



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. September 2015 (725 15 9 / 235)

Unfallversicherung

Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und geltend gemachten Beschwerden / Würdigung der vorhandenen Arztberichte

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Michael Kull, Advokat, Marktplatz 18, 4001 Basel

gegen

Basler Versicherungen AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat, Rathausstrasse 40/42, 4410 Liestal

Betreff Leistungen

A. Der 1962 geborene A.____ war seit 1. Januar 2003 bei der B.____ AG als Küchengehilfe angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Basler Versicherung AG (Basler) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 29. September 2011 stürzte A.____ an seinem Arbeitsplatz in der Küche des Spitals C.____, wobei er sich eine Beule am Kopf sowie eine kleine Hautabletzung am rechten Oberarm zuzog. Die Triagestation des Spitals C.____ bescheinigte ihm an-

schliessend eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Tage (29./30. September 2011). Damals erfolgte keine Schadenmeldung.

Mit Schadenmeldung vom 28. September 2012 meldete die Arbeitgeberin, A.____ sei am 29. September 2011 beim Abwaschen schwindlig geworden und er sei mit dem Kopf und Arm auf dem Gitterrost aufgeschlagen. Dabei habe er sich Schürfungen am Schädel und am Vorderarm/Unterarm rechts zugezogen.

Nach dem Unfallereignis klagte A.____ vermehrt über Kopfschmerzen. Ab Juli 2012 verspürte A.____ Schmerzen in der rechten Schulter. In der Folge wurden weitere medizinische Abklärungen vorgenommen und schliesslich am 18. Oktober 2013 eine Schulterarthroskopie vorgenommen. Im Operationsbericht wurde unter anderem eine Rotatorenmanschettenruptur rechts vom 29. September 2011 diagnostiziert.

Mit Verfügung vom 2. Juli 2014 lehnte die Basler die Übernahme der Heilungskosten ab. Die Krankenkasse, der die Verfügung ebenfalls eröffnet worden war, verzichtete auf eine Einsprache. Die Basler hielt auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 11. November 2014 an der Leistungsablehnung fest.

B. Am 1. Dezember 2014 reichte A.____ bei der Basler nochmals eine „Einsprache“ ein. Die „Einsprache“ wurde von der Basler nicht an das zuständige Gericht weitergeleitet. Mit Schreiben vom 5. Januar 2015 an das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), beantragte A.____, nunmehr vertreten durch Advokat Dr. Michael Kull, vorweg die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Des Weiteren wurde beantragt, dem Beschwerdeführer sei nach Beurteilung des Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege entweder eine Frist zur ergänzenden Beschwerdebegründung einzuräumen oder nach Einholung einer Beschwerdeantwort das Replikrecht zu gewähren.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. März 2015 beantragte die Basler, vertreten durch Advokat Dr. Manfred Bayerdörfer, die Abweisung der Beschwerde.

D. Der Beschwerdeführer, weiterhin vertreten durch Dr. Michael Kull, beantragte mit Replik vom 25. März 2015 der Einspracheentscheid vom 11. November 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Am Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wurde festgehalten.

E. Mit Schreiben vom 23. Juli 2015 verzichtete der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter auf eine weitere Stellungnahme.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 Versicherungsgericht 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.

1.2 Nach Art. 60 Abs. 1 ATSG ist die Beschwerde innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides einzureichen. Gelangt die Partei rechtzeitig an einen unzuständigen Versicherungsträger, so gilt die Beschwerdefrist gemäss Art. 60 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2 ATSG als gewahrt. Vorliegend hat der Versicherte seine als Einsprache bezeichnete Beschwerde am 1. Dezember 2014 und somit innert der dreissigtägigen Beschwerdefrist erhoben, allerdings ist er mit seiner Eingabe innert Frist nicht an das örtlich und sachlich zuständige Kantonsgericht, sondern an die Beschwerdegegnerin gelangt. Da die Beschwerdegegnerin ihrer Weiterleitungspflicht nicht nachgekommen ist (vgl. Art. 58 Abs. 3 ATSG), hat der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 5. Januar 2015 die Beschwerde an das Kantonsgericht weitergeleitet. Nach dem Gesagten gilt die Beschwerde als rechtzeitig erhoben, weshalb darauf einzutreten ist.

2. Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. September 2011 stehen und ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

2.1 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.

2.2 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.

2.3 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 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).

2.4 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 Beschwerden 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.

3.1 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 ihre Entscheidung, 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 blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b).

Bei Vorliegen eines Rückfalles oder von Spätfolgen ist das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall ebenfalls mit dem Be-

weisgrad 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3 mit Hinweis).

3.2 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 unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (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).

3.3 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat die 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen). Widersprechen sich medizinische Berichte, darf das Gericht 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 (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c je mit Hinweisen). Auch einem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und der Frage der Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 29. September 2011 und den ab Juli 2012 einsetzenden Beschwerden liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen vor:

4.1 Dr. med. E.____, Oberarzt der medizinischen Klinik des Spitals C.____, führte mit Arztbericht vom 3. Oktober 2011 aus, der Beschwerdeführer habe am 29. September 2011 die Triage des Spitals aufgesucht. Er sei bei der Arbeit zusammengebrochen, nachdem ihm kurz vorher schwarz vor den Augen geworden sei. Er habe sich beim Sturz eine Beule am rechten/seitlichen Kopf zugezogen. Er sei zu keinem Zeitpunkt bewusstlos gewesen. Kopfschmerzen habe er keine gehabt. Etwas Ähnliches sei ihm vorher noch nie passiert. Palpitationen habe er nicht verspürt. Weiter sei eine kleine Hautablederung am rechten Oberarm festgestellt worden. Für den 29. und 30. September 2011 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden.

4.2 Nach einer Magnetresonanztomographie (MRT) berichtete Dr. med. F.____, FMH für Radiologie, G.____, am 15. November 2011 von einem unauffälligen MRT des Neurokraniums ohne Anhaltspunkt für eine intrazerebrale Pathologie und einer chronischen Panusinusitis.

4.3 Am 30. August 2012 erfolgte eine Überweisung zur Physiotherapie durch med. pract. H.____, Assistenzarzt Chirurgie des I.____, gestützt auf den Verdacht auf ein subakromiales Impingement, DD: RM-Läsion.

4.4 Dr. med. K.____, Oberarzt am I.____, hielt mit Bericht vom 30. August 2012 fest, der Patient habe nach einem Sturz auf die rechte Schulter vor ca. 5 Monaten seit zwei Wochen starke Schmerzen und könne nachts nicht schlafen. Als Befund wurde eine kleinere zystische Läsion im Unterrandbereich des Glenoids festgestellt. Das Glenoid stelle sich relativ flach dar.

Es bestehe eine leichte Irregularität am Unterrand des Glenoids, möglicherweise Status nach alter Bankart-Läsion.

4.5 Am 6. September 2012 folgte ein Bericht von Dr. med. L.____, Leitender Arzt am I.____, zu einer MR-Arthrographie vom gleichen Tag. Der Patient habe vor 5 Monaten einen Sturz auf die Schulter erlitten und habe seit drei Wochen progrediente Schmerzen. In seiner Beurteilung hielt Dr. L.____ einen Befund vereinbar mit einem tiefen, gelenkseitigen Riss der Supraspinatussehne im Insertionsbereich mit feiner Restlamelle bursaseitig wie bei einer „gedeckten“ Ruptur, ebenfalls Tendopathie, DD narbige Veränderungen des superioren Anteils der Subscapularissehne, weiter fibrovasikuläre Veränderungen im Rotatorenintervall fest. Weiter führte er eine Bizepssehne ohne relevante Pathologie sowie eine AC-Arthrose mit Kapsulitis an.

4.6 Dr. med. M.____, Oberarzt des I.____, empfahl mit Schreiben vom 14. September 2012 eine Schulterarthroskopie mit Acromioplastik sowie die Beurteilung der Rotatorenmanschetten und gegebenenfalls Refixation. Der Patient wünsche zunächst noch ein konservatives Vorgehen.

4.7 Mit Schreiben vom 12. September 2013 führt Dr. med. N.____, FMH Allgemeinmedizin, aus, da es sich hauptsächlich um eine Läsion der Subscapularis handle, müsse von einem Unfallgeschehen ausgegangen werden. Da die Beschwerden anamnestisch sofort nach dem Unfallereignis vom 29. September 2011 aufgetreten seien, sei die Kausalität gegeben.

4.8 Mit Operationsbericht vom 18. Oktober 2013 hält Dr. med. O.____, FMH Orthopädische Chirurgie, P.____, als Indikation für die erfolgte Operation das Unfallereignis vom 29. September 2011 fest.

Dr. O.____ berichtete am 25. März 2014, dass sich die Situation mit Bezug auf die Schmerzen durch den Arbeitsversuch zwischenzeitlich erheblich verschlechtert habe.

4.9 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. Q.____, FMH Innere Medizin, führte mit Stellungnahme vom 30. April 2014 aus, die Kausalität sei seines Erachtens bestritten.

4.10 Dr. med. R.____, Zertifizierte Medizinische Gutachterin SIM, erstattete am 16. Juni 2014 eine ausführliche versicherungsmedizinische Stellungnahme zu Händen der Basler. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung führte sie aus, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde würden sich keine strukturellen Organkorrelate einer überwiegend wahrscheinlich unfallbedingten Läsion im Bereich des rechten Schultergelenks objektivieren lassen. Hingegen bestehe ein krankhafter (degenerativer) Vorzustand. Der Unfallmechanismus sei ungeeignet und der Versicherte sei nach dem Unfallereignis nicht arbeitsunfähig gewesen (allenfalls zwischen dem 29. und 30. September 2011). Erst ab dem 09.12.2012 seien dem Beschwerdeführer bezüglich des rechten Schultergelenks Arbeitsunfähigkeiten zwischen 30 und 100 % attestiert worden, dies bei erst ab Mai/Juni 2012 geklagten, langsam an Intensität zunehmenden Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks.

4.11 Mit Aktennotiz vom 8. Juli 2014 nahm Dr. O.____ zum Gutachten von Dr. R.____ Stellung. Dr. R.____ habe grossen Wert auf den Sturzmechanismus oder das Ereignis gelegt, welches zu der fraglichen Schulterverletzung geführt habe. Die Erfahrung zeige aber, dass Patienten häufig einen genauen Sturzablauf nicht mehr beschreiben könnten, da der Sturz unverhofft und sehr schnell abgelaufen sei. Bei einer Bewusstlosigkeit oder einem Schwindelzustand sei eine Beschreibung des Unfallmechanismus in der Regel gar nicht mehr möglich. Die Argumentation von Dr. R.____ könne in diesem Punkt nicht nachvollzogen werden. Dr. R.____ habe festgehalten, eine Schulterverletzung sei nicht dokumentiert. Dies obwohl eine Hautablederung am rechten Oberarm beschrieben sei. Die lang anhaltenden Beschwerden und die Beule am Kopf würden auf ein namhaftes Ereignis hinweisen, welches schlussendlich auch zur MRI des Kopfes geführt habe. In Bezug auf den Sturzablauf sei unter diesen Umständen alles möglich, von Abstützbewegungen bis Haltebewegungen bis Distorsion der Schulter. Die Beurteilung von Dr. R.____, dass keine Schulterluxation stattgefunden habe, stehe auf ausgesprochen wackligen Füßen. Das Verletzungsbild entspreche am ehesten einem forcierten Abduktions-/Aussenrotationstrauma. Ein solches entstehe häufig bei Halte- oder Auffangbewegungen, wie es zur Verhinderung von Sturzereignissen oft beschrieben werde. Insgesamt sei die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. R.____ sehr lückenhaft und bei genauer Betrachtung widersprüchlich und in der Schlussfolgerung falsch.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf das von ihr veranlasste Gutachten von Dr. R.____ vom 16. Juni 2014. Sie ging demzufolge davon aus, dass sich keine überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte Läsion im Bereich des rechten Schultergelenks objektivieren lasse. Zudem fehle nach dem am 29. September 2011 stattgefundenen Ereignis ein charakteristischer Verlauf der Beschwerdesymptomatik, welcher richtungsweisend für eine am 29. September 2012 eingetretene frische strukturelle Schädigung des rechten Schultergelenks wäre. Der Unfallmechanismus sei zudem ungeeignet und der Versicherte sei nach dem rubrizierten Ereignis nicht arbeitsunfähig geschrieben gewesen (allenfalls am 29. und 30. September 2011). Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines versicherungsinternen Arztes nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist aber, wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. R.____ zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich deren Gutachten hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzt und eine schlüssige Kausalitätsbeurteilung vornimmt.

5.2 Was der Versicherte in seiner Beschwerde vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage. Der Beschwerdeführer beruft sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. O.____ in seiner Aktennotiz vom 8. Juli 2014. Dr. O.____ nimmt im Wesentlichen zu den Ausführungen von Dr. R.____ zum Sturzablauf Stellung. Er gelangt dabei zum Schluss, dass diesbezüglich alles möglich sei, von Abstützbewegungen bis Haltebewegungen bis Distorsion der Schulter. Ausserdem sei seiner Ansicht nach eine Schultersubluxation aufgrund des Sturzereignisses möglich. Die Verletzung entspreche aus arthroskopischer

Sicht am ehesten einem forcierten Abduktions-/Aussenrotationstraumat. Auffällig ist dabei, dass Dr. O.____ keine Bemerkungen zum zeitlichen Ablauf vorbringt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass Dr. O.____ keine Kenntnis davon hatte, dass der Beschwerdeführer gemäss den Arztberichten des I.____ erstmals anlässlich einer Notfallkonsultation am 30. August 2012 angegeben hat, nach einem Sturz vor fünf Monaten (also ca. Ende März 2012) auf die Schulter, nun seit zwei Wochen unter starken Schmerzen zu leiden. Dies würde bedeuten, dass die Schmerzen erst 10 Monate nach dem Sturzereignis vom 29. September 2012 aufgetreten sind. Diesbezüglich ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer weder anlässlich der Erstuntersuchung vom 29. September 2011 (vgl. Bericht vom 3. Oktober 2011 von Dr. E.____) noch anlässlich von Arztkonsultationen im November 2011 über Schulterschmerzen, sondern über Kopfschmerzen geklagt hat. Auf diese echtzeitlichen Angaben des Beschwerdeführers ist abzustellen. Des Weiteren bejaht auch Dr. N.____ mit Arztbericht vom 12. September 2013 die Kausalität zum Unfallereignis vom 29. September 2011. Er geht dabei aber fälschlicherweise ebenfalls davon aus, dass die Beschwerden unmittelbar nach dem Unfallereignis aufgetreten sind.

Dr. R.____ berücksichtigt zu Recht, dass der Beschwerdeführer frühestens ab Mai/Juni 2012 und damit rund 7-8 Monate nach dem Unfallereignis, über Schulterbeschwerden geklagt hat und lässt dies in ihre Beurteilung miteinfließen. Sie weist zudem daraufhin, dass in der Literatur mehrere Mechanismen beschrieben würden, die zu einer Schädigung der Subscapularissehne führen würden, welche atraumatische/degenerative Pfade beinhalten würden. Ausserdem könnten degenerative Teilläsionen trügerisch sein, da der Sehnenansatz sehr gross sei und der Muskel auch direkt unterhalb der Sehne noch Kontakt zum Oberarm habe, sodass ein Funktionsverlust degenerativer Art zunächst unbemerkt schleichend zunehmen könne. Die Argumentation von Dr. R.____ ist plausibel und überzeugend. Die Vorbringen von Dr. O.____ und Dr. N.____ sind nicht geeignet, Zweifel an der Beurteilung von Dr. R.____ hervorzurufen, weshalb auf den Bericht von Dr. R.____ vom 16. Juni 2014 abgestellt werden kann.

5.3 Anzumerken bleibt, dass in mehreren Arztberichten ein Ereignis bzw. ein Stolpersturz ca. im April 2012 (vgl. Berichte vom 30. August 2012 von Dr. K.____, vom 6. September 2012 von Dr. L.____ sowie vom 6. November 2012 von Dr. med. S.____) erwähnt wird. Es erscheint deshalb nicht ausgeschlossen, dass die geklagten Schulterbeschwerden auf ein anderes Ereignis zurückzuführen sind, als das vorliegend geltend gemachte Unfallereignis vom 29. September 2011. Allerdings liegen diesbezüglich zu wenige Anhaltspunkte vor, insbesondere wird ein solches Ereignis im April 2012 auch vom Beschwerdeführer nicht vorgebracht, als dass im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes diesbezüglich weitere Abklärungen vorzunehmen wären.

6. In Bezug auf die von den Parteien vorgebrachte Frage der Beweislastverteilung ist Folgendes anzumerken: Vorliegend wurde das Unfallereignis vom 29. September 2011 der Beschwerdegegnerin erst mit Unfallmeldung vom 28. September 2012 gemeldet. Die Beschwerdegegnerin hat – ohne zur Frage der Unfallkausalität Stellung zu nehmen – Leistungen erbracht. Dies bedeutet nicht, dass die Beschwerdegegnerin damit die Unfallkausalität bejaht hat. Die geklagten Schulterbeschwerden sind erst im Verlaufe des Sommers 2012 aufgetreten und die Unfallmeldung vom 28. September 2012 erfolgte erst ein Jahr nach dem Unfall vom

29. September 2011. Der Unfallversicherer hatte somit ernsthafte Gründe die Kausalitätsfrage abzuklären. Dies bedeutet, dass vorliegend kein vom Unfallversicherer anerkannter Grundfall vorliegt. Rückfall oder Spätfolgen stehen damit nicht zur Diskussion. Da vorliegend die Frage zu beantworten ist, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, liegt die Beweislast beim Versicherten (vgl. dazu oben Ziff. 3.2).

7. Der Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 29. September 2011 ist gestützt auf die obigen Erwägungen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bejahen, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren 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; die obsiegende Beschwerdegegnerin ist zwar anwaltlich vertreten, Art. 61 lit. g ATSG schränkt den Anspruch auf eine Parteientschädigung jedoch ausdrücklich auf die Beschwerde führende Person ein.

8.2 Es bleibt über den Antrag des Beschwerdeführers zu befinden, es sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. Nach Art. 61 lit. f ATSG in Verbindung mit § 22 Abs. 2 VPO wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wenn ihr die nötigen Mittel fehlen, ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos und die anwaltliche Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte notwendig oder doch geboten erscheint (vgl. Urteil des EVG vom 7. April 2004, U 333/03, E. 3.2 und 4). Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben, weshalb das betreffende Gesuch zu bewilligen ist.

8.3 Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 30. Juni 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 10 Stunden und 20 Minuten geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich angesichts der sich stellenden Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind auch die geltend gemachten Auslagen von Fr. 71.75. Dem Rechtsvertreter ist somit ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'309.50 (10,33 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 71.75 + 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.4 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'309.50 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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