



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Februar 2014 (725 13 185 / 37)

Unfallversicherung

Kausalitätsbeurteilung durch den Kreisarzt der Beschwerdegegnerin genügt den Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Unterlagen nicht, daher Rückweisung an Beschwerdegegnerin zur weiteren medizinischen Abklärung

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin

gegen

SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. A.____ arbeitet als Apothekerin bei der Firma B.____ AG und ist aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der SUVA obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 16. Juni 2011 wurde sie als Fahrradfahrerin von einem rechtsabbiegenden Personenwagen angefahren und stürzte auf die rechte Körperhälfte. Dabei zog sie sich Schürfungen und Kontusionen am rechten Beckenkamm und am rechten Ellbogen sowie eine Kontu-

sion an der rechten Schulter zu. Es folgte eine Arbeitsunfähigkeit von vier Tagen. Wegen der Schulterverletzung wurde ihr eine physiotherapeutische Behandlung verschrieben. Der Behandlungsabschluss erfolgte am 14. September 2011.

Am 3. Oktober 2012 bzw. am 19. November 2012 liess die Versicherte aufgrund ihrer Schmerzen in der rechten Schulter einen Rückfall zu diesem Unfallereignis melden. Die SUVA lehnte mit Verfügung vom 14. März 2013 ihre Leistungspflicht für die angemeldeten Rückfallbeschwerden ab. In der Begründung wurde gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung ausgeführt, es bestehe kein rechtserheblicher Kausalzusammenhang zwischen den heute geklagten Beschwerden und dem vorgenannten Unfallereignis. Die dagegen erhobene Einsprache wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 17. Mai 2013 ab. Der medizinische Sachverhalt sei umfassend und rechtsgenüglich abgeklärt worden. Der Kreisarzt habe in Kenntnis aller medizinischen Unterlagen festgestellt, dass die heute noch geklagten Beschwerden der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 6. Juni 2011 stehen würden.

B. Dagegen erhob A._____ mit Eingabe vom 19. Juni 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, die Behandlungskosten der Schulterbeschwerden zu übernehmen.

C. Mit Vernehmlassung vom 31. Juli 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Eingabe vom 27. September 2013 reichte die Beschwerdeführerin ärztliche Berichte der ersten Behandlungsperiode ein und führte unter Verweis auf diese Berichte aus, dass sie durch den Unfall eine Rotatorenmanschettenläsion erlitten habe. Sie leide nicht unter einer Engpasssituation. Die Schulterprellung habe eine Imbalance der Muskulatur in der rechten Schulter ausgelöst, die bis heute nicht wieder vollständig wiederhergestellt habe werden können und die vor dem Unfall nicht bestanden habe.

E. In ihrer Duplik vom 28. Oktober 2013 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen, fest.

Auf die Vorbringen der Parteien in den Schriften und die eingereichten Akten wird – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Da die Sachurteilsvoraussetzungen allesamt erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme von weiteren Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. Juni 2011 zu Recht abgelehnt hat.

2.2 Die Beschwerdeführerin führt im Wesentlichen aus, dass die Beweglichkeit zwar wieder hergestellt sei und durch die zuletzt durchgeführte Physiotherapie die Muskulatur im rechten Arm/Schulterbereich wieder kräftiger geworden sei. Die Muskelpartie unterhalb der rechten Achsel sei aber immer noch verhärtet. Dies sei mit lokalen Schmerzen sowie Beeinträchtigungen wie „nicht auf der rechten Seite liegen zu können“ verbunden. Sie sei einige Monate nach Abschluss der Physiotherapie wieder zum Arzt gegangen, der eine erneute Therapie veranlasst habe, die sie aber wegen ihrer Schwangerschaft und Entbindung habe unterbrechen müssen. Da die Schmerzen weiterhin angehalten hätten, habe sie sich einige Monate später wiederum in ärztliche Behandlung begeben. Der Arzt habe eine aktive Physiotherapie kombiniert mit manueller Therapie angeordnet, was zu einer deutlichen Besserung, aber nicht zu einer völligen Ausheilung und Beschwerdefreiheit geführt habe. Die heute noch bestehenden Schmerzen seien in derselben Art unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten und hätten sich seither kaum verändert, so dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Schulterbeschwerden bestehe.

2.3 Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass der Kreisarzt in Kenntnis aller medizinischen Unterlagen festgestellt habe, dass die heute noch geklagten Beschwerden der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 6. Juni 2011 stehen würden. Die im MRI-Befund als traumatisch bezeichnete Impingement-Auffälligkeit lasse sich bildgebend nicht überwiegend wahrscheinlich als posttraumatisch identifizieren. Die Bezeichnung des Impingements als traumatisch basiere wohl einzig auf der Übernahme der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin. Bildgebend sei nur eine unspezifische Engpasssymptomatik mit Sehnenreizung nachgewiesen, die aber nicht überwiegend wahrscheinlich durch die Prellung vor zweieinhalb Jahren entstanden sei. Auch zeige dieser altersentsprechende Befund keine Verschlimmerung. Klar unfallbedingte Veränderungen in der rechten Schulter seien nie nachgewiesen worden, namentlich keine Frakturen oder Rupturen, dafür aber notorischerweise primär krankhafte und/oder degenerative Veränderungen in Form eines leichten, subakromialen Impingements mit eingeeengtem Subakromialraum, leichter Tendopathie der distalen Supraspinatussehne sowie Bursitis. Damit seien die Beschwerden allenfalls erklärbar, würden aber in keinem Kausalzusammenhang mehr zum Unfall stehen, nachdem keine unfallspezifischen strukturellen Befunde nachgewiesen worden seien. Die festgestellten Veränderungen seien mit Blick auf die medizinische Erfahrung nicht auf das fragliche Unfallereignis zurückzuführen, seien doch solche Befunde nach einer simplen Distorsion oder Kontusion nicht als unfallbedingt zu qualifizieren. Die unfallbedingten Beeinträchtigungen solch bescheidener Distorsionen oder Kontusionen würden kaum mehrere Monate anhalten, insbesondere wenn radiologisch keine strukturellen Unfallfolgen nachgewiesen worden seien.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 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). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). 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 Prozent 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. Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

3.2 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

3.3 Für alle diese Leistungen hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen den geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung bzw. der unfallähnlichen Körperschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). 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 beziehungsweise 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 im Sinne einer Teilursache 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 (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 337 E. 1 mit weiteren Hinweisen).

3.4 Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwer-

den und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. In diesem Zusammenhang gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können.

4.1 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, über welche die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung zu befinden hat. Dabei hat sie ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. dazu BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b).

4.2 Der Sozialversicherungsprozess wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Das Sozialversicherungsgericht hat danach von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt. Er findet sein Korrelat in der Mitwirkungspflicht der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a; 121 V 210 E. 6c je mit Hinweisen). Im Übrigen schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (ULRICH MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 1989, S. 32). Diese Beweisregel greift Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b; ULRICH MEYER-BLASER, a.a.O., S. 32).

Bei Vorliegen eines Rückfalles oder von Spätfolgen ist das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3 mit Hinweis).

4.3 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte (Beurteilung des Gesundheitszustandes, Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin) ist die rechtsanwen-

dende 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 weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AH-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

5.1 Laut Unfallmeldung vom 22. Juni 2011 wurde die Beschwerdeführerin am 16. Juni 2011 auf dem Velo von einem seitlich abbiegenden Auto angefahren. Beim Sturz sei sie auf die rechte Körperseite gefallen und habe am ganzen Körper Prellungen erlitten. Der erstbehandelnde Arzt pract. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst der Arbeitgeberin hat mit Zeugnis vom 2. August 2011 Kontusionen an der Hüfte rechts, am Ellbogen rechts und an der Schulter rechts diagnostiziert. Eine Fraktur am Ellbogen habe mittels Röntgenaufnahmen ausgeschlossen werden können. Wegen eines posttraumatischen Schulterimpingements rechts finde seit dem 14. Juli 2011 eine physiotherapeutische Behandlung statt. In Bezug auf die Schulter sei schon eine deutliche Besserung eingetreten. Behandlungsabschluss sei voraussichtlich Ende August 2011. Dr. med. D.____, Betriebsärztin der Arbeitgeberin, hat den letzten Eintrag der Krankengeschichte vom 14. September 2011 unterzeichnet. Darin wird folgendes festgehalten: "Heute letzter Termin, volle Beweglichkeit der rechten Schulter, Wiederholung von Stabilitäts- und Mobilitätsübungen, kann selbständig noch weitergeführt werden, um Restgefühl in enggradiger Bewegung zu verbessern". In der Folge sind keine weiteren medizinischen oder physiotherapeutischen Behandlungen dokumentiert. Erst am 03. Oktober 2012, also mehr als ein Jahr später, wird von der Beschwerdeführerin ein Rückfall gemeldet.

5.2 Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Neuaufnahme der ärztlichen Behandlung unter dem Aspekt des Rückfalls beurteilt. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde geltend, ihre unfallbedingten Beschwerden seien nie vollständig abgeklungen. Nachdem der Fall durch die Beschwerdegegnerin nie formal abgeschlossen wurde, stellt sich die Frage, ob die Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung als Weiterbehandlung unter dem Grundfall zu qualifizieren ist.

5.3 Ein Rückfall kann nach der Rechtsprechung auch dann vorliegen, wenn keine schriftliche Mitteilung der Versicherung erfolgt ist, dass der Fall abgeschlossen werde. Entscheidend ist, ob bei der letzten ärztlichen Behandlung davon ausgegangen werden konnte, dass keine weitere Behandlungsbedürftigkeit auftreten werde. Bei dieser Einschätzung kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Heilungsverlauf eine entscheidende Bedeutung zu. Bei einem vergleichsweise harmlosen Unfall mit einem kurzen und günstigen Heilungsverlauf wird eher ein stillschweigender Fallabschluss angenommen als bei einem komplizierten Heilungsverlauf. Hat eine versicherte Person aber auch im leistungsfreien Intervall an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten, liegen mit anderen Worten Brückensymptome vor, so ist nicht von einem Abschluss des Grundfalls auszugehen.

5.4 Im vorliegenden Fall wurde der Unfall offensichtlich formlos abgeschlossen, indem die Beschwerdegegnerin die Rechnungen der ärztlichen Behandlung und Physiotherapie bezahlt hat. Die Betriebsärztin Dr.D.____ ihrerseits hat die Behandlung knapp drei Monate nach dem Unfall abgeschlossen, mit der Feststellung, dass die rechte Schulter frei beweglich sei und dass die Beschwerdeführerin die Übungen selbständig weiterführen könne, um das Restgefühl in enggradiger Bewegung noch zu verbessern. Damit liegt klar ein vergleichsweise harmloser Unfall mit einem relativ kurzen und günstigen Heilungsverlauf vor. Die grundsätzlich freie Beweglichkeit in der rechten Schulter liess auch darauf schliessen, dass keine weitere Behandlungsbedürftigkeit zu erwarten war, so dass ohne weiteres von einem formlosen Abschluss ausgegangen werden darf. Der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerden seien in der Folge nie verschwunden, so dass Brückensymptome vorliegen würden, kann insofern nicht gehört werden, als es für diese Behauptung echtzeitlich keinerlei Hinweis gibt. Für die Zeit zwischen September 2011 und Oktober 2012 ist weder ein Arztbesuch noch eine anderweitige therapeutische Bemühung nachgewiesen. Die Beschwerdeführerin macht zwar in der Beschwerde geltend, sie habe nach einigen Monaten Dr. E.____ aufgesucht, der ihr Massagen und Triggertherapien verschrieben habe, eine entsprechende Bestätigung von Dr. E.____ oder auch nur eine Abrechnung der Therapiekosten ist aber nicht eingereicht worden. Doch selbst wenn davon auszugehen wäre, dass – wie auch in der Rückfallmeldung vermerkt – im Februar 2012 erneut therapeutische Bemühungen unternommen wurden, so bleibt noch immer ein Intervall von einem halben Jahr, in dem keine Behandlungen nachgewiesen sind, so dass auch das Vorliegen von Brückensymptomen nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Damit ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung im Oktober 2012 nicht unter dem Grundfall, sondern als Rückfall zu behandeln ist, mit der Konsequenz, dass die Beweislast für die Unfallkausalität bei der Beschwerdeführerin liegt.

6.1 Für die Zeitspanne nach Eingang der Rückfallmeldung liegen die folgenden medizinischen Beurteilungen vor:

6.2 In der Schadenmeldung UVG vom 3. Oktober 2012 meldete die Arbeitgeberin einen Rückfall zum Nichtberufsunfall vom 16. Juni 2011. Es bestünden erneut Beschwerden. Im Frühjahr 2012 sei Physiotherapie verordnet worden.

6.3 In Vertretung von Dr. med. F.____, Chiropraktor SCG/ECU, hält Dr. E.____ im Arztzeugnis vom 25. Oktober 2012 fest, dass die Rotation der Halswirbelsäule (HWS) nach rechts eingeschränkt sei. Ausserdem klage die Patientin über einen Schulterschmerz rechts bei Rotationsbewegungen und Überkopfarbeiten. Ferner bestehe eine Rippenblockade rechts. Als Diagnose wird ein posttraumatischer Schulterschmerz mit zervikothorakaler Distorsion aufgeführt. Es handle sich um einen Rückfall. Die Unfallkausalität wird mit einem Kreuz bejaht bei der Rubrik, unter welcher gefragt wird, ob die Befunde mit dem geltend gemachten Ereignis vereinbar seien und plausibel erscheinen.

6.4 Dr. med. G.____, D.O.M., Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, bestätigt mit Zeugnis vom 24. Dezember 2012, dass die Patientin seit dem 11. Dezember 2012 bei ihm in Behandlung stehe. Er äussert als Verdachtsdiagnose eine Läsion des Kapselbandlabrumkomplexes an der rechten Schulter anlässlich der Schulterdistorsion vom 16. Juni 2011. Die Frage der Unfallkausalität beantwortet Dr. G.____ wie Dr. E.____ mit einem einfachen und nicht näher begründeten "ja". In der Folge ordnete Dr. G.____ eine Abklärung mittels MRT an.

6.5 Dr. med. H.____, Radiologie des Spitals X.____, hält in seinem Bericht vom 7. Januar 2013 fest, dass eine MR Arthrographie der rechten Schulter gemacht worden sei. In der Beurteilung kommt er zum Schluss, dass lediglich Zeichen von Veränderungen bei leichtem (traumatisiertem) subakromialem Impingement mit etwas eingeengtem Subakromialraum, leichter Tendopathie der distalen Supraspinatussehne sowie reaktiver Bursitis subacromialis/subdeltoidea vorliegen würden. Es gebe keinen Hinweis auf eine Pathologie des hyalinen Knorpels sowie des Labrums. Es bestehe keine SLAP-Läsion. Die Bizepssehne sei unauffällig. Es bestehe auch keine traumatische ossäre Pathologie.

6.6 Dr. med. I.____, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, hält in seiner Beurteilung vom 11. Februar 2013 fest, dass die geklagten Beschwerden in der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang zum Unfall stehen würden, da im MRT die sogenannten „traumatisierten Impingementauffälligkeiten“ als posttraumatisch nicht bildgebend mit Wahrscheinlichkeit identifiziert werden könnten. Viel wahrscheinlicher erscheine die Übernahme des „posttraumatisch“ aus der Anamnese der Versicherten. Denn es bestehe eine unspezifische Engpasssymptomatik mit Sehnenreizung an der Schulter, welche nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Prellung vor 2.5 Jahren äthiologisch kausal entstanden sei. Auch liege bei diesem unspezifischen altersentsprechenden Befund keine Verschlimmerung vor.

7.1 Zu klären ist, ob die Kausalitätsfrage gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Unterlagen beantwortet werden kann. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und der Frage des Ursprungs der Beschwerden vollumfänglich auf den Bericht von Dr. I.____ vom 11. Februar 2013 und ging davon aus, dass die Schulterbeschwerden degenerativer Natur seien. Sie hielt fest, dass der rechtserhebliche Sachverhalt umfassend und rechtsgenüglich abgeklärt worden sei.

7.2 Bei der vorliegenden Beweiswürdigung ist zu berücksichtigen, dass bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen sind. Es genügen relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2, 135 V 465 E. 4, Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2013, 9C_734/2012, E. 3.2, vom 4. Oktober 2012, 9C_495/2012, E. 2.2 und 2.3 sowie vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 1.3 und 1.4; ferner SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127, 9C_776/2010 E. 3.3 in fine).

7.3 Die Kausalitätsbeurteilung von Dr. I._____ erscheint zwar inhaltlich grundsätzlich nachvollziehbar, sie ist aber mit ihrem Umfang von zehn Zeilen äusserst knapp und kommt im Format einer Aktennotiz daher. Aus seiner Beurteilung geht zwar klar hervor, dass die Impingementsymptomatik seines Erachtens nicht auf die 2.5 Jahre zurückliegende Prellung zurückzuführen sei. Eine Begründung, wie er zu diesem Schluss kommt, ist der Beurteilung aber nicht zu entnehmen. Es bleibt daher unklar, ob seine Schlussfolgerung auf dem MRT oder auf Erfahrungswerten gründet. Ganz offensichtlich kann die bei der Beschwerdeführerin bestehende Impingement- oder Engpasssymptomatik sowohl traumatisch als auch degenerativ verursacht sein. So ist jedenfalls die Tatsache zu verstehen, dass Dr. H._____ bei der Befundung des MRT den Begriff "traumatisiert" in Klammern gesetzt hat. Die Interpretation von Dr. I._____, dass der Begriff traumatisiert einfach aus der Anamnese übernommen worden sei, erscheint nicht zwingend. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sowohl der erstbehandelnde Arzt pract. med. C._____ als auch der behandelnde Chiropraktor Dr. E._____ und der behandelnde Facharzt Dr. G._____ die Unfallkausalität bejaht haben. Im Weiteren erstaunt, dass Dr. I._____ weder mit dem behandelnden Dr. G._____ Rücksprache genommen noch die Beschwerdeführerin je persönlich untersucht hat, bevor er die Kausalitätsfrage beurteilt hat. Insbesondere hat er sich nicht über den aktuellen Behandlungsstand erkundigt. Zudem irrt er sich in zeitlicher Hinsicht, denn der Unfall ist im Zeitpunkt seiner Beurteilung nicht 2.5, sondern nur 1.5 Jahren zurückgelegen.

7.4 In der Summe bleiben daher gewisse Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung des Kreisarztes zurück. Bei Beurteilungen durch versicherungsinterne Ärzte genügen bereits geringste Zweifel, um ihre Verbindlichkeit aufzuheben. Hinzu kommt, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage lediglich zulässig ist, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_653/2009, E. 5.2 mit Hinweis). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Der behandelnde Facharzt Dr. G._____ hält in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 24. Dezember 2012 unter Ziffer 7 fest, dass er den MRT Befund abwarten und danach das weitere Procedere festlegen würde. In der Folge schloss die Beschwerdegegnerin den Fall aber Mitte März 2013 ab, ohne bei Dr. G._____ je einen aktuellen Bericht eingeholt zu haben. Somit ist eine neue Kausalitätsbeurteilung einzuholen.

8.1 Gemäss Bundesgericht stellt sich, wenn das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig ist und wenn die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden kann, das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Ver-

waltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasst, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Bereits zuvor hat das Bundesgericht festgehalten, dass den kantonalen Gerichten die Kompetenz zur vollen Tatsachenüberprüfung zufällt, die sie nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen haben (BGE 136 V 376 E. 4.2.3). Schliesslich hat das Bundesgericht die bisherige ständige Rechtsprechung, wonach das kantonale Gericht prinzipiell die freie Wahl hatte, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.3), geändert. So hat es erkannt, dass es zwar nicht angebracht ist, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen, doch drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zu beachten sind zudem die Ausführungen des Bundesgerichts im hiervor zitierten BGE 137 V 210 ff., wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

8.2 Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin im Lichte der Praxis des Bundesgerichts als gerechtfertigt. Aufgrund des Beschwerdebilds kann nicht ausgeschlossen werden, dass die heutigen Schmerzen traumatischen Ursprungs sind. Die Frage des Kausalzusammenhangs wurde von der Beschwerdegegnerin nur sehr rudimentär und gestützt auf nicht aktualisierte Akten abgeklärt. Die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin ist daher als nahezu ungeklärt zu betrachten. Die Beschwerdegegnerin ist damit ihrer Pflicht zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht genügend nachgekommen, indem sie sich mit der Beurteilung des Kreisarztes zufriedengegeben hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Mai 2013 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur erneuten medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird bei einem versicherungsexternen Facharzt oder einer versicherungsexternen Fachärztin ein Gutachten zur Klärung der Kausalität der Problematik der rechten Schulter einzuholen haben. Gestützt auf die Ergebnisse des Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere Versicherungsleistungen neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9. Es bleibt, über die Kosten zu entscheiden. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vor-

liegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Mai 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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