



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. Januar 2020 (725 19 173 / 05)

Unfallversicherung

Nachweis des Wegfalls unfallbedingter Ursachen nicht erbracht. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung mittels eines externen Verwaltungsgutachtens.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1964 geborene A._____ erlitt am 8. Juni 2014 einen Autounfall, als sie mit ihrem Geländewagen rückwärts in einen Baum prallte. Im Zeitpunkt dieses Unfalls war sie bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Sie zog sich dabei eine Commotio cerebri sowie ein HWS-Syndrom zu und erlitt darüber hinaus eine Fraktur des

rechten Schulterblatts. Die Suva erbrachte zunächst die entsprechenden Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlungskosten und Taggeldleistungen.

B. Es persistierten Beschwerden am Nacken, Kopfschmerzen sowie eine starke Müdigkeit. Ab 1. Juli 2014 nahm die Versicherte eine Neuanstellung im Umfang von 100% an, war in der Folge ab 8. September 2014 im Umfang von 50% und ab 26. September 2014 aber wieder vollständig arbeitsunfähig, weshalb ihr Arbeitsverhältnis noch innerhalb der Probezeit per 26. September 2014 aufgelöst wurde.

C. Nach Abklärungen der gesundheitlichen Verhältnisse durch den Kreisarzt stellte die Suva die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 11. Mai 2015 per Ende Mai 2015 mit der Begründung ein, dass es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem erlittenen Unfall und den weiterhin geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden fehle. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf Geldleistungen in Form einer Invalidenrente oder einer Integritätsentschädigung. Hiergegen erhob die Versicherte Einsprache. Nach Durchführung einer erneuten kreisärztlichen Beurteilung sowie nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen wurde die Versicherte schliesslich am 16. Januar 2017 aufgrund eines chronisch-posttraumatischen Impingement-Syndroms arthroskopisch an der rechten Schulter operiert. Nach Einholung einer ergänzenden orthopädisch-chirurgischen und neurologischen Beurteilung durch ihren versicherungsmedizinischen Dienst vom 3. April 2019 hiess die Suva die Einsprache der Versicherten am 10. April 2019 insofern teilweise gut, als sie die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen auf den 16. November 2015 terminierte.

D. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 27. Mai 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, die Suva sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über den 16. November 2015 hinaus zu erbringen. Im Wesentlichen liess sie unter Hinweis auf Berichte ihres behandelnden Orthopäden Dr. med. B.____ geltend machen, dass sie ausschliesslich aufgrund der Unfallfolgen bis Ende Oktober 2017 teilweise arbeitsunfähig gewesen sei. Der der Beschwerdegegnerin obliegende Beweis des Wegfalls jeglicher Unfallfolgen sei nicht erbracht.

E. Die Suva schloss mit Vernehmlassung vom 12. Juli 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

F. Mit Replik vom 27. September 2019 liess die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf einen Bericht von Dr. B.____ vom 11. September 2019 ausführen, dass der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Suva vom 3. April 2019 keine fallspezifische Begründung entnommen werden könne.

G. Die Suva hielt in ihrer Duplik vom 30. Oktober 2019 am Abweisungsantrag fest und wies darauf hin, dass Dr. B._____ die Versicherte über eineinhalb Jahre nach dem erlittenen Unfall erstmals überhaupt untersucht habe.

Auf die übrigen Ausführungen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim örtlich sowie sachlich zuständigen Kantonsgericht eingereichte Beschwerde ist einzutreten. Strittig und zu prüfen ist, ob die Suva der Versicherten über den 16. November 2015 hinaus weiterhin Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) zu entrichten hat. Bereits an dieser Stelle kann festgehalten werden, dass im Zusammenhang mit den anlässlich des Unfalls erlittenen Verletzungen in Form einer Commotio cerebri und eines HWS-Syndroms zwischen den Parteien unbestritten geblieben ist, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen. Was die aus diesen Verletzungen allenfalls resultierenden Beschwerden nicht organischer Natur betrifft, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs abgelehnt. Auch diesbezüglich hat die Beschwerdeführerin hiergegen weder in ihrer Beschwerdebegründung noch in ihrer Replik allfällige Einwände erhoben. Der Streit zwischen den Parteien dreht sich vielmehr einzig und nur noch um die Frage, ob in Bezug auf den durch das Unfallereignis vom 8. Juni 2014 erlittenen Bruch des innenseitigen Rands des rechten Schulterblatts eine über den 16. November 2015 hinausgehende Leistungspflicht des Unfallversicherers zu Recht verneint worden ist. Während sich die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid insbesondere gestützt auf ihre versicherungsmedizinische Beurteilung vom 3. April 2019 auf den Standpunkt gestellt hat, dass dieser Bruch als organische Unfallfolge spätestens Ende Mai 2015 folgenlos verheilt gewesen sei, vertritt die Beschwerdeführerin mit Blick auf die Berichte ihres behandelnden Orthopäden die Auffassung, dass sie über den 16. November 2015 hinaus an entsprechenden Schulterbeschwerden leide.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Ausserdem hat die Unfallversicherung ihre Leistungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG unter anderem auch bei diversen Körperschädigungen wie insbesondere Meniskusrissen zu erbringen, sofern diese nicht vorwiegend auf eine Abnützung oder eine Erkrankung zurückzuführen sind. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn

einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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. 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich 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. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage stehen einerseits die versicherungsmedizinische Beurteilung der Suva vom 3. April 2019 und andererseits die Einschätzungen des behandelnden Orthopäden Dr. B.____ vom 25. Mai 2016 und vom 14. März 2018. Letzterer hat erstmals am 25. Mai 2016 umfassend Stellung zu den vorangehenden medizinischen Akten genommen und dabei die Meinung vertreten, dass die Schulterbeschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen seien (Suva-Dok 155). Vor dem erlittenen Ereignis sei die Versicherte an der rechten Schulter vollkommen beschwerdefrei gewesen. Es habe ein adäquates Trauma stattgefunden. Die seither persistierenden Beschwerden seien unmittelbar in diesem Zusammenhang aufgetreten. Bildgebend sei eine Skapulafraktur diagnostiziert worden. Er könne der Meinung des Vertrauensarztes der Suva zwar nicht widersprechen, wonach die im MRI vom 16. November 2015 (Suva-Dok 140) erhobene SLAP-Läsion der Supraspinatussehne wahrscheinlich keine Folge des Unfalls sei. Dieser Befund sei jedoch für die Beschwerden nicht verantwortlich. Das Ausmass

der SLAP-Läsion könne erst im Rahmen eines arthroskopischen Eingriffs festgestellt werden. Unter Hinweis auf einen früheren Bericht von Dr. med. C.____, FMH Neurologie, vom 6. April 2016 (Suva-Dok 168) stellte sich Dr. B.____ auf den Standpunkt, dass die Beschwerden auf eine persistierende, posttraumatische Dysbalance bzw. Dyskoordination nach Skapulafraktur und Partialläsion des Nervus axillaris zurückzuführen seien. Es sei nicht untypisch, dass nach solch einem schweren Trauma Beschwerden persistieren würden, ohne dass bildgebend eine eindeutige morphologische Ursache dargestellt werden könne. Bereits zuvor hatte Dr. B.____ am 4. März 2016 berichtet (Suva-Dok 166), dass eine intraartikuläre Infiltration im weiteren Verlauf eine Besserung gebracht habe. Anhand der orthopädischen Befunde der SLAP-Läsion und der Partialläsion der Supraspinatussehne hätten sich die Beschwerden aber nicht eindeutig klären lassen. Nachdem davon auszugehen war, dass zumindest ein Teil der posttraumatischen Schulterbeschwerden auf eine Pathologie im Bereich der langen Bizepssehne zurückzuführen war, wurde am 16. Januar 2017 durch Dr. B.____ eine Schulterarthroskopie mit einer Bizepsstenotomie und einer Acromioplastik durchgeführt. Nebst der bereits im MRI bildgebend erhobenen SLAP II-Läsion wurde eine partielle Ruptur der medialen Zügel des Pulley sowie eine deutliche Rötung der Bizepssehne erhoben (Suva-Dok 192). Im weiteren Verlauf nahm Dr. B.____ am 14. März 2018 erneut Stellung zur Unfallkausalität (Suva-Dok 195). Bei der am 16. Januar 2017 durchgeführten Operation habe sich neben der im MRI dokumentierten SLAP-Läsion eine partielle Ruptur der medialen Zügel des Pulley gezeigt. Die Folge davon sei eine Instabilität der langen Bizepssehne gewesen, was erst bei der dynamischen Untersuchung im Rahmen der Arthroskopie festgestellt worden sei. In der Folge sei es zu einer chronischen Reizung der langen Bizepssehne gekommen. Ebenso habe sich gezeigt, dass der Bizepssehnenanker instabil gewesen sei. Es sei davon auszugehen, dass die Patientin sich diese Verletzung im Rahmen ihres Unfalls zugezogen habe. Intraoperativ hätten sich keinerlei Anhaltspunkte für irgendwelche degenerative Schäden im Schultergelenk ergeben, was eine verschleissbedingte Ursache als sehr unwahrscheinlich erscheinen lasse. Die SLAP-Läsion sei bereits im MRI vom 16. November 2015 beschrieben worden. Hingegen seien Pulley-Läsionen erfahrungsgemäss im MRI oft schlecht einsehbar, weshalb die entsprechende Diagnose erst im Rahmen der Arthroskopie gestellt werden können. Auch sei zu betonen, dass das MRI eine statische Untersuchung sei. Eine degenerative Ursache für die festgestellte Pathologie der Versicherten sei in ihrem Alter ausserdem sehr unwahrscheinlich.

4.2 Diesen Beurteilungen steht die orthopädisch-chirurgische und neurologische Beurteilung der Ärzte des versicherungsmedizinischen Kompetenzzentrums der Suva, Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. E.____, FMH Neurologie vom 3. April 2019 entgegen (Suva-Dok 209). In seiner orthopädisch-chirurgischen Teil-Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, es sei bemerkenswert, dass Dr. B.____ mit seinem Bericht über eine Operation vom 16. Januar 2017 unter anderem die Diagnose eines Impingements nenne und mittels Acromioplastik behandle, ohne hierfür in seinen vorangegangenen Konsultationen eine klinische Grundlage dokumentiert zu haben. In seinem Bericht vom 4. März 2016 würden zwei klinische Konsultationen "Subakromiale Impingementtests negativ" angegeben, und in seinen Ausführungen vom 25. Mai 2016 und 14. März 2018 würde die Diagnose eines Impingements nicht diskutiert. Auch in seinem Operationsbericht werde nach "Nun Vorspiegeln nach subacromial" zwar angegeben, "zunächst

Durchführen der Bursektomie". Dass der somit entfernte Schleimbeutel aber entzündliche Veränderungen aufweise, also als Bursitis subacromialis einem klinisch-pathologischen Korrelat eines schmerzhaften Impingement entsprechen würde, welches diese Diagnose begründen würde, erschliesse sich nicht. Die Infiltration des Subakromialraums mit einem lokalen Betäubungsmittel sei ein nützliches Instrument zur Diagnose eines Impingements. Ein subacromiales Impingement beschreibe eine Einengung eines anatomischen Raumes. Neben anderem könnten Zerreissungen der das Schultergelenk stabilisierenden Bänder oder eine Ausrenkung dieses Gelenkes zu degenerativen Veränderungen führen, die auch den subacromialen Raum betreffen würden. Ein Trauma als Ursache eines Impingements setze daher wesentliche strukturelle Verletzungen voraus, die dem Betroffenen akut starke Schmerzen bereiten und einen spezifischen klinischen Befund präsentieren würden. Aufgrund der verfügbaren ärztlichen Dokumentation zeitnah zu dem zur Diskussion stehenden Geschehen und gestützt auf den weiteren Verlauf sei dies mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber auszuschliessen. Dies gelte auch für die beiden anderen Diagnosen, wie sie Dr. B._____ als Unfallfolge postuliert habe. Als Mechanismus, der geeignet ist, zu einer Verletzung des oberen Labrums im Sinne einer SLAP-Läsion zu führen, würden in der Literatur zum Beispiel eine inferiore Subluxation, eine direkte Krafteinwirkung und Schulterluxation genannt. Eine Pulley-Läsion als Folge einer akuten Gewalteinwirkung setze gemäss publizierter Evidenz nämlich eine axial auf das Schultergelenk einwirkende Kraft voraus. Es gelte aber zu beachten, dass in der Literatur für beide Entitäten eine Übereinstimmung in der Einschätzung bestehe, dass eine traumatische Ursache die Ausnahme von der regelhaft degenerativen Genese darstelle. Die von Dr. B._____ im Schreiben vom 25. Mai 2016 formulierte Angabe einer Koinzidenz von Unfallgeschehen und dem Beginn der beklagten Beschwerden könne im Sinne der unzulässigen Beweisregel «post hoc, ergo propter hoc» ausserdem keinen überzeugenden kausalen Zusammenhang in temporaler Hinsicht begründen.

Der neurologischen Fallbetrachtung von Dr. E._____ zufolge ist zusammenfassend zu entnehmen, dass bei der Versicherten bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende (recte: Mitte) Mai 2015 keine unfallbedingten, neurologischen Ausfälle beschrieben worden seien, die organisch hinreichend nachweisbar gewesen wären. Die diagnostische Vermutung von Dr. Landolt betreffend eine Läsion des Nervus axillaris oder des Faszikulus posterior mit Beteiligung dieses Nerven beruhe lediglich auf der Angabe einer schmerzhaften Dysästhesie über der rechten Schulterkappe durch die Versicherte selbst. Zumal das zu erwartende Hauptsymptom einer Schädigung des Nervus axillaris, nämlich die Lähmung und Atrophie des Musculus deltoideus mit entsprechender Armschwäche und einer Veränderung der Schulterkontur, nachweislich niemals vorhanden gewesen und eine entsprechende Nervenschädigung auch elektrophysiologisch nicht ausgewiesen sei, seien solche Beschwerden nicht echtzeitlich ausgewiesen. Ein Rückschluss auf eine kausale Beziehung mit dem Unfallereignis sei deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Aussagen des behandelnden Orthopäden vom 18. April 2016 hinsichtlich der Läsionen des Nervus suprascapularis, des Plexus brachialis, des Nervus axillaris oder in Bezug auf ein Thoracic-outlet-Syndrom würden der Grundlage entbehren.

Zusammenfassend kamen die beiden Ärzte zum Schluss, dass es durch das Ereignis vom 8. Juni 2014 zu einem unverschobenen Bruch des innenseitigen Randes des rechten Schulterblattes

gekommen sei. Diese Verletzung sei folgenlos verheilt und könne die Beschwerden der Versicherten mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erklären. Mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe das zur Diskussion stehende Geschehen keine weiteren objektivierbaren Befunde struktureller Natur verursacht. Der Bruch des Schulterblattrandes als organische Unfallfolge mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach drei Monaten, sicher bis Ende Mai 2015 abgeheilt gewesen.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihrer beratenden Ärzte Dr. D.____ und Dr. E.____ vom 3. April 2019. Wie eingangs erwähnt sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie im vorliegenden Fall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Erwägung 3.2 hiavor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Die Einschätzung der Suva-Ärzte vom 3. April 2019 basiert zwar grundsätzlich auf einer vollständigen Aktenkenntnis. Nichts desto trotz liegen Zweifel an der Schlüssigkeit ihrer Kausalitätsbeurteilung vor. Entgegen der von Dr. D.____ vertretenen Meinung postuliert der behandelnde Orthopäde Dr. B.____ nämlich nicht, dass die SLAP-Läsion eine Unfallfolge darstellen würde. Vielmehr hatte sich Dr. B.____ bereits in seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2016 der Einschätzung der Suva-Kreisärzte angeschlossen, dass die SLAP-Läsion nicht auf das erlittene Unfallereignis zurückzuführen sei. Dr. B.____ vertritt aber die Auffassung, dass eine unfallkausale partielle Ruptur der medialen Zügel des Pulley vorliegt, und dass sich erst intraoperativ auch eine Instabilität des Bizepssehnenankers habe erheben lassen. Auf diese neuen Befunde geht Dr. D.____ nicht ein. Dessen Beurteilung beinhaltet lediglich generelle, literaturgestützte Aussagen zum Bizeps-Pulley. Diesen allgemein gehaltenen Aussagen kann zwar entnommen werden, dass Pulley-Verletzungen eher selten traumatisch bedingt sind. Allerdings begründet der Operateur seine Einschätzung einer unfallbedingten Pulley-Verletzung mit den anlässlich der Arthroskopie vom 16. Januar 2017 intraoperativ gewonnenen Erkenntnissen, wonach keinerlei degenerative Schäden hätten erhoben werden können. Mit diesen konkreten Erhebungen setzt sich Dr. D.____ ebenso wenig auseinander wie mit der von Dr. B.____ in diesem Zusammenhang postulierten Koinzidenz, dass eine degenerative Ursache für die bei der Versicherten festgestellten Pathologie altersbedingt sehr unwahrscheinlich sei.

5.2 Die versicherungsinterne Einschätzung vom 3. April 2019 vermag bei dieser Aktenlage nicht zu überzeugen. Entgegen der von Dr. D.____ vertretenen Auffassung kann in der von Dr. B.____ vertretenen Einschätzung jedenfalls keine Argumentation «post ergo propter hoc» erkannt werden. Dr. B.____ erläutert nachvollziehbar, dass die Diagnose einer Pulley-Verletzung im MRI erfahrungsgemäss schlecht einsehbar sei, weshalb sie schliesslich erst im Rahmen der Arthroskopie und der damit verbundenen, dynamischen Untersuchungssituation erkannt worden sei. Es trifft zwar zu, dass im Zusammenhang mit dem Bizepssehnenanker im MRI vom 16. November 2015 (Suva-Dok 140) noch keine Anomalien festgestellt worden waren. Daran kann angesichts der nachvollziehbar erläuterten Neubefunde postoperativer Natur aber nicht mehr festgehalten werden. Nichts desto trotz nimmt die Einschätzung der Dres. D.____ und E.____ vom 3. April 2019 im Wesentlichen ausschliesslich Bezug auf die Stellungnahme von Dr. B.____ noch

vom Mai 2016. Damit erweist sich die vertrauensärztliche Einschätzung nicht nur als überholt, sondern lässt den Eindruck aufkommen, sich mit den intraoperativ neu gewonnenen Erkenntnissen nicht auseinander setzen zu wollen. Zumal Dr. D._____ keinen Bezug auf den tatsächlich stattgefundenen Unfallmechanismus nimmt, hinterlässt dies jedenfalls erhebliche Zweifel an der versicherungsinternen Einschätzung. Daran können weder die theoretischen Verweise von Dr. D._____ auf die medizinische Literatur noch die Tatsache etwas ändern, dass Dr. B._____ die Versicherte nach über eineinhalb Jahren nach dem erlittenen Unfall erstmals untersucht hat. Bei den Literaturhinweisen von Dr. D._____ handelt es sich lediglich um Erfahrungswerte genereller Natur, die einen Wegfall jeglicher unfallkausaler Ursachen bezogen auf konkret vorliegende Verhältnisse nicht belegen können. Anders zu entscheiden würde bedeuten, auf eine einzelfallbezogene Abklärung der medizinischen Verhältnisse gestützt auf medizinische Notorietäten zu verzichten. Dies aber widerspräche letztlich sowohl Art. 43 ATSG als auch dem in Art. 61 lit. c statuierten Maxime der freien Beweiswürdigung.

5.3 Es ist daran zu erinnern, dass die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung einmal anerkannter, unfallbedingter Ursachen bei der Beschwerdegegnerin liegt. Mit Blick auf die erst Mitte Januar 2017 intraoperativ erhobenen Befunde vermag die Suva nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass bereits Mitte November 2016 eine ausschliesslich noch unfallfremde Degeneration für die geklagten Schulterbeschwerden verantwortlich gewesen wäre und es auch heute noch ist. Der Umstand, dass entgegen den bildgebenden Befunden im MRI vom 16. November 2015 (Suva-Dok 140) anlässlich der im Januar 2017 vorgenommenen Arthroskopie auch eine Instabilität des Bizepssehnenankers erhoben wurde, spricht bei summarischer Betrachtung jedenfalls nicht dafür. Ob in Bezug auf den erlittenen Unfall vom 8. April 2014 der Status quo sine noch vor der Einstellung der Versicherungsleistungen per 16. November 2016 erreicht war, lässt sich bei dieser Sachlage nicht beantworten.

5.4 Zusammenfassend besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts, welcher einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegensteht. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG, einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Unfallkausalität der bei der Versicherten über den 22. November 2016 hinaus bestehenden Beschwerden und - falls ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht

wird - die Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands durch ein *versicherungsexternes* Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch der Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 19. November 2019 einen Zeitaufwand von 7 ¼ Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 185.-- geltend gemacht. Der zeitliche Aufwand ist nicht zu beanstanden, und die entsprechenden Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Hinsichtlich der geltend gemachten Auslagen ist einzig im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. B.____ vom 11. September 2019 ein Vorbehalt anzubringen. Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel der Parteientschädigung die Kosten privat eingeholter Gutachten oder Arztberichte nämlich nur dann zu vergüten, wenn sie für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (BGE 115 V 63 E. 5c; Urteil B. des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Ein Anspruch auf Kostenersatz besteht also nur, wenn der entsprechende Bericht wesentliche Erkenntnisse gebracht und zu einer grundlegenden Änderung der bisherigen Betrachtungsweise geführt hat. Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt, weil letztlich nicht etwa auf die Erwägungen von Dr. B.____ vom 11. September 2019, sondern auf dessen Stellungnahme bereits zuvor vom 14. März 2018 abzustellen ist. Jedenfalls kann nicht gesagt werden, die abschliessende Stellungnahme von Dr. B.____ vom 11. September 2019 hätte sich für die Entscheidungsfindung im vorliegenden Verfahren als unerlässlich erwiesen. Die entsprechenden Kosten gehören bei dieser Aktenlage deshalb nicht zu den notwendigen Expertenkosten. Damit verbleiben letztlich Auslagen von Fr. 65.--, und es ist der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren in der Höhe von insgesamt Fr. 2'022.05 (inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

7.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und

anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

7.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Suva vom 10. April 2019 aufgehoben und die Angelegenheit wird zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Suva hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'022.05 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.