

200 14 62 UV  
FUR/COC/SPT

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil der Einzelrichterin vom 10. Juni 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Collatz

**Sanitas Grundversicherungen AG**

Jänergasse 3, 8004 Zürich

Zustelladresse: Sanitas, Rechtsdienst Departement Leistungen, Postfach 2010, 8021  
Zürich

Beschwerdeführerin



\_\_\_\_\_ gegen

**Helsana Unfall AG**

Recht, Postfach, 8081 Zürich

Beschwerdegegnerin

in Sachen

**B.** \_\_\_\_\_

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1993 geborene B.\_\_\_\_\_ (Versicherte) ist über ihre Arbeitgeberin bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert.

Gemäss Unfallmeldung vom 5. Oktober 2011 stürzte die Versicherte am 2. Oktober 2011 beim Skifahren. Als Verletzung wurde eine Zerrung der linken Schulter angeführt (Akten der Helsana, Antwortbeilage [AB] K1). Daraufhin holte die Helsana, welche bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Leistungen ausrichtete (vgl. AB K5), medizinische Unterlagen ein und liess den Sachverhalt durch ihren beratenden Arzt Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, beurteilen (Bericht vom 16. Januar 2013; AB M10). Gestützt darauf stellte sie mit Verfügung vom 22. Januar 2013 (AB K9) die gesetzlichen Leistungen per 30. Juni 2012 ein, da Behandlungen nach diesem Datum nicht mehr mit dem Ereignis in Zusammenhang stünden. Hiergegen erhob die Sanitas Grundversicherungen AG (Sanitas bzw. Beschwerdeführerin) als Krankenversicherer der Versicherten Einsprache (AB K12, K16). Diese wies die Helsana mit Einspracheentscheid vom 28. Mai 2013 ab (AB K20).

Eine gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde der Sanitas (AB K21) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 13. August 2013, UV/2013/562 (VGE UV/2013/562; AB K26), in dem Sinne gut, als es den angefochtenen Entscheid aufhob und die Sache an die Helsana zurückwies, damit diese weitere Abklärungen vornehme und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge. Auf die hiergegen erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (AB K28) trat das Bundesgericht mit Entscheid vom 20. September 2013, 8C\_650/2013 (AB K31), nicht ein.

**B.**

Daraufhin stellte die Helsana mit Verfügung vom 11. November 2013 (AB K33) die gesetzlichen Leistungen per 1. November 2011 ein, da ab diesem Zeitpunkt der Endzustand erreicht sei. Ferner verneinte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung. Die hiergegen von der Sanitas erhobene Einsprache (AB K36) wies die Helsana mit Entscheid vom 6. Dezember 2013 ab (AB K38).

**C.**

Hiergegen erhob die Sanitas am 22. Januar 2014 Beschwerde. Sie beantragt die kostenfällige Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Erbringung der gesetzlichen Leistungen über den 1. November 2011 hinaus.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Von der mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2014 eingeräumten Möglichkeit zur Stellungnahme machte die Versicherte keinen Gebrauch.

**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, als obligatorische Krankenpflegeversicherung der Versicherten durch den angefochtenen Entscheid berührt (vgl. aber E. 1.2 hiernach) und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 49 Abs. 4 i.V.m. 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 grundsätzlich einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2013 (AB K38). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Unfallversicherung und dabei einzig derjenige auf Heilungskosten. Die Beschwerdeführerin beantragt in ihrem Rechtsbegehren zwar die Ausrichtung der gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (Beschwerde S. 2 Ziff. II 2). Aus der Begründung ihres Antrages geht jedoch klar hervor, dass sich dieser einzig auf die Übernahme der Heilungskosten über den 1. November 2011 hinaus bis mindestens zum 21. Juni 2012 richtet (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. IV 7 und 8). Die Verneinung des Anspruchs auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung wurde von der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt beanstandet. Diesbezüglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2013 somit unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

Selbst wenn die Beschwerdeführerin auch die Verneinung des Anspruchs der Versicherten auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung beanstanden sollte, wäre auf die Beschwerde in dieser Hinsicht nicht einzutreten. Denn diesbezüglich fehlte es der Beschwerdeführerin an einem Berührtsein im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG und somit an der erforderlichen (Dritt-)Beschwerdelegitimation (vgl. diesbezüglich UELI KIESER, Dritte als Partei im Sozialversicherungsverfahren, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2006, S. 97 mit Hinweisen).

**1.3** Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG; vgl. AB K35).

**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).

**2.2.1** 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 Bedingungen 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 entfielen ("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).

**2.2.2** 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). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

**2.3** Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das 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 (BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. 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 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

**2.4** Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung

zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

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).

### **3.**

**3.1** Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Versicherte am 2. Oktober 2011 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hier vor) und danach unfallkausale Beschwerden an der linken Schulter aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht.

Umstritten und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin mit der Begründung, der (unfallbedingte) medizinische Endzustand sei erreicht, die Übernahme von weiteren Heilungskosten ab dem 1. November 2011 zu Recht verneint hat. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.1.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 14. Oktober 2011 (AB M2) eine Prellung der linken Schulter. Die Versicherte leide an starken Schmerzen über dem Humeruskopf, eine Aussen- und Innenrotation sei nicht möglich und es bestehe eine Hyposensibilität über dem Musculus deltoideus. Eine bildgebende Untersuchung vom 12. Oktober 2011 habe keine ossäre Läsion ergeben.

Im Bericht vom 21. Juni 2012 (AB M4) diagnostizierte die Ärztin einen Status nach Schultertrauma links mit Traumatisierung der supraspinatus-Sehne links und Kontusion des linken Humeruskopfes. Der Verlauf werde kompliziert durch nächtliche Schmerzen in Folge massiver Myogelosen im Bereich des Musculus supraspinatus. Als gegenwärtige Behandlung führte die Ärztin eine intensive Physiotherapie mit Massage, Ultraschall und Akkupunktur sowie ein selbstständiges Gymnastikprogramm zu Hause an. Ferner attestierte sie eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 31. Oktober 2011 sowie eine volle Arbeitsaufnahme per 1. November 2011.

In einem weiteren Arztbericht vom gleichen Datum führte die Ärztin ergänzend aus, die Behandlungsziele der durchgeführten Therapien seien die Verbesserung der nächtlichen Schlafqualität und die Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit begründet. Die Beweglichkeit (der linken Schulter) sei wieder vollständig vorhanden. Die bestehenden Verhärtungen spielten noch eine Rolle durch Störung des nächtlichen Schlafes (AB M5 S. 1).

**3.1.2** Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, bejahte im Bericht vom 19. Juli 2012 (AB M6) einen Zusammenhang zwischen den erhobenen Befunde und dem Ereignis vom 2. Oktober 2011 (S. 1). Der primäre Heilungsverlauf sei unauffällig. Bei voller Beweglichkeit und nur geringen Beschwerden bestehe keine Behandlungsnotwendigkeit mehr. Eine namhafte Besserung sei durch weitere

Therapien nicht mehr zu erwarten (S. 2). Die medizinische Prognose sei eher als gut zu bezeichnen, wobei das in der bildgebenden Untersuchung beschriebene Impingement auf eine gewisse Zusatzverletzung der Rotatorenmanschette hinweise. Eine solche Situation könne zu rezidivierenden Schulterschmerzen führen (S. 3).

**3.1.3** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 13. Dezember 2012 (AB M9) einen Status nach Schulterprellung links am 2. Oktober 2011 mit Impingement und möglicher Zusatzverletzung der Rotatorenmanschette. Die Versicherte verspüre immer noch Schmerzen über dem AC-Gelenk und über der linken Clavicula sowie massive Myogelosen über dem linken Musculus supraspinatus. Als gegenwärtige Behandlung wurde die Einnahme von Sirdalud® (Muskelrelaxantium), Assan Spray® und selbstständiges Gymnastikprogramm angeführt. Die Behandlung könne aktuell bei persistierender Schmerzsymptomatik noch nicht abgeschlossen werden.

**3.1.4** Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 16. Januar 2013 (AB M10) aus, die bildgebende Untersuchung habe keine strukturellen Verletzungsfolgen, hingegen eine Art entzündlicher Reizzustand der Supraspinatussehne und eine auffallende subacromiale Enge von 4 mm gezeigt. Aus einer eher bagatellären Situation habe sich in der Folge ein über ein Jahr andauernder Schmerzzustand im Bereich des Schultergürtels entwickelt. Ohne Vorliegen von strukturellen Verletzungsfolgen (Sehnenriss) ginge man von einer wenige Wochen dauernden Symptomatik bis zur schmerzlosen Ausheilung aus (S. 2). Die heute erhobenen Befunde (Myogelosen supraspinatus, Schmerzen im Bereich des AC-Gelenks und der Clavicula) stünden nur möglicherweise und nicht überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 2. Oktober 2011. Durch das Trauma sei eine vorübergehende Verschlimmerung des bis anhin asymptomatischen Schulterproblems induziert worden. Der status quo ante sei Ende Juni 2012 mit der normalen Beweglichkeit der Schulter erreicht worden (S. 3).

**3.1.5** Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in seiner Beurteilung vom 22. Februar 2013 mitsamt Nachtrag vom 27. März 2013 (Akten der Beschwerde-

führerin, Beschwerdebeilage [BB] 6 S. 2) aus, die am 22. Oktober 2011 durchgeführte bildgebende Untersuchung zeige vor allem posttraumatische Veränderungen auf. Es bestünden keine AP (wohl: Anhaltspunkte) in Richtung vorbestehender Veränderungen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könnten die von der Versicherten noch angegebenen Restbeschwerden (an der linken Schulter) dem Unfallereignis vom 2. Oktober 2011 angelastet werden (S. 2).

Mit Nachträgen vom 12. und 19. Juni 2013 (BB 6 S. 3 f.) führte der Arzt aus, die knappen Angaben von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. Juni 2012 (AB M5) könnten nicht dem Befund einer normalen Beweglichkeit der Schulter gleichgesetzt werden; hierzu sei vielmehr ein fundierter fachärztlicher Schulterstatus notwendig mit Angaben wie aktive und passive Schulterbeweglichkeit, nächtliche Schmerzen, Bewegungsschmerzen mit und ohne Belastung, Impingement-Zeichen, Belastungstest etc. Zusammenfassend fehlten die Befunde einer verwertbaren Schulteruntersuchung.

**3.2** Nach konstanter Rechtsprechung hat eine versicherte Person nur so lange Anspruch auf Heilbehandlung, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung seines Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Die namhafte Verbesserung bezieht sich dabei in erster Linie auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 2.3 hiavor). Ist eine versicherte Person in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, so wird der Fall in der Regel abzuschliessen sein, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 2. November 2009, 8C\_432/2009, E. 5.1; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 101 und S. 144). Dies ist hier ohne weiteres gegeben. Die Versicherte hat am 1. November 2011 ihre angestammte Tätigkeit wieder zu 100% aufgenommen (AB M4). Seither sind unbestrittenermassen keine (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeiten mehr ausgewiesen.

Damit der Fall dennoch nicht abgeschlossen werden darf, sind besondere Gründe notwendig (vgl. E. 2.3 hiavor). Solche sind hier jedoch nicht er-

sichtlich. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass der Endzustand frühestens mit Erreichen der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB M5 S. 1) berichteten, vollständigen Schulterbeweglichkeit als gegeben erachtet werden könne (Beschwerde S. 3 Ziff. IV 8), kann ihr nicht gefolgt werden. Die Behandlung der Versicherten nach der (vollständigen) Arbeitsaufnahme am 1. November 2011 bestand aus Physiotherapie mit Massage, Ultraschall und Akkupunktur sowie aus einem selbstständigen Gymnastikprogramm (AB M4); dies für die Verbesserung der nächtlichen Schlafqualität und die Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit (AB M5 S. 1) resp. aufgrund einer persistierenden Schmerzsymptomatik (AB M9). Die durchgeführten Therapien dienten somit primär dazu, die Schmerzen zu lindern und eine Stabilisierung des Erreichten zu bewirken, worunter – wie die Beschwerdegegnerin zutreffenderweise ausgeführt hat (AB K38 S.7 Ziff. 5) – gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG zu verstehen ist (Entscheid des BGer vom 23. April 2008, 8C\_402/2007, E. 5.1.2.1).

Nach dem Dargelegten ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall auf den Zeitpunkt der vollständigen Arbeitsaufnahme der Versicherten (1. November 2011) hin abgeschlossen hat und insbesondere die Übernahme der Heilungskosten ab diesem Zeitpunkt verneint hat. Weitere Abklärungen sind diesbezüglich nicht notwendig. Daran ändert – entgegen der Auffassung in der Beschwerde – nichts, dass das angerufene Gericht den Sachverhalt im Urteil vom 13. August 2013 (VGE UV/2013/562) als ungenügend abgeklärt erachtet hat. Denn in diesem Verfahren ging es hauptsächlich um die Frage, ob und inwieweit die aufgetretenen Verhärtungen resp. das Impingement an der linken Schulter einen Vorzustand oder eine Unfallfolge darstellen (AB K26 S. 16 f. E. 5), und somit um die Frage des Kausalzusammenhangs. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht jedoch einzig wegen Erreichens des Endzustandes eingestellt.

**3.3** Folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2013 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und – soweit darauf einzutreten ist – abzuweisen.

**4.**

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

**4.2** 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 die Einzelrichterin:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Sanitas Grundversicherungen AG
  - Helsana Unfall AG
  - B. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

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.