



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. Januar 2020 (725 19 176 / 09)

Unfallversicherung

Würdigung der Arztberichte

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19 - 23, 4103 Bottmingen, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1968 geborene A._____ arbeitet seit dem 1. Oktober 2015 bei der B._____ und ist dadurch obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia) versichert. Mit Schadenmeldung vom 25. September 2018 liess die Versicherte durch ihre Arbeitgeberin bei der Helvetia ein Ereignis vom 17. September 2018 melden. Das Ereignis wurde wie folgt umschrieben: "Auf dem Rückweg der Wanderung mit dem Wanderstock hängengeblieben, dabei ausgerutscht, zu Boden gefallen

und mit der Schulter auf einem Stein aufgeschlagen." Die Art der Verletzung wurde mit "Prellung" bezeichnet, betroffen sei die linke Schulter. Als Unfallort wurde der Wanderweg C.____ angegeben. In der Folge erbrachte die Helvetia die gesetzlichen Leistungen. Mit Schreiben vom 30. Oktober 2018 stellte die Helvetia die Leistungen für die Schulterbeschwerden links per 1. November 2018 ein. Nachdem A.____ eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte, erliess die Helvetia am 16. November 2018 die entsprechende Verfügung. Eine dagegen erhobene Einsprache wies die Helvetia mit Entscheid vom 15. April 2019 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, am 27. Mai 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der Einspracheentscheid vom 15. April 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr aus dem Ereignis vom 17. September 2018 über den 31. Oktober 2018 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 16. Juli 2019 schloss die Helvetia auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 24. September 2019 beantragte die Beschwerdeführerin vorweg, es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen, an welcher sie zum Unfallhergang zu befragen sei. Im Übrigen hielt sie an ihrem Begehren fest, die Beschwerdegegnerin sei zur Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen zu verpflichten.

E. Mit Duplik vom 18. Oktober 2019 hielt die Helvetia an ihren Anträgen und Begründung in ihrer Vernehmlassung fest.

F. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung wird die Beschwerdeführerin insbesondere zum Unfallereignis befragt. Auf ihre Ausführungen wird – soweit erforderlich – in den Erwägungen eingegangen. Im Übrigen halten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 D.____, 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 Versi-

cherungsgericht 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 27. Mai 2019 ist demnach einzutreten.

2. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den Unfall vom 17. September 2018 grundsätzlich anerkannt. Strittig ist jedoch, ob die gesetzlichen Leistungen durch den Unfallversicherer zu Recht per 1. November 2018 eingestellt wurden.

2.1 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). Zu dieser vom Unfallversicherer zu übernehmenden Heilbehandlung gehören unter anderem die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (Art. 10 Abs. 1 lit. d UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher 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 entfiere. 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des 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. Nach der strengen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend die Unfallkausalität von operativen Eingriffen ist diese selbst dann gegeben, wenn der betreffende Schaden

auch ohne das Unfallereignis früher oder später eingetreten wäre und der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung ("conditio sine qua non") darstellte. Anders verhält es sich lediglich dann, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1.1). 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.2 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 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

3.3 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 135 V 465 E. 4.5). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C_677/2014, E. 7.2).

4. Der strittigen Angelegenheit liegen im Wesentlichen die nachfolgend aufgeführten ärztlichen Unterlagen zu Grunde.

4.1 Im Konsultationsbericht von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wird festgehalten, dass die Patientin am 17. September 2018 beim Wandern mit Stöcken zuerst mit der linken Seite hängen geblieben und dann direkt auf die linke Seite gestürzt sei. Es liege eine Verletzung im Bereich des Intervalls bzw. der Subscapularissehne vor.

4.2 Nach Durchführung einer Arthro-MRI bestätigt Dr. E.____ am 10. Oktober 2018 die Verletzung des Intervalls und diagnostiziert zusätzlich eine mögliche Partialruptur der Supraspinatussehne. Aufgrund der zunehmenden Beschwerdesymptomatik plane er eine Schulterarthroskopie mit Tenodesse der langen Bizepssehne und gegebenenfalls eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion per Mitte Oktober 2018.

4.3 Mit E-Mail vom 15. November 2018 an die Helvetia hält Dr. E.____ fest, der Sturzmechanismus, die sofort einsetzenden Schmerzen und Funktionseinschränkung sowie die anschliessende Arthro-MRI-Untersuchung würden eindeutig für ein traumatisches Geschehen sprechen.

4.4 Dr. med. F.____, FMH Chirurgie, nimmt mit Berichten vom 10. und 22. November 2018 Stellung. Er geht davon aus, dass der Unfallhergang per se nicht geeignet gewesen sei, eine

Supraspinatussehne zu zerreißen. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette seien geeignet, zu einem Zerreißen zu führen, in erster Linie Rotations-, aber auch Abspreizbewegungen. Die Rissmorphologie müsse zum Unfallmechanismus passen. Ein geeigneter Unfallmechanismus sei zum Beispiel das massive plötzliche Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms, zum Beispiel bei einem Absturz beim Fensterputzen mit Festhalten der Hand oder eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Arms. Die Versicherte habe lediglich eine Prellung der Schulter erlitten, die nicht besonders heftig gewesen sein könne, weil im Erstbefund keine Hämatome, Hautabschürfungen oder Ähnliches beschrieben worden seien und im MRI kein adäquates Knochenmarksignal zu erkennen sei. Es sei somit aus traumatologischer Sicht gerechtfertigt, den Status quo sine zwei Wochen nach dem Unfallereignis festzulegen, weil die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden nicht mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Vielmehr würden unfallfremde Beschwerden den Heilverlauf beeinträchtigen. So werde im Röntgenbild der linken Schulter vom 26. September 2018 eine Verkalkung im Ansatzbereich der Supraspinatussehne direkt am Tuberculum majus als Zeichen für eine Tendinitis calcarea beschrieben. Ausserdem bestehe eine mittelgradige AC-Gelenksarthrose. Im MRI zeige sich eine schwere Tendinose der Supraspinatussehne als Zeichen einer Degeneration. Es werde zwar eine Verletzung des vorderen Rotatorenmanschetten-Intervalls beschrieben, ein Zusammenhang zum Ereignis vom 17. September 2018 könne aber aus den erwähnten Gründen nicht gesehen werden. Bei einer frischen Läsion würde der untersuchende Orthopäde sicher keine freie Beweglichkeit mit lediglich endgradigen Schmerzen feststellen. Der Eingriff vom 30. November 2018 stehe nicht mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 17. September 2018. Beim Ereignis müsse es sich um ein absolutes Bagateltrauma gehandelt haben, weil sich weder äusserliche Verletzungen noch adäquate Begleitverletzungen im MRI gezeigt hätten. Letztlich seien deutliche degenerative Veränderungen für die Beschwerden ursächlich.

4.5 Dr. E.____ stellt anlässlich der Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression und Mini-open-Tenodese der langen Bizepssehne links vom 30. November 2018 eine traumatische Intervallläsion links fest, die er auf das Ereignis vom 17. November 2018 zurückführt. Er geht davon aus, dass es anlässlich des Unfalls zu einer traumatischen Zerreißen der Sehne gekommen sei.

4.6 Dr. F.____ hält auch nach Kenntnisnahme des Operationsberichts mit Schreiben vom 24. März 2019 daran fest, dass kein Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 17. September 2018 bestehe. Ein direktes Anpralltrauma sei nicht geeignet, eine lange Bizepssehne zu luxieren. Durch Verdrehtraumen des Armes oder chronische Überlastung – z.B. bei Kraftsportlern – könne der Halteapparat der langen Bizepssehne am Eintritt in das Schultergelenk einreißen und zum immer wieder auftretenden Herausrutschen im Sinne einer Luxation der langen Bizepssehne aus ihrem Kanal mit entsprechender Schmerzsymptomatik führen. Als Ursache würden ein geeigneter Unfallhergang oder degenerative Veränderungen in Betracht kommen. Vorliegend zeige sich im MRI ein korrekter Verlauf der Bizepssehne im Sulcus, dies werde ebenso bei der Arthroskopie unterstrichen. Der Bizepssehnenanker werde als stabil beschrieben. Erst nach der Bursektomie

habe die Sehne aus dem Sulcus luxiert werden können. Dr. E.____ berichte zwar von einer traumatischen Zerreissung des Intervalls. Dies erscheine aber aufgrund des geschilderten Unfallereignisses als äusserst unwahrscheinlich. Zusammenfassend sei keine Unfallkausalität gegeben. Das Ereignis sei nicht geeignet gewesen, eine Intervallläsion zu verursachen.

4.7 Dr. E.____ hält auch in seinem Schreiben an den Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin vom 28. Mai 2019 an seiner bisherigen Auffassung fest. Er schliesst darin in Zusammenschau sämtlicher Befunde, gestützt auf MRI, Anamnese und interoperative Situation auf eine unfallbedingte Verletzung. Auffällig sei für ihn auch die ausgeprägte Synovialitis im Gelenk als Hinweis auf einen Reparaturmechanismus des Körpers auf eine akute Verletzung.

5. Die Parteien sind sich einig, dass der Sturz der Beschwerdeführerin vom 17. September 2018 ein Unfallereignis darstellt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht grundsätzlich bejaht und anfänglich auch Versicherungsleistungen erbracht. Sie lehnt jedoch eine über den 31. Oktober 2018 hinausgehende Leistungspflicht gestützt auf die Beurteilung von Dr. F.____ ab.

5.1 Will die Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage ihre Leistungen einstellen, so liegt die Beweislast für den Wegfall des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. oben Ziff. 2.3). Auch wenn die Schulterbeschwerden teilweise auf eine Degeneration zurückzuführen wären, müsste berücksichtigt werden, dass es für die Frage der Kostenpflicht bezüglich Heilbehandlung und Taggeld-Leistungen genügt, wenn der Unfall eine Teilursache darstellt: Art. 36 Abs. 1 UVG bestimmt in diesem Sinn, dass die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt werden, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist. Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung auszugehen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor und die Bestimmung ist daher nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so z.B. wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder nicht überschneiden (BGE 126 V 116). Dies ist hier zweifellos nicht der Fall, da einzig eine Schulterproblematik vorliegt.

5.2 Mit Blick auf diese Vorgaben bezüglich Teilkausalität reicht es zur Begründung des Wegfalls des Kausalzusammenhangs nicht aus, wenn Dr. F.____ auf das Vorliegen von degenerativen Veränderungen verweist. Weiter ist zu berücksichtigen, dass er ein Anschlagen der Schulter vermutet und kein Verdrehen. Bereits in der Unfallmeldung ist allerdings davon die Rede, dass die Beschwerdeführerin mit dem Wanderstock hängengeblieben, ausgerutscht und mit der Schulter auf einem Stein aufgeschlagen ist. Auch gegenüber Dr. E.____ hat die Versicherte angegeben, dass sie beim Wandern mit Stöcken zuerst mit der linken Seite hängen geblieben und dann auf die linke Seite gestürzt sei. Dies hat die Beschwerdeführerin heute anlässlich der Parteibefragung bestätigt und glaubhaft angegeben, dass ihr Arm dabei nach hinten zurückgerissen worden sei. Dr. F.____ hat das Hängenbleiben mit dem Stock nicht in seine Beurteilung einbezogen. Er geht lediglich von einem Anschlagen der Schulter bei am Körper angelegter Armhaltung aus. Aufgrund der Schilderung des Vorgangs in der Unfallmeldung und auch anlässlich der heutigen Parteiverhandlung ist jedoch zusätzlich von einer Zugverletzung infolge Hängenbleibens mit dem

Wanderstock auszugehen. Ein solcher Ablauf – im Sinne eines plötzlichen Rückwärtsreissens des Arms mit starker Zugbelastung bei rotiertem Arm – würde der von Dr. F.____ vorgenommenen Beschreibung eines Vorgangs, der einen Riss der Supraspinatussehne bewirken könnte, ziemlich genau entsprechen.

5.3 Die Einschätzungen von Dr. F.____ als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin sind zweifellos als versicherungsinterne ärztliche Feststellungen zu qualifizieren. Gestützt auf die obigen Ausführungen bestehen berechnigte Zweifel an seiner Beurteilung. Einerseits, weil er von einem banalen Anschlagen der Schulter ausgeht und nicht in Betracht gezogen hat, welchen Einwirkungen die Schulter durch das Hängenbleiben mit dem Stock unmittelbar vor dem Aufschlagen ausgesetzt gewesen ist. Dass keine Hämatome festgestellt werden konnten, sagt noch nichts darüber aus, ob der Bizepssehnenriss in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht, weil ein solcher Riss auch ohne Hämatome, namentlich durch Zerren oder Verdrehen der Schulter ausgelöst werden kann. Dazu kommt, dass schon eine Teilkausalität für die weitere Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt.

Damit kann auf die die Beurteilung von Dr. F.____ nicht abgestellt werden. Vorliegend verhält es sich aber so, dass gestützt auf die vorliegenden Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass der status sine quo vel ante am 31. Oktober 2018, aber auch zum Zeitpunkt der Operation am 30. November 2018 noch nicht eingetreten ist. Die Ausführungen von Dr. E.____ zeigen, dass beim vorliegend zu beachtenden Geschehensablauf die von ihm festgehaltenen Verletzungen auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. Dies wird aber auch durch die Ausführungen von Dr. F.____ bestätigt. Dr. F.____ ist bei seiner Einschätzung in Bezug auf den Kausalzusammenhang von falschen Voraussetzungen ausgegangen. Er hat nämlich – wie bereits ausgeführt – nur ein Anschlagen der Schulter berücksichtigt und gestützt auf diese Annahme den Kausalzusammenhang verneint. Er hat aber selbst dargelegt, dass die diagnostizierten Verletzungen bei einem Rückwärtsreissen des Armes entstehen könnten. Gestützt auf die Unfallmeldung, den von Dr. E.____ angegebenen Geschehensablauf sowie die Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich der heutigen Parteiverhandlung ist aber genau davon auszugehen, dass der Arm beim Sturz und dem Hängenbleiben mit dem Stock zurückgerissen wurde. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die diagnostizierten Verletzungen auf das Unfallereignis zurückzuführen sind und diese weder am 31. Oktober noch am 30. November 2018 abgeklungen waren.

Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass tatsächlich erhebliche degenerative Veränderungen vorliegen, die früher oder später auch ohne Unfall einen operativen Eingriff notwendig gemacht hätten, so würde dies für die Verneinung des Kausalzusammenhangs nach anfänglicher Leistungspflicht nicht ausreichen. Denn auch wenn mit dem Unfall lediglich ein Schmerzschub ausgelöst worden wäre, so müsste für die Einstellung der Leistungspflicht überwiegend wahrscheinlich feststehen, dass die Operation ohne Unfall ebenfalls bereits im November 2018 notwendig geworden wäre.

5.4 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist der Nachweis, dass die Schulterarthroskopie vom 30. November 2018 zur gleichen Zeit notwendig geworden wäre, wenn sich der Unfall nicht

ereignet hätte, mit den Beurteilungen von Dr. F._____ nicht erbracht. Er liefert keine nachvollziehbare Erklärung für seine Einschätzung, dass die Kausalität bereits zwei Wochen nach dem Sturz weggefallen sein soll. Eine Teilursächlichkeit des Unfallereignisses lässt sich gestützt auf seine Ausführungen jedenfalls nicht von der Hand weisen. Das Kantonsgericht kommt folglich zum Schluss, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu früh eingestellt und ihre Versicherungsleistungen über den 31. Oktober 2018 hinaus zu erbringen hat. Die vorliegende Beschwerde ist demzufolge gutzuheissen.

6.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Versicherten eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Ihr Rechtsvertreter wies in seiner Honorarnote vom 5. November 2019 einen Zeitaufwand von insgesamt 8,9 Stunden aus, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Unter Hinzurechnung von 3 ½ Stunden für die Parteiverhandlung resultiert ein Aufwand von insgesamt 12,4 Stunden. Die Bemühungen sind zum geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 220.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 86.--. Der Versicherten ist somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'030.70 (12,4 Stunden à Fr. 220.-- + Auslagen von Fr. 86.-- zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG vom 15. April 2019 aufgehoben und festgestellt, dass die Helvetia ihre Versicherungsleistungen über den 31. Oktober 2018 hinaus zu erbringen hat.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 3'030.70 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>