

BL_GERICHTE 725 2014 352 / 107 vom 13. September 2013

BL Gerichte, 2013-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2014_352_107

FR: BL_GERICHTE 725 2014 352 / 107 du 13 septembre 2013

IT: BL_GERICHTE 725 2014 352 / 107 del 13 settembre 2013

Regeste

Leistungen

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 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 Birsfelden, 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 der Versicherten vom 10. November 2014 ist demnach einzutreten.

E. 2

Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 11. August 2012 zu Recht per 30. September 2013 eingestellt hat. 3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet

werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 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 gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und

nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 3.4 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b). 3.5. Zur 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 (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). 3.6 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So 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 353 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 471 E. 4.7).

E. 4

Für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin stehen die nachfolgenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung:

E. 4.1

Dr. C. , FMH Allgemeine Medizin, untersuchte die Beschwerdeführerin vier Tage nach dem Unfall am 15. August 2012. Anlässlich dieser Konsultation gab die Beschwerdeführerin an, an Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel zu leiden. Ausserdem sei sie seit dem Unfall vermehrt müde. Bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. C. wurden normale Sehnenreflexe und normale Muskelkraft festgestellt. Im Formular betreffend Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma führte Dr. C. sodann Grad I gemäss QTF-Klassifikation als vorläufige Diagnose an.

E. 4.2

Dem Zwischenbericht der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik des Spitals D. vom 2. Januar 2013 ist zu entnehmen, dass die Versicherte dort am 4. Oktober 2012 untersucht wurde. Gemäss den Ärzten klagte die Versicherte über Muskelschmerzen im Bereich der proximalen rechten oberen Extremität und der Nackenregion. Es wurde ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) diagnostiziert. Da es sich lediglich um eine einmalige Untersuchung handelte, könne keine abschliessende prognostische Aussage gemacht werden. Die Wiederaufnahme der Arbeit könne erst nach der noch bevorstehenden Rehabilitation beurteilt werden.

E. 4.3

Anlässlich der Befragung durch den Aussendienst der SUVA am 12. Oktober 2012 gab die Beschwerdeführerin auf dem Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen an, dass sie an Kopf- und Nackenbeschwerden sowie an Müdigkeit, Schwindel und Konzentrationsstörungen leide. Ausserdem habe sie Schmerzen in der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Aus dem Bericht betreffend die Besprechung bei der Beschwerdeführern zu Hause ergibt sich, dass die gesamte rechte Körperseite verkrampt sei, insbesondere das rechte Schulterblatt. Die Nackenschmerzen würden bis zu den Schultern herunter ziehen.

E. 4.4

Vom 26. Oktober bis 1. Dezember 2012 war die Beschwerdeführerin in der Reha E. hospitalisiert. Dr. K. und Dr. L. stellten im Austrittsbericht vom 13. Dezember 2012 die Diagnose eines Zustandes nach HWS-Schleudertrauma mit protrahiertem Verlauf sowie Adipositas. Gegen Ende des Aufenthaltes wurden eine Arbeitsplatzevaluation und eine Testung durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht zuverlässig sei. Die beiden Ärzte führten aus, dass sich eine deutliche Selbstlimitierung zeige und die Konsistenz der Tests mässig bis schlecht sei.

E. 4.5

Die MR-Arthrographie bei Dr. F. , FMH Radiologie, vom 25. Januar 2013 zeigte eine moderate Verdickung und Signalerhöhung der Supraspinatussehne im distalen Bereich, vereinbar mit einer Tendinopathie. Dr. F. führte aus, dass eine Konturunterbrechung im Sinne einer Ruptur sowie Teilruptur nicht nachweisbar sei. Das Kontrastmittel trete nicht in die Bursa subacromia/subdeltoidea aus, in letzterer finde sich aber etwas Flüssigkeit im

Sinne einer Begleitbursitis. Weiter lägen eine leichtgradige fettige Degeneration des Supraspinatusmuskelbauches vor und ein nach lateral abfallendes Akromion, welches möglicherweise zu einem Impingement führe. Es sei keine Rotatorenmanschettenruptur sichtbar.

E. 4.6

Dr. G. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seinem Bericht betreffend die Konsultationen vom 8. und 11. Februar 2013 als Diagnose eine segmentale Dysfunktion der unteren Halswirbelsäule rechts ohne Ausstrahlung und Myotendinosen, mit Triggerpunkten im Bereich M. levator scapulae, trapezius pars horizontalis und ascendens sowie rhomboideus, subscapularis und serratus anterior rechts mit leicht irritiertem Gleitlager thorakoscapulär fest. Er führte aus, dass die druckschmerzhaften Punkte im Bereich der Muskulatur des rechten Schultergürtels klinisch imponierend seien; dies bei insgesamt freier Beweglichkeit der Schultergelenke und schultergelenkassoziierten Regionen. Das Impingement der rechten Seite sei unspezifisch und inkonstant. Er empfahl die Infiltration mit Lokalanästhetika.

E. 4.7

Am 19. März 2013 fand eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. M. , FMH Chirurgie, statt. Dieser führte in seinem Bericht aus, dass ein Zustand nach HWS-Distorsion bestehe, wobei die Versicherte bei diesem Ereignis keine strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule erlitten habe. Im Vordergrund stehe eine muskuläre Dysbalance im Schultergürtelbereich, weshalb eine Infiltrationsbehandlung vorgesehen sei. Es könne eine Steigerung der Arbeitseinsätze vorgenommen werden, wobei länger dauernde körperferne Belastungen der oberen Extremitäten sowie repetitive Überkopfarbeiten vermieden werden sollen.

E. 4.8

Am 19. März 2013 führte Dr. G. eine diagnostischtherapeutische Infiltration subacromial rechts durch. Dr. G. stellte diesbezüglich fest, dass eine sofortige Schmerzsisierung und eine deutliche Zunahme des Bewegungsausmasses im Bereich der rechten Schulter eingetreten seien. Der Glukokortikoid-Effekt müsse abgewartet werden. Als Diagnose hielt Dr. G. eine Periatropathia humeroscapularis rechts in Kombination mit einer segmentalen Dysfunktion untere Halswirbelsäule rechts ohne Ausstrahlung und Myotendinosen, mit Triggerpunkten im Bereich M. levator scapulae, trapezius pars horizontalis und ascendens sowie rhomboideus, subscapularis und serratus anterior rechts mit leicht irritiertem Gleitlager thorakoscapulär.

E. 4.9

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. August 2013 hielt Prof. Dr. I. , FMH Chirurgie, fest, dass durch eine weitere Behandlung nicht mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes und/oder der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei und führte ergänzend aus, dass von Seiten der Halswirbelsäule ein Endzustand erreicht sei. Prof. Dr. I. diagnostizierte eine kernspintomographisch nachgewiesene Tendinopathie der Supraspinatussehne mit leichtgradiger Begleitbursitis sowie fettiger Degeneration des Supraspinatusmuskelbauches und nach lateral abfallendem Acromion, möglicherweise zu einem Impingement führend. Dies seien jedoch unfallunabhängige Diagnosen. Betreffend die HWS-Distorsion sei ein Endzustand erreicht. Weitere Massnahmen seien jedoch zum Erhalt des Heilverlaufs von Seiten der Halswirbelsäule gerechtfertigt. Prof. Dr. I. empfahl

die Fortsetzung der Physiotherapie für die nächsten sechs Monate jeweils einmal wöchentlich. Ansonsten sei keine weitere Behandlung der Unfallfolgen notwendig. Es bestehe ganztägige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten. Einzig die Schulterbeschwerden seien behandlungsbedürftig, jedoch gehe diese Behandlung zu Lasten der Krankenversicherung und nicht zu Lasten der SUVA. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet.

E. 5

Mit Verfügung vom 13. September 2013 stellte die SUVA ihre Versicherungsleistungen per 30. September 2013 ein und stützte sich dabei insbesondere auf die kreisärztliche Untersuchung vom 26. August 2013 durch Prof. Dr. I. . Zur Begründung führte sie aus, dass die geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und die Adäquanz verneint werden müsse. Die SUVA erklärte sich hingegen bereit, wie von Prof. Dr. I. empfohlen, noch für zwei Serien Physiotherapie aufzukommen. Gegen diese Verfügung vom 13. September 2013 reichte die Beschwerdeführerin Einsprache ein.

E. 5.1

Im Verlauf des Einspracheverfahrens reichte die Beschwerdeführerin sodann weitere medizinische Berichte ein.

E. 5.1.1

Dr. G. führte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2013 aus, dass bei der Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall im August 2012 degenerative Veränderungen im Bereich der Schulter vorhanden gewesen seien und aktuell eine leichtgradige Begleitbursitis vorliege, welche auch eine muskuloartikuläre Dysfunktion mit Schmerzunterhaltung bewirkt habe. Die Halswirbelsäulenbeschwerden seien in der Konsultation nicht mehr im Vordergrund gestanden. Es könne von einem Status quo ante gesprochen werden. Funktionell stehe die Schulter in engem Zusammenhang mit der Halswirbelsäule und Nackenmuskulatur, weshalb bei vorgängig gesunder und leistungs- sowie arbeitsfähiger Beschwerdeführerin von einer richtungsgebenden Verschlimmerung der vorbestehend leicht degenerativen Veränderung im Bereich der rechten Schulter ausgegangen werden müsse. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer aktuellen Tätigkeit im Service zu mindestens 50% arbeitsfähig. Weiter könnten ihr administrative oder leichtere Tätigkeiten an der Theke ebenfalls zu 50% zugemutet werden, sodass somit ein Gesamtpensum von 100% zugemutet werden könne. Als medizinische Massnahme empfahl Dr. G. eine regelmässig muskelrekonditionierende Trainingstherapie mit Zugapparat/Thera-Band durchzuführen, um eine Humerus-Zentrierung beidseits anzustreben und den gesamten Schultergürtel zu stärken.

E. 5.1.2

Mit Bericht vom 7. Mai 2014 führte Dr. G. aus, dass die Beschwerdeführerin infolge der durch den Unfall aufgetretenen Dysfunktionen der Halswirbelsäule und der Schulter ein myofasiales Beschwerdebild entwickelt habe, welches sich aktuell weiterhin auswirke. Die Beschwerdeführerin habe einen Teil ihrer Beschwerden beseitigen können, leide jedoch insbesondere im Bereich des Schulter-Nackensbereichs an einem Restzustand. Aktuell seien weitere Therapien, insbesondere physiotherapeutisch, aber auch trainingstherapeutisch notwendig, um die bereits erreichten Linderungen aufrecht zu erhalten und weiter zu optimieren. Gemäss Beschwerdebild sollten jeweils auch Arbeitsversuche stattfinden, welche in einem geregelten Arbeitsablauf, allenfalls in einer Verweistätigkeit ausgeführt

werden könnten.

E. 5.1.3

Die Beschwerdeführerin kündigte in ihrer Beschwerdeschrift die Nachreichung einer weiteren Stellungnahme von Dr. G. betreffend die orthopädische Beurteilung an. Eine weitere Stellungnahme ging jedoch nicht ein.

E. 5.2

Die SUVA legte im Rahmen des Einspracheverfahrens das Dossier ihrem Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin zur Überprüfung vor. Dr. H., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 18. August 2014 aus, dass es bei der Beschwerdeführerin zu einem craniocervicalen Beschleunigungstrauma Grad I nach der QTF-Klassifikation gekommen sei. Eine traumatisch bedingte strukturelle Verletzung der Halswirbelsäule sei nicht dokumentiert. Der Status quo ante bezüglich der Halswirbelsäule sei spätestens zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung durch Prof. Dr. I. vom 26. August 2013 erreicht worden. Die erstmals am 4. Oktober 2012 ärztlich dokumentierte Beschwerdesymptomatik des rechten Schultergelenks sei überwiegend wahrscheinlich auf eine verschleissbedingt vorbestehende Tendinopathie der Supraspinatussehne und Bursitis acromialis resp. Subdeltoidea als Symptome einer anlagebedingten Erkrankung im Sinn eines subacromialen Engpasssyndroms zurückzuführen. Die Einschätzung von Dr. F. vom 25. Januar 2013 wonach eine unfallunabhängige, ein Engpasssyndrom begünstigende Formvariante des Acromions vorliege, könne bestätigt werden. Unter Berücksichtigung der fehlenden ärztlichen Dokumentation klinischer Symptome für einen Zeitraum von knapp zwei Monaten nach dem Unfallereignis und der klinischen und kernspintomographischen Befunde sei es in der Folge des Unfallereignisses vom 11. August 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner strukturellen Verletzung bzw. richtungsgebenden Veränderung des rechten Schultergelenkes gekommen. Es sei infolge des Unfallereignisses zu einer leichten vorübergehenden Verschlimmerung des anlage- und verschleissbedingten Vorzustandes des rechten Schultergelenkes gekommen. Der Status quo sine sei spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis zum Datum des Austrittsberichts von Dr. K. vom 13. Dezember 2012 erreicht worden. Betreffend die ärztliche Beurteilung von Dr. G. vom 20. Dezember 2013 führt Dr. H. aus, dass diese im Widerspruch zu den Einschätzungen anlässlich verschiedener Konsultationen nach dem Unfallereignis stehe. Die Aussage hinsichtlich einer richtungsgebenden Veränderung sei argumentativ nicht belegt und sei damit auch nicht nachvollziehbar. 6.1. Die SUVA stützte sich in ihrer Verfügung sowie im Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes insbesondere auf die Ausführungen von Prof. Dr. I. und Dr. H.. Sie ging demzufolge in Bezug auf die im Vordergrund stehenden Schulterbeschwerden davon aus, dass bei der Versicherten im Zeitpunkt, auf den sie die strittige Leistungseinstellung anordnete (30. September 2013), keine Unfallfolgen mehr vorlagen, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 11. August 2012 zurückgeführt werden konnten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines versicherungsinternen Arztes 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, wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.5 hiavor), soweit zu berücksichtigen, als keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner

Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Prof. Dr. I. oder Dr. H. zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich die Berichte hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzen und eine schlüssige Kausalitätsbeurteilung vorgenommen wird.

6.2. Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, die vorinstanzliche Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes in Frage zu stellen. Die Beschwerdeführerin beruft sich zur Begründung ihres Standpunktes, wonach im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen noch Behandlungs- und Abklärungsbedarf gegeben gewesen sei und der "Endzustand" demnach noch nicht erreicht gewesen sei, auf die Berichte von Dr. G. . Sie bringt vor, dass die Auffassung der Beschwerdegegnerin der Beurteilung von Dr. G. widersprechen würde. Dem ist zu entgegnen, dass Dr. H. sich ausführlich mit der von Dr. G. vertretenen Meinung auseinandersetzt. Im Bericht vom 20. Dezember 2013 ging Dr. G. von einer richtungsgebenden Verschlimmerung der vorbestehenden leichten, degenerativen Veränderung im Bereich der Schulter rechts aus, während er in der Beurteilung vom 27. August 2013 die kreisärztliche Kausalitätsbeurteilung ausdrücklich als nachvollziehbar qualifizierte. Die Kausalitätsbeurteilung von Dr. G. vermag nun aber nicht zu überzeugen, läuft sie doch auf die Schlussfolgerung hinaus, dass eine gesundheitliche Schädigung als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie sich nach dem Unfallereignis manifestiert hat. Die betreffende Argumentation beruht im Ergebnis auf der Beweisformel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber als unzureichend (vgl. Urteil N. des EVG vom 29. November 2006, U 207/06, E. 2.3). Die Schulterbeschwerden wurden von der Beschwerdeführerin erstmals knapp zwei Monate nach dem Unfall anlässlich der einlässlichen Befragung vom 12. Oktober 2012 durch den Aussendienst der SUVA erwähnt. Im Kostengutspracheverlängerungsgesuch der Rehaklinik Rheinfelden vom 13. November 2012 finden die Schulterbeschwerden sodann keine Erwähnung mehr. Erst anlässlich des Erstgesprächs mit der SUVA am 22. November 2012 wurden die Schulterbeschwerden erneut thematisiert. Die Beschwerdegegnerin stellt sich zu Recht auf den Standpunkt, dass es aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar sei, weshalb die Schulterbeschwerden rechts erst mit einer Latenz von sieben Wochen nach dem Unfallereignis auftraten, wenn die Schulter am Unfalltag geschädigt worden sein soll. Es lassen sich somit in den Akten keine Anhaltspunkte finden, welche geeignet wären, Zweifel an der Beurteilung von Dr. H. zu begründen. Somit ist auf das Gutachten von Dr. H. abzustellen und davon auszugehen, dass das Unfallereignis bloss eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes zur Folge hatte und im Beschwerdebild im Zeitpunkt der Leistungseinstellung über 13 Monate nach dem Unfall keine Rolle mehr spielte.

7.1 Unmittelbar nach dem Unfall klagte die Beschwerdeführerin über typische Beschwerden nach einer HWS-Distorsion. Unklar ist, ob solche Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorliegen. Dies kann, wie zu zeigen sein wird, offen bleiben.

7.2 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges

also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

7.3 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 112 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Als objektivierbar gelten Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, welches eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann deshalb von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 ff. mit Hinweisen).

7.4 Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen) wie folgt zu differenzieren: Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vgl. BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten (vgl. nachfolgend) Grundsätze zu prüfen. Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung psychischer Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), während bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

7.5 Es ist unbestritten, dass die Versicherte am 11. August 2012 eine Distorsion der HWS erlitten hat. Die medizinischen Akten halten indessen fest, dass keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen bildgebend ausgewiesen sind. Da aufgrund der vorliegenden Akten, insbesondere dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem

Beschleunigungstrauma vom 15. August 2012 Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel rechtzeitig nachgewiesen sind, ist das Vorliegen eines typischen Beschwerdebildes zu bejahen. Bei dieser Sachlage hat die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung zu Recht nach den Regeln der Schleudertrauma-Praxis durchgeführt (vgl. E. 7.1). 7.6 Ob die geklagten Beschwerden noch adäquat kausale Unfallfolgen sind, hat der Unfallversicherer beim Fallabschluss zu prüfen. Das Bundesgericht hat sich in BGE 134 V 109 ff. E. 3 und 4 zum Zeitpunkt des Fallabschlusses geäußert. Demnach sind Heilbehandlung und Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3). Wenn eine entsprechende Verbesserung nicht erwartet werden kann, ist der Fall abzuschliessen. 7.6.1. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses ist unter den Parteien umstritten. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass der Endzustand am 30. September 2013 noch nicht erreicht worden sei. Die Beschwerdegegnerin geht demgegenüber davon aus, dass aus den Akten seit mehreren Monaten weder neue Befunde noch neue Diagnosen erkennbar seien. Die medizinische Behandlung hat sich in der Folge auf physiotherapeutische und medikamentöse Behandlungen beschränkt. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ab dem 30. September 2013 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und keine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr erwartet werden konnte. Aufgrund der medizinischen Akten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss gestützt auf die Einschätzung von Prof. Dr. I. vorgenommen hat und in diesem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen hat. 7.6.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht allein aufgrund des Unfallgeschehens schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen ("adäquanzrelevante Kriterien"). Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 126 f. E. 10.1 mit Hinweisen). 7.7.1 Auffahrkollisionen werden regelmässig als

mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert. In einzelnen Fällen, insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 [bis 15] km/h) und – zusätzlich – weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden, wurde auch das Vorliegen eines leichten Unfalles angenommen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2009, 8C_626/2009, E. 4.2.2 mit zahlreichen Hinweisen).

7.7.2. In der biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) des J. vom 6. März 2013 wird bezüglich der Schwere des Unfalls ausgeführt, dass die Versicherte am 11. August 2012 als Beifahrerin unterwegs gewesen sei. Ihr Ehemann habe das Fahrzeug verkehrsbedingt zum Stillstand gebracht. Ein nachfolgender Personenwagen sei anschliessend auf das Heck des Fahrzeuges aufgefahren. Dabei erfuhr der Wagen der Beschwerdeführerin eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von 10 bis 15 km/h. Angesichts der nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden (Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit; vgl. E. 5.4 hiervor) ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen ist. Demnach sind weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen, von denen für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sein müssten (BGE 134 V 126 E. 10.1). Gehäuft im genannten Sinne liegen die Kriterien bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen vor, wenn deren vier erfüllt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2011, 8C_46/2011, E. 5.1).

7.8 Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 ff. die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfällen mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden in mehrfacher Hinsicht präzisiert. Am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen wird dabei zwar festgehalten. Die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung werden nicht geändert. Dagegen hat das Bundesgericht die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert. Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn nach dem Unfall eine fortgesetzte spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen war. Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt, dass diese erheblich sind, was aufgrund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist. Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Zusammenfassend hat das Bundesgericht den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359) in BGE 134 V 109 wie folgt neu gefasst:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung.

7.8.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder

besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles wurde vom Bundesgericht unverändert beibehalten (BGE 134 V 127 E. 10.2.1). Es ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Der vorliegend zu beurteilende Unfall war objektiv betrachtet und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass jeder mittelschwere Unfall eine gewisse Bedeutung hat, weder von besonderer Eindrücklichkeit noch liegen besonders dramatische Begleitumstände vor. Für die Erfüllung des Kriteriums liegen keine Anhaltspunkte vor.

7.8.2 Was das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung anbelangt, genügt die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein nicht zu dessen Bejahung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 127 E. 10.2.2 mit zahlreichen Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat sich die Beschwerdeführerin beim Unfall nebst der HWS-Distorsion keine erheblichen Verletzungen zugezogen. Auch unter Berücksichtigung der geltend gemachten Schulterverletzung ist dieses Kriterium nicht erfüllt. Ebenso wenig hatte sie beim Unfall eine besondere Körperhaltung eingenommen, welche zusätzliche Komplikationen verursachte. Dieses Kriterium ist folglich ebenfalls nicht erfüllt.

7.8.3 Für das Kriterium der ärztlichen Behandlung ist neu wesentlich, ob nach dem Unfall eine fortgesetzte spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war (BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Dieses Kriterium ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustands resp. der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Bei einem Schleudertrauma der HWS gilt eine zwei bis dreijährige Behandlung als noch im üblichen Rahmen liegend. Manualtherapeutische Massnahmen wie Physiotherapie, die insbesondere der Erhaltung des Zustandes dienen, ärztliche Abklärungen und Verlaufskontrollen sowie eine medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2007, U 365/05, E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Dieses Kriterium ist deshalb vorliegend nicht erfüllt.

7.8.4 Was das Kriterium der erheblichen Beschwerden betrifft, ist vorab festzuhalten, dass nur diejenigen erheblichen Beschwerden adäquanzrelevant sein können, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach Massgabe der glaubhaften Schmerzen und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Den Akten lassen sich keine solche Beschwerden entnehmen.

7.8.5 Das nicht geänderte Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat (BGE 134 V 129 E. 10.2.5), ist unbestrittenermassen nicht erfüllt.

7.8.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden –welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien (fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden) zu berücksichtigen sind – darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu

besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_726/2007, E. 4.3.2.6 und vom 20. Juni 2008, 8C_554/2007, E. 6.6). Solche Gründe liegen nicht vor. Unbestritten ist, dass das HWS-Distorsionstrauma zu ärztlichen Behandlungen geführt hat. Diese sind allgemein schwierig und langwierig, so auch im vorliegenden Fall. Von ausserordentlichen Umständen – wie einem ausserordentlich schwierigen Heilungsverlauf bzw. Verzögerungen – kann jedoch nicht gesprochen werden. Somit ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt. 7.8.7 Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Eine erhebliche, länger dauernde Arbeitsunfähigkeit, welche mit ernsthaften Anstrengungen überwunden werden musste, kann jedenfalls nicht bejaht werden. 7.9 Zusammenfassend kann nach dem Ausgeführten keines der sieben Kriterien als erfüllt betrachtet werden. Die Beschwerdegegnerin hat demnach den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 11. August 2012 und den von der Versicherten über den 30. September 2013 hinaus geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu Recht verneint.

E. 8

Die Beschwerdeführerin beantragt, ein neutrales Gutachten zu erstellen, was angesichts der Tatsache, dass die Vorinstanz – wie eben dargestellt – zu Recht auf das Gutachten von Dr. H. abgestellt hat, nicht nötig ist. Entgegen des von der Beschwerdeführerin vertretenen Standpunkts lassen die vorliegenden medizinischen Unterlagen demnach eine zuverlässige Beurteilung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu. Auf zusätzliche medizinische Abklärungen kann unter diesen Umständen verzichtet werden.

E. 9

Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 12. August 2012 per 30. September 2013 eingestellt hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss. 10.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen. 10.2 Abschliessend bleibt über den Antrag der Beschwerdeführerin zu befinden, wonach ihr die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter zu bewilligen sei. Gemäss Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG wird der Beschwerde führenden Person, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Gemäss Rechtsprechung ist die unentgeltliche Verbeiständung im kantonalen Beschwerdeverfahren zu bewilligen, wenn der Prozess nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (Urteil des EVG vom 7. Juli 2003, U 356/02, E. 3.1; Rumo - Jungo, a.a.O., S. 451 mit Hinweisen auf BGE 100 V 62 E. 3 und 98 V 117 E. 2; vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2003, Art. 61 Rz. 88). Die vorliegende Beschwerde kann nicht als offensichtlich aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung erscheint sachlich geboten. 10.3.1 Für den Entscheid über die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist grundsätzlich die gesamte wirtschaftliche Situation der gesuchstellenden Person massgebend. Dabei hat diese ihre aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse umfassend darzustellen und soweit als möglich zu belegen. Verweigert sie die zur Beurteilung ihrer aktuellen Gesamtsituation erforderlichen Angaben oder Belege, so kann die Bedürftigkeit ohne Verletzung des verfassungsmässigen

Anspruchs auf unentgeltliche Prozessführung verneint werden. Mit Eingabe vom 15. Januar 2015 reichte die Beschwerdeführerin ein aktuelles Zeugnis zur Erlangung der unentgeltlichen Prozessführung ein. Gestützt auf die darin enthaltenen Angaben und die eingereichten Unterlagen ist im Folgenden anhand einer Grundbedarfsberechnung zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin prozessual bedürftig ist. In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass die Versicherte zusammen mit ihrem Ehemann und den beiden minderjährigen Kinder in einem gemeinsamen Haushalt lebt. Der Ehemann ist im Rahmen der ehelichen Beistandspflicht der Versicherten gegenüber unterstützungspflichtig, weshalb sein Einkommen bei der Bedarfsberechnung im vollen Umfang zu berücksichtigen ist. Aus den eingereichten Unterlagen (Lohnabrechnungen Januar 2014 bis Dezember 2014) geht hervor, dass der Ehemann monatlich durchschnittlich Fr. 4'869.85 verdiente. Gemäss den eingereichten Belegen erzielt die Ehefrau einen monatlichen Lohn von Fr. 1'883.85. Dies ergibt ein Gesamteinkommen von Fr. 6'753.70. Aus den eingereichten Unterlagen der Versicherten ergibt sich folgende Berechnung: Monatlicher Grundbetrag Ehegatten CHF 1'700 Kinder (ein Kind im Alter von über zwölf Jahren und ein Kind im Alter von sechs bis zwölf 1'000 Jahren) Erweiterung des betriebsrechtlichen Grundbetrages von 15 % 405 Zuschläge zum monatlichen Grundbetrag Miet- oder Hypothekarzins, ohne Beleuchtung, Kochstrom, Gas 1'058 Hausrat-/Privathaftpflichtversicherung (Selbstdeklaration) 30.90 Sozialbeiträge und obligat. Versicherungen soweit nicht vom Lohn abgezogen (z.B. AHV/IV- 1'092 EO, Krankenkasse, Unfallvers.), Krankenkasse ganze Familie U-Abo (2 Erwachsene und 2 Kinder) 240 Steuern Basis Einkommen per 2014, provisorische Veranlagung 380 Grundbedarf 5'905.90 Monatliches Netto- oder Ersatzeinkommen 6'753.70 Überschuss CHF 847.80 Der Grundbetrag für Ehepaare beträgt Fr. 1'700.--, für Kinder bis zehn Jahre beträgt er Fr. 400.-- und für Kinder über zehn Jahre Fr. 600.--. Auf den Grundbetrag wird praxisgemäss ein Zuschlag von 15% erhoben. Weiter ist der effektive Mietzins zuzüglich Nebenkosten zu berücksichtigen, jedoch ohne Auslagen für Beleuchtung, Kochstrom und/oder Gas, da diese Positionen im Grundbedarf inbegriffen sind. Vorliegend beträgt der Mietzins mit Nebenkosten Fr. 1'058.--. Die Kosten für einen Parkplatz werden nur eingerechnet, wenn das Fahrzeug Kompetenzcharakter hat, was vorliegend nicht der Fall ist. Die geltend gemachten Kosten für die Garage können deshalb keine Berücksichtigung finden. Die Krankenkassenprämien werden jeweils im Umfang der Grundversicherung berücksichtigt. Die Beschwerdeführerin macht geltend, eine monatliche Rückzahlung in der Höhe von Fr. 500.-- an einen ehemaligen Vermieter zu tätigen. Dies im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Führung eines Restaurationsbetriebes in Basel, welches die Ehegatten aus finanziellen Gründen aufgeben mussten. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bleibt die gewöhnliche Tilgung angehäufter Schulden bei der Beurteilung der Mittellosigkeit grundsätzlich ausser Betracht, da die unentgeltliche Rechtspflege nicht dazu dienen soll, auf Kosten des Gemeinwesens Gläubiger zu befriedigen, die nicht oder nicht mehr zum Lebensunterhalt beitragen. Der Kreditvertrag bei der Bank-Now sowie der Leasingvertrag können aus demselben Grund ebenfalls keine Berücksichtigung in der Berechnung finden. Bei den Auslagen für Fahrten zum Arbeitsplatz wird praxisgemäss nur das Umweltschutzabonnement berücksichtigt. Die Beschwerdeführerin gibt an, dass die Hausrat- /Privathaftpflichtversicherung Fr. 371.-- betrage, was einem monatlichen Betrag von Fr. 30.90 entspricht. Des Weiteren sind die Steuern zu berücksichtigen, wobei aufgrund der eingereichten Unterlagen betreffend die Staatssteuer und die Gemeindesteuer und unter zusätzlich Berücksichtigung der Bundessteuer ein Betrag von monatlich Fr. 380.-- einzusetzen ist. Dies ergibt einen

Grundbedarf in der Höhe von Fr. 5'905.90 und führt zu einem Überschuss von Fr. 847.80. Angesichts dieser Einkommensverhältnisse ist die prozessuale Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin zu verneinen. Gestützt auf den monatlichen Überschuss ist es ihr zuzumuten, die im vorliegenden Verfahren anfallenden ausserordentlichen Kosten selbst zu tragen. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung sind somit nicht gegeben, weshalb dem entsprechenden Gesuch der Versicherten nicht entsprochen werden kann. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. 4. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit Rechtsanwalt Dr. Alex Hediger als Rechtsvertreter wird abgewiesen.

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