

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/24 vom 21. April 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-04-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_24

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/24 du 21 avril 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/24 del 21 aprile 2021

Regeste

Art. 43 ATSG; Art. 6 UVG: Die medizinischen Akten erlauben weder die Beurteilung des Vorliegens einer Supraspinatussehnenruptur noch die Beurteilung der traumatischen oder degenerativen Natur der allfälligen Supraspinatussehnenläsion. Rückweisung zur Einholung eines Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. April 2021, UV 2019/24).

Volltext

Entscheid vom 21. April 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. UV 2019/24 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler, Falkensteinstrasse 1, Postfach, 9016 St. Gallen, gegen Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Helvetia Versicherungen, Rechtsdienst Personenversicherung, Postfach 99, 8010 Zürich Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war aufgrund ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft für die B.____ AG bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Helvetia) obligatorisch gegen Unfälle versichert, als sie am 14. Januar 2018 eine Treppe hinunterstürzte (UV-act. UM). Die Erstbehandlung erfolgte am Unfalltag beim Hausarzt Dr. Dr. med. C.____, welcher als Befunde eine schmerzhafte Beweglichkeit der rechten Schulter und der LWS erhob, die Diagnosen "Becken, LWS Prellung, Prellung re Schulter" stellte und der Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für voraussichtlich drei bis vier Wochen bescheinigte (UV-act. M1). Ab dem 27. Februar 2018 wurde der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit attestiert (UV-act. K12). Nach etwa drei Stunden musste die Versicherte wegen noch bestehender Schmerzen die Arbeit wieder abbrechen und ihren Arzt aufsuchen, welcher ihr wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Bericht von Dr. C.____ liegt nicht bei den Akten; vgl. UV-act. K9 und K10). Die B.____ AG kündigte das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten am selben Tag per 30. April 2018 (UV-act. K9 und K11). Am 5. April 2018 berichtete Dr. C.____ der Helvetia betreffend die Versicherte über eine Partialruptur der Extensoren Ellbogen rechts, eine Epikondylitis radial Ellbogen rechts sowie eine Lumbago (UV-act. M2; vgl. auch UV-act. M9). Dr. C.____ veranlasste zur Abklärung einer Rotatorenmanschettenruptur an der rechten Schulter eine MR-Arthrographie, welche am 16. April 2018 von Dr. med. D.____, Radiologie E.____, durchgeführt wurde. Die Untersuchung ergab laut Dr. D.____ einen 7 x 7 mm messenden durchgehenden Sehnendefekt im dorsalen Drittel der ansatznahen Supraspinatussehne im Sinne einer transmuralen Totalruptur. Von dort aus sei zudem eine nach lateral gerichtete

intratendinöse Delamination des ventralen sowie mittleren Drittels der Supraspinatussehne erfolgt. Im Übrigen handle es sich um ein reguläres Kernspintomogramm des Schultergelenks bei Nachweis einer intakten Infraspinatus-, Subscapularis- und Bizepssehne (UV-act. M4). Am 17. April 2018 hielt Dr. med. F.____ als beratender Arzt der Helvetia fest, es sei wahrscheinlich, dass unfallfremde Beschwerden den Heilverlauf beeinflussten, da die lange Arbeitsunfähigkeit durch die Unfallfolgen nicht zu erklären sei (UV-act. M3). Am 24. April 2018 ergänzte er nach Kenntnisnahme des MRI vom 16. April 2018, die Arbeitsunfähigkeit stehe nur möglicherweise in Zusammenhang zum Unfallereignis, da Letzteres nicht geeignet gewesen sei, die Rotatorenmanschette wie im MRI beschrieben zu verletzen. Es zeige sich keine frische Läsion. Der Status quo sine sei ab jetzt erreicht (UV-act. M5). Anlässlich des Besuchs eines Inspektors der Helvetia vom 25. April 2018 berichtete die Versicherte betreffend das Ereignis vom 14. Januar 2018, dass sie frühmorgens mit dem Hund aus dem Haus habe gehen wollen. Sie habe sich zur Wohnungstüre hinaus in den Korridor des Mehrfamilienhauses in Richtung Treppe begeben. Diese befände sich ca. einen Meter von der Türe entfernt. Sie habe geglaubt, noch weiter weg von der obersten Stufe zu sein, da sie diese aufgrund der leichten Verzögerung des automatischen Lichts nicht gesehen habe. Gleichzeitig habe der Hund leicht gezogen. Sie sei über die oberste Stufe gerutscht, dann die zehnstufige Treppe hinuntergefallen und unten auf dem Zwischenboden zu liegen gekommen. Allem Anschein nach sei sie auf die rechte Körperseite gefallen und auf dem Rücken die Treppe hinuntergerutscht (UV-act. S11). Am 26. April 2018 besuchte die Versicherte die orthopädisch-unfallchirurgische Sprechstunde von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, H.____ AG. Dieser stellte die Diagnose traumatische Supraspinatussehnenruptur Schulter rechts bei Status nach Sturz auf einer Treppe vom 14. Januar 2018 und hielt fest, bisher sei die Versicherte nur passiv in der Physiotherapie behandelt worden. Seines Erachtens sollte zuerst ein dezidiertes konservativer Behandlungsansatz verfolgt werden. Bis zur klinischen Kontrolle in ca. sechs Wochen bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. M6). Mit Schreiben vom 2. Mai 2018 teilte die Helvetia der Versicherten mit, dass der Status quo sine per 24. April 2018 erreicht gewesen sei. Somit hätten ihre Versicherungsleistungen mit dem 24. April 2018 geendet (UV-act. K23). Am 11. Mai 2018 informierte die Versicherte die Helvetia darüber, dass sie mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden sei (UV-act. K24). Am 19. Mai 2018 infiltrierte Dr. G.____ die rechte Schulter der Versicherten mit Bupivacain/Kenacort, da die medikamentöse Therapie nicht angeschlagen habe (UV-act. M13.2). Am 11. Juni 2018 fand der nächste Untersuch bei Dr. G.____ statt. Dabei berichtete die Versicherte erneut über persistierende Schmerzen. Nach der Infiltration habe sich allenfalls für ein paar Tage eine gewisse Schmerzlinderung eingestellt; dann hätten die Beschwerden wieder zugenommen (UV-act. M12). Am 4. Juli 2018 unterzog sich die Versicherte bei Dr. G.____ einer Arthroskopie der rechten Schulter mit sub-akromialem Débridement. Dabei stellte der Facharzt die intraoperativen Diagnosen degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette und subakromiale Bursitis. Eine transmurale Rotatorenmanschettenruptur konnte er nicht feststellen (UV-act. M13.4). Bei der ersten postoperativen Verlaufskontrolle vom 19. Juli 2018 berichtete die Versicherte Dr. G.____ über eine deutliche Schmerzregredienz im Vergleich zur präoperativen Situation. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten Konsultation am 20. August 2018 (UV-act. M11). Die Helvetia ersuchte Dr. med. I.____, Vertrauensarzt und Facharzt FMH für Chirurgie, Medizinische Begutachtung CMG GmbH, um eine Stellungnahme (vgl.

UV-act. K30), welche dieser am 28. Juli 2018 in Kenntnis der bis 26. April 2018 datierenden Akten (vgl. UV-act. M9 S. 1 ff.) erstattete. Er kam zum Schluss, dass die Supraspinatussehnenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend sei. Unter Hinweis auf eine Publikation von Alfred Schönberger/Gerhard Mehrrens/Helmut Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, hielt er fest, es liege kein geeigneter Unfallmechanismus vor, um eine Supraspinatussehne zu zerreißen. Es handle sich um eine Prellung der Schulter. Diese könne nicht besonders heftig gewesen sein, da im Erstbefund keine Hämatome, Hautabschürfungen oder Ähnliches beschrieben worden seien und im MRI kein adäquates Knochenmarksignal zu erkennen sei. Die Akromionform Typ II nach Bigliani begünstige einen vorzeitigen Verschleiss der Supraspinatussehne. Der Status quo ante sei spätestens sechs Wochen nach dem angeschuldigten Trauma wieder erreicht; die darüber hinaus bestehenden Beschwerden seien mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge der degenerativ bedingten Supraspinatussehnenruptur (UV-act. M9). Am 6. August 2018 verfügte die Helvetia, dass die Beschwerden an der linken (richtig: rechten) Schulter sowie dem Rücken nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Unfall vom 14. Januar 2018 seien. Sie sei ab 1. März 2018 nicht mehr leistungspflichtig. Entgegenkommenderweise verlange sie die bereits bis zum 24. April 2018 entrichteten Leistungen nicht zurück (UV-act. K31). Im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 20. August 2018 hielt Dr. G.____ fest, die Versicherte klage über ganz wenige Beschwerden. Sie habe deutlich von der Operation profitiert. Die Rotatorenmanschette habe sich bei der Austestung unauffällig gezeigt. Bis zum 9. September 2018 bestehe noch eine 100%ige und dann bis zur abschliessenden Kontrolle vom 1. Oktober 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. M10). Die Versicherte liess am 4. September 2018 durch Rechtsanwalt lic. iur. L. Häusermann, St. Gallen, Einsprache gegen die Verfügung vom 6. August 2018 erheben. Sie beantragte die Aufhebung dieser Verfügung und die Erbringung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere die Durchführung weiterer Abklärungen (UV-act. K32 sowie K32.1 bis 4). Bei der Verlaufskontrolle bei Dr. G.____ vom 1. Oktober 2018 zeigte sich klinisch noch keine vollständige Regredienz der Beschwerden. Der Chirurg stellte weiterhin eine Minderung der Beweglichkeit um ca. 10° in der Elevation fest. Die Versicherte berichtete, seit sie die Arbeit in der Reinigung wieder zu 50 % aufgenommen habe, habe sie erneut Schmerzen über dem anterioren Aspekt der rechten Schulter. Der Chirurg empfahl, die Arbeitsfähigkeit für die nächsten vier Wochen bei 50 % zu belassen (UV-act. M13.7). Seinem nächsten Bericht vom 19. November 2018 ist zu entnehmen, dass sich ca. drei Monate postoperativ eine gute Situation zeige, wengleich die Versicherte nicht vollends beschwerdefrei sei. Bei Bedarf würde die Versicherte sich wieder melden (UV-act. M13.8). Im Rahmen des Einspracheverfahrens ersuchte die Helvetia Dr. I.____ erneut um seine Einschätzung. Er hielt mit Beurteilung vom 10. Dezember 2018 daran fest, dass der Status quo sine nach sechs Wochen erreicht worden sei. Das Ereignis vom 14. Januar 2018 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes geführt. Die Operation sei nicht notwendig gewesen, Infiltrationen und Physiotherapien hätten völlig ausgereicht. Ein Débridement von entzündlichem Gewebe sei keine zwingende Indikation für eine Operation (UV-act. M14). Mit Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 wies die Helvetia die Einsprache der Versicherten ab (UV-act. K45). Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch Rechtsanwalt Häusermann mit Eingabe vom 4. März 2019 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die

Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Helvetia (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Mit der Beschwerde liess die Beschwerdeführerin dem Gericht unter anderem den Befund einer Arthro-MRI der rechten Schulter der Radiologie E. ___ vom 27. Februar 2019 zukommen. Dieses zeigte gemäss Dr. med. J. ___ eine "komplett durchgehende, nun bis 4 mm lang klaffende (Re-)Ruptur der Supraspinatussehne unmittelbar am Ansatz in der ventralen bis mittleren Position und mittelgradige longitudinale interstitielle Aufsplitterung/Partialläsion des dorsalen Supraspinatussehnedrittels wie auch teilweise der übrigen mittleren bis ventralen SST-Sehnenportion auf einer Länge bis knapp 2 cm proximal des Ansatzes. Leichte Tendinose der langen Bizepssehne intraartikulär im horizontalen Abschnitt. Vermutlich konstitutionell nur sehr schmalkalibrig angelegtes/hypoplastisches mittleres gleno-humerales Ligament. Weiterhin reguläres übriges Arthro-Kernspintomogramm der rechten Schulter" (act. G1.16). In der Beschwerdeantwort vom 4. April 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Abweisung der Beschwerde (act. G3). Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (vgl. act. G4 bis G7). Am 15. Juli 2019 liess Rechtsanwalt Häusermann dem Gericht zusätzliche Arztberichte zukommen (act. G8 sowie G8.1.1 bis 8.1.7). Laut Bericht von Dr. med. K. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie L. ___ AG, vom 13. März 2019 hatten bei der Beschwerdeführerin nach der Operation vom Juli 2018 Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter persistiert und er hatte unter Hinweis auf die Verlaufskernspintomographie vom Februar 2019 bei nachgewiesener transmuraler Läsion der Supraspinatussehne und entsprechender Symptomatik ein operatives Vorgehen empfohlen (act. G8.1.1). Am 20. März 2019 hatte Dr. C. ___ ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei am 14. Januar 2018 mit multiplen Verletzungen in seine Praxis gekommen. Bei der Untersuchung habe er Prellungen an LWS, Becken und Schulter rechts sowie diverse Schürfwunden feststellen können. Da die Schulter rechts nach mehreren Wochen immer noch stark geschmerzt habe, sei ein MRI durchgeführt worden (act. G8.1.2). Am 26. März 2019 war die Beschwerdeführerin erneut bei Dr. K. ___ vorstellig geworden, woraufhin dieser am 30. März 2019 berichtet hatte, bei nachgewiesener transmuraler Läsion der Supraspinatussehne und Schmerzsymptomatik habe er der Beschwerdeführerin weiterhin ein operatives Vorgehen empfohlen. Sie wünsche dieses nun auch durchführen zu lassen (UV-act. M15). Der Chirurg hatte die Beschwerdeführerin für die Zeit vom 27. März bis 4. Juni 2019 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (act. G8.1.4). Am 1. April 2019 hatte er gegenüber Rechtsanwalt Häusermann erklärt, seines Erachtens sei die ursprüngliche Traumatisierung der Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Abfangen eines Sturzes auf der Treppe entstanden. Vor dem Ereignis sei die Beschwerdeführerin vollständig beschwerdefrei gewesen. Nach dem Ereignis sei sie auch nach einem operativen Eingriff, bei dem die Sehnenläsion nicht habe dargestellt werden können, nicht beschwerdefrei geworden und im Verlauf habe sich eine Grössenzunahme der Läsion gezeigt (act. G8.1.5). Am 24. April 2019 hatte sich die Beschwerdeführerin bei Dr. K. ___ einer Schulterarthroskopie mit plastischer Rekonstruktion der Supraspinatussehne rechts unterzogen (act. G8.1.6). Am 7. Juni 2019 hatte Dr. K. ___ dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin erklärt, er sei der Meinung, dass es sich um ein unfallbedingtes Geschehen handle. Dies entspreche auch der Zweitbeurteilung des Radiologen Dr. D. ___ (diese liegt nicht bei den Akten; act. G8.1.7). Am 30. Oktober 2019 informierte Rechtsanwalt Häusermann das Gericht darüber, dass sein Mandat beendet sei

und die Beschwerdeführerin neu durch Rechtsanwältin lic. iur. Ch. Rempfler, St. Gallen, vertreten werde (act. G10). Am 18. November 2019 reichte Rechtsanwalt Häusermann seine Honorarnote zu den Akten (act. G12 und 12.1). Mit Schreiben vom 18. August 2020 ersuchte das Gericht Rechtsanwältin Rempfler um Entbindung von Dr. G. ___ vom Arztgeheimnis (act. G21), welche beim Gericht am 1. September 2020 einging (act. G22). Am Folgetag ersuchte das Gericht Dr. G. ___ um Beantwortung einiger Fragen (act. G23). Das Antwortschreiben datiert vom 11. September 2020. Darin erklärt Dr. G. ___, er könne biologisch-medizinisch nicht ausschliessen, dass die Ruptur der Supraspinatussehne gemäss MRI vom 16. April 2018 anlässlich der Operation vom 4. Juli 2018 vorhanden gewesen sei. Die Ruptur sei jedoch weder von Gelenkseite noch von subakromial zu sehen gewesen. Dass auch die bildgebende Diagnostik mittels MRI ihre Limite erfahre, komme in diesem Fall deutlich zum Vorschein. Eine 100%ig sichere Untersuchung gebe es nicht. Dies zeige sich vor allem in der zunächst postulierten 7 x 7 mm grossen transmuralen Ruptur im posterioren Bereich, die sich in der zweiten Untersuchung vor allem im anterioren Bereich zeige. Es gebe keinen ersichtlichen und medizinisch sinnvollen Erkenntnisstand, der eine spontane Heilung einer 7 x 7 mm transmuralen Ruptur an der Supraspinatussehne erklären und an anderer Stelle erscheinen lasse (act. G24). Dr. G. ___s Stellungnahme wurde den Parteien am 25. September 2020 zugestellt (act. G25). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich am 15. Oktober 2020 dazu (act. G28) und die Beschwerdeführerin am 4. Januar 2021 (act. G33). Diese Stellungnahmen wurden am 11. Januar 2021 je der Gegenseite zur Kenntnis gebracht (act. G34). Erwägungen Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Januar 2018 und richtete entsprechend Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) aus der Unfallversicherung aus. Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 28. Februar (Zeitpunkt, zu welchem der Beschwerdegegnerin zufolge der Status quo sine vel ante eingetreten ist) resp. 24. April 2018 (Zeitpunkt, bis zu welchem die Beschwerdegegnerin Leistungen ausgerichtet hat; vgl. UV-act. K31 S. 1). Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f. mit Hinweisen; siehe dazu André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Barbara Klett/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2; KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6;

BSK UVG-Hofer, N 66, 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Locher/ Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dies trifft 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C_354/2007, E. 2.2). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange

umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. 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 (zum Ganzen BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 130 zu Art. 61). Auch den Berichten beratender Ärzte und Ärztinnen von Versicherungen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis von Abklärungen beratender Ärzte und Ärztinnen kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1 mit Hinweis). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, Sonographie, Kernspintomographie, Computertomographie, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Vorerst gilt es deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 14. Januar 2018 strukturelle Verletzungen erlitten hat. Während diese davon ausgeht, sich beim Sturz eine Supraspinatussehnenläsion zugezogen zu haben (act. G1, G8 und G33), ist die Beschwerdegegnerin der Ansicht, dass eine solche nicht ausgewiesen sei (UV-act. K45, act. G3 und G28). Letztere geht als Unfallfolge lediglich von einer Verschlimmerung eines Vorzustandes in Form einer Prellung aus, welche spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis wieder abgeheilt gewesen sei (vgl. Beurteilung von Dr. I.____ vom 28. Juli 2018 in UV-act. M9 sowie UV-act. K31 und K45). Bei der Beschwerdeführerin wurde am 16. April 2018 erstmals eine MR-Arthrographie der rechten Schulter vorgenommen, da diese Schulter mehrere Wochen nach dem Sturz vom 14. Januar 2018 immer noch stark schmerzte (vgl. act. G8.1.2 sowie UV-act. M4). Laut Dr. D.____ zeigte sich in der Bildgebung eine komplex konfigurierte Läsion der Supraspinatussehne, einerseits mit Nachweis eines durchgehenden bis 7 x 7 mm messenden Sehndefekts im ansatznahen Abschnitt des dorsalen Sehnedrittels und andererseits mit einer von dort aus erfolgten nach lateral gerichteten Delamination der Supraspinatussehne im mittleren und ventralen Sehnedrittels (UV-act. M4). Dr. G.____ erhob in den Sprechstunden vom 26. April und 11. Juni 2018 auffällige Befunde für eine Supraspinatussehnenläsion anhand entsprechender Untersuchungen und Tests (UV-act. M6 und M12). Anlässlich der Operation vom 4. Juli 2018 konnte er keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur feststellen. Er diagnostizierte intraoperativ degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette und eine subacromiale Bursitis

(UV-act. M13.4). Das nächste Arthro-MRI vom 27. Februar 2019 zeigte laut Dr. J.____ eine komplett durchgehende, nun bis 4 mm klaffende (Re-)Ruptur der Supraspinatussehne unmittelbar am Ansatz in der ventralen bis mittleren Portion und eine mittelgradige longitudinale interstitielle Aufsplitterung/Partialläsion des dorsalen Supraspinatussehnedrittels wie auch teilweise der übrigen mittleren bis ventralen Supraspinatussehnenportion auf einer Länge bis knapp 2 cm proximal des Ansatzes (act. G1.16). Hinsichtlich dieses uneinheitlichen und Fragen aufwerfenden Verlaufs in der Bildgebung liegt keine Einschätzung eines beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vor. Dr. C.____ zufolge zeigte das zweite Arthro-MRI, dass die "Ruptur immer noch vorhanden" sei (act. G8.1.2). Dr. K.____ weist darauf hin, dass eine Sehnenverletzung intraoperativ nicht habe festgestellt resp. dargestellt werden können und dass die kernspintomographische Untersuchung vom 27. Februar 2019 eine Grössenzunahme der Läsion gezeigt habe (act. G8.1.1 und G8.1.5). Dr. G.____ erklärt demgegenüber, ein Vorhandensein der Läsion anlässlich der Operation vom 4. Juli 2018 lasse sich biologisch-medizinisch zwar nicht ausschliessen, die Ruptur sei aber von Gelenkseite wie auch von subakromial nicht zu sehen gewesen. Dass auch die bildgebende Diagnostik mittels MRI einmal ihre Limite erfahre, zeige sich vorliegend deutlich. Eine 100%ig sichere Untersuchung gebe es nicht. Dies zeige sich vor allem in der zunächst postulierten 7 x 7 mm grossen transmuralen Ruptur im posterioren Bereich, die sich in der zweiten Untersuchung vor allem im anterioren Bereich gezeigt habe (act. G24). Eine von Dr. D.____ am 30. April 2020 (wohl eher 2019) vorgenommene Einschätzung ist nicht aktenkundig (vgl. Hinweis von Dr. G.____ in act. G24, zweitletzter Absatz). Es sind also unterschiedliche medizinische Beurteilungen hinsichtlich des Vorliegens einer allfälligen Läsion der Supraspinatussehne aktenkundig. Das Gericht vermag gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage nicht zu beurteilen, ob bei der Beschwerdeführerin eine solche vorlag oder nicht. Sollte sich die allfällige Supraspinatussehnenläsion nicht als ohnehin degenerativer Natur erweisen (vgl. hierzu nachfolgend E. 4), hätte die Beschwerdegegnerin ihre Untersuchungspflicht verletzt. Folglich gilt es nun zu prüfen, ob die degenerative oder die traumatische Natur der bei der Beschwerdeführerin eventuell bestehenden Supraspinatussehnenläsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Währenddem eine Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die aktenbasierten Einschätzungen ihrer beratenden Ärzte Dr. F.____ (Beurteilungen vom 17. und 24. April 2018, UV-act. M3 und M5) und Dr. I.____ (Beurteilung vom 28. Juli 2018, UV-act. M9, und Stellungnahme vom 10. Dezember 2018, UV-act. M14) verneint wird, vertritt die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Stellungnahmen von Dr. K.____ vom 1. April und 7. Juni 2019 den gegenteiligen Standpunkt (act. G8, 8.1.5 und 8.1.7). Auch bestreitet sie die Beweiskraft der Einschätzungen der Dres. F.____ und I.____ (act. G1). Die Dres. F.____ und I.____ stellen sich auf den Standpunkt, dass das Unfallereignis nicht geeignet gewesen sei, eine Supraspinatussehne zu zerreißen (vgl. UV-act. M5 und M9 S. 2). Dr. F.____ begründet seine Einschätzung nicht (UV-act. M5) und Dr. I.____ zitiert eine Literaturstelle, gemäss welcher die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) nicht geeignet sei, eine Supraspinatussehne als wesentliche Teilursache bei bestehender Degeneration zu zerreißen. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette könnten diese zerreißen (UV-act. M9 S. 2). Die Beschwerdeführerin lässt in diesem Zusammenhang in der Beschwerde vorbringen, am Unfallort befinde sich eine Wanddecke, welche geradezu einlade, beim Sturz reflexartig zu versuchen, sich mit der rechten Hand festzuhalten (act. G1 Ziff. III/25). Die Beschwerdeführerin erklärte gegenüber

dem Inspektor der Beschwerdegegnerin, sie habe frühmorgens mit dem Hund aus dem Haus gehen wollen. Sie habe sich zur Wohnungstüre hinaus in den Korridor des Mehrfamilienhauses Richtung Treppe begeben. Diese sei ca. einen Meter von der Türe weg. Sie habe geglaubt, noch weiter weg von der obersten Stufe zu sein, da sie diese aufgrund der leichten Verzögerung des automatischen Lichts nicht gesehen habe. Gleichzeitig habe der Hund gezogen. Sie sei über die oberste Stufe gerutscht, die zehnstufige Treppe hinuntergefallen und auf dem Zwischenboden zu liegen gekommen (UV-act. SII Ziff. 1). Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt gemäss Literatur also in der Regel nicht durch ein direktes Anpralltrauma, sondern durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung, mit der die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird (Swiss Medical Forum, Ausgabe 2019/15-16, Übersichtsartikel, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, mitwirkend Mitglieder der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics, zu finden unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.03247>, abgerufen am 14. April 2021, S. 263 [nachfolgend zitiert: Swiss Medical Forum]; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinie/033-0411_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04_02.pdf, abgerufen am 14. April 2021 [nachfolgend zitiert: AWMF-Leitlinien]). Das Bundesgericht gibt in seinem Urteil vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, E. 5.2.2, die vorgenannten Unfallmechanismen wieder und geht gestützt auf eine weitere Publikation (vgl. E. 5.2.3 des Urteils sowie UV-act. M9 S. 2) davon aus, dass die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) ein ungeeigneter Hergang für eine Rotatorenmanschettenbeschädigung sei, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und durch den Delta-Muskel gut abgeschirmt sei. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat in seinen bisherigen Entscheiden auf das vorgenannte Bundesgerichtsurteil abgestellt und ein (als einziges Element bestehendes) direktes Anpralltrauma der Schulter als bedeutsamen Faktor gegen eine traumatische Genese einer Rotatorenmanschettenläsion gewertet. In einer Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 widersprechen nun vier Experten (Prof. Dr. med. M.____, Prof. Dr. med. N.____, Prof. Dr. med. O.____, Prof. Dr. med. P.____) im Namen der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates Swiss Orthopaedics der Auffassung des Bundesgerichts und gelangen zum Schluss, dass ein direktes Schultertrauma durchaus zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könne (Stellungnahme zu finden unter <https://www.schadenanwaelte.ch/wp-content/uploads/2020/10/Orthopaeden-Bundesgericht.pdf>, abgerufen am 14. April 2021; nachfolgend zitiert: Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie). Die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie gibt an, die aktuelle, internationale Literatur nochmals genau gesichtet

und systematisch nach Artikeln gesucht zu haben, die über akute, rein traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenrupturen berichten. Sie führt die von ihr durchgesehenen Artikel an und hält fest, ihnen könne zusammenfassend entnommen werden, dass ein direktes Schultertrauma durchaus ein überwiegend wahrscheinlicher Mechanismus für eine akute/traumatische Rotatorenmanschettenruptur sein könne und sogar einer der häufigsten Mechanismen sei. Das Bundesgerichtsurteil sei demgegenüber nicht wissenschaftlich begründet, basiere auf einer veralteten Expertenmeinung und ignoriere aktuelle, auf neuster Literatur basierende Meinungen von Schulterexperten. Wenn das Bundesgericht seine Entscheide auf aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse höchstmöglicher Evidenz abstütze, könne das fragliche Urteil nicht als richtungweisend angesehen werden. Bereits in dem von der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie im Swiss Medical Forum veröffentlichten Artikel (a.a.O.) hatte sich zwar die Expertengruppe den in fünf Studien beschriebenen, zur Verletzung führenden Mechanismen einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion angeschlossen, doch war sie davon ausgegangen, dass bei einer nicht genannten Schädigung, wie einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm, ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne. Zur konkreten Begründung im Bundesgerichtsurteil - die Rotatorenmanschette sei durch das darüber liegende Schulterdach (Acromion) und den Deltoideusmuskel vor einer Gewalteinwirkung geschützt - erklärte die Expertengruppe, dass diese Hypothese in keinem der von ihr gesichteten Artikeln durch eine biomechanische oder klinische Studie untermauert werde. Angesichts dessen, dass der Artikel der Expertengruppe im Swiss Medical Forum im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung von Rotatorenmanschettenläsionen vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen immer als wegweisend erachtet wurde und der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin in der Regel basierend auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen zu erbringen ist (vgl. Erwägung 2.1), sieht das Versicherungsgericht keinen Grund, künftig nicht auch die plausible und nachvollziehbare Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 zu berücksichtigen (vgl. diesbezüglich Entscheid des hiesigen Gerichts vom 20. April 2021, UV 2020/22). Angesichts des in E. 4.2.3 Ausgeführten bestehen an der Einschätzung Dr. I.__s bereits deshalb Zweifel, weil er ohne weitere Begründung und gestützt auf eine anscheinend überholte Publikation eine Kontusion als geeigneten Verletzungsmechanismus für die allfällige Supraspinatussehnenruptur ausschloss. Aus den Akten geht darüber hinaus nicht hervor, in welcher Position der rechte Arm der Beschwerdeführerin sich beim Sturz befunden hat, ob die Beschwerdeführerin allenfalls versucht hat, sich mit dem Arm aufzufangen oder abzustützen, und ob sie die Hundeleine in der rechten Hand gehalten hat, womit sich ihr rechter Arm beim Sturz nicht in angelegter Position befunden haben dürfte. Nach Ansicht des Gerichts wäre jedoch die Beantwortung dieser Fragen für den Fall, dass nicht bereits gestützt auf das in E. 4.2.3 Ausgeführte von einem geeigneten Unfallmechanismus auszugehen wäre, notwendig, um beurteilen zu können, ob der Unfallmechanismus wirklich nicht geeignet gewesen ist, die Supraspinatussehne - wenn auch nur im Sinne einer wesentlichen Teilursache - zu zerreissen. Der alleinige Hinweis der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin habe Gelegenheit gehabt, dem Schadeninspektor den Sachverhalt des Ereignisses vom 14. Januar 2018 umfassend und frei zu schildern (act. G3 Ziff. II/3), vermag jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass während des Treppensturzes eine Zugkraft auf die rechte Schulter der Beschwerdeführerin eingewirkt hat. So plötzlich und unerwartet eintretende bzw. sich schnell abspielende

Geschehen, wie ein Sturz auf einer Treppe, werden nicht immer in sämtlichen Einzelheiten wahrgenommen. Gestützt auf die Schilderung des Unfallhergangs kann, wie gesagt, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin sich mit dem rechten Arm abgestützt hat. Ein Abstütztrauma erscheint jedenfalls bei einem Treppensturz ohne Weiteres vorstellbar, und dass dies mit dem dominanten rechten Arm (vgl. UV-act. SI1 Ziff. 3) geschehen sein könnte, ist keineswegs auszuschliessen. Angesichts des Umstandes, dass das Geländer der fraglichen Treppe sich von oben her gesehen auf der linken Seite befindet (UV-act. SI1 Ziff. 1, Foto), wäre es sodann naheliegend, dass die Beschwerdeführerin die Hundeleine in ihrer rechten, dominanten Hand hielt. Auch dieser Umstand spricht dafür, dass sie nicht mit angelegtem Arm gerade auf den Rücken gefallen sein dürfte. Damit würde ein auch laut der von Dr. I.____ zitierten medizinischen Literatur geeigneter und typischer Verletzungsmechanismus für eine indirekt traumatisch verursachte Schädigung der Rotatorenmanschette vorliegen. In den Akten fehlt es bislang an medizinischen Einschätzungen, welche sich auch mit diesen Eventualitäten auseinandersetzen. Auch die Feststellung von Dr. I.____, die Prellung an der Schulter könne nicht besonders heftig gewesen sein, da im Erstbefund keine Hämatome, Hautabschürfungen oder ähnliches beschrieben worden seien (UV-act. M9 S. 2), vermag angesichts des Berichts von Dr. C.____ vom 20. März 2019 nicht zu überzeugen. Darin erklärt der Hausarzt von der Schilderung Dr. I.____s abweichend, bei der Erstuntersuchung diverse Schürfungen festgestellt zu haben (vgl. act. G8.1.2). Das Dr. I.____ zufolge im MRI vom 16. April 2018 fehlende adäquate Knochenmarksignal (bone bruise; vgl. UV-act. M9 S. 2 f.) vermag das Gericht alleine nicht davon zu überzeugen, dass anlässlich des Sturzes vom 14. Januar 2018 keine Traumatisierung der Sehne stattgefunden hat. Denn einerseits wurde das MRI erst mehr als drei Monate nach dem Unfallereignis erstellt, weshalb eine Rückbildung eines allenfalls vorher vorhandenen Knochenmarksignals denkbar ist. Andererseits ist ohne weitere Erklärungen nicht nachvollziehbar, inwiefern ein Bone bruise bzw. eine Knochenverletzung eine bedeutsame Begleitverletzung einer Rotatorenmanschettenruptur, d.h. einer Sehnenverletzung, sein soll. Ausführungen zum zeitlichen Verlauf nach dem Sturz hat weder Dr. F.____ noch Dr. I.____ gemacht. Da die Beschwerdeführerin sich bereits einige Stunden nach dem Treppensturz in Behandlung begeben hat, dabei unter anderem eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter erhoben wurde (UV-act. M1) und ihre Schmerzen an der rechten Schulter laut Dr. C.____ nach mehreren Wochen immer noch stark waren (act. G8.1.2), spricht der zeitliche Ablauf jedenfalls nicht gegen eine Traumatisierung der Rotatorenmanschette. Dr. I.____ weist darauf hin, dass die Akromionform Typ II nach Bigliani einen vorzeitigen Verschleiss der Supraspinatussehne begünstige (UV-act. M9 S. 3). Laut Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie wird jedoch die Morphologie des Akromions als ursächlicher Faktor für die Entstehung einer Rotatorenmanschettenläsion in der Literatur kontrovers diskutiert. Die Morphologie des Akromions nach Bigliani und der abfallende Akromionverlauf würden nicht eindeutig mit Läsionen der Rotatorenmanschette assoziiert. Die einzige eindeutig mit Rotatorenmanschettenläsionen assoziierte Veränderung sei eine Azetabulisierung des Akromions (Swiss Medical Forum, S. 263 f.). Eine Azetabulisierung des Akromions befundete weder Dr. D.____ am 16. April 2018 (vgl. UV-act. M4) noch Dr. J.____ am 27. Februar 2019 (act. G1.16), weshalb die Befundsituation keine Hinweise auf bedeutsame Vorzustände ergibt, welche eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion als unwahrscheinlicher erscheinen liessen als eine degenerative Rotatorenmanschettenläsion. Damit bestehen aber auch in dieser Hinsicht Zweifel an der Einschätzung Dr. I.____s.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen von Dr. I.____ und Dr. F.____, wonach die im Leistungseinstellungszeitpunkt allenfalls vorliegende Supraspinatussehnenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur sei, Zweifel bestehen. Dem Gericht ist es nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob es sich bei der allenfalls vorliegenden Supraspinatussehnenläsion um eine (teil-)traumatische Verletzung oder um einen degenerativen Vorzustand handelt (vgl. vorstehend E. 4). Wie bereits in Erwägung 3 ausgeführt, mangelt es darüber hinaus an der Klärung des Vorliegens einer Supraspinatussehnenläsion. Angesichts des Gesagten wäre die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Einholung einer nicht vorbefassten Begutachtung verpflichtet gewesen (BGE 135 V 470 E. 4.4). Nachdem - wie gesagt - bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie eine solche nachzuholen haben. Dafür wird sie die von Dr. G.____ am 11. September 2020 gegenüber dem Gericht erwähnte Einschätzung von Dr. D.____ vom 30. April 2020 (oder 2019; vgl. act. G24 S. 2) zu den Akten nehmen müssen. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer nicht durch einen beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin durchzuführende Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 30. Januar 2019 (UV-act. K45) dem Eventualantrag folgend gutzuheissen. Die Streitsache ist zur ergänzenden Abklärung im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Angesichts der Schwierigkeit des Falles, der Art und des Umfangs der Bemühungen und der Bedeutung der Streitsache erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Damit sind die mittels Honorarnote vom 18. November 2019 geltend gemachten Fr. 3'100.-- (act. G12.1) und der weitere (überschaubare) Aufwand für die Beweismassnahme zzgl. Barauslagen und MWST ermessensweise abgedeckt. Da die Parteientschädigung der Beschwerdeführerin, und nicht ihren Rechtsvertretern zuzusprechen ist, kommt eine anteilmässige Zusprache an den ehemaligen Rechtsvertreter und die aktuelle Rechtsvertreterin, wie sie von Rechtsanwalt Häusermann verlangt wird (act. G12), nicht in Frage. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.