



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Januar 2019 (725 18 220 / 08)

Unfallversicherung

Fehlender Kausalzusammenhang aufgrund fehlender objektivierbarer Befunde bei Thoracic-outlet-Syndrom

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin i.V. Neslihan Kalayci
Parteien	A.____, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach gegen Suva , Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1961 geborene A.____ rutschte am 17. Mai 2016 auf der Treppe aus. Sie versuchte sich dabei mit der rechten Hand auf ihrer linken Seite am Treppengeländer festzuhalten, spürte einen Schmerz in der rechten Schulter, fiel auf den Rücken und schlug mit Genick und Hinterkopf auf der Stufenkante auf. Zu diesem Zeitpunkt erfüllte A.____ die Anspruchsvoraussetzungen nach Art. 8 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG) vom 25. Juni 1982 und war somit obligatorisch bei der

Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) versichert. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Gestützt auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. Juli 2017 stellte die Suva Basel mit Verfügung vom 18. Juli 2017 die Versicherungsleistungen per 31. Juli 2017 ein. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 28. Mai 2018 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, mit Schreiben vom 29. Juni 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 28. Mai 2018 sei aufzuheben und die Suva zu verpflichten, weiterhin die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. Mai 2016 zu erbringen. Zur Begründung wurde angeführt, dass an den Beurteilungen des Kreisarztes mehr als nur geringe Zweifel beständen, weshalb diese nicht beweiskräftig sein könnten. Entsprechend gelinge der Beschwerdegegnerin der ihr obliegende Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs nicht. Weiter habe sich die Beschwerdegegnerin mit Berichten von der Klinik C.____, der Klinik D.____ und des Spitals E.____ nicht auseinandergesetzt. Sowohl seitens der Klinik C.____ als auch der Klinik D.____ werde festgehalten, dass die Schulterbeschwerden auf ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS) zurückzuführen seien. Weil sich der Kreisarzt in seiner Beurteilung nicht mit diesen Diagnosen auseinander setze, sei seine Beurteilung unvollständig und aus diesem Grund nicht beweiskräftig. Folglich sei die Beschwerdegegnerin nach wie vor leistungspflichtig.

C. Mit Vernehmlassung vom 11. September 2018 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Die von der Beschwerdeführerin angeführten Berichte bestätigten keineswegs das Vorliegen von unfallkausalen Beschwerden, sondern enthielten zur streitigen Frage der Unfallkausalität der geklagten Schulterbeschwerden entweder gar keine oder dann höchstens sehr vage Aussagen. Gemäss dem Bericht der Klinik C.____ vom 6. September 2017 bestehe lediglich der Verdacht auf ein TOS. Die Diagnose werde in diesem Bericht aber nicht bestätigt. Erwähnt werde demgegenüber, dass die neurologische Voruntersuchung keine relevante Läsion gezeigt habe. Eine Aussage zur Unfallkausalität der Schulterbeschwerden finde sich in diesem Bericht nicht. Im Bericht des Spitals E.____ vom 21. Dezember 2017 werde lediglich der Verdacht auf ein funktionelles neurogenes TOS geäussert. An einem entsprechenden Nachweis fehle es indessen. Auch im Bericht der Klinik D.____ vom 19. März 2018 werde lediglich der Verdacht auf ein neurogenes, funktionelles TOS geäussert. Zur streitigen Frage der Unfallkausalität der bestehenden Schulterbeschwerden könne dem Bericht gar nichts Einlässliches entnommen werden.

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 Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 29. Juni 2018 ist einzutreten.

2. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

3. Gemäss 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). 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).

4.1 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). 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 entfiel (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 Sozialversicherungs-

recht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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).

4.2.1 Zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden muss des Weiteren ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

4.2.2 Ob die geklagten Beschwerden noch ädaquat kausale Unfallfolgen sind, hat der Unfallversicherer beim Fallabschluss zu prüfen. Das Bundesgericht hat sich in BGE 134 V 109 zum Zeitpunkt des Fallabschlusses geäussert (E. 3 und 4). Demnach sind Heilbehandlung und Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes „namhaft“ durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3). Wenn eine entsprechende Verbesserung nicht erwartet werden kann, ist der Fall abzuschliessen.

4.3 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänz-

lich 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 beim Versicherten, 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).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der 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 (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 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 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. 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 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

6.1 Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerden der Beschwerdeführerin in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. Mai 2016 stehen. Für die Beurteilung der streitigen Frage sind folgende medizinische Unterlagen von Relevanz:

6.2 Am 6. Juli 2016 diagnostizieren Dr. med. F.____, Leitender Arzt der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals E.____, und Dr. med. G.____, Team H.____, in ihrem Bericht Folgendes: Röntgen Schulter rechts ap/Neer, 17. Mai 2016: Keine frischen ossären Läsionen. Aufgrund der Schrägprojektion sei die Messung des CSA, des acromiohumeralen Abstandes sowie der Acromiontyp nicht konklusiv bestimmbar. Weiter halten sie fest, dass die Beschwerden nicht eindeutig einem pathomorphologischen Korrelat zugeordnet werden könnten. Aufgrund der klinischen Untersuchung sowie des Unfallmechanismus müsse an eine Rotatorenmanschettenintervallläsion gedacht werden. Differentialdiagnostisch komme auch eine Neuropraxie des Plexus brachialis oder eine traumatisierte AC-Gelenksarthrose in Frage. Aufgrund fehlender motorischer peripherer Ausfälle werde zunächst auf eine neurologische Abklärung verzichtet.

6.3 Dr. med. I.____, Leitende Ärztin der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals E.____, diagnostiziert in ihrem Bericht vom 14. Juli 2016 eine HWS-Distorsion und Kontusion mit sekundärer muskulärer Dysbalance sowie Kribbelparästhesien C6/C8; MRI HWS vom 6. Juni 2016 ohne Anhalt für eine diskoligamentäre Verletzung oder frische traumatische ossäre Läsion, auf Höhe HWK5/6 eine Retrospondylose sowie breitbasige Diskusprotrusion eher älterer Genese ohne Anhaltspunkte für eine Affektion des Myeloms. In Bezug auf die rechte Schulter diagnostiziert Dr. I.____ den Verdacht auf eine Rotatorenmanschetten-Intervallläsion DD Neuropraxie Plexus brachialis rechts.

6.4 Aus dem Bericht von PD Dr. med. J.____, Chefärztin Stv. der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals E.____, vom 22. August 2016 geht hervor, dass im MRI der Halswirbelsäule eine frische Läsion respektive Kompression der neuralen Strukturen habe ausgeschlossen werden können. Die Patientin berichte über unveränderte Beschwerden; sie lokalisiere diese sowohl supra- wie auch infraclaviculär im Verlaufe des Plexus brachialis. Betreffend die Schulter wird Folgendes ausgeführt: Arthro MRI-Untersuchung Schultergelenk rechts vom 10. August 2016: Intakte Rotatorenmanschette; leichte Flüssigkeitsansammlung in der Bursa subdeltoidea und im AC-Gelenk; etwas vergrößerte Kontur des Bicepsankers. Weiter wird ausgeführt, dass aufgrund der klinischen und MR-tomographischen Befunde die Schulterbeschwerden am ehesten auf eine Plexus-Affektion nach Trauma im Mai zurückzuführen seien.

6.5 In ihrem Bericht vom 21. September 2016 diagnostiziert Dr. med. K.____, Fachärztin FMH für Neurologie, Schulterarmschmerzen rechts nach Treppensturz vom 17. Mai 2016, klinisch keine sensomotorischen Ausfallerscheinungen bei Anhaltspunkten für eine Plexusirritation, einen Zustand nach Myokardinfarkt 2011 sowie psychosoziale Belastungen. Aus dem beigelegten EMG-Bericht vom 20. September 2016 geht hervor, dass die normale Amplitude sämtlicher sensiblen Nervenaktionspotenziale gegen eine relevante Läsion des Armplexus spräche.

6.6 Dr. med. L.____, Oberärztin der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals E.____, und Dr. med. M.____, Assistenzarzt, halten in ihrem Bericht vom 17. Mai 2017 fest, dass sich in der Zusammenschau der Befunde von Seiten der Schulter das Bild einer traumatisierten AC-Gelenksarthrose mit gereizter Bursa subacromialis sowie Tendinopathie der langen Bicepssehne ergebe. Eine Infiltration habe zu einer 100%igen Verbesserung der Beschwerden geführt, wobei der nachhaltige Effekt der Infiltration abzuwarten sei.

6.7 Am 23. Juni 2017 erfolgte eine weitere Untersuchung durch Dr. I.____. In ihrem Bericht führt sie aus, dass die Patientin zwischenzeitlich erneut starke Schmerzen im Arm (rechtsseitig) habe. Sie habe den Arm kaum über 80° abwinkeln können. Der Arm sei warm. Es würde zudem „nadeln“ in der Hand. Am 17. Mai 2017 habe die Patientin eine lokale Infiltration des AC-Gelenkes sowie subacromial mittels Carbostesion und Triamcort erhalten mit einer Besserung für 3-4 Tage. Zu diesem Zeitpunkt habe sie den rechten Arm wieder vollumfänglich bewegen können. Die Schmerzen würden aktuell im Bereich des Musculus supraspinatus angegeben. Dort bestehe auch ein Triggerpunkt, welcher die Schmerzausstrahlung in den Arm auslösen könne. Seitens der HWS gebe die Patientin aktuell wenig Beschwerden an. Auch die MRI-Untersuchung vom 4. April 2017 zeige lediglich eine geringe breitbasige Bandscheibenprotrusion auf Höhe HWK 5/6 und HWK 6/7 ohne relevante Spinalkanalstenose. Hinweise auf eine Myelopathie bestünden nicht.

6.8 Einer weiteren Beurteilung von Dr. med. F.____, Leitender Arzt der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und von Dr. med. N.____, Assistenzarzt, vom 5. Juli 2017 ist zu entnehmen, dass auch die Infiltration die Beschwerden der Patientin weder kurzfristig noch langfristig habe lindern können. Insgesamt liessen sich die Beschwerden nicht eindeutig einem pathomorphologischen Korrelat zuordnen.

6.9 Dr. B.____ hält in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 14. Juli 2017 fest, dass das Ereignis vom 17. Mai 2016 nicht zu zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsionen an der rechten Schulter geführt habe. In der Konsequenz könne davon ausgegangen werden, dass mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild der Versicherten Unfallfolgen an der rechten Schulter heute keine Rolle mehr spielten. Der Zeitpunkt, an dem erfahrungsgemäss keine Unfallfolgen mehr vorlägen, sei spätestens ein Jahr nach dem Ereignis erreicht. Im Mai 2016 habe die Versicherte einen Unfall erlitten. In der Folge habe sie sich zu verschiedenen Spezialisten in fachärztliche Behandlung begeben. Es sei eine umfangreiche Abklärung der Beschwerden vorgenommen worden, unter anderem auch eine adäquate Bildgebung. Im ersten MRT des Schultergelenkes rechts vom 10. August 2016 seien keinerlei Unfallfolgen festgestellt worden. Auch sonst seien bis auf eine mässige Arthrose des Schulterreckgelenkes und eine Tendinopathie der langen Bicepssehne keine Läsionen festgestellt worden. Eine Arthrose des Schulterreckgelenkes sei eine abnutzungsbedingte bzw. erkrankungsbedingte Veränderung dieses Gelenkes. Diese könne zwar gelegentlich auch nach Unfällen entstehen, brauche jedoch für die Entwicklung einen deutlich längeren Zeitraum als drei Monate. Ausserdem sei für eine posttraumatische Arthrose zwingend erforderlich, dass beim Unfallereignis nachgewiesene strukturelle Läsionen vorhanden seien, welche eine schnellere Abnutzung des Gelen-

kes herbeiführten. Dies sei im vorliegenden Fall nicht gegeben. Die Arthrose des Schulterreckgelenkes bestehe mit Sicherheit unfallunabhängig. Ebenso sei die Veränderung der langen Bicepssehne als Erkrankung und nicht als Unfallfolge zu werten. Im MRT neun Monate später sei zwar eine kleine anterolaterale Läsion an der Supraspinatussehne zur Darstellung gekommen, diese sei jedoch keine Unfallfolge, sondern eine typische abnutzungsbedingte Veränderung, welche bei 56-jährigen Personen eher die Regel als die Ausnahme sei. Auch die Ärzte und Ärztinnen der Orthopädie des Spitals E.____ hätten dies nicht massgeblich als Beschwerdeursache angesehen, sondern würden das Bild der Beschwerden als eine traumatisierte AC-Gelenksarthrose (Schulterreckgelenksarthrose) und eine Sehnenerkrankung der langen Bicepssehne interpretieren. Im Konsultationsbericht vom 23. Juni 2017 sei dokumentiert, dass die von der Versicherten geschilderten Beschwerden nicht durch ein morphologisches Korrelat erklärt werden könnten. Aufgrund der Bildgebung, welche umfassend und wiederholt durchgeführt worden sei, könne man mit Sicherheit unfallbedingte strukturelle Läsionen, verursacht durch das Ereignis vom Mai 2016, ausschliessen. Schon sehr grosszügig den Zeitraum abschätzend gelange er deshalb zur Beurteilung, dass allerspätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis keine Unfallfolgen an der rechten Schulter mehr vorlägen.

6.10 Dr. F.____ diagnostiziert im Bericht vom 19. Oktober 2017 einen chronischen Schulter-Armschmerz (rechts) DD eine traumatisierte AC-Gelenksarthrose, eine Bursitis subakromialis sowie eine Tendinopathie der langen Bicepssehne, St. n. Infiltration nach subakromial und ins AC-Gelenk am 17. Mai 2017 (Triamcort/Carbostesin, Dr. L.____). Im MRI der HWS vom 4. April 2017 seien geringe, breitbasige Bandscheibenprotrusion HWK5/6, geringer HWK6/7 ohne relevante Spinalkanalstenose oder Myelopathie, keine foraminale Nervenwurzel-Affektionen, eine HWS-Distorsion und Kontusion mit sekundärer muskulärer Dysbalance sowie Kribbelparästhesien C6/C8 zu sehen. Im MRI der HWS vom 6. Juni 2016 sei kein Anhalt für diskoligamentäre Verletzung oder frische traumatische ossäre Läsionen gegeben. Es lägen eine HWK5/6 Retropodylose sowie eine breitbasige Diskusprotrusion eher älterer Genese ohne Anhaltspunkte für eine Affektion des Myeloms vor. Im Rahmen der neuromyographischen Untersuchung vom 20. September 2016 seien keine Zeichen einer relevanten Läsion des Armplexus vorhanden gewesen. Weiter hält er fest, dass Dr. med. O.____ in ihrer neurologischen Beurteilung festhalte, dass anamnetisch und auch aktuell in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine Hinweise für Verletzung von neurogenen Strukturen beständen. Eine ausgiebige Abklärung habe durch Dr. K.____ im September 2016 stattgefunden und sei ohne Hinweise für eine Plexusläsion geblieben. Deshalb erachte sie eine erneute Untersuchung nicht als sinnvoll. Dr. O.____ schlage eine weitere Diagnostik mittels MRI des Plexus zervikobrachialis rechts vor.

6.11 Dr. B.____ verweist in seinem Bericht vom 25. Oktober 2017 hinsichtlich der Problematik an der rechten Schulter auf seine Beurteilung vom 14. Juli 2017. Betreffend den Bereich der Halswirbelsäule führt er aus, dass bei umfassender und ausreichender Diagnostik keine strukturell objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 17. Mai 2016 nachgewiesen seien. Unfallfolgen lägen in der Konsequenz nicht mehr vor. Demzufolge könne auch von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Auch die Beschwerden im Zusammenhang mit der Halswirbelsäule seien spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis als nicht

mehr unfallkausal zu betrachten. Weiter führt der Kreisarzt aus, dass schon sehr zeitnah zum Ereignis, nämlich am 6. Juni 2016, die Halswirbelsäule erstmals magnetresonanztomographisch untersucht worden sei, wobei keinerlei Hinweise für eine stattgehabte Gewalteinwirkung bzw. keine strukturelle Läsionen vorgelegen hätten, welche auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden könnten. Die Untersuchung der HWS sei mittels MRT im April 2017 wiederholt worden, ebenfalls mit dem Resultat, dass keine strukturellen Unfallfolgen nachgewiesen worden seien. In der veranlassten neurologischen Untersuchung hätten auf neurologischem Gebiet keine Unfallfolgen struktureller Art gefunden werden können. Somit bleibe, dass sich die Versicherte vermutlich eine Verstauchung der kleinen Halswirbelgelenke zugezogen habe, ohne dass dabei Strukturen im Bereich der Halswirbelsäule dauerhaften Schaden genommen hätten. Wie bei jeder Verstauchung von Gelenken, bei denen es nicht zu strukturellen Läsionen komme, klängen die Beschwerden verlässlich nach einem angemessenen Zeitraum ab. Grosszügig bemessen sehe er diesen Zeitraum ein Jahr nach dem Unfallereignis als abgeschlossen. Danach allfällig vorhandene Beschwerden seien nicht mehr als Unfallfolgen zu qualifizieren.

6.12 Dem Sprechstundenbericht vom 15. November 2017 von Dr. J.____ und Dr. med. P.____, Assistenzarzt, ist neben den bekannten Diagnosen zu entnehmen, dass sich bei den repetitiv durchgeführten neurologischen Untersuchungen klinisch sowie bildmorphologisch im Bereich des Plexus keine objektivierbaren Ausfälle gezeigt hätten. Hinsichtlich der Schulter habe die Patientin im Mai 2017 auf eine subacromiale Infiltration sowie AC-Gelenksinfiltration nicht gut angesprochen. Als mögliche Beschwerdeursache komme ein funktionelles neurogenes TOS in Frage. Dafür spreche die beschriebene Beschwerdesymptomatik mit Temperaturempfindlichkeit und intermittierend auftretendem Einschlafgefühl im Bereich der rechten Hand sowie ein deutlich pathologisch positiver Roos-Test. Bis zum letztjährigen Trauma sei die Patientin diesbezüglich beschwerdefrei gewesen, eine mögliche Aktivierung durch das Traumaereignis bei möglicherweise vorhandenen, bildmorphologisch jedoch nicht nachweisbaren strukturellen Veränderungen sei durchaus denkbar. Eine Halsrippe finde sich nicht. Aufgrund der starken Einschränkungen sei eine Operation mit Resektion der 1. Rippe rechts indiziert.

6.13 Dr. med. Q.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Chefarzt Klinik C.____, und Dr. med. R.____, Stv. Oberarzt Klinik C.____, halten in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2017 fest, dass bei der Bilddokumentation und beim Befund des Plexus im MRI von extern kein Hinweis auf eine Plexusläsion bestehe. Zudem habe sich die Situation der Schulter stabilisiert.

6.14 Einem weiteren Sprechstundenbericht von Dr. J.____ und Dr. med. S.____, Oberärztin der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals E.____, vom 21. Dezember 2017 ist zu entnehmen, dass die klinischen Befunde für das Vorliegen eines funktionellen neurogenen TOS sprächen. Der Unfall vom 17. Mai 2016 könne durchaus dafür ursächlich sein, auch wenn dies morphologisch nicht nachgewiesen werden könne. Die bildgebende Abklärung der HWS und des Armplexus, die neurologische sowie die angiologische Abklärung seien bislang unauffällig gewesen. Nachdem die Patientin aufgrund der ausgeschöpften konservativen Therapiemassnahmen und dem hohen Leidensdruck im Alltag und beruflich stark

eingeschränkt sei, werde mit ihr die Möglichkeit einer Resektion der ersten Rippe besprochen. Die Patientin wünsche sich den Eingriff.

6.15 Im Sprechstundenbericht vom 19. März 2018 diagnostizieren Dres. med. T.____ und U.____, Klinik D.____, den Verdacht auf ein neurogenes, funktionelles TOS für die rechte Schulter nach dem Treppensturz am 17. Mai 2016 bei Tendinopathie der langen Bicepssehne sowie AC-Gelenksarthrose rechts. Als Nebendiagnose wird eine koronare Herzkrankheit mit St. n. PTCA und Stent bei posteriorem Myokardinfarkt 2011, unter Aspirin cardio, aufgeführt. In der Zusammenschau der Anamnese, der klinischen und radiologischen Untersuchung bestehe bei der Patientin der Verdacht auf ein funktionelles, neurogenes TOS. Empfohlen werde vorerst ein Versuch der Behandlung der Spannung des Musculus pectoralis minor in seiner Insertion am Coracoideus mit gezielter Physiotherapie sowie Triggerpunkt-Behandlung und Dehnung der Muskulatur. Bei Beschwerdepersistenz sei eine operative Versorgung mittels Insertion des Pectoralis-minor-Ansatzes und offenem Plexus-Release wohl indiziert.

6.16 In seiner Stellungnahme zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2018 hält der Kreisarzt an seiner Beurteilung vom 25. Oktober 2017 fest. Er berichtet, dass sich in den seit dem 25. Oktober 2017 eingereichten ärztlichen Berichten keine Hinweise dazu befänden, dass es beim Unfallereignis vom 17. Mai 2016 zu strukturellen Läsionen gekommen sein könnte. Insgesamt enthielten die Berichte keine neuen Informationen. Es lägen weder strukturelle noch andere Unfallfolgen vor. Unfallunabhängig sei eine Behandlung sicher nötig und angezeigt, wobei er dazu nicht Stellung nehmen könne.

7. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen Dr. B.____ in seinen Beurteilungen vom 14. Juli 2017 sowie 25. Oktober 2017 gelangte. Sie ging demzufolge davon aus, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden im Bereich des Plexus sowie den Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 17. Mai 2016 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Diese Auffassung ist nicht zu beanstanden, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird.

8. Nach Würdigung der medizinischen Berichte ist festzuhalten, dass die Ausführungen von Dr. B.____ in seinen Berichten vom 14. Juli 2017 sowie vom 25. Oktober 2017 überzeugen. Er begründete nachvollziehbar, weshalb die Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 17. Mai 2016 zurückgeführt werden können. Seine Ausführungen hierzu stimmen mit den übrigen fachärztlichen Beurteilungen überein. So sind sich die behandelnden Fachärzte einig, dass bei der Beschwerdeführerin kein organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst wie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung vorliegt. Auch waren zeitnah zum Unfall keine Anzeichen für unfallbedingte strukturelle Läsionen vorhanden. Vielmehr ist mit dem Kreisarzt davon auszugehen, dass degenerativ bedingte Veränderungen vorliegen, was im Alter der Beschwerdeführerin nicht unüblich ist. Schliesslich begründeten Dr. S.____ und Dr. J.____ die Unfallkausalität mit den vagen Formulierungen, dass „eine Aktivierung des TOS durch das Unfallereignis vom 17. Mai 2016 bei möglicherweise vorhandenen, bildmorphologisch jedoch nicht

nachweisbaren strukturellen Veränderungen durchaus denkbar“ sei bzw. dass „das Unfallereignis für das TOS ursächlich sein könne“ (vgl. E. 6.14 hiervor). Auch Dres. T.____ und U.____ berichteten in ihrem Sprechstundenbericht vom 19. März 2018 lediglich, dass bei der Beschwerdeführerin „der Verdacht auf ein funktionelles neurogenes TOS“ bestehe (vgl. E. 6.15 hiervor). Soweit die Beschwerdeführerin argumentiert, dass in diesen Berichten begründet werde, warum sie heute immer noch an unfallbedingten Beschwerden leide, kann ihr nicht gefolgt werden, zumal dies in den Berichten eben gerade nicht geschieht. Zudem genügen diese wenig überzeugenden Mutmassungen der behandelnden Ärzte – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – insgesamt nicht, um auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. B.____ zu wecken. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 17. Mai 2016 und den geltend gemachten Schulterbeschwerden ist somit im Zeitpunkt des Fallabschlusses zu verneinen. Auch in Bezug auf die HWS-Beschwerden ist auf die Einschätzung von Dr. B.____ abzustellen. Diesbezüglich ist sogar fraglich, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch nennenswerte Beschwerden verspürte, da sie im Rahmen der Untersuchung am 23. Juni 2017 bei Dr. I.____ lediglich „wenig“ Schmerzen angegeben hatte (vgl. E. 6.7 hiervor). Damit drängt sich eine Neubeurteilung des medizinischen Sachverhalts – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – nicht auf. Die Beurteilungen des Kreisarztes vom 14. Juli 2017 und 25. Oktober 2017, welche unter Berücksichtigung der Voranamnese sowie – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin – unter Würdigung der sämtlichen oben aufgeführten ärztlichen Berichte erfolgte, ist vollständig, nachvollziehbar und schlüssig.

9. Zusammenfassend steht fest, dass im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Bezug auf die HWS sowie Schulterbeschwerden spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis vom 17. Mai 2016 der Status quo sine erreicht ist. Die aktuell bestehenden Beschwerden können nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Juli 2017 ist daher nicht zu beanstanden. Der angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Mai 2018 erweist sich unter diesen Umständen als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

10. 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 vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'308.55 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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