

# **BL\_GERICHTE 725 16 75/216 vom 1. September 2016**

BL Gerichte, 2016-09-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_16\\_75\\_216](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_16_75_216)

FR: BL\_GERICHTE 725 16 75/216 du 1 septembre 2016

IT: BL\_GERICHTE 725 16 75/216 del 1 settembre 2016

## **Regeste**

Unfallversicherung Wegfall der natürlichen Kausalität; das vom Unfallversicherer eingeholte Gutachten ist beweistauglich, die Partizipationsrechte der Versicherten wurden gewahrt.

## **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 G.\_\_\_\_, 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 damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte – Beschwerde ist folglich einzutreten.

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Übernahme der Heilbehandlungskosten zu Recht per 13. Juni 2013 respektive per 30. September 2013 eingestellt hat. 3.1 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. 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. 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 (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). 3.2 Für Leistungen nach UVG hat der

Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung, Behandlungsbedürftigkeit) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 (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).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also Letzterer ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. 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 (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). 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 nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen 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 vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. 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).

3.4 Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 443 f. Rz 2 ff., S. 451 Rz 41). Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute:

Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweismittelwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.1 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 (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (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 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 somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweismittelwürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So 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 Beweismittelwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweismittelwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese

mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

## **E. 5**

Bei der Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

### **E. 5.1**

Der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Arztzeugnis UVG vom 20. Juni 2013 eine Zerrung/Kontusion der rechten oberen Extremität. Die Patientin sei vom 1. Juni 2013 bis 12. Juni 2013 zu 100% arbeitsunfähig. Die Behandlung sei am 20. Juni 2013 abgeschlossen worden.

### **E. 5.2**

Dr. E.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 20. September 2009 aus, dass die Patientin an Schulterschmerzen leide, die erst nach dem Unfall vom 31. Mai 2013 begonnen hätten. Am Tag der Wiederaufnahme der Arbeit als Altenpflegerin habe sie eine Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber gehabt, sei dadurch in eine schwere Depression geraten und seither arbeitsunfähig. Wegen der Depression habe sie keine Zeit gehabt, sich um die schleichend zunehmenden Schulterschmerzen zu kümmern. Aufgrund der Arbeitsunfähigkeit habe sie nicht prüfen können, wie die Belastbarkeit der Schulter sei. Beeinträchtigt sei die Patientin auch beim Schalten beim Autofahren, bei Arbeiten auf Schulterhöhe, bei schwerem Drehen der Hand und bei schwerem Heben. Nebenbefundlich berichte die Patientin, dass seit zwei Tagen der rechte Handrücken nachts einschlafen würde.

### **E. 5.3**

Mit Bericht vom 17. Oktober 2013 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass eine am 1. Oktober 2013 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) keinen Hinweis auf eine traumatische Verletzung ergeben habe. Dennoch bestehe nach der Zerrung der Schulter am 31. Mai 2013 eine deutliche Beweglichkeitseinschränkung und es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass diese im Zusammenhang mit dem Unfall stehe. Seit Juli 2013 berichte die Patientin zusätzlich über Ausstrahlungen mit Gefühlsstörungen in den Fingern IV und V rechts. Eine neurologische Untersuchung sei angezeigt. Differentialdiagnostisch müsse an ein thoracic outlet Syndrom gedacht werden, sekundär entstanden durch die reflektorischen Kettenmyosen als Folge der Zerrung.

### **E. 5.4**

Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Neurologie, hielt in ihrem Bericht vom 19. Dezember 2013 fest, dass die gleichentags durchgeführten Medianus- und Ulnarisneurografien

(EMG-Untersuchungen) vollständig normal ausgefallen seien und keine pathologischen Veränderungen gezeigt hätten. Als Verdachtsdiagnose wurde eine Frozen Shoulder genannt.

#### **E. 5.5**

Auf Anfrage des Unfallversicherers führte Dr. E. \_\_\_\_ am 27. Januar 2014 aus, dass die Patientin seit dem Sturz am 31. Mai 2013 unter Schmerzen an der rechten Schulter und am rechten Oberarm sowie an einer eingeschränkten Beweglichkeit leide. Bei der letzten Kontrolluntersuchung am 23. Januar 2013 habe die Patientin über eine aktuell nur leichte Besserung berichtet. Nach Besprechung mit dem Physiotherapeuten bestehe ein protrazierter Verlauf mit Ausbildung einer Frozen Shoulder. Die heutigen Beschwerden seien auf den Unfall vom 31. Mai 2013 zurückzuführen. Es handle sich bei diesen Beschwerden ausschliesslich um Unfallfolgen. Von einer noch namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes könne ausgegangen werden. Der Heilungsverlauf gestalte sich bisher komplikationslos, sei erfahrungsgemäss jedoch protraziert.

#### **E. 5.6**

Die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. \_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, erstattete am 12. Juli 2014 ein Aktengutachten, insbesondere zur Frage der Diagnose. Darin diagnostizierte sie eine adhäsive Kapsulitis (Frozen Shoulder) der rechten dominanten Schulter bei Status nach möglicher Kapselzerrung im Rahmen eines Sturzereignisses am 31. Mai 2013, sowie bei Diabetes mellitus Typ II, Asthma bronchiale, anamnestisch depressiver Episode bei Arbeitsplatzkonflikt, mässiger AC-Gelenksarthrose und ohne objektivierbares strukturelles Organkorrelat einer unfallbedingten Läsion. Ferner führte Dr. I. \_\_\_\_ aus, dass es bis heute keine einheitliche Definition der adhäsiven Kapsulitis (Frozen Shoulder) gebe. Einige Autoren würden eine genetische Disposition annehmen mit bislang noch unbekanntem Triggerfaktoren. Häufig trete eine adhäsive Kapsulitis nach herz- und neurochirurgischen Eingriffen, nach Traumata, aber auch nach Bagateltraumata auf. Dr. I. \_\_\_\_ nannte in der Folge verschiedene Faktoren, welche eine statistische Korrelation mit dem Auftreten einer Frozen Shoulder aufweisen würden. In Bezug auf den Gesundheitszustand der Versicherten hielt Dr. I. \_\_\_\_ fest, dass im MRI vom 1. Oktober 2013 kein strukturelles organisches Korrelat einer unfallbedingten Läsion des rechten Schultergelenks habe objektiviert werden können, hingegen degenerative Veränderungen im Bereich des AC-Gelenks mit ein Impingement begünstigenden osteophytären Reaktionen und konsekutiver Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Nachweis eines Risses imponierten. Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde könne bei der Versicherten trotz des Vorliegens mehrerer konkurrierender Faktoren (Lebensalter, Geschlecht, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Arbeitsplatzkonflikt, depressive Episode) ein kausaler Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Mai 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

#### **E. 5.7**

Mit Arzzeugnis vom 2. Oktober 2014 attestierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Patientin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. Juni 2013 (gemäss Arzzeugnis Dr. C. \_\_\_\_ ) bis 31. Dezember 2013 sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 70% vom 1. Januar 2014 vorläufig bis 30. November 2014. Aktuell sei die Patientin aus somatischen Gründen noch zu 100% arbeitsunfähig.

### **E. 5.8**

Am 3. Oktober 2014 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ von der Konsultation am selben Tag. Die Patientin habe angegeben, dass sich die Beweglichkeit in den letzten Wochen verbessert habe, es persistierten allerdings Schmerzen insbesondere bei Rotationsbewegungen sowie beim Anheben des Armes. Teilweise sei auch noch ein Ruheschmerz vorhanden. Zwar sei das MRI weitestgehend unauffällig ausgefallen, aufgrund des Verlaufes und des klinischen Untersuchungsbefundes komme indessen eine Verletzung des Pulley mit nachfolgender Instabilität der langen Bizepssehne durchaus in Frage. Solche Verletzungen seien im MRI oftmals schwer zu sehen. Zum aktuellen Zeitpunkt habe die Kapselsteife kaum mehr eine klinische Relevanz, aufgrund der Reizung durch die lange Bizepssehne bestünden jedoch weiterhin entzündliche Veränderungen im ventralen Gelenksbereich.

### **E. 5.9**

Mit Schreiben vom 19. November 2014 kritisierte Dr. F.\_\_\_\_ die von der Beschwerdegegnerin verneinte Unfallkausalität. Es handle sich bei der Diagnose der Pulley-Läsion lediglich um eine Verdachtsdiagnose, welche nur im Rahmen einer Arthroskopie bestätigt werden könne. Der von der Patientin beschriebene Unfallmechanismus sei entgegen den Ausführungen des Unfallversicherers sehr wohl geeignet, eine solche Läsion auszulösen und sei dafür sogar typisch. Im Übrigen stehe eine Verneinung der Unfallkausalität im Widerspruch mit dem Aktengutachten vom 12. Juli 2014.

### **E. 5.10**

Im Operationsbericht vom 18. Dezember 2014 diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ eine Instabilität der langen Bizepssehne Schulter rechts. Bei der Operation habe sich eine annähernd normale glenohumerale Gelenkbeweglichkeit gezeigt sowie ein altersentsprechender Normalbefund des Knorpels am Glenoid und Humeruskopf. Die Rotatorenmanschette sei intakt, es zeige sich eine regelrechte Insertion von Subscapularis-, Supraspinatus- und Infraspinatussehne. Am Rotatorenintervall sei eine Rötung erkennbar, jedoch keine manifeste Kapselsteife. Indessen zeige sich ein deutlich erweiterter Pulley mit Läsion der vorderen Pulley-Zügel, ausserdem eine Instabilität am Bizepssehnenanker bei einer SLAP II-Läsion. Es sei eine Bizepsstenotomie durchgeführt worden

### **E. 5.11**

Mit Bericht an den Unfallversicherer vom 9. April 2015 diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ postoperativ eine Frozen Shoulder. Zurzeit gelte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Je nach Verlauf könne die Frozen Shoulder noch 6 bis 24 Monate andauern, die Prognose sei insgesamt jedoch trotz protrahiertem Verlauf grundsätzlich eher günstig. Von einem Endzustand könne erst ausgegangen werden, wenn sich die Schultersteife gelöst habe. Am 28. April 2015 präziserte Dr. F.\_\_\_\_ nach einer Untersuchung, dass sich bei der Patientin posttraumatisch/postoperativ eine starke Frozen Shoulder ausgebildet habe. Die Schulter sei nicht belastbar. Es sei von einem langwierigen Verlauf von mindestens zwei Jahren auszugehen. Eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit werde in dieser Zeit nicht möglich sein. Mit Schreiben vom 22. Juni 2015 führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Verlauf sei noch völlig unklar, eine Restitutio ad integrum sei jedoch wahrscheinlich.

### **E. 5.12**

Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge bei Dr. D.\_\_\_\_ ein Gutachten in Auftrag, welches dieser am 26. Juli 2015 erstattete. Darin diagnostizierte er ein chronisches Fixierthalten des rechten Oberarms am rechten Oberkörper mit einem Sturz auf nasser Strasse und Festhalten an einem Gartenzaun mit dem rechten Arm am 31. Mai 2013 als auslösendes Ereignis und bei Status nach Arthro-Magnetresonanzuntersuchung des rechten Schultergelenks am 1. Oktober 2013 mit Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Hinweis auf eine traumatische Verletzung, bei Status nach retraktiver Kapsulitis (Frozen Shoulder), Status nach aktiv eingeschränkter aber passiv freier Schulterbeweglichkeit, Status nach Schulteroperation rechts beim Befund einer Instabilität der langen Bizepssehne am 17. Dezember 2014. Die Patientin befinde sich seit dem 13. Juni 2013 in psychiatrischer Behandlung und sei in psychiatrischer Hinsicht aktuell zu 70% arbeitsunfähig. Ausserdem hielt Dr. D.\_\_\_\_ diverse weitere – vorliegend nicht im Zentrum stehende – Diagnosen fest. Die Explorandin habe berichtet, dass ihr Gesundheitszustand generell schlecht sei und sie immer wieder einmal Schmerzen an unterschiedlicher Lokalisation habe. Heute sei sie erstmals mit Schmerzen am linken Sitzbeinhöcker erwacht. In Bezug auf die rechte Schulter stehe symptomatisch der nächtliche Schmerz im Vordergrund, es tue aber auch tagsüber weh. Der Schmerz verteile sich unspezifisch über die ganze rechte Schulterpartie und erreiche einen Wert von durchschnittlich VAS 6.5. Die Explorandin beklagte insbesondere auch die Einschränkung der Beweglichkeit als Rechtshänderin. Sie habe während der gesamten Untersuchungsdauer eine fixierte Haltung des rechten Armes am Oberkörper präsentiert. Die Untersuchungsbefunde seien schwierig zu interpretieren. Sowohl die aktive wie auch die passive Untersuchung ergäben nicht ganz kongruente Befunde. Die Armumfänge deuteten darauf hin, dass die rechte obere Extremität nicht immer ruhiggestellt werde. Aus klinisch-rheumatologischer Sicht bestünden keine klaren Anhaltspunkte dafür, dass die rechte obere Extremität funktionell nicht eingesetzt werden könne. Bei der Schmerzproblematik der Explorandin handle es sich um eine Gesamtkörperproblematik, welche idealerweise mit einer psychosomatischen Rehabilitation zu behandeln wäre. Zum Unfall führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass die Explorandin beim Sturz vom 31. Mai 2013 offensichtlich eine Zerrung erlitten habe. Eine Kontusion sei beim Sturzmechanismus unwahrscheinlich, und Hämatome hätten lediglich in der Gesässgegend, nicht aber in der Schulterpartie bestanden. Eine vier Monate später durchgeführte MRI-Untersuchung habe keinen traumatischen Befund und keine Hinweise auf eine Kapsulitis ergeben. Zwar habe Dr. E.\_\_\_\_ im Rahmen der Behandlung eine Frozen Shoulder beobachtet, gemäss weiteren Aktenangaben und des aktuell passiv weitgehend freien Bewegungsausmasses handle es sich vorliegend jedoch nicht um das klassische Krankheitsbild einer Schultersteife. Die Schmerzangaben vor allem nachts entsprächen überdies nicht der bei einer Schulterpathologie zu erwartenden Belastungsabhängigkeit der Schmerzen. Aus streng rheumatologischer Sicht ergäben sich keine objektiven Hinweise für eine Einschränkung betreffend eine die oberen Extremitäten nicht belastende Tätigkeit. Die Unfallkausalität werde vom behandelnden Rheumatologen, welcher auch ein Zertifikat als medizinischer Gutachter habe, klar bejaht. Sachlich bestünden jedoch – abgesehen vom chronologischen Zusammenhang – keine die Unfallkausalität stützenden Argumente. Die Zusatzfaktoren, das auslösende Ereignis selbst und der Verlauf sprächen trotz der Einschätzung des versierten Facharztes gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität. Das Erreichen des Status quo ante oder Status quo sine müsse auf den Bereich von drei bis sechs Monaten nach dem Sturz vom 31. Mai 2013 datiert werden. Dr. D.\_\_\_\_ legte es im Speziellen auf das Datum des MRI vom 1. Oktober 2013 fest.

### **E. 5.13**

Mit Schreiben vom 23. Oktober 2015 führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass er sich als behandelnder Orthopäde der Versicherten nicht der Argumentation und den Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ anschliessen könne. Das Fehlen einer Kontusion sei vorliegend irrelevant, da es sich beim Unfallmechanismus um eine Schulterdistorsion gehandelt habe. Der Traumamechanismus mit Aussenrotation-/Abduktionstrauma sei absolut typisch für Verletzungen im Bereich der ventralen Kapsel und des Umlenkmechanismus der langen Bizepssehne, also für die Diagnose einer Pulley-Läsion mit nachfolgender Instabilität der langen Bizepssehne, wie sie von ihm intraoperativ am 17. Dezember 2014 festgestellt worden sei. Das Vorliegen einer posttraumatischen Frozen Shoulder sei demgegenüber zu bezweifeln. Darüber, ob eine solche auf den Unfall zurückzuführen sei, könne er sich kein Urteil erlauben, da er die Patientin erstmals 15 Monate nach dem Unfallereignis gesehen habe. Gemäss der vorliegenden Aktenlage sei aber davon auszugehen, dass eine Frozen Shoulder mit gewisser Latenz zum Unfallereignis aufgetreten sei, was bei Traumatisierungen der Schulter nicht selten sei. Diese sei noch vor seinem Untersuchungsbefund am 2. Oktober 2014 gelöst worden. Verantwortlich für die Beschwerden der Patientin sei in diesem Zeitpunkt vielmehr die Pulley-Läsion gewesen. Nach der Operation am 17. Dezember 2014 habe sich erneut eine Frozen Shoulder ausgebildet, so dass sich die subjektiven Beschwerden der Patientin tatsächlich kaum verändert hätten.

### **E. 5.14**

Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 12. Januar 2016 Stellung zu den Einwänden von Dr. F.\_\_\_\_. Er führte aus, dass die Argumentation hinsichtlich der Entstehung der Pulley-Läsion als solche nachvollziehbar sei, es dabei aber um grundsätzliche und im vorliegenden Fall nicht zutreffende Überlegungen gehe. Gegen eine traumatische Pulley-Läsion spreche insbesondere, dass in den ersten drei Monaten nach dem Sturz aktenkundig keine Hinweise hinsichtlich Schmerzen in der rechten Schulter zu finden seien. Eine Frozen Shoulder sei entgegen der von Dr. F.\_\_\_\_ vertretenen Auffassung so nicht dokumentiert worden. Eine nach dem 17. Dezember 2014 entstandene (zweite) postoperative Kapselsteife sei nirgends dokumentiert. Die alleinige Aufhebung der Innenrotation sei per definitionem nicht ausreichend, um die Diagnose einer Frozen Shoulder zu stellen. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2015. Sie ging demzufolge davon aus, dass aktuell keine unfallkausalen Beschwerden mehr vorlägen bzw. der Status quo sine bereits Anfang Oktober 2013 eingetreten sei. Die Leistungen wurden entsprechend per Ende September 2013 eingestellt. Die Beschwerdegegnerin ging ferner unter Hinweis auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2013 davon aus, dass ab dem 13. Juni 2013 keine auf den Unfall zurückführende Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden habe und stellte die Taggeldleistungen ab diesem Zeitpunkt ein. 6.2 Wie in Erwägung 4.2 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht vor. So sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass Dr. D.\_\_\_\_ den Sachverhalt unvollständig oder

unrichtig wiedergegeben hat. Die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin betreffen vielmehr lediglich für die Beurteilung unwesentliche Einzelheiten. Auch, dass der Gutachter die Arztberichte zu dem im Jahr 2014 erlittenen Myokardinfarkt nicht explizit aufführte, ist im Hinblick auf die vorliegend strittigen Fragen nicht zu beanstanden. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin werden die Ergebnisse der von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Observation im Gutachten vom 26. Juli 2015 nicht erwähnt und es bestehen keinerlei Hinweise, dass der Gutachter sich von den Ergebnissen dieser Observation habe leiten lassen. Die vom behandelnden Orthopäden Dr. F.\_\_\_\_ festgestellten funktionellen Einschränkungen, die von den von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Untersuchungsbefunden abweichen, werden von Letzterem diskutiert. Sofern die Beschwerdeführerin formale Mängel bei der Gutachtenerteilung geltend macht, ist ihr Folgendes entgegenzuhalten: Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei mono- und bidisziplinären Gutachten über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit der Begutachtung, Anzahl und Auswahl der Fachdisziplinen) und die Gutachterperson konsensorientiert vorzugehen (BGE 139 V 356 E. 5.2.2.3). Ein Rechtsanspruch auf einvernehmliche Bestimmung der Gutachterstelle besteht indessen nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2014, 8C\_512/2013, E. 3.5). Der Beschwerdeführerin wurde vorliegend mit Schreiben vom 24. Juni 2015 mitgeteilt, in welcher Form und bei welcher Fachperson die Begutachtung vorgesehen sei und liess ihr den Fragenkatalog zukommen. Gleichzeitig gab ihr die Beschwerdegegnerin Gelegenheit, mitzuteilen, ob sie mit der Gutachterstelle einverstanden sei, und Zusatzfragen einzureichen. Es wäre der Beschwerdeführerin auch als juristischer Laie ohne weiteres möglich gewesen, sich zur Beweisvorkehr und der Gutachterperson zu äussern und sich gegebenenfalls gegen die Anordnung zur Wehr zu setzen. Von einer Verletzung ihrer Partizipationsrechte kann jedenfalls keine Rede sein. Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Gutachten weder formale noch inhaltliche Mängel aufweist und es – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. Erwägung 4.1 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der umfassenden Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinandersetzt, in den Schlussfolgerungen überzeugend ist und so ein schlüssiges Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vermittelt. 6.3 Nach dem Ausgeführten kann für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2015 abgestellt werden. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 31. Mai 2013 eine Zerrung erlitten hat, die geklagten Schulterbeschwerden jedoch in keinem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang damit stehen. An diesem Ergebnis vermögen auch die Ausführungen des behandelnden Orthopäden Dr. F.\_\_\_\_ nichts zu ändern. Dieser wendet selbst ein, dass er sich über die Unfallkausalität der Frozen Shoulder kein Urteil erlauben könne, da er die Beschwerdeführerin erst 15 Monate nach dem Unfall erstmals untersucht habe. Die von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte Pulley-Läsion ist indessen erst im Oktober 2014 – und damit rund 17 Monate nach dem Unfall vom 31. Mai 2013 – festgestellt worden. Dr. D.\_\_\_\_ führt diesbezüglich in seinem Ergänzungsschreiben vom 12. Januar 2016 überzeugend aus, dass in den ersten drei Monaten nach dem Unfall aktenkundig keine Hinweise auf Schulterschmerzen zu finden seien, was bei einer traumatischen Pulley-Läsion zu erwarten wäre. Ein Kausalzusammenhang zwischen der diagnostizierten Tendinopathie und dem

Sturz vom 31. Mai 2013 wird nirgends aufgeführt und von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Entsprechend den Ergebnissen im Gutachten vom 26. Juli 2015 ist folglich anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer (psychosomatischen) Gesamtkörperproblematik leidet. 6.4 Die Beschwerdeführerin beantragt zur Abgrenzung der psychischen Problematik eine psychiatrische Begutachtung. Nach BGE 115 V 133 ff. setzt die Bejahung des (adäquaten) Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (BGE 134 V 126 E. 10.1; BGE 115 V 138 ff. E. 6 ff.). Bei leichten bzw. banalen Unfällen kann der (adäquate) Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen. Die Beschwerdeführerin ist vorliegend auf nassem Untergrund ausgerutscht und musste zum Auffangen des Sturzes reflexartig an einen Zaun greifen. Bei diesem Geschehensablauf handelt es sich zweifellos um einen leichten Unfall (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. April 2010, 8C\_813/2009, E. 4.2.1, vgl. auch: BGE 115 V 138 E. 5c). Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge auch während lediglich 12 Tagen krankgeschrieben. Da die adäquate Kausalität der psychiatrischen Schmerzproblematik nach der soeben dargelegten Rechtsprechung ohnehin zu verneinen wäre, erübrigt sich eine Abklärung und Prüfung der natürlichen Kausalität (Zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BGE 135 V 472 E. 5.1 mit Hinweisen; zur antizipierten Beweiswürdigung: BGE 141 I 64 E. 3.3 mit Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d mit Hinweisen).

#### **E. 7**

Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 31. Mai 2013 per 13. Juni 2013 respektive per 30. September 2013 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 1. Februar 2016 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

#### **E. 8**

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 den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang wettzuschlagen. 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.

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