

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/9 vom 24. Oktober 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_9

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/9 du 24 octobre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/9 del 24 ottobre 2017

Regeste

Art. 6 UVG. Das Dahinfallen der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und Schulterbeschwerden sechs Wochen nach dem Ereignis ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Oktober 2017, UV 2016/9).

Erwägungen

E. 1

1.1 Zwischen den Parteien ist streitig, ob die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (vgl. UV-act. 26) zu Recht per 30. April 2015 einstellte. 1.2 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 sehen vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015, d.h. vor dem 1. Januar 2017, ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden. Das vorliegend relevante Ereignis hat sich am 12. März 2015 ereignet, weshalb auf die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen abzustellen ist. 1.3 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein bzw. verneint werden können. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (THOMAS LOCHER/THOMAS

GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.).

1.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h., wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58). 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). 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. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3).

1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 465 E. 4 und BGE 125 V 351 E. 3b/ee, je mit

Hinweisen).

E. 2

2.1 Vorab ist festzuhalten, dass es mit Blick auf die vorliegende Aktenlage und insbesondere die Vorfallsschilderung der Beschwerdeführerin vom 18. Mai 2015 (UV-act. 14) zumindest fraglich erscheint, ob das für die erlittene Gesundheitsschädigung verantwortlich gemachte Ereignis vom 12. März 2015 die Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, mithin vorliegend überhaupt von einem Unfall im Sinne des Gesetzes auszugehen wäre. Dabei ist insbesondere auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, gemäss welcher das Auffangen eines Patienten bei einem drohenden Sturz selbst dann nicht als ungewöhnlich gilt, wenn die Bewegung reflexartig ausgeführt wurde (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2010, 8C_444/2009, E. 4.3, mit einer Zusammenfassung der Kasuistik). Auch mit Blick auf die berufliche Gewöhnung sowie die Konstitution der Beschwerdeführerin (163 cm, 56 kg) im Vergleich zur Bewohnerin, welche nach Angaben der Beschwerdeführerin ca. 83-84 kg wog (vgl. UV-act. 14), erscheint das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors – sei es in Form einer unkoordinierten Bewegung oder aber einer Überanstrengung – nicht zweifelsfrei erstellt. Wie es sich damit genau verhält, kann indessen offen bleiben, denn ein (weiterer) Leistungsanspruch ist, wie sich zeigen wird, auch aus anderen Gründen zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte jedenfalls ihre Leistungspflicht am 3. Juli 2015 formlos und bejahte entsprechend die Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden (vgl. E. 1.2). Entsprechend ist vorliegend von einer rechtskräftigen Anerkennung auszugehen. Diese ist jedenfalls nicht zweifellos unrichtig. Damit bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin auch über den 30. April 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat, mithin, ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden (noch) in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. März 2015 stehen.

E. 3

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen respektive bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Nach der Rechtsprechung können Schmerzangaben der versicherten Person für die Annahme struktureller Unfallrestfolgen für sich alleine nicht genügen; entsprechend ist bei einem Fortbestehen von Schmerzen nicht ohne Weiteres von anhaltenden Unfallrestfolgen auszugehen. Vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil des EVG vom 9. Oktober 2001, I 382/2000, E. 2b, vgl. auch Urteil des EVG vom 12. März 2004, I 683/2003, E. 2.2.2). 3.2 Vorliegend bestehen bei der Beschwerdeführerin seit dem Ereignis vom März 2015 anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen, die nach eigenen Angaben erst im Verlauf des Sommers 2016 unter Anwendung von

Akupunktur, Osteopathie und Physiotherapie zurückgingen (vgl. act. G 1 S. 6). Die Beschwerdeführerin gab zum Beschwerdeverlauf im Wesentlichen an, beim Transfer eine Bewohnerin am 12. März 2015 einen akuten Schmerz im linken Schulterbereich verspürt zu haben (vgl. UV-act. 1, 7, vgl. auch UV-act. 25 S. 5). Sie habe danach etwa zwei Wochen mit Schmerzmitteln weitergearbeitet, wobei die Beschwerden nicht abgenommen hätten. Eine klare Diagnose sei nicht gestellt worden. Die Ärzte gingen davon aus, dass die Beschwerden „vom Rücken her“ kämen. Sie habe jedoch auf der rechten Seite des Rückens Probleme. Vorher habe sie nie Probleme mit der linken Schulter gehabt (vgl. den Bericht Kundenberater vom 18. Mai 2015, UV-act. 14).

3.3 Dr. C. ___ diagnostizierte am 12. März 2015 eine Schmerzsynkope nach Verhebetauma sowie einen Verdacht auf Nervenkompression bei HWS-Reklination. Es bestand abgesehen von den der Beschwerdeführerin bekannten Myogelosen keine Druckdolenz im Jugulum bzw. der Schulterpartie. Bei Kopfreklination und Rotation nach links war ein Schmerz auslösbar (UV-act. 7, 20). Auch Dr. D. ___ konnte anlässlich der Untersuchung vom 20. März 2015 klinisch keinen Druck- oder Bewegungsschmerz im Bereich der Clavicula feststellen. Das Schultergelenk war frei beweglich und radiologisch zeigte sich ein unauffälliger Befund. Im Bereich der HWS zeigten sich eine deutliche Einschränkung der Links-Seitneigung, Linksrotation und Reklination sowie paravertebrale Myalgien im Bereich der oberen und mittleren HWS (UV-act. 8). Die zur weiteren Abklärung durchgeführte MRT-Untersuchung der HWS vom 23. März 2015 ergab neben einer rechtsakzentuierten Diskusprotrusion im Segment C4/5 sowie einer rechtsgelegenen Diskushernie im Segment C5/6 mit begleitender Spondylosis eine foraminale Irritation der Nervenwurzel C6 rechts. Dr. D. ___ hielt hinsichtlich der Untersuchungsbefunde fest, dass, weil sich die Cervicobrachialgie auf der linken Seite befinde, nicht sicher sei, ob ein Zusammenhang bestehe. Neurologische Defizite oder eindeutige Foraminalstenosen konnten keine festgestellt werden (UV-act. 9, 10). Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. G. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, erachtete im Bericht vom 27. April 2015 die Beschwerden betreffend Diskushernie als im Vordergrund stehend (UV-act. 11). Die am 18. Mai 2015 zur weiteren Abklärung der persistierenden Beschwerden (vgl. E. 3.2) durchgeführte MRT Arthrographie des linken Schultergelenkes ergab schliesslich eine mässige aktivierte AC-Gelenksarthrose mit leichter Bursitis subacromialis. Eine Rotatorenmanschettenrissbildung bzw. SLAP-Läsion konnte nicht festgestellt werden (UV-act. 15).

3.4 Dr. F. ___ stellte in ihrer medizinischen Beurteilung vom 23. Juni 2015 zuhanden der Beschwerdegegnerin die Diagnose Verhebetauma am 12. März 2015 mit vernommenem Knackgeräusch im Bereich HWS bzw. BWS (Brustwirbelsäule) und Schmerzen im Verlauf des Musculus supraspinatus bei radiologischem Ausschluss struktureller Verletzungen. Dr. F. ___ führte aus, die aktuelle Untersuchung habe freie Funktionen der linken Schulter und der HWS ergeben. Es bestehe eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltungsinsuffizienz sowie eine völlig verschmächtigte Rumpfmuskulatur, vornehmlich thorakal. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit bestehe nicht. Es bestünden altersentsprechende Normalbefunde im Bereich der HWS und LWS (Lendenwirbelsäule) sowie der grossen und kleinen Gelenke der oberen und unteren Extremitäten. Bei völlig verschmächtigter Rumpfmuskulatur seien rezidivierende Beschwerden nuchal und lumbal möglich. Anamnestisch und radiologisch sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin am 12. März 2015 eine schmerzhaft Gelenkblockade im Übergang HWS/BWS zugezogen habe. Dabei handle es sich um eine funktionelle Störung. Das Ereignis vom März 2015 sei bloss mögliche Mitursache der Gesundheitsstörung. Bei den vorliegenden muskulären Dysbalancen sei

davon auszugehen, dass die zeitweise im Jahr 2015 bestehenden Beschwerden auch ohne das Ereignis vom März 2015 aufgetreten wären. Der Status quo sine sei nach vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht gewesen. Dr. F.____ hielt zusammenfassend fest, unfallbedingt ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Alterskrankenpflegerin. Jedoch sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Habitus sowie der altersbedingten degenerativen Veränderungen auf Dauer nur für körperlich leichte Tätigkeiten geeignet (UV-act. 25).

E. 4

4.1 Die medizinische Beurteilung von Dr. F.____ erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.4). Sie beruht auf einer fachärztlichen orthopädischen Untersuchung, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und ist für die vorliegend zu beantwortende Frage der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden umfassend. Die medizinischen Zusammenhänge wurden einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dr. F.____ legte überzeugend und – entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin (act. G 1 S. 8, act. G 3 S. 3) – im Einklang mit den bildgebenden und klinischen Befunden (vgl. E. 3.3) dar, dass bei dieser 19__ geborenen Frau bei fehlenden strukturellen Verletzungen altersbedingt degenerative Veränderungen im HWS-Bereich sowie muskuläre Dysbalancen im Vordergrund stehen und zwischen den Beschwerden und dem Ereignis vom 12. März 2015 kein ursächlicher Kausalzusammenhang (mehr) besteht. 4.2 Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (act. G 1 S. 8, act. G 5 S. 2 f.) sind die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. F.____ wegen der ärztlichen Beurteilung von Dr. G.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Dessen Aussage, eine segmentale Dysfunktion im zerviko-thorakalen Übergang sei nicht echtzeitlich dokumentiert (act. G 5 S. 3; UV-act. 34 S. 5 f. der Beurteilung), widerspricht, wie Dr. F.____ in ihrer Stellungnahme vom 30. September 2015 überzeugend darlegte, der vorliegenden Aktenlage, wonach sich bereits anlässlich der zeitnah zum Ereignis vom 12. März 2015 durchgeführten Abklärungen Funktionseinschränkungen der HWS zeigten (vgl. UV-act. 39 S. 2 f. der Stellungnahme; vgl. auch E. 3.3 sowie UV-act. 22). Insofern Dr. G.____ im Weiteren festhielt, es sei beim Ereignis vom 12. März 2015 aufgrund eines unkontrollierten Halteherganges zu einer Zerrung des linken AC-Gelenks gekommen, was im Analogieschluss schon in der Unfallmeldung dokumentiert worden sei (UV-act. 34 S. 6 der Beurteilung), kann ihm nicht gefolgt werden. So konnte weder die erstbehandelnde Ärztin Dr. C.____ noch der nachbehandelnde Orthopäde Dr. D.____ Druck- oder Bewegungsschmerzen im Bereich des Schultergelenkes feststellen (vgl. E. 3.3). Vielmehr ergab die klinische Untersuchung ein frei bewegliches Schultergelenk, und im Bereich der Clavicula zeigte sich - wie Dr. D.____ ausdrücklich festhielt - ein unauffälliger radiologischer Befund. Damit erscheint ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis und der zwei Monate später festgestellten AC-Gelenksarthrose mit leichter Bursitis subacromialis nicht überwiegend wahrscheinlich. Dass diese Diagnose die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären könnte, wird vorliegend denn auch nicht in Abrede gestellt. Eine Kausalität zum Ereignis vom 12. März 2015 ist damit jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan, zumal es sich bei einer solchen AC-Gelenksarthrose um eine häufig im Alter und nach Überbeanspruchung auftretende degenerative Veränderung handelt (vgl. auch PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 175; ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 579 ff.). Dass die Arthrose bis zum Ereignis vom 12. März 2015 asymptomatisch geblieben und durch das Ereignis aktiviert

worden wäre, mag – wie Dr. F.____ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 30. September 2015 einzuräumen scheint (vgl. UV-act. 39 S. 4) – medizinisch zwar möglich sein, lässt sich aber auch mit der in diese Richtung zielenden ärztlichen Beurteilung von Dr. G.____ vom 17. August 2015 (UV-act. 34) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen. Dasselbe hat für die Schleimbeutelentzündung zu gelten. 4.3 Es ist im Weiteren darauf hinzuweisen, dass medizinische Erfahrungstatsachen im Rahmen des im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Wahrscheinlichkeitsbeweises (LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58) durchaus berücksichtigt werden dürfen. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich in konkreten Fällen gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich als solche präsentieren. Eine solche Ausnahme ist mit Blick auf die vorliegenden Akten und die insgesamt nicht eindeutig objektivierbare Schmerzsituation der Beschwerdeführerin nicht gegeben. 4.4 Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich geltend machte, dass vor dem Ereignis vom 12. März 2015 keine Schulterbeschwerden bestanden hätten (act. G 1 S. 8; act. G 5 S. 1 f.), ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 7) darauf hinzuweisen, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gelten kann, weil sie nach diesem aufgetreten ist (post hoc ergo propter hoc; BGE 119 V 335 E. 2b/bb mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 8C_636/2016 vom 16. November 2016 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). 4.5 Dass Dr. F.____ im Ereignis vom 12. März 2015 nur, aber immerhin eine mögliche Mitursache des Beschwerdebildes sah, stand einer späteren Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (act. G 1 S. 7) grundsätzlich nicht entgegen. Denn selbst wenn in Bezug auf die geklagten Beschwerden – wie von der Beschwerdegegnerin rechtskräftig bestätigt (vgl. vorstehend E. 2.2) – für die Zeit direkt nach dem Ereignis vom 12. März 2015 von einer natürlichen Kausalität ausgegangen wurde, muss in Würdigung der vorliegenden Akten geschlossen werden, dass ein solcher Kausalzusammenhang im Sinne des Vorliegens von organischen Unfallrestfolgen über das Datum der Leistungseinstellung hinaus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr bestand.

E. 5

Zusammenfassend ist gestützt auf die vorliegende Aktenlage überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die geltend gemachten Beschwerden – spätestens – im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 30. April 2015 keine natürlich kausale Unfallfolgen mehr darstellten. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die fortdauernden Schulterbeschwerden auf unfallfremde, insbesondere degenerative Veränderungen zurückzuführen sind. Die Einstellung der Leistungen erweist sich damit als gerechtfertigt. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist entgegen dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin (act. G. 1 S. 2) darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 122 V 162 E. 1d).

E. 6

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 15. Januar 2016 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird

abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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