

200 14 624 UV  
LOU/SCM/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. August 2015**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_, Zentralstrasse 44,  
6003 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 (17.20129.13.9)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1956 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war am 15. Januar 2013 über ihre Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie einen Autounfall erlitt und sich gemäss Unfallmeldung vom 18. Januar 2013 eine Verletzung an der linken Schulter und ein Schleudertrauma zuzog (vgl. Akten der Suva [act. IIA] 1). Die Ärzte der Notfallstation des Spitals D. \_\_\_\_\_ diagnostizierten anlässlich der Erstkonsultation vom 15. Januar 2013 eine Schulter- und Kniekontusion links, eine HWS- sowie eine LWS-Kontusion (act. IIA 13).

Nachdem die Suva die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls zunächst erbracht hatte, verfügte sie am 31. Januar 2014 (act. IIA 78) – insbesondere nach Vornahme einer kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Dezember 2013 (act. IIA 62; vgl. auch act. IIA 75) – per gleichem Datum die Leistungseinstellung hinsichtlich der Beschwerden im HWS- und Schulterbereich, da die Adäquanz zu verneinen sei. Von dieser Verfügung nicht betroffen sei die noch laufende Kniebehandlung links, deren Unfallkausalität habe bejaht werden können. Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (act. IIA 83, 98) wies die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) mit Entscheid vom 13. Mai 2014 (act. IIA 103) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 16. Juni 2014 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, welches darauf mit Entscheid vom 25. Juni 2014 nicht eintrat und die Beschwerde zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern weiterleitete. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge beantragt die Versicherte die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie dass die Beschwerdegegnerin anzuweisen sei, über den 31. Januar

2014 hinaus Leistungen hinsichtlich der Beschwerden im HWS- und Schulterbereich zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_, die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde sowie dass die Kosten wettzuschlagen seien.

Am 20. Januar 2015 reichte die Beschwerdegegnerin ein Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, vom 4. November 2014 (Beschwerdeantwortbeilagen [act. II] 3) zu den Akten.

Mit Replik vom 23. Februar 2015 bzw. mit Duplik vom 27. April 2015 hielten die Parteien an ihren jeweiligen Ausführungen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 (act. IIA 103). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 15. Januar 2013 hinsichtlich der Beschwerden im HWS- und Schulterbereich zu Recht per 31. Januar 2014 eingestellt hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 Be-

dingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

## **2.4**

**2.4.1** 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 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs 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 zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

**2.4.2** Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen.

hen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.4.3** Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.4) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 37 E. 4.2.2). Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Liegt im eigentlichen mittleren Bereich kei-

nes der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E. 4c S. 384).

In Präzisierung der Rechtsprechung hat das Bundesgericht den Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367, 117 V 369 E. 4b S. 383) in BGE 134 V 109, E. 10.2 S. 127 und E. 10.3 S. 130, neu gefasst, wobei die Aufzählung der Kriterien abschliessend ist:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Im Rahmen der Schleudertrauma-Praxis wird bei der Beurteilung der vorstehend genannten Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359 E. 5d aa S. 364 und E. 6a S. 367; RKUV 1999 U 341 S. 409 E. 3b, 1997 U 272 S. 174 E. 4a). Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist aber, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (SVR 2001 UV Nr. 13 S. 48 E. 3b).

**2.5** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 15. Januar 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (act. IIA 1, 32; vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Nicht bestritten ist insbesondere, dass die im Zeitpunkt der Verfügung vom 31. Januar 2014 (act. IIA 78) noch stattgehabte Kniebehandlung links von der Leistungseinstellung nicht betroffen ist. Umstritten ist hingegen, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Januar 2014 (act. IIA 78) hinaus geklagten Beschwerden im Bereich der HWS und der Schulter in einem anspruchsbegründenden Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Januar 2013 stehen.

gründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.1.1** Die Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 18. Januar 2013 (act. IIA 13) – nach Behandlung auf der Notfallstation vom 15. Januar 2013 – eine Schulter- und Kniekontusion links, eine HWS- sowie eine LWS-Kontusion. Die Beschwerdeführerin klagt über Nacken- und tief-lumbale Rückenschmerzen sowie Knie- und Schulterschmerzen links. Im Bereich der HWS bestehe eine Druckdolenz ohne Ausstrahlung. Die linke Schulter zeige sich ohne Schwellung, Hämatom oder Druckdolenz. Die radiologische Untersuchung vom 15. Januar 2013 (act. IIA 10 f.) ergab degenerative Veränderungen der unteren HWS und der mittleren BWS sowie eine chronische Tendinitis calcarea der linken Schulter. Traumatische ossäre Läsionen waren nicht nachweisbar.

**3.1.2** Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 29. Januar 2013 (act. IIA 14) stellten die Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ die vorläufige Diagnose eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas ersten Grades nach der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation. Nach dem Unfall seien keine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke, jedoch sofortige Nackenschmerzen aufgetreten. Bei der Untersuchung wurde ein Druckschmerz paravertebral auf Höhe des cervicothoracalen Übergangs und Ruheschmerzen festgestellt.

**3.1.3** Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Dezember 2013 stellte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin FMH, in seinem Bericht vom 6. Dezember 2013 (act. IIA 62) hauptsächlich die folgenden Diagnosen: HWS-Distorsion Grad I nach QTF, Kontusion Schulter links, Kniekontusion links sowie eine LWS-Kontusion. Weiter diagnostizierte er eine arterielle Hypertonie und ein leichtes Übergewicht. Bei der klinischen Untersuchung finde sich eine Druckdolenz im Bereich der Pars descendens des M. trapezius linksseitig sowie im Bereiche der supraspinalen Anteile der Rotatorenmanschette. Allerdings könne keine Funktionseinschränkung im Bereiche der linken Schulter nachgewiesen werden. Insbesondere die Supraspinatustests seien aktuell unauffällig. In der initialen konventionell radiologischen Untersuchung am Unfalltag

seien bereits Zeichen einer chronischen Tendinitis calcarea mit Verkalkungen in Projektion auf die Supraspinatussehne nachgewiesen worden. Kontusionen ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Veränderungen gälten nach sechs Wochen als abgeheilt. Die über diesen Zeitraum hinaus bestehenden Beschwerden seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, sondern eher auf die unfallfremd vorbestehende Tendinitis calcarea zurückzuführen. Die beschriebenen Hinweise für eine neurologische Problematik (bis in die linke Hand ausstrahlende Beschwerden mit intermittierendem Auftreten von Parästhesien in Arm und Hand) fänden sich zwar anamnestisch, nicht jedoch klinisch. Der im Juli dieses Jahres (2013) spontan aufgetretene und seither in veränderlicher Ausprägung bestehende Kniegelenkserguss links sei hinweisend für eine intraartikuläre Problematik. Die MRI-Untersuchung habe nebst deutlichen degenerativen Veränderungen im Sinne einer retropatellar betonten Gonarthrose eine Veränderung im Bereich des Innenmeniskushinterhorns gezeigt. Eine traumatische Genese sei aufgrund der Bildgebung zwar möglich; differentialdiagnostisch sei allerdings auch eine kongenitale Anlagestörung diskutiert worden. Unfallbedingt sei aktuell eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit gegeben.

**3.1.4** Auf Anfrage des Kreisarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. IIA 62 S. 9) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, am 15. Januar 2014 eine Untersuchung durch und hielt im dazugehörigen Bericht vom gleichen Tag (act. IIA 74) Nachstehendes fest: In der HWS zeigten sich paravertebrale Druckdolenz und Muskelverspannungen linkslastig. Angedeutet bestünden myogelotische Veränderungen. Zur Problematik des linken Knies hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, diese sei unfallfremd. Als Korrelat für die linkslastigen Gramselparästhesien der Hand lasse sich elektrophysiologisch ein eindeutiges Karpaltunnelsyndrom auf der linken Seite nachweisen. Diese Problematik sei ebenfalls unfallfremd und sollte operativ angegangen werden. Klinisch imponierten hinsichtlich der HWS-Kontusion deutlich paravertebrale Druckdolenz und im Wesentlichen zwei Triggerpunkte auf Höhe der HWS: Ein Triggerpunkt im Bereich des Musculus levator scapule links etwas suboccipital mit deutlichem Druck und Verhärtungen und andererseits einem Druckpunkt über dem Musculus trapezius / Musculus supraspinatus. Als Massnahmen empfahl Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht zunächst eine CTS Releaseoperation links.

**3.1.5** Nach Eingang des Berichts des Neurologen Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.4 hiervor) legte die Beschwerdegegnerin dem Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ weitere Fragen vor. Letzterer hielt am 27. Januar 2014 (act. IIA 75) fest, die geklagten Beschwerden im Arm- / Schulterbereich stünden nicht mehr in einem mindestens wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Folgen von Kontusionen ohne Nachweis unfallbedingter struktureller Läsionen gälten nach sechs Wochen als abgeheilt. Die radiologisch dokumentierte Tendinitis calcarea und das neurologisch diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom erklärten die Beschwerden hinreichend. Hinsichtlich der geltend gemachten Beschwerden im HWS-Bereich seien heute unfallbedingt keine strukturellen Läsionen mehr objektivierbar und die Beschwerden stünden ebenfalls nicht mehr in einem mindestens wahrscheinlichen Zusammenhang zum Unfallereignis. Erstens sei der Unfallmechanismus eine Frontalkollision, welche zu einer deutlich weniger hohen Belastung der HWS führe. Zweitens sei nur eine HWS-Distorsion Grad I diagnostiziert worden. Zudem fänden sich im CT keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen. Über einen Zeitraum von zwölf Monaten hinaus bestehende Beschwerden seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, sondern eher durch die nachgewiesenen vorbestehenden degenerativen Veränderungen (Uncovertebralarthrose usw.) bedingt.

**3.1.6** Anlässlich einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 10. Juli 2014 (act. IIA 125) fest, die Beschwerdeführerin mache einen leidenden Eindruck und beklage Beschwerden im Bereich der gesamten linken Körperhälfte. Hinsichtlich des Knies, wo eine wahrscheinlich unfallkausal verursachte / symptomatisch gewordene Meniskusläsion operiert worden sei, sei die Beschwerdeführerin noch sehr stark verängstigt und sie belaste das Knie nur zögerlich. Die Stabilität im Bereich der Kniemuskulatur sei ungenügend. Klar unfallfremd seien die zwischenzeitlich erfolgten Operationen des Abdomens und des Carpaltunnels links. Länger dauernd stehende / gehende Tätigkeiten dürften aktuell noch nicht zumutbar sein. Tätigkeiten in meist sitzender, gelegentlich wechselbelastender Position in leichtem Umfange seien im weiteren Verlauf durchaus vorstellbar. Wie weit die nicht mehr als unfallkausal zu bezeichnenden Beschwer-

den von Seiten des Nackens, des Rückens, der Schulter, des Abdomens sowie der Hand die Arbeitsfähigkeit / Arbeitsaufnahme behinderten, müsse durch die entsprechenden Ärzte, insbesondere durch den Hausarzt, beurteilt werden.

**3.1.7** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, führte im Bericht vom 7. Juli 2014 (act. IIA 127) aus, es liege offensichtlich eine deutliche Überzeichnung des Beschwerdebildes vor und präzise Angaben seien praktisch nicht erhältlich. Aufgrund der Akten seien vermutlich keine sicheren und nachgewiesenen Unfallfolgen vorhanden. Das noch beklagte Beschwerdebild – Schmerzen im Bereich der ganzen linken Körperseite, besonders im Bereich des Nackens, der Schulter, des Ellbogens und des Handgelenks mit völliger Kraftlosigkeit der linken Hand – sei erstens nicht eindeutig und zweitens auch nicht mit Sicherheit auf das angeschuldigte Unfallereignis zurückzuführen. Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen und die Prognose sei noch offen. In ihrer bisherigen Tätigkeit als ... sei die Beschwerdeführerin seit 22. Dezember 2013 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Eingeschränkt sei sie weiter für alle Aktivitäten mit der linken oberen Extremität aufgrund einer partiellen Frozen Shoulder links und eventuellen neurologischen Störungen von Seiten cervikaler Diskushernien links mit völliger Kraftlosigkeit im Bereich der linken Hand.

**3.1.8** Im vorliegenden Verfahren reichte die Beschwerdegegnerin ein von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ abgefasstes Gutachten vom 4. November 2014 (act. II 3) zu den Akten. Dieser diagnostizierte hauptsächlich ein zervikovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen, eine Periarthropathia humeroscapularis calcarea links, einen Status nach arthroskopischer Behandlung linkes Kniegelenk, einen Status nach HWS-Distorsion bei Autounfall, eine ausgeprägte Form einer generalisierten Fibromyalgie (Weichteilrheumatismus), Diskrepanzen in diversen Untersuchungsbefunden infolge Versicherungsbegehrungstendenzen, einen Status nach Carpaltunnelloperation rechts vor 25 Jahren und links im April 2014 sowie einen Status nach Dickdarmoperation im April 2014. Die festgestellten degenerativen Veränderungen aber auch die Protrusion und Herniation auf Höhe C4/5 und C5/6 seien kaum als Folge des Unfallereignisses in Zusammenhang zu bringen. Solche degenerativen Veränderungen hätten mit ziemlicher Si-

cherheit vorbestanden und eine derartige HWS-Distorsion könne kaum zu solchen pathologischen Veränderungen führen. Im gleichen Stil dürfte die festgestellte Kalkablagerung am linken Schultergelenk kaum als Unfallfolge anzusehen sein. In der bisherigen Tätigkeit bestehe aktuell eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit mit sukzessiver Steigerung auf 90 % innerhalb von vier Wochen. In einer angepassten, wechselhaften Tätigkeit, ohne Stress oder Leistungen unter Zeitdruck, unter Vermeiden von Heben von schweren Lasten und Arbeiten über Kopfhöhe bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

### **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.2.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit vorliegen.

sigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 (act. IIA 103) massgeblich auf die Berichte des Kreisarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2013 (act. IIA 62; vgl. E. 3.1.3 hiervor) und 27. Januar 2014 (act. IIA 75; vgl. E. 3.1.5 hiervor) sowie den Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2014 (act. IIA 74; vgl. E. 3.1.4 hiervor) gestützt, wonach die weiterhin beklagten HWS- und Schulterbeschwerden nicht mehr in Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Januar 2013 stehen würden. Diese Beurteilungen erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Sie sind nachvollziehbar sowie schlüssig begründet und es bestehen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit, so dass auf die darin enthaltenen Feststellungen abzustellen ist. Demnach kommt ihnen voller Beweiswert zu.

**3.3.1** In Bezug auf die Schulterproblematik links gilt in Gesamtschau der medizinischen Unterlagen das Folgende: In der Bildgebung vom Unfalltag stellten die Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ keine Fraktur und eine korrekte Artikulation fest. Die Mobilisation gelang problemlos (act. IIA 13 S. 2). Zudem zeigte sich die Schulter ohne Schwellung, Hämatom oder Druckdolenz (act. IIA 13 S. 1). Weiter führten die Ärzte aus, es beständen keine ossären Läsionen, jedoch Verkalkungen in den Weichteilen im Bereiche der Sehne des Musculus infraspinatus. In der Beurteilung nannten sie eine chronische Tendinitis calcarea (act. IIA 10). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Dezember 2013 konnte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ebenfalls keine

Funktionseinschränkung im Bereich der linken Schulter nachweisen (act. IIA 62 S. 7). Die am 15. Januar 2014 auf Empfehlung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vorgenommene neurologische Untersuchung ergab ein eindeutiges Karpaltunnelsyndrom auf der linken Seite (act. IIA 74 S. 2). Im Bericht vom 27. Januar 2014 (act. IIA 75) sah Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die noch bestehenden Beschwerden im Arm- und Schulterbereich mit der radiologisch dokumentierten Tendinitis calcarea und dem neurologisch diagnostizierten Karpaltunnelsyndrom als hinreichend erklärt, was soweit nachvollziehbar ist und überzeugt. Das am 14. Februar 2014 durchgeführte Arthro-MRI der linken Schulter ergab indes eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne, eine gelenksseitige, leichte Partialruptur der Infraspinatussehne sowie eine AC-Gelenksarthrose (act. IIA 98 S. 6). Diese Rupturen können jedoch nicht mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit in Kausalität zum Unfallereignis vom 15. Januar 2013 gebracht werden, da solche unmittelbar nach dem Unfall nicht ausgewiesen wurden und ausserdem – wie bereits ausgeführt – keine äusseren Hinweise wie Schwellung, Hämatome oder auch nur eine Druckdolenz dafür vorlagen. Zudem war die Bildgebung ebenfalls ohne Nachweis von Verletzungen (act. IIA 13 S. 2). Das von der Beschwerdegegnerin während dem vorliegenden Verfahren eingereichte rheumatologische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2014 bestätigt die bereits am Unfalltag vorhandene Tendinitis calcarea (act. II 3 S. 5) und diagnostiziert u.a. ein zervikovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen sowie eine ausgeprägte Form einer generalisierten Fibromyalgie (Weichteilrheumatismus; act. II 3 S. 9). Diese Diagnosen vermöchten die Schmerzen der Beschwerdeführerin zwar allenfalls zumindest teilweise zu erklären, dennoch ergibt sich aus dieser medizinischen Beurteilung letztlich nichts Neues, weshalb die Frage der Zulässigkeit des Berichts als Beweismittel offen bleiben kann (vgl. Replik).

Nach dem Ausgeführten sind die Schmerzen in der linken Schulter überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehende Tendinitis calcarea und die erst ein Jahr nach dem Unfall nachgewiesenen Rupturen der Supra- und Infraspinatussehnen (vgl. act. IIA 98 S. 6) und insofern nicht auf das Unfallereignis vom 15. Januar 2013 zurückzuführen. Aus dem Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 16. Februar 2015 (Beschwerde-

beilage [act. I] 7) ergibt sich nichts anderes: Da im Röntgenbild der Schulter vom Unfalltag bereits Kalkablagerungen in der Infraspinatussehne ausgewiesen wurden, hätten gemäss seiner Einschätzung vor dem Unfall höchstwahrscheinlich degenerative Sehnenveränderungen bestanden. Einen unfallbedingten Riss im Rahmen einer Traumatisierung bereits bestehender Veränderungen (Kalkablagerung) sah Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bloss als möglich an. Diese Feststellung begründet insoweit keinen zusätzlichen Abklärungsbedarf, als aufgrund der gesamten Umstände ein anlässlich des Unfalls erlittener Sehnenriss ausgeschlossen werden kann. Der Hinweis des Hausarztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FHM, vom 28. Mai 2014 (act. I 5) vermag daran ebenfalls nichts zu ändern. Ohne weitere Begründung hält er zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest, nach Schulterkontusion sei sicher die Rupturierung unfallbedingt. Hierbei ist auch auf die gegenüber Attesten von Hausärzten ausgeübte Zurückhaltung hinzuweisen, da das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

**3.3.2** Zu den HWS-Beschwerden ist das Nachstehende auszuführen: Am Unfalltag war der Befund bis auf degenerative Veränderungen der unteren HWS und der mittleren BWS unauffällig. Auch die LWS war unauffällig. Traumatische ossäre Läsionen waren nicht nachweisbar (act. IIA 10 f.). Nach einer anfänglichen Arbeitsunfähigkeit war die Beschwerdeführerin ab dem 25. Februar 2013 offenbar zu 50 % und ab 15. März 2013 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. Beschwerde S. 5; act. IIA 7, 12, 19 ff., 31). Die biomechanische Kurzbeurteilung vom 8. April 2013 (act. IIA 35) ergab zudem, dass die anschliessend an das Unfallereignis festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung eher nicht erklärbar sind. Anlässlich des am 13. Mai 2013 in der Klinik L. \_\_\_\_\_ vorgenommenen Assessments wurden als aktuelle Probleme zwar Nackenschmerzen ausgeführt, im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die erzielten Testresultate wurde jedoch von einer Beibehaltung der bereits erreichten 100 %igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (act. IIA 39). Im Kreisarztbericht vom 6. Dezember 2013 hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, die

HWS-Problematik stehe im Hintergrund und die HWS sei wieder gut beweglich, wobei die Beschwerden nahezu vollständig regredient seien (act. IIA 62 S. 7). Der Neurologe Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt diesbezüglich in seinem Bericht vom 15. Januar 2014 (act. IIA 74) – abgesehen von paravertebralen Druckdolenzen und zwei Triggerpunkten – nichts Gegenteiliges fest. Demnach ist die Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_, wonach die noch beklagten Beschwerden im HWS-Bereich nicht (mehr) als unfallkausal zu beurteilen seien (act. IIA 75), schlüssig und nachvollziehbar.

**3.4** Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin vom Vorliegen einer natürlichen Kausalität zwischen dem Unfall und den noch geklagten HWS- und Schulterbeschwerden ausgegangen würde, wäre die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Januar 2014 zu schützen, da – wie nachfolgend ausgeführt wird – auch die adäquate Kausalität zu verneinen ist.

Mit Blick auf die Adäquanzprüfung ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 15. Januar 2013 gemäss den echtzeitlichen Arztberichten eine Schulter- und Kniekontusion links, eine HWS- sowie eine LWS-Kontusion erlitten hat (vgl. E. 3.1.1 hiervor). Anschliessend litt sie ihren Angaben zufolge an Beschwerden an Nacken, Rücken sowie Knie und Schulter links (act. IIA 13 S. 1). Bildgebend ergaben sich – wie bereits erwähnt – degenerative Veränderungen. Für die Beurteilung der Adäquanzfrage ist die Schleudertrauma-Praxis heranzuziehen (vgl. E. 2.4.2 f. hiervor): Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf und unter Berücksichtigung der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 20 bis 30 km/h (vgl. act. IIA 35 S. 3) ist von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen. Somit müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier Kriterien oder eines in ausgeprägter Form erfüllt sein. Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Zunächst liegen keine dramatischen Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls vor. Vielmehr handelt es sich um einen „normalen“ Verkehrsunfall mit eher geringem Sachschaden und ohne gravierende Verletzungen der Beteiligten (vgl. act. IIA 30, 32, 35). Weiter erlitt die Beschwer-

deführerin keine erheblichen oder von der Art her besonderen Verletzungen. Auch eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist aufgrund der Akten zu verneinen. Sodann liegen keine erheblichen Beschwerden vor und auch für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sind den Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen und solche werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind ebenfalls zu verneinen. Schliesslich liegt auch keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung der Beschwerdeführerin vor.

Demnach besteht zwischen den anhaltend geltend gemachten Beschwerden im HWS- und Schulterbereich und dem Unfall vom 15. Januar 2013 kein adäquater Kausalzusammenhang.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist vorliegend sowohl der natürliche als auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis zu verneinen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 (act. IIA 103) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde vom 16. Juni 2014 als unbegründet abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.