



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 24. Mai 2018 (725 18 1 / 134)**

---

**Unfallversicherung**

**Status quo sine vel ante aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht rechtsgenügend beurteilbar / Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts**

\_\_\_\_\_ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger,  
Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

\_\_\_\_\_ Parteien A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

**Vaudoise Versicherungen**, Place de Milan, 1001 Lausanne, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff Leistungen

A. Der 1978 geborene A.\_\_\_\_\_ ist seit 1. Februar 2017 als Gärtner bei der B.\_\_\_\_\_ angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Vaudoise Versicherungen (Versicherung) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 14. Juni 2017 liess A.\_\_\_\_\_ der Versicherung durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden.

Danach sei der Versicherte am 16. Juni 2017 (recte: 31. Mai 2017) beim Beladen eines Pick-ups von der Ladebrücke gefallen und habe sich dabei an der rechten Schulter verletzt. Wegen anhaltender Schmerzen begab sich der Versicherte am 12. Juni 2017 in Behandlung von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin. Dieser diagnostizierte eine Kontusion der Schulter bzw. des AC-Gelenks (= Schulterreckgelenk) rechts (vgl. Arztzeugnis UVG vom 3. Juli 2017 und Zwischenbericht vom 17. August 2017). Für diese Unfallfolge richtete die Versicherung die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) aus. Mit Verfügung vom 15. September 2017 stellte die Versicherung ihre Leistungen per 12. September 2017 ein. Zur Begründung führte sie an, dass gestützt auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, vom 30. August 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass der Status quo sine spätestens nach 3 Monaten erreicht sei. Die noch bestehenden Beschwerden seien deshalb nicht mehr auf das Unfallereignis, sondern auf den erheblichen Vorzustand zurückzuführen. Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten wies die Versicherung mit Entscheidung vom 5. Dezember 2017 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_ am 29. Dezember 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen über den 12. September 2017 hinaus. In der Begründung wies er darauf hin, dass sich der Unfall bereits am 31. Mai 2017 ereignet habe. Am 12. Juni 2017 habe er beim Aufstehen enorme Schmerzen verspürt, weshalb er seinen Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ aufgesucht habe. In der Folge hätten weitere medizinische Abklärungen stattgefunden. Dabei habe sich herausgestellt, dass er sich beim Unfallereignis eine SLAP-Läsion Grad II mit Sehnenriss an der rechten Schulter zugezogen habe. Trotz Physiotherapie würden die Schmerzen anhalten. Da er vor dem Unfall nie Probleme mit seiner Schulter gehabt habe, seien seine Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen. Die Leistungspflicht der Versicherung bestehe daher weiterhin.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 1. Februar 2018 beantragte die Versicherung die Abweisung der Beschwerde.

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 X.\_\_\_\_, 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 Ein-

spracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 29. Dezember 2017 ist demnach einzutreten.

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). 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).

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 (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 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. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e 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 leistungs begründender 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).

2.4 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, 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.1 Strittig und zu prüfen ist, ob die vorliegend geklagten Beschwerden des Versicherten auf das Unfallereignis vom 31. Mai 2017 zurückzuführen sind. Für die Beurteilung dieser Streitfrage liegen folgende wesentliche ärztliche Berichte vor:

3.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass am 13. Juni 2017 im Spital E.\_\_\_\_ eine Arthro-MRT des rechten Schultergelenks durchgeführt wurde. Im Bericht vom 13. Juni 2017 wurde festgehalten, dass im Gebiet der traumatisch erlittenen Kontusion ein etwas arthrotisch verändertes AC-Gelenk bei intakter Rotatorenmanschette festzustellen sei. Weiter liege eine SLAP-Läsion Grad II vor. "Sehr wahrscheinlich nicht oder höchstens teilweise" seien die entsprechenden Rissbildungen auf das Unfallereignis zurückzuführen.

3.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik G.\_\_\_\_ AG, hielt in seinem Bericht vom 29. Juni 2017 als Diagnosen eine Kontusion des AC-Gelenks mit Bone bruise in der lateralen Clavicula, eine paralabrale Zystenbildung anterosuperior im Labrum sowie eine SLAP-II-Läsion fest. Die zystischen Veränderungen im Labrum seien als Zufallsbefund der Arthro-MRT zu bewerten. Die Beschwerden seien "vordergründig" auf die Kontusion des AC-Gelenks und der damit verbundenen Bone-Bruise-Bildung zurückzuführen. Dr. F.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 23. Juli 2017.

3.4 Die behandelnde Ärztin des Spitals H.\_\_\_\_ berichtete am 18. Juli 2017, dass der Versicherte am 28. Juni 2017 die Notfallstation aufgesucht habe. Anlässlich der Kontrolle vom 13. Juli 2017 habe er nun angegeben, dass er fast beschwerdefrei sei. Die Physiotherapie habe zu einem deutlichen Rückgang der Beschwerden geführt. Einem Arbeitsanstieg ab dem 23. Juli 2017 stehe nichts entgegen. Auch Dr. F.\_\_\_\_ konnte anlässlich seiner Untersuchung vom 10. August 2017 eine erhebliche Beschwerdereduktion feststellen. Er ordnete die Fortsetzung der Physiotherapie mit sukzessivem Belastungsaufbau an. Er schrieb den Versicherten ab 14. August 2017 zu 50 % arbeitsfähig.

3.5 Der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ hielt am 23. August 2017 als Diagnosen eine Kontusion des AC-Gelenks fest (vgl. auch Arztzeugnis UVG vom 3. Juli 2017). Die Beschwerden seien rückläufig. Auffällig seien die Symptome an Hand- und Ellbogengelenk. Ob diese im Zusammenhang mit dem Unfallereignis ständen, sei unklar. Vom 14. bis 18. August 2017 sei der Versicherte zu 50 % und vom 21. bis 25. August 2017 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Es sei vorgesehen, dass er die Arbeit ab 28. August 2017 wieder im Umfang von 50 % aufnehme.

3.6 Am 30. August 2017 nahm der Vertrauensarzt der Versicherung Dr. D.\_\_\_\_ Stellung zur medizinischen Aktenlage. In Beantwortung eines Fragenkatalogs hielt er als Diagnose eine Schulterkontusion rechts bei erheblichem Vorzustand (degenerative Veränderungen mit SLAP-Läsion und Zystenbildungen) fest. Der Status quo ante vel sine sei 3 Monate nach dem Unfallereignis erreicht. Weitere Behandlungen seien damit nicht als unfallkausal zu qualifizieren.

3.7 Am 7. September 2017 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, dass ihn der Versicherte aufgesucht habe, weil er seit einigen Tagen Schmerzen im linken Arm und in der linken Schulter habe. In Bezug auf diese Beschwerden diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ Ellbogen- und Handgelenksschmerzen links im Rahmen einer fraglichen Überlastungssymptomatik. Als Differentialdiagnose hielt er ein rheumatologisches Geschehen bzw. ein Fibromyalgiesyndrom fest. Bei der Untersuchung habe er einen freien glenohumeralen Bewegungsumfang in allen Ebenen festgestellt. Die Kraftübertragung gegen einen Widerstand sei unauffällig und die Impingement-Zeichen seien negativ gewesen. Jedoch habe eine Druckempfindlichkeit im Verlauf der langen Bizepssehne bestanden. Der linke Ellbogen weise ein Streckdefizit von ca. 30° Grad und eine Druckdolenz über beide Epicondylen sowie im Verlauf der Extensoren und der Flexoren auf. Die Beweglichkeit des linken Handgelenks sei eingeschränkt, wobei "Umwendbewegungen" möglich, jedoch schmerzhaft seien. Ausserdem zeige sich eine Druckdolenz über dem distalen Radius. Eine Überbelastung des linken Arms sei durchaus denkbar. Die druckdolenten Sehnenansatzpunkte

beidseits könnten auf ein Fibromyalgiesyndrom zurückzuführen sein. Aufgrund der subjektiven Angaben einer Schwellneigung sei auch ein rheumatologisches Geschehen möglich. Er empfahl eine Zweitbeurteilung durch einen Rheumatologen.

4.1 Die Versicherung stützte sich bei der Leistungseinstellung auf die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. August 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Folgen aus dem Ereignis vom 31. Mai 2017 drei Monate später, d.h. am 12. September 2017, abgeheilt gewesen und die anhaltenden Beschwerden folglich auf den degenerativen Vorzustand zurückzuführen seien. Diese vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhalts vermag nicht zu überzeugen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommen Feststellungen versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen nicht dieselbe Beweiskraft zu, wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. 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; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts, vom 15. Januar 2014, 8C\_ 410/2013, E. 6.1).

4.2 Vorliegend nahm Dr. D.\_\_\_\_ keine eigene Untersuchung des Versicherten vor. Dies mag daran liegen, dass ihm die Versicherung lediglich einen Katalog mit 8 Fragen und einer äusserst kurzen Beschreibung des Sachverhalts und Krankheitsverlaufs unterbreitete. Keine der auf wenige Wörter beschränkten Antworten von Dr. D.\_\_\_\_ sind begründet. So ist nicht ersichtlich, weshalb er die SLAP-Läsion und die Zystenbildungen als unfallfremde Faktoren erachtet. Die Frage "Wann wurde der Status quo ante/sine erreicht?" beantwortet er mit "3 Monate nach UE". Die gleiche Antwort gibt er auf die Frage "Dauer der unfallbedingten medizinischen Behandlung?". Es ist möglich, dass er in Anbetracht der Schulterkontusion rechts bei Vorzustand von medizinischen Erfahrungswerten ausging und deshalb die Unfallfolgen nach 3 Monaten als abgeheilt betrachtete. Damit auf seine Auffassung abgestellt werden könnte, hätte er jedoch aufzeigen müssen, weshalb er eine kausale Bedeutung der Schulterkontusion nach 3 Monaten seit dem Unfallereignis verneint. Die Versicherung forderte ihn zudem nicht auf, sich zur MRT-Beurteilung des Spitals E.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2017 zu äussern. Immerhin wurde darin festgehalten, dass die SLAP-Läsion mit ihren objektivierbaren Rissbildungen teilweise – wenn auch nur "höchstens teilweise" - unfallkausal sei. Es fehlt auch an einer Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2017, in welchem dieser die mit der MRT vom 13. Juni 2017 nachgewiesenen Bone Bruise-Bildung im Zusammenhang mit der unfallbedingten Schulterkontusion sieht. Da ein Bone Bruise als ein traumatisches Knochenmarködem bezeichnet, welches in der MRT mit hoher Sensitivität erfasst werden kann (vgl. Bone bruise in der MRT [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10039-006-1153-8.pdf>), ist nicht auszuschliessen, dass der Versicherte weiterhin an unfallkausalen Einschränkungen leidet. Die rudimentäre Aktenbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ reicht jedenfalls nicht aus, um die in den genannten Berichten enthaltenen Hinweise auf weiterbestehende unfallkausale Beeinträchtigungen zu entkräften. Es kann damit ohne weitere medizinische Abklärungen nicht davon ausgegangen werden, dass der Status quo sine vel ante am 12. September 2017 - bis zu welchem Zeitpunkt die Versicherung Leistungen erbrachte - erreicht war.

4.3 Die Versicherung unterliess es im Weiteren, ihrem Vertrauensarzt den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 7. September 2017 zu unterbreiten. Darin zieht Dr. F.\_\_\_\_ in Betracht, dass die neu geklagten Ellbogen- und Handgelenksschmerzen auf eine Überbelastung des linken Armes zurückzuführen seien. Es stellt sich deshalb auch bezüglich dieser Symptomatik die Frage der Unfallkausalität. Da die Versicherung Entwicklungen des medizinischen Sachverhalts bis zum Erlass des Einspracheentscheides (hier: 5. Dezember 2017) zu berücksichtigen hat (BGE 132 V 368; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2015, zu Art. 52 Rz. 60), ist ihr eine unvollständige Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen.

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die versicherungsinterne Aktenbeurteilung nicht als Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Versicherten dienen kann. Insbesondere ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht klar, ob und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt ein Status quo ante vel sine eingetreten ist und ob eine weitere unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bezüglich der Beschwerden am linken Ellbogen- und Handgelenk besteht. Die Sache ist daher zur Klärung des medizinischen Sachverhalts an die Versicherung zurückzuweisen. Mit weiteren medizinischen Abklärungen wird zu eruieren sein, ob und wenn ja, ab welchem Zeitpunkt ein Status quo ante vel sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten ist, ab wann also eventuelle unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben. Weiter ist zu klären, ob zwischen den geklagten Beschwerden am linken Arm und dem Unfall vom 31. Mai 2017 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Je nach Ergebnis der medizinischen Abklärung wird die Versicherung über ihre eventuelle weitere Leistungspflicht neu zu verfügen haben. Im diesem Sinne ist die vorliegende Beschwerde gutzuheissen.

5. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Vaudoise Versicherungen vom 5. Dezember 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.