.H.; 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b m.H.). Der Unfallversicherer hat dabei nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (vgl. Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2, 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2 und 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3 sowie U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

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 (vgl. BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b m.H.). Die blosse Möglichkeit nunmehr fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt diesfalls nicht (vgl. Urteil BGer 8C_594/2016 vom 4.11.2016 Erw. 2.2 m.H.; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

2.6.1 Für das gesamte Verwaltungs- und 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.

2.6.2 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (vgl. 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 (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c m.H.).

2.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter jedoch 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_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 m.H.; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. Urteil BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; Urteil BGer 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). 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 I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 m.H.).

3. Bezüglich Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin und Verlauf ergibt sich aus den Akten:

3.1 Laut Unfallmeldung UVG der Arbeitgeberin vom 30. August 2017 zu Händen der C. _____ wurde die Beschwerdeführerin am 24. August 2017 an ihrem Arbeitsplatz in _____ überfallen. Sie suchte noch gleichentags Dr.med. F. _____ (FMH Allgemeinmedizin) auf. Als Folge des Raubüberfalls werden folgende Verletzungen genannt: Nasenprellung, Distorsion der HWS Schulterprellung links mit Zerrung der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur, allgemeine Muskelüberlastung des ganzen Bewegungsapparates bei Abwehrmechanismen, Knieprellung links mit Schürfung, Schürfung am linken Fussrücken, Distorsion der Handgelenke, Hämatome im Bereich der Handgelenke sowie Traumati-

sierung. Per 24. August 2017 wurde der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (C._____act. A1).

3.2 Mit Arztbericht vom 11. September 2017 bestätigte Dr.med. F._____ die Diagnosen somatisch: Zerrung HWS, Prellung Schultergürtel links und linkes Knie, Überlastung Muskulatur am ganzen Rücken, Distorsion und Verletzung der Handgelenke durch Kabelbinder und Schürfung Gesicht und Nase; psychisch: Psychotrauma. Er bestätigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 24. August 2017 bis am 12. September 2017 und auf Weiteres. Es sei dies ein besonders schwieriger Fall; das Problem sei aktuell die Psyche; sie befinde sich in Therapie deswegen (C._____act. M1).

3.3 Am 30. August 2017 suchte die Beschwerdeführerin den Sozialpsychiatrischen Dienst Goldau einmalig auf (C._____act. M4). Aufgrund dieser Konsultation nannte Dr.med. G._____ (Fachärztin Triaplust, APP Goldau) mit Bericht vom 27. November 2017 die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0).

Ab dem 7. September 2017 war die Beschwerdeführerin in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung bei Dr.med. H._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie). Dr.med. H._____ stellte am 9. November 2017 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (C._____act. M3). Die Beschwerdeführerin sei 100% arbeitsunfähig. Sie traue sich kaum alleine aus dem Haus, fühle sich in ihrer Wohnung nicht sicher, könne nicht schlafen, habe in ihren eigenen vier Wänden Angst, überfallen zu werden, leide unter Flashbacks, reagiere auf kleinste Triggersituationen mit Panikattacken, habe Mühe, nur schon einer einfachen Tagesstruktur nachzugehen und sei emotional nicht belastbar. Neben den psychischen Beschwerden wird erwähnt, die Beschwerdeführerin leide seit dem Raubüberfall vom 24. August 2017 an starken Rücken- /Schulderschmerzen, ausstrahlend.

3.4.1 Am 24. Oktober 2017 berichtete Dr.med. F._____ der C._____ über eine seit letztem Bericht (vgl. oben Erw. 3.2) verschlechterte Situation. Die Beschwerdeführerin habe an den Psychiater überwiesen werden müssen und es bestehe eine zunehmende Schulterproblematik links, weshalb sie für ein MRI angemeldet worden sei. In Unkenntnis des MRI-Befundes berichtete Dr.med. F._____ den Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion, AC-Gelenkskontusion und Distorsion des Bandapparates des Schultergelenkes (C._____act. M2).

3.4.2 Die von Dr.med. F._____ erwähnte MRT Arthrographie Schulter links erfolgte am 10. Oktober 2017 bei klinischem Verdacht auf eine Sehnenläsion und posttraumatischem Impingement. Der radiologische Bericht von Dr.med. I._____ (FMH Radiologie und Neuroradiologie) lautet (C._____ act. M6):

Befund

(...) AC-Gelenk unauffällig. Nach lateral deszendierendem Verlauf des Akromions. Verschmälerte subakromiale Weite von 6 mm.

Humeruskopf im Glenozid zentriert. Labrum unauffällig mit einem Recessus sublabralis superior. Minimale Flüssigkeitseinlagerung in der Bursa subacromialis.

Supraspinatus-, Subscapularis-, Infraspinatus-, Teres-minor- und lange Bizepssehne intakt.

Muskeln ohne fettige Degeneration oder Volumenminderung.

Beurteilung

- Keine Sehnenruptur
- Verschmälerte subakromiale Weite bei nach lateral deszendierendem Verlauf des Akromions als Hinweis auf ein mögliches Impingement.

3.5 Im Arztbericht vom 16. Dezember 2017 an die C._____ attestierte Dr.med. F._____ der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung (aktuell assoziiert mit einer Essstörung) und ein St.n. Hyperextensions-trauma der linken Schulter. Es sei wahrscheinlich zu einer Einklemmung bei einer Impingement-Situation gekommen. Bei der klinischen Untersuchung vom 30. November 2017 habe zudem noch eine Druckdolenz im Bereich der ventralen Kapsel bestanden, es sei daher zusätzlich eine Kapseltraumatisierung anzunehmen. Sie stehe in physiotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung (C._____ act. M5).

3.6 Im Rahmen eines weiteren von der C._____ eingeholten Berichts, erklärte Dr.med. H._____ am 7. März 2018, die Ängste (Panikattacken) und depressiven Symptome seien in Remission. Die Beschwerdeführerin sei noch nicht ausreichend belastbar wegen Schlafstörungen, teils Flashbacks, Unruhe, Schreckhaftigkeit. Ab dem 19. Februar 2018 bestehe eine 20%ige Arbeitsfähigkeit; eine langsame Steigerung sei geplant bis April. Eine monatliche Steigerung sei empfohlen. Eine andere Arbeit sei voraussichtlich zu 100% ab April zumutbar. Es seien keine weiteren Therapien geplant, aber monatliche Sitzungen (C._____ act. M10).

3.7 Auf die Frage nach einem objektiven Befund antwortete Dr.med. F._____ der C._____ am 16. März 2018, rein körperlich sei die Beschwerdeführerin gesund, sie zeige indes Störungen in der Verarbeitung des Traumas. Er erkenne keine unfallfremden Faktoren, welche mit der jetzigen Situation in Zusammenhang stehen würden; früher habe sie keine psychische Pro-

blematik aufgezeigt. Er stellte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung durch Überfall, aber auch durch zusätzliche Belastung durch Kontakt mit Arbeitgeber und attestierte ihr in der Folge auch weiterhin vom 8. November 2017 bis 31. März 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; er rechne mit einer Verbesserung der Prognose, sobald das Arbeitsverhältnis beendet sei. Zudem erwähnt er, es sei zum Bruch mit der Psychiaterin (Dr.med. H._____) gekommen, nachdem er die Beschwerdeführerin zur Mitbetreuung an den Sozialpsychiatrischen Dienst Goldau überwiesen habe. Zudem sei ihr die Stelle per Ende April gekündigt worden (C._____act. M11).

3.8 Mit Bericht vom 1. Mai 2018 informiert Dr.med. G._____ die C._____, die Beschwerdeführerin sei seit dem 21. März 2018 wieder in der APP Goldau in ambulanter psychiatrischer Behandlung (C._____act. M13). An Befunden nennt Dr.med. G._____ "Angstzustände mit Atemnot, Herzrasen und Zittern, Schweissausbrüche, Freud- Antriebsmangel, Lustlosigkeit, Konzentrationsprobleme, Appetitverminderung, wiederkehrende Flashback und Intrusionen, sozialer Rückzug und Angst alleine zu sein. Ausserdem Schlafprobleme mit Alpträumen, innere Unruhe, Anspannung, starke Erschöpfung und Energielosigkeit sowie Schmerzen in der linken Schulter". Als Diagnose notiert sie Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; ob und in welchem Umfang sich die Arbeitsfähigkeit verbessern lasse, bleibe abzuwarten; eine psychotherapeutische Behandlung finde ca. alle zwei Wochen statt; es erfolge keine pharmakologische Therapie (C._____act. M13).

3.9 Infolge einer persistierenden Schulterproblematik links überwies Dr.med. F._____ die Beschwerdeführerin am 24. Mai 2018 an den Facharzt Dr.med. J._____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (C._____act. A31 Ziff. 4325 sowie Ziff. 4332). Seinem Bericht vom 6. Juni 2018 ist was folgt zu entnehmen (C._____act. M15 i.V.m. M18):

Aktuelle Diagnose:

Schultererschmerz links m/b:

- Hyperextensionstrauma Schulter links August 2017
- MR-tomografisch Hinweis für ein mögliches Impingement subakromial

Orthopädische Diagnose:

Hyperextensionstrauma der Schulter links August 2017 im Rahmen eines Überfalls am Arbeitsort

Medizinische Diagnose:

Posttraumatische Belastungsstörung, aktuell assoziiert mit einer Essstörung

Anamnese:

... Die Patientin beschreibt letztlich Schulterschmerzen welche teilweise bei Überlastung, teilweise aber auch nachts, in der Ruhe auftreten. Es sei "irgendwo" in der Schulter. Ein typischer, schmerzhafter Bogen wird nicht beschrieben. Auch habe sie keine Einschränkung in der Beweglichkeit an und für sich bemerkt. ... Auf Nachfrage berichtet sie, dass sie das Ereignis noch nicht voll verarbeitet habe. Vorher habe sie nie Schulterschmerzen gehabt.

Befund:

Sportliche, schlanke Patientin, insgesamt reizlose Weichteilverhältnisse am Schultergelenk links. Sämtliche Bewegungen können vorgeführt werden, eine Einschränkung im Rahmen der Abduktion/Adduktion, Anteversion/Retroversion, Innenrotation/Aussenrotation auch aus der Neutral-Null-Position heraus werden nicht klar angegeben, jedoch ist die Untersuchung schmerzhaft. Am meisten Schmerzprovokation in der Abduktion, auch gegen Widerstand. Keine typischen Zeichen für Vorliegen einer RM Verletzung, Funktionsgriffe problemlos möglich, jedoch schmerzhaft, kein Lift-off, kein cross arm sign. Bei Abduktion auch Schmerzausstrahlung in den Nacken, paravertebral, hier mässiger Hartspann. Die periphere DMS intakt.

Radiologie:

MRI/Arthrografie der Schulter links vom 10.11.2017: ... (vgl. oben Erw. 3.4.2).

Röntgen-Schulter links a.p./Neer vom 06.06.2018:

Altersentsprechender Normalbefund, keine Lyse, keine Fraktur. Keine Verkalkungen sichtbar.

Beurteilung und Procedere:

Gesamthaft ist die Situation bei der Patientin sicherlich schwer zu beurteilen. Die konventionelle radiologische Bildgebung, das MRI hat kein Korrelat für die von der Patientin angegebene Beschwerdesymptomatik erbringen können. Somit ist zumindest eine gewisse psychische Überlastung, möglicherweise eine Projektion in das linke Schultergelenk möglich und sollte nicht ausser Acht gelassen werden. Das MRI zeigt letztlich einen altersentsprechenden Normalbefund, allenfalls Verschmälerung subakromial, dies wäre gegebenenfalls mit den von der Patientin angegebenen Beschwerden in Einklang zu bringen. ...

3.10 Laut Bagatellunfall-Meldung UVG (vom 24.8.2018) zu Handen der Suva wollte die Beschwerdeführerin am 19. Juli 2018 ihr Bett neu beziehen; die damit verbundene Bewegung habe eine Zerrung in der linken Schulter verursacht; in der Folge seien Schmerzmittel verordnet worden (Bf-act. 9.1/1).

3.11 Nach anhaltenden Schmerzen erfolgte am 2. August 2018 ein MRI der Schulter links bei Fragestellung nach einer Sehnenruptur; zum Vergleich lag die MRI-Untersuchung vom 10. Oktober 2017 vor. Befund und Beurteilung von Dr.med. K._____ (Fachärztin FMH Radiologie) vom 2. August 2018 zu Handen der zuweisenden Ärztin Dr.med. L._____ (Praxisgemeinschaft E._____ AG) lauten (Bf-act. 9.1/11):

Befund

AC-Gelenk.

Zeichen einer mässigen AC-Gelenksarthrose mit Geröllzystenbildung bei angrenzendem Weichteilödem. Minimale Flüssigkeitskolektion im Gelenkspalt. Der subakromiale Raum ist grenzwertig ca. 7 mm messend.

Glenohumeralgelenk. Reguläres Signalmuster der ossären Strukturen im Bereich des glenohumeralen Gelenkes. Regelrechte Abbildung des knorpeligen Überzugs humeral und glenoidal.

Rotorenmanschette. Signalalterationen der Supraspinatussehne mit intrasubstanziellen Signalanhebungen (distal) ohne Hinweis auf transmurale Komponente.

Reguläre Abbildung der Sehne des M. subscapularis sowie des M. teres minor. Langstreckige Signalanhebungen entlang der Sehne des M. infraspinatus mit intramuskulärem Ödem im M. infraspinatus, die Veränderungen sind neu zum Vorbefund.

Keine fettige Degeneration, kein Hinweis auf eine muskuläre Atrophie der Rotatorenmanschette.

Beurteilung

Intrasubstanzielle Signalalterationen der Supraspinatussehne ohne transmurale Komponente. Muskelödem sowie peritendinöses Ödem entlang der Sehne des M. infraspinatus, diese neu zum Vorbefund, erneute Traumata?

Ausgeprägte aktivierte AC-Gelenksarthrose.

3.12 Gestützt auf dieses Verlaufs-MRI vom 2. August 2018 sowie nach persönlichem Untersuch vom 29. August 2018 berichtete Dr.med. M._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Sportarzt GOTS & DGSP) mit Sprechstundenbericht vom August 2018 dem Hausarzt, dass eine unauffällige linke Schulter mit leichter Druckdolenz über dem AC-Gelenk und eine leichte Druckdolenz im Bizepssehnenverlauf mit deutlich positivem O'Brien-Test sowie positivem Body-Cross-Test vorliege; Rotatorenmanschettentests seien allseits negativ; es liege keine periphere DMS-Störung vor; die Reflexe seien unauffällig; im Bereich der HWS sei keine Klopfdolenz bzw. seien keine ausstrahlenden Schmerzen von der HWS ausgehend auszumachen; keine Instabilitätszeichen im Bereich der Schulter; der subkorakoidale Impingementtest sowie derjenige nach Neer seien negativ ausgefallen. Dr.med. M._____ stellt die Diagnose des Verdachts auf symptomatische SLAP II-Läsion der linken Schulter mit entsprechender Reizung der langen Bizepssehne, einer aktivierten AC-Gelenksarthrose links sowie eines leichten subakromialen Impingements. Konservative Therapien halte er nicht mehr für zweckmässig, da diese bereits seit einem Jahr keine Besserung gebracht hätten; er empfehle eine Schulterarthroskopie links mit Tenodese der langen Bizepssehne sowie AC-Gelenksresektion und subakromialer Dekompression (C._____act. A31 Ziff. 4328f.).

3.13 Nach Zuweisung durch den Hausarzt Dr.med. F._____ untersuchte Dr.med. N._____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie) am 26. Sep-

tember 2018 die Beschwerdeführerin persönlich. Er bestätigte die Diagnose eines Schultertraumas links am 24. August 2017 mit Verdacht auf SLAP-II-Läsion und traumatisch aktivierter AC-Gelenksarthrose. Unter 'Status' dokumentierte er: Beidhändige Patientin. HWS mit leichtem Seitwärtsneigeschmerz; AC-Gelenk links minimal druckdolent; ausgeprägte Druckdolenz im Sulcus bicipitalis; O'Brien-Test positiv; vorderer Apprehension-Test schmerzlos; Impingement-Test positiv; Flektion der Schulter 170°; IR bis L2, AR 70; Abduktionskraft schmerzbedingt etwas vermindert. Er stimme mit Dr.med. M._____ überein, dass einerseits jetzt (aufgrund der positiven Tests) der dringende Verdacht auf eine SLAP-II-Läsion bestehe und im MRI bei genauer Durchsicht der Befund einer teilweisen Ablösung des Bizeps-Labrum-Komplexes kranial. Andererseits bestehe eine aktivierte AC-Gelenksarthrose, die jedoch klinisch nicht mehr im Vordergrund stehe. Auf jeden Fall seien diese Beschwerden eindeutig auf den Überfall in der Bijouterie mit Schultertrauma links zurückzuführen. Alsdann schlug er vor, zuerst eine Testinfiltration des AC-Gelenkes und anschliessend eine Testinfiltration des Intraartikulärraumes vorzunehmen, um anschliessend mit der Physiotherapie fortzufahren. In Abhängigkeit der Befunde nach diesen Massnahmen sei über das weitere Vorgehen zu entscheiden (Bf-act. 9.1/4).

3.14 Mit Arzzeugnis vom 22. Oktober 2018 zu Händen der Suva hält Dr.med. L._____ fest, die Beschwerdeführerin leide an einer deutlichen schmerzhaften Schulterabduktion links. Gemäss Orthopädie bestehe die Diagnose einer symptomatischen SLAP-II-Läsion (linke Schulter) (Bf-act. 9.1/6).

3.15 Anlässlich der Verlaufskontrollen vom 14. November 2018, vom 21. Dezember 2018, vom 16. Januar 2019 sowie vom 30. Januar 2019 hielt Dr.med. N._____ jeweils an seiner Diagnose eines Schultertraumas links, verursacht am 24. August 2017, mit Verdacht auf SLAP-II-Läsion und einer traumatisch aktivierten AC-Gelenksarthrose fest (Bf-act. 9.1/8, 14, 16, 17).

Anlässlich der Konsultation vom 14. November 2018 berichtete er, die Beschwerdeführerin klage trotz Infiltration des AC-Gelenks und des Subacromialraumes weiterhin über Schmerzen im Bereich des Schulterdaches und des Acromions. Er schlage daher die Fortsetzung der Physiotherapie - um eine Verstärkung der Schmerzen zu vermeiden - sowie eine Neuraltherapie im Bereich des Schultergürtels vor (Bf-act. 9.1/8).

Anlässlich einer weiteren Konsultation vom 21. Dezember 2018 habe die Beschwerdeführerin eine gute Beweglichkeit des Schultergelenkes zumindest passiv gezeigt; es bestünden Triggerpunktschmerzen im Bereich der HWS C3/C4 und lateral am Acromion über der Bicepssehne und im Bereich des rechten ISG;

derzeit stünden die Schmerzen im ISG Bereich bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund; alsdann wurde eine neuraltherapeutische Infiltrationsbehandlung unter sterilen Kautelen mit 2.5 Amp. Procaine im Bereich des rechten ISG durchgeführt (Bf-act. 9.1/14).

Während der erneuten Verlaufskontrolle vom 14. Januar 2019 erklärte die Beschwerdeführerin, sie habe vorübergehend eine Besserung ihrer Beschwerden erfahren; aktuell beklage sie jedoch wieder starke Beschwerden mit Verspannungen in der unteren HWS, ausstrahlend in die linke Schulter sowie in den ISG Bereich und am Acromionrand bzw. über dem Sulcus bicipitalis. Die Ultraschallbehandlungen in der Therapie hätten die Beschwerden im Bereich der Schulter eher verschlechtert; es erfolgte eine manualtherapeutische Mobilisation der unteren BWS und des ISG rechts und eine subacromiale Infiltration des Schultergelenks links mit einer Ampulle Kenacort und Procaine (Bf-act. 9.1/17).

Anlässlich der weiteren Verlaufskontrolle vom 28. Januar 2019 zeigte sich, dass in der Physiotherapie keine Fortschritte erzielt werden können; die Beschwerdeführerin habe noch Restbeschwerden im Bereich der linken Schulter bei direktem liegen in der Nacht bzw. bei bestimmten Bewegungen zum Teil mit starken einschliessenden Schmerzen. Das TENS-Gerät habe keine Besserung gebracht; gelegentlich nehme sie Ponstan. Die stärksten Schmerzen würden sich bei der maximalen Abduktion bzw. der Bewegung aus der Retroversion in die Elevation auslösen; hier gäbe es ein leichtes Knacken im Bereich des AC-Gelenkes bzw. Schmerzen im Verlauf des Sulcus bicipitalis; die Bicepssehnentests seien positiv. Es wurde ein Wechsel des Physiotherapeuten empfohlen, da nach zwei Jahren Therapie keine wesentlichen Fortschritte erzielt werden konnten. Nach der nächsten Physiotherapie müsse bei Beschwerdepersistenz die Indikation einer operativen Intervention im Sinne einer Bicepssehnenentomie und AC-Gelenkresektion diskutiert werden (Bf-act. 9.1/16).

3.16 Im Rahmen der Leistungsprüfung gelangte die Suva mit der Kausalitätsfrage an ihre Versicherungsmedizin. Dr.med. O. _____ (Facharzt Chirurgie) hielt am 25. Januar 2019 fest, bezüglich den Schulterbeschwerden liege keine Listendiagnose vor. Die gemeldeten Schulterbeschwerden links seien nach wie vor eine Folge des Schadenfalles bei der C. _____ beziehungsweise vom Unfall vom 24. August 2017 (Bf-act. 9.1/15)

3.17 Mit ärztlichem Zeugnis vom 29. März 2019 stellte Dr.med. F. _____ - in Kenntnis der Streitigkeit über Versicherungsleistungen resp. der Leistungseinstellung durch die C. _____ - fest (Bf-act. 6):

Am 16.03.2018 ging ein Bericht an die C._____, wo ich unter objektiven Befunden eingetragen habe, die Patientin sei rein körperlich gesund, was natürlich nicht stimmt aus folgenden Gründen: Ich meinte vornehmlich die internistischen Angelegenheiten. Sie war seit dem Dezember 2017 in physiotherapeutischer Behandlung wegen der linken Schulter im Zusammenhang mit dem Überfall (...). Die Patientin war während dieser ganzen Periode in Therapie und hatte Beschwerden. Es kann doch nicht die Rede von einer beschwerdefreien Schulter sein. So wurde sie dann bei fortwährender Physiotherapie am 24.05.2018 wegen persistierender Schulterproblematik links an den Orthopäden weiter gewiesen. Das ist ja wohl klar, dass die Schulter immer wieder Probleme machte. Ich lege einen Bericht vom Physiotherapeuten bei vom 03.04.2018, welcher die Patientin bis anhin behandelte und er schlug eine Fortsetzung der Behandlung vor. Die Therapie wurde dann auch weiter geführt, bis weit ins Jahr 2018. Vor dem Überfall hatte Frau A._____ jedoch keine Beschwerden, ebenfalls beurteilte Kollege Dr. N._____ Orthopädie die Schulter als einen posttraumatischen Zustand vom 24.08.2017 und auch der Orthopäde der Tellklinik (Dr. M._____) ebenfalls. Somit ist das alles klar gestellt.

3.18 Am 6. April 2019 erneuerte Dr.med. N._____ nach einer weiteren Arthro-MRI-Untersuchung vom 25. März 2019 sowie persönlichem Untersuchung die Diagnose Schultertrauma links am 24. August 2017 (Körperverletzung bei Überfall auf Bijouterie) mit Verdacht auf SLAP-II-Läsion und traumatisch aktivierter AC-Gelenksarthrose. Die Beschwerdeführerin habe weiterhin starke Schmerzen in der linken Schulter und dies sei jetzt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die SLAP-Läsion zurückzuführen. Die SLAP-Läsion lasse sich radiologisch oft sehr schwierig darstellen. Daneben bestehe eine traumatisch aktivierte AC-Gelenksarthropathie. Die Beschwerdeführerin sei schon mehrmals infiltriert worden; längerfristig sollte an eine operative Massnahme gedacht werden; die Beschwerdeführerin habe eine langdauernde konservative Therapie hinter sich. Dr.med. N._____ schlug die Einnahme von Schmerzmedikamenten sowie eine milde Physiotherapie vor. Sollte sich längerfristig die Schmerzproblematik nicht lösen, sei die Universitätsklinik Balgrist beizuziehen (C._____act. M19; Bf-act. 7.1).

3.19 Gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantwortete der Hausarzt Dr.med. F._____ am 8. April 2019 verschiedene Fragen. In Zusammenfassung des Verlaufs hielt er fest, die Beschwerdeführerin bei persistierenden Schulterbeschwerden am 24. Mai 2018 dem Facharzt Dr.med. J._____ überwiesen zu haben. Dieser habe die Diagnose eines Hyperextensionstraumas sowie ein Impingement im Schulterbereich bestätigt. Im MRI vom 2. August 2018 habe sich ein Einriss der Supraspinatussehne und eine Pathologie der Infraspinatussehne gezeigt sowie eine aktivierte AC-Gelenksarthrose. In diesem Zusammenhang sei gut denkbar, dass es beim Bett beziehen am 9. Juli 2018 (recte: 19.7.2018) zu einer Retraumatisierung des Schultergelenkes ge-

kommen sei bzw. dass eine initiale Traumatisierung der AC-Gelenkes im Laufe der Zeit zunehmend die Sehnen einengte, sodass beim Bett beziehen die Sehne nochmals traumatisiert worden sei; im MRI (zwei Vergleiche) habe man eine Zunahme der Pathologie. Er sei überzeugt, dass die Schulterproblematik links ein lokales Problem darstelle und nicht durch psychische Komponenten beeinflusst werde. Gleichwohl er die Beschwerdeführerin seit rund drei Monaten nicht mehr gesehen habe, stelle er die Diagnose einer persistierenden Schulterproblematik mit Zerrung der Supraspinatussehne, eine posttraumatische AC-Gelenksarthrose links sowie eine sich im Rückgang befindliche posttraumatische Belastungsstörung. Ferner bestätigte er vom 24. August 2017 bis 30. Juni 2018 eine durch Unfall bedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er nehme an, die Beschwerdeführerin sei zum heutigen Zeitpunkt wieder arbeitsfähig (C. _____ act. A31 Ziff. 4325f.; Bf-act. 13).

3.20 Unter Einreichung des nämlichen Fragekatalogs (vgl. oben Erw. 3.18) holte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ferner bei Dr.med. N. _____ eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung ein. In Beantwortung der Fragen weist Dr.med. P. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie) mit Bericht vom 22. Mai 2019 darauf hin, dass die Beschwerdeführerin Dr.med. N. _____ erstmals am 26. September 2018 aufsuchte. Alsdann schildert er den Behandlungsverlauf (vgl. oben Erw. 3.15, 3.17). Anlässlich der letzten Konsultation vom 4. April 2019 habe die Beschwerdeführerin an starken Schmerzen einerseits lateral das Acromions an der linken Schulter, andererseits am Schulterdach geklagt. Zu den objektiven, aktuellen Befunden äusserte er sich folgendermassen: Trapezius links minimal schmerzhaft; AC-Gelenk der linken Schulter deutlich schmerzhaft; Druckdolenz an der posterioren Acromionkante; Flexion der Schulter bis 160°, Abduktion bis 140°, schmerzhaft ab 80° Abduktion; Innenrotation schmerzhaft bis L4; Innenrotation 50°, O'Brien-Test und Palm-up-Test positiv; vorderer Apprehension-Test mit Schmerzen posterior, jedoch subjektiv keine Instabilität. Das Arthro-MRT Schulter links vom 25. März 2019 zeige eine aktivierte AC-Gelenksarthropathie auf; es liege ein dringender Verdacht auf eine SLAP-Läsion vor. Ferner scheine ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden nach dem Ereignis vom 19. Juli 2018 und den Folgen des Unfalls vom 24. August 2017 vorzuliegen. Schliesslich hielt er an der Diagnose eines Schultertraumas links am 24. August 2017 mit Verdacht auf eine SLAP-II-Läsion und einer traumatisch aktivierten AC-Gelenksarthrose des linken Schultergelenks fest (C. _____ act. M20; Bf-act. 28).

3.21 Aus einem undatiertem Arztzeugnis von Dr.med. G. _____ ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach der Behandlung bei Dr.med. H. _____ (vgl.

oben 3.6, 3.7) von März bis Oktober 2018 in der APP Goldau in psychiatrischer Behandlung stand, dann seit Januar 2019 bei ihr (Psycho- sowie Pharmakotherapie). In Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. August 2017 habe die Beschwerdeführerin Symptome entwickelt, welche als posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) zu interpretieren seien. Die Beschwerdeführerin bedürfe aus psychiatrischer Sicht einer langfristigen stabilisierenden Therapie. Bei ungünstigen Bedingungen bestehe die Gefahr einer psychischen Dekompensation mit nachfolgender Invalidität. Es bestehe eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit, verminderte Ausdauer, Belastbarkeit sowie verminderte Stress-toleranz und Leistungsfähigkeit (vgl. Bf-act. 8).

4.1 In der Verfügung vom 1. Juni 2018 betreffend Leistungseinstellung führte die Vorinstanz zum medizinischen Sachverhalt aus, die Beschwerdeführerin leide weiterhin an psychischen Beschwerden, die körperlichen seien mittlerweile abgeklungen. So beschreibe Dr.med. F. _____ in seinem Bericht vom 16. März 2018, rein körperlich sei sie gesund, sie zeige aber Störungen in der Verarbeitung des Traumas. Objektiv bildgebend seien keine somatischen Unfallfolgen nachweisbar. Hieraus erwog die Vorinstanz, die Beschwerdeführerin habe sich beim Ereignis vom 24. August 2017 wohl körperliche Verletzungen zugezogen, diese seien aber von untergeordneter Bedeutung und im Vergleich zum erlittenen psychischen Stress in den Hintergrund getreten. Die Rechtsprechung setze hohe Anforderungen an den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Schreckereignissen und psychischen Beschwerden, die beim vorliegenden Ereignis im Verfügungszeitpunkt nicht mehr erfüllt seien. Zusammenfassend verneinte die Vorinstanz den adäquaten Kausalzusammenhang rund neun Monate nach dem Unfallereignis (C. _____ act. A14).

4.2 Am 7. Juni 2018 erhob die Beschwerdeführerin Einsprache (C. _____ act. A17). Der zitierte Bericht von Dr.med. F. _____ vom 16. März 2018 nehme keine Stellung zur Schulterproblematik. Die Vorinstanz habe gewusst, dass die Schulter nicht in Ordnung gewesen sei. Wegen der Schulter stehe sie noch in physiotherapeutischer Behandlung und wegen der Schulterprobleme vom 24. August 2017 habe sie einen Termin beim Orthopäden Dr.med. J. _____. Wegen dieser auf das Ereignis zurückzuführenden Schulterbeschwerden erhebe sie Einsprache.

4.3 Nach Eingang der Einsprache holte die Vorinstanz weitere Berichte der behandelnden Ärzte ein. Sie erwog im Einspracheentscheid vom 21. März 2019, Dr.med. J. _____ führe in seiner zusammenfassenden Beurteilung vom 6. Juni 2018 aus, dass die konventionelle radiologische Bildgebung sowie auch das

MRI vom 10. Oktober 2017 kein Korrelat für die von der Patientin angegebene Beschwerdesymptomatik habe erbringen können, weil die dargestellten Befunde letztlich einem altersentsprechenden Normalbefund entsprechen würden. Damit sei hinreichend erstellt, dass zum Zeitpunkt der Leistungsbeurteilung keine strukturelle Schädigung an der linken Schulter objektivierbar gewesen sei.

Tatsache sei, dass die linke Schulter am 24. August 2017 in Mitleidenschaft gezogen worden sei. Fraglich sei, wie lange sie deswegen Leistungen der Unfallversicherung beanspruchen könne. Festzustellen sei, dass die Beschwerdeführerin vom 30. September 2017 bis 7. März 2018 40 Massage- und Physiotherapie-sitzungen gehabt habe und am 6. Juni 2018 wegen Beschwerdepersistenz den Orthopäden aufgesucht habe. Dabei habe sich gezeigt, dass die Beschwerden weder eindeutig lokalisiert, noch durch eine strukturelle Schädigung medizinisch nachvollziehbar begründet werden konnten. Die zahlreichen Therapien hätten keine Besserung bewirkt, weshalb bei fehlender somatischer Ursache von Therapieresistenz auszugehen sei. Von weiteren medizinischen Massnahmen sei keine namhafte Verbesserung zu erwarten, vor allem auch, da die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich wieder arbeitsfähig geworden sei. Mithin sei der medizinische Endzustand bezüglich linke Schulter spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 10. Juni 2018 erreicht gewesen.

Sei der medizinische Endzustand erreicht, sei der adäquate Kausalzusammenhang zu prüfen, nachdem keine unfallbedingte strukturelle Schädigung bildgebend objektiviert werden könne. Das Ereignis vom 24. August 2017 ordnete die Vorinstanz in Anwendung der Psychopraxis den mittleren Unfällen zu. Nach Prüfung der Kriterien gemäss Rechtsprechung verneinte sie einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den zum Verfügungszeitpunkt geklagten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 24. August 2017.

Schliesslich hielt die Vorinstanz fest, auch die nachgereichten Suva-Akten mit der Bildgebung vom 2. August 2018 würden keine Leistungspflicht begründen. Selbst wenn die geklagten Schulterbeschwerden noch in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 24. August 2017 stehen würden, mangle es ab dem 10. Juni 2018 an einem adäquaten Kausalzusammenhang.

4.4 Streitig und mithin zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Fall zu Recht per 10. Juni 2018 folgenlos abschloss, namentlich kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den darüber hinaus geklagten Schulterbeschwerden und psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 24. August 2017 besteht.

5.1 Die Vorinstanz stützt sich in ihrem Entscheid, den Fall per 10. Juni 2018 folgenlos abzuschliessen, im Wesentlichen auf den Bericht des Hausarztes

Dr.med. F. _____ vom 16. März 2018 sowie auf die Beurteilung von Dr.med. J. _____ vom 6. Juni 2018. Sie hat dabei den medizinischen Endzustand als spätestens am 10. Juni 2018 erreicht erklärt und zwar im Wesentlichen mit folgender Argumentation:

- Dr.med. F. _____ habe bereits am 16. März 2018 festgehalten, die Beschwerdeführerin sei rein körperlich gesund.
- Dr.med. J. _____ habe den Befund des MRI vom 10. Oktober 2017 als einen altersentsprechenden Befund qualifiziert und die Ausführung Dr.med. F. _____ bestätigt. Auch das konventionelle Röntgen vom 6. Juni 2018 zeige keine ossären Läsionen und einen regelrechten Artikulations- und Stellungsbefund im gleno-humeralen Gelenk links.
- Gemäss Dr.med. J. _____ vermöge die Bildgebung kein Korrelat für die von der Beschwerdeführerin geklagte Beschwerdesymptomatik zu erbringen.
- Damit stehe fest, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine strukturelle Schädigung objektivierbar sei.
- Der Endzustand sei im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht gewesen, nachdem all die Massage- und Physiotherapiesitzungen keine Besserung gebracht hätten und zudem die Beschwerdeführerin ohnehin wieder arbeitsfähig gewesen sei. Mithin habe keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne der Rechtsprechung mehr erwartet werden können.
- Sei der Endzustand erreicht, sei im weiteren die adäquate Kausalität noch geklagter Beschwerden zu prüfen. Vorliegend sei diese zu verneinen. Entsprechend bestehe keine Leistungspflicht.

5.2 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen. Zu berücksichtigen sind dabei nur die physischen Komponenten und die zu erwartende namhafte Besserung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung. Entsprechend ist bei der Anwendung der Psycho-Praxis die

Adäquanzprüfung beim Fallabschluss vorzunehmen (vgl. oben Erw. 2.4 m.H.a. die Rechtsprechung).

5.3.1 Nachdem für die Frage des richtigen Zeitpunktes die Möglichkeit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne der Massgabe der zu erwartenden Steigerung/Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit entscheidend ist, ist vorliegend bedeutsam, dass die Beschwerdeführerin per 1. Juni 2018 wieder voll arbeitsfähig war, mithin die Arbeitsfähigkeit wiedererlangt war. Dem widerspricht die Tatsache, dass sie seitens Arbeitslosenversicherung nur zu 60% vermittlungsfähig war, nicht, absolvierte sie doch für die restlichen 40% eine Weiterbildung und war somit vollständig arbeitsfähig. Dies entspricht im Übrigen durchaus den Erwartungen der behandelnden Ärzte Dr.med. H._____ und Dr.med. F._____, die im Frühling 2018 eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit prognostizierten, namentlich nach Beendigung des Anstellungsverhältnisses Ende April 2018 (vgl. oben Erw. 3.6 und 3.7). Zudem sah Dr.med. L._____ noch nicht einmal nach dem Ereignis vom 19. Juli 2018 und darauffolgender Konsultation vom 26. Juli 2018 einen Grund, eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (vgl. Bf-act. 9.1/6). Mithin war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Fallabschlusses bereits vollständig arbeitsfähig, was eine namhafte Besserung ausschliesst.

5.3.2 Die Einschätzung des Gesundheitszustandes bzw. der namhaften Besserung hat grundsätzlich prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu erfolgen (vgl. Urteil BGer 8C_388/2019 vom 20.12.2019 Erw. 3.2 m.w.H.) Vorliegend bestätigt indes die Beurteilung des effektiven Verlaufs ab Fallabschluss, dass zu Recht von einer Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden konnte (unabhängig davon, dass die volle Arbeitsfähigkeit bereits wiedererlangt war).

Die Beschwerdeführerin war durchwegs in Physiotherapie, ohne dass eine Besserung eingetreten wäre. Im Januar 2019 wurde ein Wechsel des Therapeuten empfohlen, nachdem in der zweijährigen Therapie keine wesentlichen Fortschritte erzielt werden konnten (vgl. oben Erw. 3.15). Allerdings hat eine Physio-/ Trainingstherapie rechtsprechungsgemäss ohnehin unbeachtlich zu bleiben, selbst wenn sie möglicherweise zu einer Verbesserung führt (Urteil BGer 8C_736/2017 vom 28.8.2018 Erw. 4.1 m.H.a. Urteil BGer 8C_39/2018 vom 11.7.2018 Erw. 5.1). In den verschiedenen Arztkonsultationen wurden die Befunde erhoben; ein eigentlicher Therapieentscheid wurde nicht getroffen. Die durchgeführten Infiltrationen waren mitunter auch diagnostisch oder zeigten keine anhaltende Wirkung. Im Mai 2019 musste der behandelnde Arzt feststellen, dass die verschiedenen Konsultationen keine wesentliche Verbesserung der Be-

schwerdesituation gezeigt hätten. Verschiedentlich wurde von einem operativen Eingriff gesprochen, ohne dass sich dies je konkretisiert hätte. Nach bereits mehreren Wechseln des behandelnden Arztes hat im April 2019 auch Dr.med. N._____ erwogen, bei anhaltender Schmerzproblematik neu noch die Uniklinik Balgrist beizuziehen. Mithin war die Beschwerdeführerin (bei ab Juni 2018 wiedererlangter Arbeitsfähigkeit) während rund zwei Jahren seit dem Unfallereignis vom 24. August 2017 in ärztlicher Behandlung, ohne dass (neben vereinzelt Infiltrationen und Schmerzmedikation) eine eigentliche Therapie erfolgt wäre oder sich eine Besserung der Beschwerdesituation eingestellt hätte.

5.3.3 Konnte im Verfügungszeitpunkt (1.6.2018) von weiteren Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im erwähnten Sinne mehr erwartet werden, dann war die Vorinstanz berechtigt, den Fall abzuschliessen.

5.4.1 Die Beurteilung der Vorinstanz, wonach für die bei Fallabschluss noch geklagten Beschwerden kein objektiv ausgewiesener Befund bestehe, wird durch die - nach ergangener Verfügung vom 1. Juni 2018 durchgeführte - Untersuchung durch Dr.med. J._____ vom 6. Juni 2018 bestätigt (vgl. oben Erw. 3.9). Die Schmerzsituation umschreibt Dr.med. J._____ in der Anamnese als wenig genau. Er erhebt einen klinischen Befund mit Vorführung sämtlicher Bewegungen; die Schmerzangabe beschreibt er als unklar; Zeichen für eine Rotatorenmanschettenverletzung sieht er keine. Die Situation sei gesamthaft schwer zu beurteilen; eine psychische Überlastung, eine Projektion in das linke Schultergelenk sei möglich und nicht ausser Acht zu lassen. Weiter hält Dr.med. J._____ fest, sowohl die konventionelle Radiologie als auch das MRI hätten kein Korrelat für die von der Beschwerdeführerin angegebene Beschwerdesymptomatik erbringen können, sondern zeigten letztlich einen altersentsprechenden Befund. Mithin konnten im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine Unfallfolgen organisch objektiv ausgewiesen werden; die weiterhin unklaren geklagten Schulterbeschwerden liessen sich nicht auf einen objektiv ausgewiesenen Befund zurückführen.

5.4.2 Soweit später die Diagnose einer SLAP-II-Läsion gestellt wurde, so gilt es zu präzisieren, dass es sich durchwegs um eine Verdachtsdiagnose handelte (vgl. zuletzt Dr.med. N._____ am 6.4.2019, resp. 22.5.2019; Vi-act. M19; M20). Aus dem unfallnahen MRI vom Oktober 2017 ergibt sich kein entsprechender Befund. Dr.med. J._____ spricht bezogen auf diese Bildgebung von einem altersentsprechenden Befund. Soweit er die Verschmälerung subakromial als mit den Beschwerden ggfs. vereinbarend taxiert, handelt es sich hierbei nicht um eine Unfallfolge. Der Suva-Arzt beantwortet die Frage, ob die der Suva (nach

dem Ereignis vom 19.7.2018) gemeldeten Schulterbeschwerden nach wie vor Folge des Schadenfalles der Vorinstanz seien, kurz und ohne weitere Begründung mit "ja". Weder erhellt hieraus, worauf er die Beschwerden zurückführt, noch ob hierfür ein organisches Korrelat vorliege, ob die Beschwerden objektivierbar sind. Aus den vorliegenden Akten (Bf-act. 9.1) ist sodann zu schliessen, dass dem Suva-Arzt weder die hausärztlichen Berichte noch jener von Dr.med. J._____ vorlagen und er sich mit diesen entsprechend nicht befasste; seine Beurteilung ist damit unvollständig und nicht zuverlässig, weshalb darauf auch nicht abgestellt werden kann. Unklarheiten bestehen auch, ob am 19. Juli 2018 ein die Gesundheit schädigendes Ereignis vorliegt oder nicht. In der klinischen Angabe zum MRI vom 2. August 2018 wird einzig das Ereignis vom 24. August 2017 erwähnt und in der Beurteilung aufgrund des Befundes im Vergleich zum MRI vom Oktober 2017 die Frage nach einem neuen Trauma aufgeworfen. Dr.med. F._____ erachtete es als denkbar, dass es zu einer Retraumatisierung kam, dass beim Bett beziehen die Sehne nochmals traumatisiert wurde, da das MRI vom 2. August 2018 eine Zunahme der Pathologie zeige. Weder Dr.med. M._____ noch Dr.med. N._____ gehen auf ein Ereignis vom 19. Juli 2018 ein. Neu wird der Verdacht auf eine symptomatische SLAP-II-Läsion geäussert, ohne indes auf die Ursächlichkeit einzugehen. Dr.med. N._____ äussert sich am 26. September 2018 dahingehend, mit Dr.med. M._____ übereinzustimmen, dass "jetzt" der dringende Verdacht auf eine SLAP-II-Läsion bestehe. Trotz mehrfacher Konsultationen und einem weiteren Arthro-MRI (vom 25.3.2019) sprach Dr.med. P._____ (für Dr.med. N._____) gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin rund acht Monate später (am 22.5.2019) noch immer von einem dringenden Verdacht auf SLAP-II-Läsion und ein Zusammenhang zu den Vorfällen vom 24. August 2017 und 19. Juli 2018 scheine gegeben zu sein. Eine Begründung dafür wird nicht abgegeben.

5.4.3 Zusammenfassend kann eine objektiv ausgewiesene organische Unfallfolge als Grundlage der geklagten Beschwerden im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden.

5.5 Steht fest, dass die Beschwerdeführerin im Juni 2018 die Arbeitsfähigkeit wieder vollständig erlangt hat, diesbezüglich von einer weiteren Behandlung der somatischen Leiden keine namhafte Besserung der Gesundheit erwartet werden konnte, und dass sich im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 10. Juni 2018 die geklagten Schulterbeschwerden nicht auf objektiv ausgewiesene Befunde zurückführen liessen, durfte die Vorinstanz eine Adäquanzprüfung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall vom 24. August 2017 vornehmen.

6.1 Mangels organisch klar ausgewiesener Unfallfolgen, und weil die Beschwerdeführerin keine Verletzungen erlitt, welche die Anwendung der Schultertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, hat die Adäquanzprüfung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall nach der Psycho-Praxis zu erfolgen (vgl. Erw. 2.2.3 und Erw. 2.4).

6.2 Die Adäquanzprüfung ist grundsätzlich zu dem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem keine behandlungsbedürftigen, organischen Unfallfolgen mehr vorliegen (vgl. oben Erw. 2.2.3 und Erw. 2.4). Dabei stellen noch behandlungsbedürftige psychische Leiden keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses dar, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei der Psychopraxis unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteil BGer 8C_103/2019 vom 16.4.2019 Erw. 4.1). Wie oben aufgezeigt, durfte die Vorinstanz den Fall per 10. Juni 2018 abschliessen. Dieser Zeitpunkt ist für die Adäquanzprüfung massgeblich.

6.3.1 Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall vom 24. August 2017 eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Weiterungen wie Eindrücklichkeit oder dramatische Umstände qualifizieren nicht die Schwere des Unfalles, sondern sind unter den weiteren Adäquanzkriterien zu berücksichtigen (BGE 140 V 356 Erw. 5.1; BGE 134 V 109 Erw. 10.1).

6.3.2 Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin am 24. August 2017 Opfer eines Raubüberfalles an ihrem Arbeitsort wurde. Gemäss Anklageschrift vom 13. Dezember 2018 gegen die zwei Täter (Bf-act. 3 und 4) betraten diese kurz nach 9 Uhr das Verkaufsgeschäft, wo die Beschwerdeführerin als einzige Angestellte im Büro (einem Nebenraum des Verkaufslokals) anwesend war. Täter 1 ging zum Büro, während sich Täter 2 zum unverschlossenen Tresor begab. Täter 1 nahm den Kopf der Beschwerdeführerin an seine Brust, drückte sie zu Boden und versuchte, ihr Klebeband auf den Mund zu kleben. Sie entfernte das Klebeband immer wieder von Neuem, worauf Täter 1 versuchte, das Klebeband um den Kopf zu wickeln, was infolge Gegenwehr auch misslang. Auch der Versuch, die Hände mit Klebeband und Kabelbinder auf den Rücken zu binden misslang. Schliesslich packte Täter 1 die Beschwerdeführerin am Arm und führte sie zur nahegelegenen Toilette, wo er sie durch Verriegelung der Tür einsperrte. Während des ganzen Vorfalles befahl er ihr immer wieder, sie müsse sich hin-

legen oder sich hinsetzen. Auf der Toilette konnte die Beschwerdeführerin den Alarm auslösen, worauf die Täter flüchteten. Die Täter wurden des Raubes schuldig gesprochen (Bf-act. 10).

6.3.3 Mit der Vorinstanz ist gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach tätliche Auseinandersetzungen in der Regel dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet werden (vgl. Urteil BGer 8C_893/2012 vom 14.3.2013 Erw. 4.1 m.w.H.) sowie in Beachtung der vorliegenden Aktenlage von einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich auszugehen. Gemäss Akten war es das Ziel der Täter, die Beschwerdeführerin zu blockieren, um den Raub zu tätigen. Es bestehen keine Hinweise, dass sie darüber hinaus bedroht oder übertrieben rohe Gewalt angewendet worden wäre. Die erlittenen Verletzungen (Schürfung, Zerrung, Prellung, Muskelüberlastung) resultieren denn insbesondere auch aus der erfolgreichen Gegenwehr. Mit dem Einschliessen in der Toilette und dem Auslösen des Alarms war der Überfall nach kurzer Zeit vorbei. Damit fehlen beim vorliegenden Ereignishergang insbesondere auch Anhaltspunkte, um den Unfall dem Grenzbereich zu den schweren Unfällen zuzurechnen.

6.4 Während die Adäquanz bei leichten Unfällen in der Regel verneint und bei schweren Unfällen regelmässig bejaht werden kann (BGE 115 V 133 Erw. 6a), lässt sich diese Frage bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfalls allein beantworten. Bei den Unfallereignissen aus dem eigentlichen mittleren Bereich müssen von den weiteren massgeblichen Kriterien für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mindestens drei in der einfachen Form gegeben sein (Urteil BGer 8C_867/2015 vom 20.4.2016 Erw. 4.2 m.w.H.).

Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (zum Ganzen: BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa; Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18.9.2018 Erw. 5).

6.4.1 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, die somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil BGer 8C_611/2016 vom 16.12.2016 Erw. 3.4). Vorliegend ist der Raubüberfall, gleichwohl die Beschwerdeführerin ihn subjektiv als überaus eindrücklich empfunden haben mag, objektiv nicht als im genannten Sinne besonders eindrücklich zu betrachten, zumal der Raubüberfall offenbar nur kurz andauerte und gemäss Akten keine Drohungen ausgesprochen und keine übertrieben grobe Gewalt angewendet wurden. Vielmehr wurde die Beschwerdeführerin bei erfolgreicher Gegenwehr gegen die Fesselung in die Toilette eingesperrt, wo sie den Alarm auslösen könnte. Das Kriterium der besonders dramatischen Umstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Raubüberfalls hat die Vorinstanz zu Recht verneint.

6.4.2 Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (vgl. a.a.O. Urteil SVR 2012 UV Nr. 23 Erw. 4.2.7). Die beim Raubüberfall vom 24. August 2018 zugezogenen Verletzungen (vgl. oben Erw. 3.1 und 3.2) sind nicht schwer und nicht von einer besonderen Art im Sinne des Kriteriums. Insbesondere waren die erwähnten unfallbedingten Verletzungen im Schulterbereich denn auch erfahrungsgemäss nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist mithin nicht erfüllt.

6.4.3 Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, denn die organischen Unfallfolgen heilten ohne besondere und belastende Behandlung vergleichsweise schnell aus. Sodann gilt es zu beachten, dass Therapien im Sinne von Physiotherapie und Massage - wie sie der Beschwerdeführerin verordnet wurden -, zur Erhaltung des Zustandes oder medikamentöser Schmerztherapie und Ähnlichem das Kriterium für sich allein nicht erfüllen (Urteil BGer 8C_52/2008 vom 5.9.2008 Erw. 8.2). Einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren kommt ebenfalls nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteile BGer 8C_344/2013 vom 10.10.2013 Erw. 10 und 8C_729/2012 vom 4.4.2013 Erw. 8.3).

6.4.4 Selbst wenn das Kriterium der körperlichen Dauerbeschwerden als erfüllt erachtet würde, weil die Beschwerdeführerin seit dem Raubüberfall unter unfallbedingten Schulterbeschwerden leidet, so ist es dennoch nicht in ausgeprägter Weise erfüllt. Die Schmerzen wurden am 6. Juni 2018 als diffus beschrieben,

irgendwo in der Schulter, teilweise bei Überlastung, teilweise auch nachts in Ruhe. Weder hat die Beschwerdeführerin über eine Einschränkung des Bewegungsumfanges geklagt, noch konnte solches beim Untersuch festgestellt werden. Auch der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit standen die Schmerzen nicht im Wege.

6.4.5 Das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, liegt gemäss Aktenlage auch nicht vor.

6.4.6 Nicht erfüllt sind auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs oder von erheblichen Komplikationen. Denn aus der ärztlichen Behandlung und den Schulterbeschwerden - welche indes eigene Kriterien darstellen - darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden; vielmehr bedarf es dazu besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil BGer 8C_57/2008 vom 16.5.2008 Erw. 9.6.1). Der Umstand, dass trotz mehrerer Konsultationen und langer Physiotherapie keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (Urteile BGer 8C_15/2013 vom 24.5.2013 Erw. 10 und 8C 729/2012 vom 4.4.2013 Erw. 8.6).

6.4.7 Schliesslich bestand ab Juni 2018, rund 10 Monate nach dem Raubüberfall, bezüglich der Schulterbeschwerden keine Arbeitsunfähigkeit mehr, zumal die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen zu 60% vermittlungsfähig war und zusätzlich einer Weiterbildung nachging. Dabei ist zu beachten, dass sich das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf bezieht (Urteil BGer 8C 488/2017 vom 27.11.2017 Erw. 6.9 m.w.H.). Das entsprechende Kriterium erweist sich deshalb als nicht erfüllt.

6.4.8 Nach dem Gesagten ist höchstens ein Kriterium erfüllt und dieses nicht in ausgeprägter Weise. Somit liegen die massgebenden Kriterien nicht in der erforderlichen Häufung und/oder Ausprägung vor, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Raubüberfall vom 24. August 2017 und den bestehenden psychischen Beschwerden bejahen zu können.

6.5.1 Die Vorinstanz hat den Fall abgeschlossen und die Adäquanzprüfung bei psychischer Fehlentwicklung nach Unfall vorgenommen. Wie dargestellt hat sie zu Recht einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den bei Fallabschluss geltend gemachten, nicht objektiv ausgewiesenen Schulterbeschwerden und dem Ereignis vom 24. August 2017 verneint.

Die Beschwerdeführerin macht beschwerdeweise zudem geltend, sie sei noch immer in psychischer Behandlung. Aufgrund der Raubüberfälle vom 24. August 2017 habe sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, weshalb sie nur beschränkt belastungsfähig und stressresistent sei. Die Vorinstanz habe das Schreckereignis vom 24. August 2017 falsch gewertet. Mithin macht die Beschwerdeführerin nicht nur eine psychische Fehlentwicklung geltend, sondern ebenso eine direkte Schädigung ihrer psychischen Gesundheit durch den Raubüberfall vom 24. August 2017 und entsprechend eingeschränkte Belastbarkeit.

6.5.2 Rechtsprechungsgemäss können aussergewöhnliche Schreckereignisse für einen Unfall im Rechtssinne qualifizieren (BGE 129 V 177 Erw. 2.1 m.H.). Im Zentrum stehen dabei nicht die somatischen Verletzungen, sondern die psychische Stresssituation, allenfalls verbunden mit einer Lebensbedrohung. Das für den Unfall notwendige Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit vermögen dabei nur aussergewöhnliche Schreckereignisse, die mit einem ausserordentlichen psychischen Schock verbunden sind, zu erfüllen. Damit der Unfallversicherer leistungspflichtig ist, muss auch hier der Schaden adäquat kausal zum Schreckereignis sein. Allerdings hielt das Bundesgericht fest, dass für die Adäquanztprüfung bei Schreckereignissen weder die Psycho-Praxis noch die Schleudert trauma-Praxis geeignet sind, sondern bei Schreckereignissen die allgemeine Adäquanztformel anzuwenden ist. Somit gilt es zu prüfen, ob nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung das Schreckereignis (konkret der Raubüberfall vom 24.8.2017) geeignet war, eine psychische Störung mit Einfluss auf die Erwerbsunfähigkeit herbeizuführen (BGE 127 V 177 Erw. 4.2). Die seelische Einwirkung muss dabei durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart der versicherten Person sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen. In Frage kommen Ereignisse wie etwa Brand- oder Erdbebenkatastrophen, Eisenbahn- oder Flugzeugunglücke, schwere Autokollisionen, Brückeneinstürze, Bombenabwürfe, verbrecherische Überfälle oder sonstige plötzliche Todesgefahren sowie Seebeben, bei denen, anders als im Rahmen der üblichen Unfälle, die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann (Urteil BGer 8C_167/2016 vom 23.5.2016 Erw. 2.2). Bei der Beurteilung der Adäquanzt zwischen einem Schreckereignis und den nachfolgend aufgetretenen psychischen Störungen ist dabei nicht allein auf den psychisch gesunden Versicherten, sondern auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen. In diesem Rah-

men bilden auch solche Versicherte Bezugspersonen für die Adäquanzbeurteilung, welche im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung eines Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht "optimal" reagieren (vgl. SVR 2016 UV Nr. 11; Urteil BGer 8C_412/2015 vom 5.11.2015 Erw. 2.2).

6.5.3 Praxisgemäss bestehen hohe Anforderungen an die Adäquanz zwischen psychischen Beschwerden und Schreckereignissen im Zusammenhang mit deliktischen Handlungen wie Raub, Drohung oder Erpressung (Urteil BGer 8C_167/2016 vom 23.5.2016 Erw. 4 m.H.a. BGE 129 V 177). So hat das Bundesgericht bei einem Raubüberfall auf die Betriebsleiterin eines Spielsalons mit einer Faustfeuerwaffe, aber ohne Handgreiflichkeiten oder Schussabgabe erkannt, dass ein solches Ereignis nicht geeignet sei, einen dauernden, erheblichen psychischen Schaden mit anhaltender Erwerbsunfähigkeit zu verursachen. Die übliche und einigermassen typische Reaktion auf einen solchen Überfall dürfte erfahrungsgemäss darin bestehen, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden werde. Eine psychische Störung und lang andauernde Erwerbsunfähigkeit könnten nicht mehr in einem weiten Sinne als angemessene und einigermassen typische Reaktion auf das Schreckereignis bezeichnet werden (BGE 129 V 177 Erw. 4.3). Gleiches galt im Fall einer Versicherten, die als Aufsicht in einem Spielsalon bei Arbeitsschluss von drei maskierten Männern überfallen wurde, wobei einer von ihnen mit den Fäusten auf sie einschlug und ein anderer eine Pistole auf sie richtete (Urteil EVGer U 2/05 vom 4.8.2005); beim Barkeeper, der bei Aufräumarbeiten nach Betriebsschluss von zwei maskierten Männern mit Schusswaffen bedroht sowie mit Faustschlägen ins Gesicht und Fusstritten in den Bauch traktiert wurde, während sich ein dritter um den ebenfalls anwesenden Geschäftsführer kümmerte, und danach im Büro des Betriebs eingeschlossen wurde (Urteil EVGer U 593/06 vom 14.4.2008); bei der Kioskverkäuferin, die hinter dem Verkaufstresen von zwei maskierten Männern bedroht wurde, wobei einer der Täter sie an der Schulter festhielt und eine Pistole mit einem Abstand von etwa sieben bis zehn Zentimetern gegen ihre Stirn richtete (Urteil BGer 8C_266/2013 vom 4.6.2013); beim Tankstellenwart, der mit einer Pistole bedroht wurde und mit der Faust beziehungsweise mit der Pistole Schläge gegen den Kopf erhielt (Urteil BGer 8C_44/2015 vom 19.5.2015). Im Falle eines Überfalls in einem Tankstellen-Shop, anlässlich welchem ein mit einer Sturmhaube maskierter Täter die Angestellte mit einer Soft-Air-Waffe bedroht, ihr diese in den Rücken gerammt und Geld verlangt hatte, wobei der Täter dann im Shop überwältigt werden konnte, verneinte das Bundesgericht die Angemessenheit einer länger als vier Jahre dauernden psychischen Gesundheitsschädigung (Urteil BGer

8C_2/2016 vom 29.2.2016) und verneint wurde die Adäquanz noch bestehender psychischer Beschwerden bei einer Verkäuferin/Tankwartin, die innert rund 40 Tagen zweimal Opfer eines je nur kurzandauernden Raubüberfalles wurde, ohne dass sie dabei geschlagen, misshandelt, gefesselt oder eingesperrt wurde und keine erheblichen somatischen Verletzungen erlitt (Urteil BGer 8C_167/2016 vom 23.5.2016).

6.5.4 Dem vorstehend beschriebenen (vgl. oben Erw. 6.3.2) Raubüberfall vom 24. August 2017 ist bei Beurteilung nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung und unter Berücksichtigung der weiten Bandbreite der Versicherten keine aussergewöhnliche Eindrücklichkeit eigen, die geeignet gewesen wäre, eine psychische Störung mit einer über den 10. Juni 2018 hinaus andauernden Erwerbsunfähigkeit herbeizuführen. Zum einen ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin ab Juni 2018 zu 60% vermittlungsfähig im Sinne des Arbeitslosenversicherungsrechts und zu 40% fähig war, eine Weiterbildung zu absolvieren, mithin die volle Arbeitsfähigkeit ohnehin wieder erlangt hat. Zum andern ist wohl anzuerkennen, dass die beim Raubüberfall allein anwesende Beschwerdeführerin derart überrascht und erschreckt wurde, dass eine Traumatisierung stattfand. Der erstbehandelnde Arzt stellte denn auch ein Psychotrauma fest und überwies sie an den Psychiater (Vi-act. M1). Aufgrund des objektiven Geschehensablaufes, wonach die Beschwerdeführerin zur erfolgreichen Gegenwehr fähig war, was seitens des Täters nicht zu erhöhter Gewaltanwendung führte, sondern zur Einschliessung der Beschwerdeführerin in der Toilette, wo sie den Alarm auslösen konnte, so dass das Ereignis letztlich auch nur kurz dauerte, ist erfahrungsgemäss (und mit Blick auf die zitierte Rechtsprechung) davon auszugehen, dass die Traumatisierung insbesondere auch mit therapeutischer Unterstützung innert Wochen bis Monaten überwunden wird. Dem entspricht die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin im März 2018, wonach die Ängste (Panikattacken) und depressiven Symptome in Remission seien und eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis April 2018 geplant und empfohlen sei. Ab April 2018 ging sie von einer wiedererlangten vollständigen Arbeitsfähigkeit aus. Somit fehlt es auch an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Raubüberfall vom 24. August 2017 und den von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Beschwerden über den 10. Juni 2018 hinaus.

7. Zusammenfassend steht damit fest, dass die Vorinstanz die adäquate Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin geklagten, organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen und mithin ihre Leistungspflicht ab dem 10. Juni 2018 im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. März 2019 zu Recht verneint hat. Zu verneinen ist ebenso

ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Raubüberfall vom 24. August 2017 und den von der Beschwerdeführerin über den 10. Juni 2018 hinaus geklagten psychischen Beschwerden. Damit erweist sich die Beschwerde insgesamt als unbegründet und ist daher abzuweisen.

8. Soweit schliesslich die Beschwerdeführerin die gemeldeten Schulterbeschwerden im Sinne eines Rückfalles als Folge des Raubüberfalles geltend macht, gilt es festzustellen, dass sie die Rückfallmeldung am 12. April 2019, mithin nach Erlass des Einspracheentscheides vom 21. März 2019 einreichte und die Vorinstanz hierzu nicht mit einer anfechtbaren Verfügung entschied. Mithin liegt kein Anfechtungsobjekt vor, das Gegenstand der vorliegenden Beschwerde wäre. Vielmehr wird sich die Vorinstanz damit (noch) auseinandersetzen müssen bzw. sich des entsprechenden Gesuchs noch anzunehmen haben. Das Verwaltungsgericht ist hierfür erstinstanzlich nicht zuständig; auf das entsprechende beschwerdeführerische Begehren ist daher nicht einzutreten.

9.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

9.2 Die Beschwerdeführerin beantragt die unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverbeiständung (vgl. prozessuale Anträge lit. a und b der Beschwerde vom 6.5.2019).

9.3 Gemäss Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) und § 75 Abs. 1 und 2 Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 hat die bedürftige Partei in einem für sie nicht aussichtslosen Verfahren Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege; soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand (vgl. BGE 130 I 180 Erw. 2.2; BGE 128 I 225 Erw. 2.3; BGE 124 I 1 Erw. 2a; BGE 122 I 271 Erw. 2).

9.4 Die Beschwerdeführerin weist mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einen monatlichen Ausgabenüberschuss von rund Fr. 1'600.-- aus (vgl. auch Bf-act. 14). Ihre Bedürftigkeit ist somit ausgewiesen. Die Beschwerdeführung kann sodann weder als aussichtslos, noch aufgrund der gestellten Rechtsfragen als wenig komplex beurteilt werden. Mithin ist dem Gesuch der nicht juristisch geschulten Beschwerdeführerin zu entsprechen.

9.5 Der Beschwerdeführerin ist die unentgeltliche Rechtsverbeiständung in der Person von Rechtsanwältin MLaw B._____, Advokaturbüro Q._____, zu gewähren. Ihr Honorar ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, der im Verfah-

ren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, sowie unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung sowie notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 2'500.-- (inkl. MwSt und Auslagen) festzulegen. Dieses Honorar unterliegt der Rückerstattungspflicht gemäss § 75 Abs. 3 VRP.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird für das verwaltungsgerichtliche Verfahren die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt und Rechtsanwältin MLaw B._____, Advokaturbüro Q._____, als unentgeltliche Rechtsbeistandin bestellt. Ihr ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 2'500.-- zu entrichten.
4. Die Beschwerdeführerin hat den Betrag von Fr. 2'500.-- (unentgeltliche Rechtsverteidigung) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. 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 Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
6. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 31. Januar 2020

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: 11. Februar 2020