

# **BL\_GERICHTE 725 15 66 / 247 vom 25. September 2015**

BL Gerichte, 2015-09-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_15\\_66\\_\\_\\_247](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_15_66___247)

FR: BL\_GERICHTE 725 15 66 / 247 du 25 septembre 2015

IT: BL\_GERICHTE 725 15 66 / 247 del 25 settembre 2015

## **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 X. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts 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 12. Februar 2015 ist demnach einzutreten. 2.1. Die Beschwerdeführerin macht in formeller Hinsicht eine Verletzung der Verfahrensgarantien, namentlich des rechtlichen Gehörsanspruchs sowie des Gebots der Waffengleichheit, geltend. Diese sieht sie zum einen darin verletzt, dass die Beschwerdegegnerin mit der Einreichung der Beurteilung von Dr. E. vom 20. April 2015 Abklärungen in das laufende Beschwerdeverfahren verlegt habe. Zum anderen sei sie weder zur Person oder den fachlichen Qualifikationen von Dr. E. angehört worden, noch habe ihr die Basler Gelegenheit eingeräumt, sich zu den Dr. E. vorgelegten Fragen zu äussern. Eine allfällige Verletzung der Verfahrensgarantien kann aufgrund deren formellen Charakters zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids führen, ohne dass die Angelegenheit materiell beurteilt würde. Die Einwände der Beschwerdeführerin sind deshalb vorab zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C\_951/2008, E. 3). 2.2. Im Zusammenhang mit der Rüge betreffend die Einreichung der Beurteilung von Dr. E. vom 20. April 2015 während des kantonalen Beschwerdeverfahrens ist zunächst auf die von der Beschwerdegegnerin angesprochene bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach verschiedene Bestimmungen im ATSG die Zuständigkeiten im Administrativverfahren und im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren voneinander abgrenzen und dem Gebot der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens nach Art. 61 lit. a ATSG dienen: 2.2.1 So prüft der Versicherungsträger nach Art. 43 Abs. 1 ATSG die

Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG) (vgl. BGE 132 V 374, E. 5 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2014, 8C\_410/2008, E. 5.1). Den meisten, durch das Sozialversicherungsrecht versicherten anspruchsbegründenden Risiken (wie Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Integrität) liegen medizinische Sachverhalte zugrunde. Zur Abklärung dieser medizinischen Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. In der obligatorischen Unfallversicherung kann die Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes unter anderem erfolgen durch die Berichte der behandelnden Ärzte, einschliesslich der Spezial- und Spitalärzte, die vom Unfallversicherer eingeholten Arztberichte (gegebenenfalls auch angestellter Ärzte) sowie das vom Unfallversicherer in Auftrag gegebene Sachverständigengutachten (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; BGE 120 V 357 ff.). 2.2.2 Zu berücksichtigen ist aber, dass der Beschwerde als ordentlichem Rechtsmittel nach Art. 56 ff. ATSG Devolutiveffekt zukommt. Das bedeutet, dass mit Einlegung des Rechtsmittels die Streitsache an die funktionell übergeordnete Rechtsmittelinstanz geht. Eingeschränkt wird dieser Effekt indessen durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet (zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers) demnach grundsätzlich die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichts, über das in der angefochtenen Verfügung (bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid) geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert der Versicherungsträger die Herrschaft über den Streitgegenstand, und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Entsprechend ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (vgl. BGE 136 V 5, E. 2.5 mit Hinweis auf BGE 127 V 231, E. 2b/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Januar 2014, 8C\_410/2013, E. 5.2). 2.2.3 Ferner schliesst es auch die anzustrebende Raschheit des Verfahrens aus, dass die Verwaltung während des kantonalen Verfahrens umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen tätigt. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des Prozesses kann der Versicherungsträger rechtsprechungsgemäss keine Abklärungsmassnahmen treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften. Umfassendere Abklärungen wie eine medizinische Begutachtung mit Mitwirkung der versicherten Person oder vergleichbare zeitraubende Beweismassnahmen würden den Rahmen eines raschen Verfahrens sprengen. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer

Abklärungsmassnahmen (BGE 136 V 6, E. 2.7 mit Hinweisen auf BGE 127 V 231, E. 2b/aa f.). 2.3 Verfügung und Einspracheentscheid der Basler waren zwar unter Hinweis auf die Kurzbeurteilung von Dr. E. vom 2. April 2014 begründet worden. Die mit der Vernehmlassung eingereichte, umfassende Aktenbeurteilung vom 20. April 2015 erfolgte aber ohne Mitwirkung der Versicherten und verursachte keine namhafte zeitliche Verzögerung des Verfahrens. Sodann wurde sie der Beschwerdeführerin vor Durchführung des zweiten Schriftenwechsels zugestellt, weshalb die Einreichung der Aktenbeurteilung, wie dies die Beschwerdegegnerin richtig feststellte, unter Berücksichtigung der obgenannten Kriterien grundsätzlich zulässig war. 2.4 Unbestritten ist ferner, dass sich die Beschwerdeführerin im Vorfeld der ärztlichen Beurteilungen von Dr. E. nicht äussern konnte. Wie sich aber aus dem eben Ausgeführten ergibt und die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Replik selbst darlegt, handelt es sich beim Bericht vom 20. April 2015 (wie auch vom 2. April 2014) um einen versicherungsmedizinischen Bericht des beratenden Arztes und nicht um ein medizinisches Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Die von der Rechtsprechung in BGE 137 V 210 aufgestellten Grundsätze zur Stärkung der verfassungsrechtlich verankerten und auf Gesetzesstufe festgeschriebenen Partizipationsrechte, die - sofern nicht IV-spezifisch - auch im Verfahren der Unfallversicherung gelten (vgl. BGE 138 V 318 E. 6.1.1), kommen bei Berichten von versicherungsinternen Ärzten nicht zum Tragen. Damit erweist sich auch der Einwand der Beschwerdeführerin, dass sie sich vorgängig nicht zu den fachlichen Qualifikationen von Dr. E. sowie den zu ihm vorgelegten Fragen äussern konnte, als unbegründet. Selbst wenn man im Umstand, dass der Beschwerdeführerin der Bericht vom 20. April 2015 erst mit der Vernehmlassung bekannt wurde, allenfalls eine Verletzung des rechtlichen Gehörsanspruchs erkennen wollte, könnte dieser jedenfalls nicht als derart schwerwiegend betrachtet werden, dass er eine Rückweisung zu nochmaliger Entscheidung unter Einhaltung der verfahrensmässigen Anforderungen rechtfertigen würde. Die Rechtsprechung lässt eine Heilung einer nicht schwer wiegenden Gehörsverletzung – wovon im vorliegenden Fall auszugehen ist – dort zu, wo die betroffene Person die Möglichkeit hat, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann ( Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 42 N 9 f.). Die Beschwerdeführerin konnte sich im vorliegenden Verfahren, in welchem das Kantonsgericht sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, zur Stellungnahme von Dr. E. vom 20. April 2015 aber ausführlich äussern. Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs kann deshalb als geheilt erachtet werden.

### **E. 3**

Materiell streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses mit Einspracheentscheid vom 16. Januar 2015 zu Recht rückwirkend per 1. November 2013 eingestellt hat.

#### **E. 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% des

versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

### **E. 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). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.3**

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit

Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei 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 (Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C\_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Wie bereits dargelegt, ist die rechtsanwendende Behörde zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 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 alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger 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).

5.1 Zur Beurteilung der strittigen Frage sind die folgenden medizinischen Unterlagen von Relevanz: 5.2. Anlässlich einer ersten

medizinischen Untersuchung im Anschluss an das Unfallereignis vom 16. August 2013 diagnostizierte Dr. B. am 25. November 2013 einen Status nach Schulterkontusion rechts mit möglicher Rotatorenmanschettenruptur. Die Versicherte habe sich nach einem Treppensturz im August 2013 erst im November 2013 bei ihm in Behandlung begeben. Eine mögliche *Commotio cerebri* sei zu diesem Zeitpunkt nicht mehr beurteilbar gewesen.

5.3 Im Rahmen einer aufgrund des Verdachts auf eine Rotatorenmanschettenruptur durchgeführten MRI-Untersuchung am 18. Dezember 2013 wurden ein reizloses unauffälliges AC-Gelenk, ein bogig konfiguriertes Akromion sowie eine Spur von Flüssigkeit in der Bursa subacromialis im Sinne einer leichtgradigen Bursitis erhoben. Überdies wurde eine intakte Supra- und Infraspinatussehne ohne Hinweise für eine Tendinopathie oder Ruptur, eine intakte lange Bizepssehne, eine unauffällige Darstellung der Subscapularissehne und das Fehlen einer osteochondralen Läsion festgestellt. Auch konnten keine Hinweise auf alte oder frische Frakturen festgestellt werden.

5.4 Am 1. Januar 2014 stellte Dr. D. die Diagnose einer Bursitis subacromialis links. Bezüglich der linken Schulter seien bisher keine Massnahmen getroffen worden, da die Schmerzen offenbar nicht so stark gewesen seien. Seit November 2013 bestünden diffuse ausgeprägte Schmerzen im Bereich der Schulter mit Bewegungs- und Kraftminderung im Alltag und bei der Arbeit. Die MRI-Untersuchung vom 18. Dezember 2013 habe bezüglich der Schmerzen eine ausgeprägte Bursitis subacromialis bei ansonsten unauffälliger Binnenstruktur gezeigt. Die im Rahmen der Konsultation durchgeführten Tests für die Rotatorenmanschette seien unauffällig, aber mit starken Schmerzen verbunden. Zunächst sei eine Physiotherapie zur Schultermobilisation, allenfalls auch mit Lokalmassnahmen mit Ultraschall, in Erwägung zu ziehen.

5.5 Mit Stellungnahme vom 13. März 2014 stellte Dr. C. die Diagnose einer Quetschverletzung der Rotatorenmanschette und der Bursa rechts nach axialem Stauchungstrauma am 16. August 2013. Die Patientin habe sich beim Treppensturz mehrere Kontusionen, unter anderem auch an der rechten Schulter, zugezogen. Vor dem Unfallereignis hätte sie keinerlei Schulterschmerzen beklagt.

5.6 Mit Kurzbericht vom 2. April 2014 berichtete Dr. E. zur Frage, welche Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 16. August 2013 zurückzuführen seien, dass die durch die Schulterkontusion verursachten Beschwerden im November 2013 folgenlos verheilt seien. Ab diesem Zeitpunkt dominiere ein unfallfremdes Leiden bei Vorbestehen einer Bursitis subacromialis.

5.7 Im Rahmen seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 20. April 2015 führte Dr. E. aus, dass es durch den Treppensturz unbestritten zu Kontusionen gekommen sei. Bei einer Muskelkontusion bzw. einer Muskelprellung handle es sich um eine Verletzung der Muskulatur durch eine direkte stumpfe Gewalteinwirkung. Pathogenetisch komme es durch diese lokal zu einer Muskelhämatombildung mit konsekutiv unmittelbar nach dem Trauma auftretendem lokalem Schmerz sowie gegebenenfalls zu Verhärtungen und Bewegungseinschränkungen der betroffenen Muskulatur. Die Rehabilitationszeit hänge vom Ausmass und der Lokalisation der Schädigung ab. So sei ein Abklingen der Symptome nach einer Prellung bereits nach wenigen Tagen möglich, in schweren Fällen könne der Heilungsprozess jedoch bis zu drei Wochen, bei nicht unmittelbarer Behandlung sogar bis zu drei Monaten, in Anspruch nehmen. Die diagnostizierten Kontusionen würden demnach auch die Beschwerden der Versicherten zeitnah zum Ereignis erklären. Bei der als einziger auffälliger Befund im Rahmen des MRI vom 18. Dezember 2013 erhobenen Bursitis subacromialis handle es sich um eine akute oder chronische, meist seriöse Entzündung des Schleimbeutels zwischen Akromion und der Rotatorenmanschette. Häufigste Ursache sei eine Überlastung

(Überkopftätigkeit oder Sportarten) oder die subakromiale Enge durch mechanische Einengung des Raums zwischen Akromion und Rotatorenmanschette durch osteophytäre Anbauten am Akromion oder Klavikulaunterrand oder durch Höherentreten des Humeruskopfes bei muskulärer Dysbalance der Rotatoren- und Schultergürtelmuskulatur. Da die Versicherte einer schulterbelastenden Tätigkeit nachgehe, sei eine Überlastung des Schultergelenks gegeben. Dafür spreche auch der vorliegende Verlauf, im Rahmen dessen die Versicherte ab November 2013 eine Schmerzzunahme erlitten habe und jeweils nach Belastung der Schulter Beschwerden aufgetreten seien. Des Weiteren sei im Rahmen der MRI-Untersuchung ein bogig konfiguriertes Akromion erhoben worden, welches zu einer Einengung führe und ein subakromiales Impingement begünstige. Auffallend sei auch, dass keine strukturellen traumatischen Läsionen ausgemacht werden konnten, welche Hinweise für eine traumatische Ursache der Bursitis wären. Auch eine Verletzung der Bursa habe nicht festgestellt werden können. Die Schulterbeschwerden seien demnach ab November 2013 nicht mehr als Folge der unfallbedingten Kontusion, sondern im Rahmen der Bursitis subacromialis zu sehen, welche vorliegend auf einer Überlastungssymptomatik und einem prädispositiven bogig konfigurierten Akromion beruhe. Die durch Dr. C. am 13. März 2014 diagnostizierte Quetschverletzung der Rotatorenmanschette nach axialem Stauchungstrauma sei unwahrscheinlich, da eine Verletzung der Rotatorenmanschette nicht habe nachgewiesen werden können und auch keine Sehnenverletzung dokumentiert sei. Was das axiale Stauchungstrauma angehe, so würde dieses voraussetzen, dass sich die Versicherte beim Sturz versucht habe abzustützen. Dies sei in den Unterlagen aber nicht dokumentiert. Auch seien den medizinischen Unterlagen keine Ellenbogen- oder Handkontusionen zu entnehmen, welche ein Abstützen beweisen würden. Dr. C. habe zudem nur eine chronisch verdickte Bursa und keine akute Bursitis diagnostiziert, wie sie bei einer Verletzung der Bursa zu erwarten gewesen wäre. Dies sei auch ein weiterer Hinweis auf eine chronische Überlastung durch die schulterbelastende Tätigkeit der Versicherten und somit auf ein unfallfremdes Leiden.

6.1. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Beurteilung der Frage, ob die Schulterbeschwerden mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 16. August 2013 zurückzuführen seien, auf den Kurzbericht von Dr. E. vom 2. April 2014 und insbesondere auf dessen ergänzende Aktenbeurteilung vom 20. April 2015. Wie sich aus dem in Erwägung 2.4 Ausgeführten ergibt, sind die von der Rechtsprechung definierten Anforderungen an die Einholung von Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vorliegend nicht einschlägig, weshalb auch den Auswirkungen dieser Rechtsprechung auf die Beweiswürdigung, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Rechnung getragen werden muss. Die Berichte von Dr. E. sind demnach insoweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit der darin vorgenommenen Schlussfolgerungen bestehen (vgl. E. 4.2 hiervor).

6.1.1. Was die Einwände der Beschwerdeführerin bezüglich des Berichts von Dr. E. vom 2. April 2014 angehen, so ist ihr darin beizupflichten, dass dieser Bericht nicht als alleinige Beurteilungsgrundlage betrachtet werden kann. Die Kurzbeurteilung beschränkt sich im Wesentlichen auf die Feststellung, es liege keine Kausalität vor, weil die Schulterkontusion rechts folgenlos verheilt sei, und weil ab November 2013 ein unfallfremdes Schulterleiden bei Bursitis subacromialis dominiere.

6.1.2. Anders verhält es sich hinsichtlich der zulässig in das Verfahren einbezogenen Aktenbeurteilung vom 20. April 2015 (vgl. E. 2.2 ff. hiervor). Darin setzt sich Dr. E. mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustandes der

Beschwerdeführerin. Alsdann kommt er gestützt auf die sich bei den Akten befindlichen medizinischen Berichte einleuchtend und überzeugend zum Schluss, dass die Schulterbeschwerden ab November 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang (mehr) mit dem Unfall vom 16. August 2013 aufweisen. Überdies legt er auch unter Hinweis auf die divergierenden Aussagen des behandelnden Arztes Dr. C. nachvollziehbar dar, weshalb die Diagnose einer Quetschverletzung der Rotatorenmanschette nach axialem Stauchungstrauma unwahrscheinlich sei und im vorliegenden Fall der Diagnose einer durch eine chronische Überlastung ausgelösten Bursitis der Vorrang gegeben wird. Insgesamt ist nicht zu beanstanden, dass die Basler dem Bericht vom 20. April 2015 vollen Beweiswert zuerkannte. 6.2. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen zu keiner anderen Beurteilung der Kausalitätsfrage zu führen. Sie macht insbesondere geltend, dass die Ausführungen von Dr. E. im Widerspruch zur Beurteilung von Dr. C. stünden, der als Ursache der Beschwerden einzig den Sturz vom 16. August 2013 anführe und keine unfallfremden Ursachen festgestellt habe. Überdies halte er auch fest, dass sie vor dem Unfallereignis keinerlei Schulterschmerzen aufgewiesen habe. Zunächst ist unter Hinweis auf das eben Dargelegte festzuhalten, dass sich Dr. E. ausführlich mit der von Dr. C. vertretenen Auffassung auseinandersetzt. Was die von Dr. C. diagnostizierte Quetschverletzung der Rotatorenmanschette bzw. der Bursa nach axialem Stauchungstrauma anbelangt, so legt Dr. E. nachvollziehbar dar, dass eine Quetschung bzw. eine Kontusion nicht geeignet ist, eine Verletzung der Rotatorenmanschette auszulösen und dass ein Abklingen der Symptome bei Kontusionen, je nach Ausmass und Lokalisation der Schädigung, innerhalb weniger Tage bzw. Wochen zu erwarten ist. Alsdann werden die Aussagen von Dr. E. auch gestützt durch den MRI-Befund vom 18. Dezember 2013, im Rahmen dessen eine unauffällige Binnenstruktur festgestellt und der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur gerade nicht bestätigt werden konnte. Ferner weist Dr. E. überzeugend darauf hin, dass ein axiales Stauchungstrauma voraussetzen würde, dass sich die Versicherte beim Sturz abzustützen versucht habe. In den Unterlagen sind aber weder Hand- und Ellenbogenkontusionen noch zeitnah zum Ereignis diesbezügliche Schmerzen dokumentiert worden, welche auf eine solche Handlung hinweisen würden. Die von Dr. C. gestellte Diagnose einer Quetschverletzung der Rotatorenmanschette vermag aber auch deshalb nicht zu überzeugen, weil er sich mit der anlässlich der MRI-Untersuchung erhobenen Bursitis subacromialis und der damit verbundenen Möglichkeit einer chronischen Überlastung durch die von der Beschwerdeführerin ausgeübte schulterbelastete Tätigkeit nicht auseinandersetzt. Auch auf das diagnostizierte bogig konfigurierte Akromion, welches den Ausführungen von Dr. E. zufolge als ein die chronische Bursitis begünstigender Faktor zu werten ist, nimmt er keinen Bezug. Insofern setzt er sich mit den anlässlich der MRI-Untersuchung erhobenen Befunden gar nicht auseinander, die auf unfallfremde Faktoren hinweisen würden. Im Rahmen seiner Kausalitätsbeurteilung ebenfalls nicht zu überzeugen vermag sodann die Aussage, dass die Versicherte vor dem Unfallereignis keinerlei Schulterbeschwerden hatte, läuft sie doch auf die Schlussfolgerung hinaus, dass eine gesundheitliche Schädigung 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 unzulässig (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht,

sozialrechtliche Abteilungen] vom 29. November 2006, 207/06, E. 2.3). Soweit sich die Beschwerdeführerin zur Bekräftigung ihres Standpunktes schliesslich auch auf die Berichte von Dr. D. vom 7. Januar 2014 beruft, ist festzuhalten, dass diesen Dokumenten keinerlei Äusserungen bezüglich einer möglichen fortdauernden Kausalität der geklagten Schulterbeschwerden zu entnehmen sind. Vielmehr werden die Ausführungen von Dr. E. durch die Aussage von Dr. D. untermauert, wonach bei der Beschwerdeführerin erst ab November 2013 ausgeprägte Schmerzen im Bereich der Schulter ausgemacht werden konnten. Die zitierten Berichte sind demnach nicht geeignet, die Kausalitätsbeurteilung von Dr. E. in Zweifel zu ziehen.

## **E. 7**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage zur Beurteilung der vorliegenden Streitfrage ausreichend ist. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. E. vom 20. April 2015 den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 16. August 2013 und den über den 1. November 2013 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden verneinte. Damit hat sie ihre Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt zu Recht eingestellt. Die gegen den Einspracheentscheid vom 16. Januar 2015 erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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

8.2 Die obsiegende Beschwerdegegnerin ist zwar anwaltlich vertreten, Art. 61 lit. g ATSG schränkt den Anspruch auf eine Parteientschädigung jedoch ausdrücklich auf die Beschwerde führende Person ein. Die ausserordentlichen Kosten sind deshalb wettzuschlagen;

8.3 Abschliessend bleibt über den Antrag der Beschwerdeführerin zu befinden, es sei ihr die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter zu bewilligen. Gemäss Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG wird der Beschwerde führenden Person, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Mit Inkraftsetzung des ATSG ist der im Wortlaut mit Art. 61 lit. f ATSG übereinstimmende Art. 108 Abs. 1 lit. f UVG aufgehoben worden. Damit hat sich inhaltlich nichts geändert und die bisherige Rechtsprechung des damaligen EVG zu Art. 108 Abs. 1 lit. f UVG hat weiterhin Geltung (Urteil des EVG vom 3. Juli 2003, U 114/03, E. 2.1). Gemäss dieser 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 U. des EVG vom 7. Juli 2003, U 356/02, E. 3.1; Alexandra Rumo - Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/ Genf 2003, S. 451 mit Hinweisen auf BGE 100 V 62 E. 3 und 98 V 117 E. 2; vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 61 Rz. 104). Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben: Die Bedürftigkeit der Versicherten kann gestützt auf die eingereichten Unterlagen bejaht werden, die Beschwerde kann nicht als offensichtlich aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung war geboten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin

hat in seiner Honorarnote vom 2. März 2015 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 7.5 Stunden und Auslagen von Fr. 18.-- ausgewiesen, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (in der seit 1 Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung 200 Franken pro Stunde. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist deshalb für seine Bemühungen ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'650.25 (7.5 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 18.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 8.4 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t :

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