Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. Februar 2020 (725 19 298 / 36)

Unfallversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts; keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung der Unfallkausalität

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin i.V. Esther Zäch
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Matthias Schnyder, Advokat, Augustinergasse 5, Postfach 1112, 4001 Basel gegen **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Advokatur am Bahnhof GmbH, Güterstrasse 106, Postfach 109, 4018 Basel
Betreff	Leistungen

A. Die 1979 geborene, bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versicherte A.____ erlitt am 10. Mai 2010 einen Unfall. Sie ging auf einem Trottoir an einem Lastwagen vorbei, der entladen wurde. Ein auf der Hebebühne des Lastwagens stehender Gitterwagen war nicht gesichert und rollte auf die Versicherte, welche in der Folge zu Boden stürzte und sich an der Schulter verletzte. Die Suva erbrachte nachfolgend die gesetzlichen Leistungen. Am 16. Juli 2018 begab sich die Versicherte bei

Prof. Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wieder in Behandlung. Die Suva ging im Zusammenhang mit den ab dem 16. Juli 2018 erfolgten medizinischen Massnahmen von einem Rückfall betreffend das Ereignis vom 10. Mai 2010 aus. Nach Abklärung des medizinischen Sachverhalts lehnte die Suva mit Verfügung vom 19. März 2019 gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. März 2019 eine Leistungspflicht ab. Zur Begründung führte sie an, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. Mai 2010 und den gemeldeten Beschwerden an der linken Schulter bestehe. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten mit Einspracheentscheid vom 14. August 2019 fest.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Dr. Matthias Schnyder, Advokat, mit Eingabe vom 11. September 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 14. August 2019 und die Verfügung vom 19. März 2019 seien aufzuheben und ihr seien im Bedarfsfall weiterhin UVG-Leistungen auszurichten. Eventualiter sei ein medizinisches Gutachten zum Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 10. Mai 2010 und den heutigen gesundheitlichen Beschwerden sowie zur weiteren Behandlungsbedürftigkeit einzuholen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. November 2019 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer-Münch, Advokat, auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 11. September 2019 ist demnach einzutreten.

2. Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Mai 2010 abgelehnt hat.

3.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

3.2 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. 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.

3.3 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 177 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 entfiele (BGE 129 V 177 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 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.4 Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen; Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2).

4.1 Die Beschwerdeführerin macht vorliegend geltend, es könne sich nicht um einen Rückfall handeln, da keine scheinbar geheilte Schädigung vorliege. Die Beschwerdegegnerin ist der Meinung, es spiele im Ergebnis keine Rolle, ob der Fall unter dem Blickwinkel eines Rückfalls oder des Grundfalls beurteilt werde. Jedoch sei der Behandlungsabschluss im Jahr 2014 erfolgt. Zwischen den Jahren 2014 und 2018 hätten keine Behandlungen stattgefunden, welche ihr gemeldet worden seien.

4.2 Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht. Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt. Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch dann vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob ursprünglich davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit mehr auftreten. Diese Frage ist im Rahmen einer ex ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 4.1 und vom 26. August 2008, 8C_433/2007, E. 2.3, je mit Hinweisen).

4.3 Sind die geltend gemachten Beschwerden unter dem Titel Grundfall zu prüfen, obliegt es dem Versicherer darzutun, dass diese mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind, da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt. Die blosse Möglichkeit genügt nicht. Sind die Beschwerden jedoch im Rahmen eines Rückfalles oder als Spätfolge zu prüfen (Art. 11 UVV), stellt sich die Frage, ob eine leistungsbegründende natürliche Kausalität gegeben ist. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293, E. 2c; SVR 2003 UV Nr. 14, S. 43, U 86/02 E. 4). Die Beweislast liegt hier bei der versicherten Person. Bevor sich aber die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 [8C_354/2007]).

4.4 Im vorliegenden Fall ist festzuhalten, dass den Akten zwar kein formeller Fallabschluss zu entnehmen ist. Jedoch kann, wie in E. 4.2 dargelegt, ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob ursprünglich davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit mehr auftreten. Ob dies vorliegend der Fall gewesen ist, kann offengelassen werden. Wie in den nachfolgenden Erwägungen aufgezeigt wird, erweist sich die Frage, ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden ab Juli 2018 im Rahmen des Grundfalles zu beurteilen oder als Rückfall zu interpretieren sind, für die Beurteilung ihres Leistungsanspruchs als nicht massgebend.

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das So-zialversicherungsgericht 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 also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.2 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

5.3 Rechtsprechungsgemäss kann auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juni 2012, 8C_181/2012, E. 5.2 mit Hinweis). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (HANS KIND, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52).

6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen lediglich diejenigen Arztberichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.2 In der am 14. Juni 2010 durchgeführten MR-Arthrographie der linken Schulter wurden unter anderem eine subacromiale Enge mit Neigung zum subacromialen Impingement sowie eine intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne am Ansatz bei Tendinopathie II übriger distaler Sehnenanteile festgestellt.

6.3 Im Bericht vom 7. September 2010 diagnostizierte Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein posttraumatisches Impingementsyndrom links und einen Verdacht auf eine intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne lateral links. In der Folge wurde auf den 9. Dezember 2010 ein operativer Eingriff geplant. Gemäss Kreisarzt Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, sei diese Operation mindestens wahrscheinlich auf den Unfall vom 10. Mai 2010 zurückzuführen.

6.4 Am 9. Dezember 2010 führte Dr. D.____ den operativen Eingriff (Schulter-Arthroskopie und ventrale Acromioplastik links) durch. Er hielt im Operationsbericht unter anderem fest, sowohl die glenohumeralen Ligamente als auch die Subscapularis-, Supraspinatus- und Infraspinatussehnen seien intakt.

6.5 Dr. D.____ hielt im Bericht vom 7. März 2011 fest, es liege eine freie Schulterbeweglichkeit vor, ebenso erscheine ihm die Scapulafixation sehr gut. Die Beweglichkeit rein glenohumeral sei frei und die Schulter nicht überwärmt. Die Kraft für die Abduktion aus der Neutralstellung sei noch leicht vermindert und minim schmerzhaft. Er empfehle weiter intensives Training unter physiotherapeutischer Anleitung zur Verbesserung der Schulternzentrierung, Kräftigung der Rotatorenmanschette und Verbesserung des Scapula-Settings.

6.6 Die Versicherte holte bei Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Zweitmeinung ein. Er untersuchte sie am 20. Mai 2011 und am 29. Juni 2011. In seinem Bericht vom 1. Juli 2011 hielt er fest, in den letzten zwei Monaten habe es keine Änderungen der Beschwerden zur Voruntersuchung gegeben. Auf den MR-Bildern des letzten Jahres und den aktuellen MR-Bildern zeige sich eine umschriebene Ödemzone im posterioren Bereich des Supraspinatussehnenansatzes. Währenddem diese Ödemzone in den Röntgenbildern des letzten Jahres noch relativ ausgedehnt und auch vereinzelt Flüssigkeitseinlagerungen zu sehen gewesen seien, erscheine dieses Ödem nun weniger ausgeprägt im Sinne einer Unschärfe, aber ohne eigentliche Flüssigkeitseinlagerungen. Anderweitige Gelenkspathologien oder scharfe Kanten nach der Acromioplastik könne er nicht erkennen. In den Untersuchungen vom 27. April 2012 und 20. Juni 2012 stellte Dr. F.____ eine unveränderte volle Beweglichkeit fest. Jedoch bestehe eine lokale Druckdolenz im Bereich der langen Bicepssehne im Sulcus.

6.7 Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 5. März 2013 fest, er habe nach den Kriterien der Traditionellen Chinesischen Medizin eine Akupunkturtherapie durchgeführt. Die Beschwerden hätten sich sukzessive reduziert. Seit einem Monat habe die Versicherte keine Beschwerden mehr. Da sie in letzter Zeit ihre linke Schulter keiner grossen Belastung ausgesetzt habe, möchte er sie jedoch nicht als geheilt einstufen.

6.8 Im Zwischenbericht vom 28. Januar 2014 gab Dr. med H.____, FMH Allgemeine Medizin, an, wegen einer schweren depressiven Episode sei die Versicherte aus Krankheitsgründen nicht arbeitsfähig und die Schulterprobleme seien im Moment kaum vorhanden.

6.9 Am 28. Juni 2018 wurde ein MRI an der linken Schulter durchgeführt. Dabei wurde folgendes festgestellt: Tendinopathie der Supraspinatussehne mit interstitiellen Faserrissen betont zentrale und posteriore Anteile, keine Ruptur; Infraspinatussehne mit Tendinopathie und Partialläsion proximaler Sehnenstrang an der Insertion Tuberculum major; Subacromiale Enge bei leicht hakenförmigem Acromion, subacromiale Impingementsituation; Bursitis subacromialis/subdeltoidea; Bildmorphologisch keine Bizepspathologie, intakter Sehnenanker, intakter Labrumkranz.

6.10 Prof. B.____ hielt im Bericht über die Konsultation vom 16. Juli 2018 fest, die Beschwerdesymptomatik sei möglicherweise durch den Unfall bedingt. Insgesamt zeigten sich eine Bursitis, eine Tendinitis und eine subacromiale Enge bei kranialer Migration des Humeruskopfes mit Enthesopathie der linken Schulter.

6.11 Nach einer erneuten Konsultation am 22. Oktober 2018 vertrat Prof. B.____ die Meinung, das gesamte Therapiekonzept müsse von Anfang an aufgerollt werden. Zunächst sei eine konservative physiotherapeutische Behandlung durchzuführen. Rein von der ärztlichen Seite her habe sich die Situation kaum in den Griff bekommen lassen. Die bisherigen injektionstherapeutischen Behandlungen, medikamentösen Therapien und physiotherapeutischen Beübungen seien ohne Erfolg gewesen. Sollte sich unter der Beurteilung des Physiotherapeuten auch kein neuer Aspekt ergeben, würde er eine Cortison-Behandlung einleiten.

6.12 In seiner Stellungnahme vom 3. Dezember 2018 verneinte Kreisarzt Dr. C.____ die Frage, ob die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 10. Mai 2010 zurückzuführen seien, da im MRI vom 28. Juni 2018 kein Korrelat vorhanden sei, welches einen Zusammenhang zu den Beschwerden im Jahr 2010 herstelle.

6.13 Dr. C.____ hielt am 14. März 2019 an seiner Beurteilung vom 3. Dezember 2018 fest. Er führte aus, aufgrund der klinischen Befunde am 7. September 2010 zeige die Versicherte keinen Hinweis auf eine Rotatorenmanschetten-Beteiligung aufgrund des Unfallereignisses vom 10. Mai 2010. Dr. D.____ habe eindeutig intraoperativ eine intakte Subscapularis-, Supraspinatus- und Infraspinatussehne dokumentiert, womit bewiesen sei, dass durch das Ereignis vom 10. Mai 2010 überwiegend wahrscheinlich keine strukturell objektivierbaren Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette der linken Schulter entstanden seien. Überdies betonte er, dass die Versicherte in der MRI-Diagnostik vom 14. Juni 2010 ein Acromion Typ II nach Bigliani aufweise. Diese Normvariante des Acromions begünstige unfallfremd das Entstehen einer Impingementproblematik im Bereich des linken Schultergelenks. Schliesslich wies er darauf hin, dass in der aktuellen Bildgebung vom 28. Juni 2018 des linken Schultergelenks die Rede von einer Tendinopathie der Supraspinatussehne mit interstitiellen Faserrissen sei. Zusätzlich werde eine Infraspinatussehnen-Tendinopathie mit Partialläsion beschrieben. Es handle sich hier im Bereich der Rotatorenmanschette eindeutig um degenerative Veränderungen, welche nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Mai 2010 stünden.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen der Kreisarzt Dr. C.____ in seiner Beurteilung vom 14. März 2019 gelangte. Sie ging demzufolge davon aus, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin im Jahr 2018 gemeldeten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis am 10. Mai 2010 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei.

7.2 Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar den Berichten beratender Ärzte des Versicherungsträgers nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, ein solcher Bericht ist aber soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. E. 5.2 hiervor). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. C.____ zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass er sich hinreichend mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinandersetzt und insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin vermittelt. Er nimmt eine schlüssige Beurteilung der Kausalitätsfrage vor, indem er ausführt, dass durch das Ereignis vom 10. Mai 2010 überwiegend wahrscheinlich keine strukturell objektivierbaren Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette der linken Schulter entstanden seien. Seine Beurteilung steht zudem auch im Ein-

klang mit dem Gesundheitszustand, wie er in den vorhandenen medizinischen Unterlagen dokumentiert wird. Es liegt in den Akten kein Arztbericht vor, welcher dem kreisärztlichen Bericht von Dr. C.____ vom 14. März 2019 widersprechen würde.

7.3 Daran ändern auch die Ausführungen in der Beschwerde nichts. Die Beschwerdeführerin bringt vor, Dr. C.____ sei in seiner Beurteilung von einem unrichtigen Ablauf des Unfallereignisses ausgegangen. Dieser Auffassung kann nicht zugestimmt werden. Dr. C.____ gab lediglich zusammenfassend die Formulierungen aus der Schadenmeldung mit der ergänzenden Unfallbeschreibung der Beschwerdeführerin wieder. Des Weiteren kann auch reinen Aktenbeurteilungen voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. E. 5.3 hiervor). Dies ist vorliegend der Fall. Der medizinische Sachverhalt steht fest. Dr. C.____ beurteilte lediglich, ob zwischen den gemeldeten Beschwerden vom Juli 2018 und dem Unfall vom 10. Mai 2010 ein Kausalzusammenhang besteht. Nicht überzeugend ist auch die Rüge der Beschwerdeführerin, dass ohne formelle Prüfung der Frage, ob von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erwartet werden könne, die Kosten für weitere ärztliche und therapeutische Behandlungen nicht verweigert werden könnten. Dabei verkennt sie, dass es für die Ausrichtung von weiteren Leistungen eines Kausalzusammenhangs bedarf, welcher, wie vorstehend erläutert, im vorliegenden Fall nicht gegeben ist. Als nicht stichhaltig erweisen sich schliesslich auch die Einwände, bei der Beschwerdeführerin könne nicht von degenerativen Veränderungen gesprochen werden sowie Schulterbeschwerden würden sehr oft lange dauern und seien von der Behandlung her sehr heikel. Dr. C.____ hat in seinem Bericht vom 14. März 2019 nachvollziehbar ausgeführt, weshalb er den Kausalzusammenhang verneint und von degenerativen Veränderungen ausgeht.

7.4 Nach dem Gesagten stützte sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den kreisärztlichen Bericht vom 14. März 2019 und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den strittigen Leistungsanspruch verweigerte. Demgemäss erübrigt sich die Einholung eines externen medizinischen Gutachtens gemäss Eventualantrag. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Die gegen den Einspracheentscheid vom 14. August 2019 erhobene Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Gegen diesen Entscheid wurde am 15. Mai 2020 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. 8C_290/2020) erhoben.