

BL_GERICHTE 725 14 37 / 158 vom 5. August 2013

BL Gerichte, 2013-08-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725 14 37 _ 158](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_14_37_158)

FR: BL_GERICHTE 725 14 37 / 158 du 5 août 2013

IT: BL_GERICHTE 725 14 37 / 158 del 5 agosto 2013

Regeste

Leistungen (2010.41554.11.3)

Erwägungen

E. 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 Unfallversicherungen anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befand sich dieser zu diesem Zeitpunkt in G. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichtes 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 aus dem Bereich der Unfallversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG ist die Beschwerde innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides einzureichen. Die Rechtsmittelfrist ist vorliegend gewahrt, weshalb auf die im Übrigen formgerecht erhobene Beschwerde einzutreten ist.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Dezember 2011 stehen und ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

E. 2.1

Gemäss 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. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistung so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

E. 2.2

Für alle diese Leistungen hat der Unfallversicherer jedoch nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2). 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 einer gesundheitlichen Störung 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 hinweggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 337 E. 14 je mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (vgl. BGE 125 V 456 E. 5c, 123 V 98 E. 3b je mit Hinweisen). 3.1 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 anders gearteten Krankheitsbild führen können (vgl. BGE 118 V 296 E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327f. E. 2). 3.2 Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). 3.3 Der Fallabschluss hat jeweils in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4; Art. 124 UVV). 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 (BGE 134 V 145). Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies 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 verlaufenden Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2004, U 344/03, E. 3.3) bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehene über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen. Dies setzt nicht zwingend eine durchgängige ärztliche Behandlung voraus (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2006, U 12/06, E. 4.3 und 4.3.2).

3.4. Sind die geltend gemachten Beschwerden unter dem Titel Grundfall zu prüfen, so obliegt es dem Versicherer darzutun, dass diese mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemeinen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind, da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328). Sind die Beschwerden jedoch im Rahmen eines Rückfalles oder als Spätfolge zu prüfen (Art. 11 UVV), so liegt die Beweislast bei der versicherten Person. Bevor sich diese Frage 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_345/2007).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie insbesondere der Feststellung des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die vorliegenden Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe abzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

4.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts ist 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. 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c je mit Hinweisen). Auch einem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichtes vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). 4.3 Im Weiteren ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-)Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, erkennt die Rechtsprechung zwar ebenfalls Beweiswert zu. Es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

E. 5

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungs-pflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008 8C_163/2007 E. 3.2).

E. 6

Im vorliegenden Fall liegen für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes folgende medizinische Berichte vor: 6.1 Mit Bagatellunfall-Meldung vom 22. Dezember 2011 (Eingang) meldete der Arbeitgeber der Beschwerdeführerin der Helsana den Unfall vom 14. Dezember 2011. Die Beschwerdeführerin sei auf dem Velo gefahren, als sie seitlich von einem Auto angefahren wurde. Dabei habe sie Prellungen, Quetschungen und Zerrungen an unbestimmten Körperteilen erlitten. Der behandelnde Arzt Dr. E. hielt mit Arztschein vom 23. Dezember 2011 zur Bagatellunfall-Meldung als Diagnose multiple Kontusionen nach fremdverschuldetem Sturz vom Velo fest. 6.2 Mit UVG Zwischenbericht vom 20. März 2013 hielt Dr. E. fest, dass anlässlich des Verkehrsunfalls vom 14. Dezember 2011 Kontusionen der Hüfte rechts, der Lendenwirbelsäule, der Schultern und der Fussgelenke diagnostiziert worden seien. Die letzte Konsultation habe am 18. Dezember 2012 stattgefunden. Unter Physiotherapie habe sich eine rasche Besserung der Beschwerden gezeigt und im Heilungsverlauf hätten keine unfallfremden Faktoren mitgespielt. Gegenwärtig bestehe keine Behandlung mehr. 6.3 Laut dem Fragebogen für Rückfälle vom 22. März 2013 wurde die unfallbedingte Behandlung im April 2012 abgeschlossen und ein Rückfall per Dezember 2012 gemeldet. Dazu gab die Versicherte an, dass sie bei Abschluss der unfallbedingten Behandlung unter Restbeschwerden im rechten unteren Bein und Fussgelenk, in der linken Schulter sowie unter leichten Kreuzbeschwerden gelitten habe. Am 29. Oktober 2012 seien sodann akute Schmerzen im Bein, in der rechten Hüfte und im Kreuz aufgetreten, welche ihr das Gehen erschwerten hätten. Diese neuen Beschwerden seien aufgetaucht, als der erste Schnee gefallen sei und seien dann fortwährend insistenter geworden. Weiter gab die Versicherte an, dass sie nach wie vor bei Dr. E. sowie bei der

Physiotherapeutin F. in Behandlung sei. 6.4 Mit Bericht vom 3. April 2013 hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. H. , FMH Innere Medizin und Rheumatologie, fest, dass die Frage der Unfallkausalität aufgrund der vorhandenen Akten nicht beantwortet werden könne. Es würden weitere Angaben des Hausarztes benötigt werden. 6.5 Mit Bericht vom 29. Mai 2013 diagnostizierte Dr. E. posttraumatische Tendoperiostosen am Ellbogen links, lumbal und links scapulär. Er führte aus, dass die Versicherte noch immer an den Folgen des Unfalles aus dem Jahre 2011 leide und dass die Kosten für die Physiotherapie weiterhin zu übernehmen seien. 6.6 Am 25. Juni 2013 berichtete Dr. E. , die Versicherte leide unter Schmerzen ausgehend vom linken Ellbogen bis links scapulär und lumbal. Diese seien dauernd vorhanden. Auslöser dieser Beschwerden seien Bewegungen in der Wirbelsäule. Als objektiver Befund erhob er Myogelosen links paravertebral entlang der ganzen Wirbelsäule sowie eine Druckdolenz des Ellbogens. Er diagnostizierte eine Epicondylitis humeri ulnaris links sowie ein chronifiziertes spinales Schmerzsyndrom. Die subjektiven Beschwerden seien somit objektivierbar. Weiter bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule. Gegenwärtig würden die Beschwerden physiotherapeutisch behandelt werden. Durch eine fortgesetzte Physiotherapie könne eine bessere Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und damit ein besseres Heilungsergebnis erreicht werden. Er erachte die Heilgymnastik in der Physiotherapie als notwendig und zweckmässig. Voraussichtlich seien noch zirka 27 Physiotherapiesitzungen notwendig, sodass die medizinische Behandlung im Herbst 2013 abgeschlossen sein werde. 6.7 Mit Bericht vom 4. Juli 2013 hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Prof. D. fest, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den erhobenen Diagnosen und dem Unfall aus dem Jahre 2011 bei einer Aussagesicherheit von 50 % oder weniger lediglich möglich sei. Er führte dazu aus, dass in der Echtzeit-Dokumentation anlässlich des Unfallereignisses eine Verletzung des linken Ellbogens nicht dokumentiert worden sei. Der aktuelle Bericht von Dr. E. vom 25. Juni 2013 diagnostiziere sodann eine Epicondylitis ulnaris, welche sich nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall erklären lasse. Ferner sei die gesamte Wirbelsäule bewegungseingeschränkt und es werde ein chronifiziertes Schmerzsyndrom diagnostiziert. Eine strukturelle Verletzung der Wirbelsäule habe jedoch nicht stattgefunden. Ähnlich wie bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule sei nach einem halben Jahr – spätestens jedoch nach einem Jahr – die Symptomatik nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen. Des Weiteren sei auch aufgrund der Häufigkeit von spondylogenen Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung ein Kausalzusammenhang abzulehnen. 6.8 Mit Schreiben vom 30. Juli 2013 hielt Dr. E. fest, dass die Versicherte beim Unfall von der rechten Seite her angefahren worden und auf die linke Körperseite gestürzt sei, wo sie mit dem linken Ellbogen und der linken Schulter aufgeprallt sei. Somit habe sie sich auch ihre Wirbelsäule verdreht. Die aktuellen Beschwerden stünden somit ursächlich mit dem Unfall in Zusammenhang. 6.9 Am 13. September 2013 (Eingang) berichtete die Physiotherapeutin F. , sie habe die Versicherte am 3. April 2012 zur Nachbehandlung des Polytraumas nach dem Fahrradunfall übernommen. Vom Zusammenstoss mit dem Auto seien insbesondere das rechte Wadenbein und das rechte Hüftgelenk betroffen gewesen. Vom Aufprall auf den Boden seien zusätzlich die linke Hand sowie das Ellbogen- und Schultergelenk betroffen gewesen. Weiter klage die Versicherte über Schmerzen bei Belastung und leide durch Kompensation an einer schmerzhaften Überlastung in der Lendenwirbelsäule und im Nackenbereich. Auch sei die Beschwerdeführerin oft müde, was vor dem Unfall kein Problem gewesen sei. Die Therapie sei wegen Wegzugs der Beschwerdeführerin in die

Ostschweiz beendet worden, obwohl diese ansonsten noch weitergeführt worden wäre. Nachdem die Versicherte wieder in die Region zurückgezogen sei, habe sich diese sodann am 28. Dezember 2012 wieder bei ihr gemeldet. Das Wadenbein, das Hüftgelenk sowie die Lendenwirbelsäule seien wiederum am meisten von Schmerzen betroffen gewesen. Die Müdigkeit habe sich jedoch nicht mehr gezeigt. Da die Versicherte körperlich unglaublich trainiert und aktiv sei, habe sie sich vor allem auf die manuelle Therapie konzentriert. Eine weitere unterstützende Betreuung sei angemessen. 6.10 Mit Bericht vom 12. September 2013 hielt Dr. E. erneut fest, dass die Versicherte beim Unfall von der rechten Seite her angefahren und sodann auf die linke Körperseite gestürzt sei, wo sie mit dem linken Ellbogen und der linken Schulter auf die Strasse aufgeprallt sei. Dabei habe sie sich ihre Wirbelsäule verdreht. Die aktuellen Beschwerden würden damit sehr wohl ursächlich mit dem Unfall im Zusammenhang stehen. 7. Zu prüfen ist zunächst, ob die Helsana im angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2013 die erneute Schadensmeldung zu Recht als Rückfall zum Unfallereignis vom 14. Dezember 2011 geprüft und beurteilt hat. Wie vorstehend in Erwägung 3.3 ausgeführt, hat der Fallabschluss grundsätzlich in Form einer Verfügung zu erfolgen. Vorliegend setzte die Helsana in dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Rückfallfragebogen vom 22. März 2013 den Abschluss der unfallbedingten Behandlung auf April 2012 fest, verzichtete in der Folge aber auf den Erlass einer Verfügung oder eines einfachen Schreibens. Somit ist fraglich, ob ein stillschweigender Abschluss vorliegt. Dabei ist entscheidend, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion standen. Bestehen Brückensymptomen, so ist ein solcher jedoch ausgeschlossen (E. 3.3). Vorliegend berichtete die Physiotherapeutin der Versicherten am 13. September 2013, dass sich diese seit dem 3. April 2012 bei ihr in Behandlung befinde. Die Versicherte selbst gab im Fragebogen vom 22. März 2013 an, sie habe bei Abschluss der Behandlung unter Restbeschwerden im rechten unteren Bein und Fussgelenk, in der linken Schulter und unter leichten Kreuzbeschwerden gelitten. Es ist somit nicht nachvollziehbar, weshalb die Helsana den Behandlungsabschluss auf April 2012 festgesetzt hat. Die Versicherte hat nicht nur fortdauernd unter Beschwerden gelitten, sondern befand sich praktisch durchgehend in ärztlicher resp. physiotherapeutischer Behandlung. Es kann somit vorliegend nicht von einem stillschweigenden Fallabschluss ausgegangen werden und der Leistungsanspruch der Versicherten ist unter dem Aspekt des Grundfalles zu prüfen. In der Folge ist festzustellen, ob zwischen den im März aufgetretenen Beschwerden und dem Unfall vom 14. Dezember 2011 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, wobei diesbezügliche die Beweislast – wie in Erwägung 3.4 – ausgeführt, bei der Beschwerdegegnerin liegt.

E. 8

Vorliegend stütze sich die Helsana bei der Beurteilung der Unfallkausalität auf die Berichterstattung von Prof. D. . Sie kommt zum Schluss, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 14. Dezember 2011 und den geltend gemachten Beschwerden (am linken Ellbogen und an der Wirbelsäule) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber gestützt auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte auf den Standpunkt, dass der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen sei.

E. 8.1

Prof. D. verneinte mit Bericht vom 4. Juli 2013 die Unfallkausalität der mit Fragebogen vom 22. März 2013 geltend gemachten Beschwerden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3

hiervor), kommen den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, Beweiswert zu, sofern nicht (bereits geringe) Zweifel an deren Zuverlässigkeit bestehen. Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen. Soweit Prof. D. argumentiert, anlässlich der Echtzeit-Dokumentation sei keine Verletzung des Ellbogens festgehalten worden, kann ihm nicht gefolgt werden. Zwar ist der Bagatell-Unfallmeldung vom 22. Dezember 2011 lediglich zu entnehmen, dass die Versicherte multiple Prellungen, Zerrungen und Quetschungen erlitten habe. Welche Körperteile konkret betroffen waren, wurde jedoch nicht dokumentiert. In der Folge wurden mehrfach Beschwerden am linken Ellbogen festgehalten. So diagnostizierte Dr. E. am 29. Mai 2013 posttraumatische Tendoperiostosen am linken Ellbogen. Mit Bericht vom 25. Juni 2013 hielt er fest, die Versicherte leide unter Schmerzen, welche vom linken Ellbogen ausgehen und diagnostizierte eine Epicondylitis humeri ulnaris. Am 30. Juli 2013 und am 12. September 2013 führte er aus, dass die Versicherte von der rechten Seite her angefahren wurde und sodann auf die linke Körperseite gestürzt sei, wobei sie mit der linken Schulter und dem linken Ellbogen auf dem Boden aufprallte. Auch betreffend die Rückenbeschwerden überzeugen die Ausführungen von Prof. D. nicht. Er führte dazu aus, dass beim Unfall keine strukturelle Verletzung der Wirbelsäule stattgefunden habe. Es sei somit davon auszugehen, dass die Rückenbeschwerden, ähnlich wie bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule, spätestens nach einem Jahr nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien. Dem kann nicht zugestimmt werden. Soweit Prof. D. mit Hinweis auf die Rechtsprechung argumentiert, dass Beschwerden an der Wirbelsäule spätestens nach einem Jahr nicht mehr als unfallkausal zu betrachten seien, so übersieht er, dass sich diese medizinischen Erfahrungstatsache auf Fälle bezieht, bei denen die Wirbelsäule durch das Unfallereignis und damit durch einen zurückliegenden Vorfall direkt betroffen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2014, 8C_588/2013, E. 4.3.3). Hingegen können unfallbedingte Fuss- und Beinverletzungen zu andauernden Fehlbelastungen führen, die als indirekte Unfallfolgen später zu unfallkausalen Rückenbeschwerden führen können. Dabei liegt es in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass diese erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Ob solche vorliegen, muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337, U 38/01; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2014, 8C_588/2013, E. 4.3.3 je mit weiteren Hinweisen). Vorliegend machte die Versicherte mit dem Fragebogen vom 22. März 2013 Rückenbeschwerden seit Oktober 2012 geltend. Am 25. Juni 2013 diagnostizierte Dr. E. Myogelosen links paravertebral entlang der ganzen Wirbelsäule. Es bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule. Mit Bericht vom 30. Juli 2013 erklärte er sodann, dass die Beschwerdeführerin von der rechten Seite angefahren auf die linke Seite gestürzt sei. Dabei habe sie sich die Wirbelsäule verdreht, womit die aktuellen Beschwerden als unfallkausal einzustufen seien. Daran hielt er mit Bericht vom 12. September 2013 fest. Auch die behandelnde Physiotherapeutin berichtete am 13. September 2013 über Rückenbeschwerden der Versicherten. Diese leide seit Aufnahme der Behandlung im April 2012 an einer schmerzhaften Überlastung der Lendenwirbelsäule und im Nackenbereich, welche durch Kompensation hervorgerufen werde. Insbesondere die Lendenwirbelsäule sei – nach einem kurzen Unterbruch der Behandlung – auch im Dezember 2012 weiterhin von Schmerzen betroffen gewesen. Ob es sich vorliegend um Fehlbelastungsbeschwerden der Wirbelsäule handelt, kann jedoch auch anhand der Berichte des behandelnden Arztes nicht abschliessend beurteilt werden. 9.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt weiterer Abklärungen bedarf, da er namentlich in Bezug auf die Ursächlichkeit der geklagten Beschwerden nicht genügend abgeklärt wurde und widersprüchlich ist. 9.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, 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 210 E. 4.4.1 ff). Da die Beschwerdegegnerin vorliegend nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der natürlichen Kausalität vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 16. Dezember 2013 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat die Beschwerdeführerin insbesondere in Bezug auf die Frage, ob die noch bestehenden Beschwerden im linken Ellbogen und im Rücken natürlich kausal zum Unfallereignis vom 14. Dezember 2011 sind, von einer unabhängigen Ärzteschaft untersuchen zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über die Ansprüche der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

E. 10

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein. Für das vorliegende Verfahren sind demnach keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

E. 11

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen 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 öffentlichrechtlichen 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 Aktenergänzung 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 materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen 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. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2013 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.