

200 17 45 UV  
KOJ/REL/STL/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. Mai 2017**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Renz

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

gegen

**Helsana Unfall AG**  
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 29. November 2016  
(2010.10463.15.2)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1958 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der C. \_\_\_\_\_ und zwei weiteren privaten Arbeitgebern als ... angestellt und durch diese bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) und der D. \_\_\_\_\_ AG gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert (Akten der Helsana, Allgemeine Korrespondenz [act. IIA] 1, 7, 18). Am 30. April 2015 verunfallte die Versicherte während der Arbeit, indem sie durch ihre in der Tür eines Liftes eingeklemmte Schürze in die Höhe gehoben wurde und daraufhin aus dieser Höhe zu Boden fiel (act. IIA 1, 4). Sie erlitt durch den Sturz eine Torsion im linken Hals- und Schulterbereich (Akten der Helsana, Medizinische Akten [act. II] 3) und war in der Folge vom 30. April 2015 bis am 4. Juli 2015 arbeitsunfähig (act. IIA 1, act. II 4). Die fallführende Helsana schloss den Fall per 30. November 2015 intern formlos ab (act. IIA 23).

### **B.**

Am 4. April 2016 meldete die C. \_\_\_\_\_ der Helsana, dass die Versicherte einen Rückfall erlitten habe und per 24. März 2016 erneut arbeitsunfähig sei (act. IIA 22). Nachdem die Helsana hierzu Informationen von der Versicherten und der behandelnden Ärztin eingeholt hatte, teilte sie der Versicherten mit Schreiben vom 2. Mai 2016 mit, dass sie ihre Leistungspflicht verneine (act. IIA 23, 24, 27). Vertreten durch die C. \_\_\_\_\_ verlangte die Versicherte am 10. Mai 2016 den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (act. IIA 31). Die Helsana verfügte darauf am 23. Mai 2016 die Ablehnung ihrer Leistungspflicht (act. IIA 32). Am 15. Juni 2016 erhob die Versicherte hiergegen, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, vorsorglich Einsprache, welche sie am 15. Juli 2016 bestätigte und ergänzte (act. IIA 37, 44). Im Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (act. IIA 48) bestätigte die Helsana ihre Verfügung vom 23. Mai 2016 (act. IIA 32)

## **C.**

Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 14. Januar 2017 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, es sei der Einspracheentscheid aufzuheben, der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen und es sei ein unabhängiges orthopädisches Gutachten einzuholen.

In der Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (act. IIA 48), mit welchem die Verfügung vom 23. Mai 2016 (act. IIA 32) bestätigt wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerde-

führerin auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit der Schadenmeldung vom 4. April 2016 (act. IIA 22).

**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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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** 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 entfiel ("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).

Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

**2.3** Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und

dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2).

### **3.**

**3.1** Nicht bestritten und aufgrund der Akten erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin am 30. April 2015 einen Unfall erlitten und sich dabei an Schulter und Hals verletzt hat (act. IIA 1) sowie dass danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind, aus welchen eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entstanden ist (act. IIA 19). Weiter ist es unbestritten, dass die Beschwerdeführerin sich am 4. April 2016 erneut aufgrund von Beschwerden an Schulter und Hals bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug anmeldete (act. IIA 22). Umstritten ist hingegen, ob die Leistungspflicht bezüglich der erneut aufgetretenen Beschwerden im Rahmen des Grundfalles oder eines Rückfalles zu prüfen sind und ob sie sich kausal auf den Unfall vom 30. April 2015 zurückführen lassen.

**3.2** Vorab ist somit zu bestimmen, ob die Leistungspflicht im Rahmen des Grundfalles oder eines Rückfalles zu prüfen ist.

**3.2.1** Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess.

Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 31. Juli 2013, 8C\_400/2013, E. 4 und vom 17. Dezember 2008, 8C\_185/2008, E. 4.3).

**3.2.2** Die Beschwerdegegnerin hat den Fall per 30. November 2015 abgeschlossen, ohne dies zu verfügen (act. IIA 23). Dies ist nicht zu beanstanden, denn für die Zeit nach dem Unfall am 30. April 2015 ist zu Recht unbestritten, dass dieser für die damaligen Beschwerden kausal war und somit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestand, welcher diese im Übrigen auch nachgekommen ist (vgl. E. 3.1, act. IIA 19). Aus den Akten ergibt sich ein problemloser Verlauf sowie die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin per 4. Juli 2015 (act. II 2, 4). So hat etwa die behandelnde Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gemäss ihrem Verlaufsbericht vom 4. November 2015 (act. II 7) am 19. August 2015 eine dritte und letzte Physiotherapieverordnung ausgestellt und festgehalten, sie gehe davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der Therapie anhaltend beschwerdefrei bleiben werde (act. II 4, 7). Diese Prognose hat sich allerdings angesichts der erneuten Schadenmeldung der Beschwerdeführerin am 4. April 2016 (act. IIA 22) nicht bewahrheitet. Vorliegend ändert dies an der Gültigkeit des Fallabschlusses jedoch nichts, da es unter den damals gegebenen Umständen zulässig war, den Fall stillschweigend abzuschliessen. So teilte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin am 4. November 2015 mit, dass sie der Beschwerdeführerin am 19. August 2015 eine letzte Physioverordnung ausgestellt habe und davon ausgehe, dass diese nach Abschluss dieser Therapie anhaltend beschwerdefrei bleiben werde (act. II 7). Bereits am 21. Juli 2015 hatte die Ärztin der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin seit dem 4. Juli 2015 wieder voll arbeitsfähig sei (act. II 4). Die Beschwerdegegnerin konnte daher am 30. November 2015 davon ausgehen, dass keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten werde. Da ein gültiger stillschweigender

Fallabschluss per 30. November 2015 vorliegt, ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unter dem Aspekt des Rückfalls zu prüfen. Dafür spricht im Übrigen auch, dass die Beschwerdeführerin selber durch ihre Arbeitgeberin am 4. April 2016 unter Angabe eines Rückfalldatums eine erneute Schadenmeldung einreichte (act. IIA 22; vgl. auch act. IIA 25).

#### **4.**

**4.1** Zu prüfen ist in der Folge, ob die für den Rückfall erforderliche Kausalität (vgl. E. 2.3 hiervor) gegeben ist. In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten diesbezüglich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**4.1.1** Im Zwischenbericht vom 27. Mai 2015 (act. II 2) schrieb Dr. med. E.\_\_\_\_\_, dass ein problemloser Verlauf vorliege. Es beständen noch eine leichte Myogelase der Halswirbelsäule und schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen der linken Schulter. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 30. April 2015 arbeitsunfähig und es sei geplant dass sie die Arbeit in zwei bis vier Wochen wieder voll aufnehme.

**4.1.2** Im Untersuchungsbericht vom 5. Juni 2015 zum MRI vom 4. Juni 2015 (act. II 6) legte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, dar, es liege eine leichte, zum Teil hypertrophe AC-Gelenkarthrose mit lateralem down-sloping des Acromions mit entsprechendem subacromialen Impingement an der Rotatorenmanschette mit Zeichen einer leichten Bursitis subacromialis subdeltoidea bei Tendinose der Supra- und zum Teil auch der Infraspinatussehne vor. Als Differentialdiagnose nannte er eine Tendinitis.

**4.1.3** Im Arztbericht vom 21. Juli 2015 (act. II 4) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer Halswirbelsäulen- und Schulterdistorsion. Es werde eine konservative Therapie mit Analgesie und Physiotherapie vorgenommen, wobei ein guter Heilungsverlauf bestehe. Am 30. Juli 2015 habe die letzte Konsultation stattgefunden und sie habe den Fall abgeschlossen.

**4.1.4** Im Verlaufsbericht vom 4. November 2015 (act. II 7) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, dass es, nachdem die Beschwerdeführerin ihre Arbeit und alle Tätigkeiten im Alltag wieder aufgenommen habe, zu einer Verschlechterung der Beschwerden gekommen sei. Aufgrund dessen habe sie am 19. August 2015 eine dritte und damit letzte Physioverordnung ausgestellt. Sie gehe davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss dieser Therapie anhaltend beschwerdefrei bleiben werde.

**4.1.5** Im Bericht zur Sprechstunde vom 14. April 2016 (act. II 11) führten Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der Orthopädie ... aus, dass es sich bei der im MRI vom 4. Juni 2015 festgestellten AC-Gelenkarthrose (vgl. E. 4.1.2 hiervoor) aus ihrer Sicht um eine traumatisierte AC-Gelenkarthrose, welche aufgrund des Unfalls vom 30. April 2015 symptomatisch wurde, handle. Um die Verdachtsdiagnose zu bestätigen sei eine AC-Gelenkinfiltration mit Lokalanästhesie und Kortison vorzunehmen.

**4.1.6** Im Arztbericht vom 19. April 2016 (act. II 8) schrieb Dr. med. E. \_\_\_\_\_, dass sie die Behandlung der Beschwerdeführerin aufgrund einer erneuten Schmerzexazerbation der linken Schulter wiederaufgenommen habe. Als Diagnose nannte sie eine aktivierte (posttraumatische) AC-Gelenkarthrose. Die Beweglichkeit der Schulter sei schmerzbedingt eingeschränkt. Die weitere Behandlung erfolge durch PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_.

**4.1.7** In der Stellungnahme vom 27. April 2016 (act. II 10) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die jetzt wieder aufgetretenen Beschwerden an der linken Schulter mit der unfallfremden Vorschädigung einer Arthrose des AC-Gelenks zusammenhänge. Eine Rückfallkausalität sei daher nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Infiltration der linken Schulter am 18. April 2016 werde krankheitsbedingt vorgenommen.

**4.1.8** Im Bericht zur Sprechstunde vom 26. Mai 2016 (act. II 12) kamen Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass mit der AC-Gelenkinfiltration eine beinahe komplette Beschwerdefreiheit habe

erzielt werden können. Da die Beschwerdeführerin ein Jahr lang konstant über die gleichen Beschwerden geklagt habe und sie jetzt durch die Kortisoninfiltration schmerzfrei geworden sei, bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. April 2015 und den von der Beschwerdeführerin monierten Beschwerden.

**4.1.9** In der Stellungnahme vom 15. Juli 2016 (act. II 13) schrieb PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_, die Begrenzungen der lateralen Clavicula und des Acromions seien auf den Bildern des MRI vom 4. Juni 2016 (richtig: 2015) absolut normal. Es gebe keine Hypertrophie der entsprechenden Knochenenden, keine unregelmässige Begrenzung der subchondralen Korikalis und keine subchondralen Zysten. Die Knorpelflächen seien sowohl an der lateralen Clavicula als auch am Acromion sichtbar. Relevante typische degenerative Veränderungen seien nicht sichtbar. Entsprechend liege keine hypertrophe Arthrose vor und die in ihren Sprechstundenberichten (act. II 11, 12) verwendete Diagnose einer "traumatisierten AC-Gelenkarthrose" sei nicht richtig. Es handle sich vielmehr um eine AC-Arthropathie. Die Beschwerden könnten durch eine Verletzung der Gelenkkapsel, des Discus articularis und der Knorpelflächen bedingt sein. Er sei der festen Überzeugung, dass (anlässlich des Unfallereignisses vom 30. April 2015) sowohl der Anprall unter der Decke als auch der Aufprall am Boden geeignet gewesen seien, die im MRI sichtbaren Veränderungen des AC-Gelenks und die Beschwerden der Beschwerdeführerin zu verursachen. Das gute Ansprechen auf die AC-Gelenksinfiltration bestätige, dass die Beschwerden durch das traumatisierte AC-Gelenk und nicht durch die engen subacromialen Platzverhältnisse bedingt seien.

**4.1.10** In der Stellungnahme vom 30. August 2016 (act. II 15) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ fest, es könne an seiner Stellungnahme vom 27. April 2016 festgehalten werden (S. 4). Die erneute fachärztliche Befundung des fünf Wochen nach dem Ereignis angefertigten MRI der Schulter und insbesondere des AC-Gelenkes ergebe in diesem Gelenk keine Traumafolgen, wie das zum Beispiel in der Stellungnahme von PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ am 15. Juli 2016 postuliert werde. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen gehe PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ von anhaltenden traumatischen Beschwerden am AC-Gelenk aus. Im Übrigen sei der Bericht von PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_

vom 15. Juli 2016 nicht konsistent. Das positive Ansprechen bezüglich Schmerzen durch Infiltration lasse sich nicht als Beweis für oder gegen eine Traumatisierung des AC-Gelenks verwerten. Die wieder vermehrt aufgetretene Schmerzsymptomatik an der linken Schulter nach November 2015 sei auf die krankhaften, sprich degenerativen Veränderungen des rechten AC-Gelenks zurückzuführen. Traumatisch zu erklärende Beschwerden könnten nicht identifiziert werden. Es handle sich insgesamt um eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes mit dem Erreichen des Status quo sine am 4. Juni 2015.

**4.2** 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf

mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

### **4.3**

**4.3.1** Die Beschwerdegegnerin legt ihrem Einspracheentscheid vom 29. November 2016 die Berichte von Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ zugrunde. Dieser erachtet einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den nachträglich gemeldeten Beschwerden nur als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich (act. II 10). Er führt diese Beschwerden auf eine arthrotische Vorschädigung des AC-Gelenks zurück und erachtet den status quo sine am 4. Juni 2015 als eingetreten (act. II 10, 15). Indessen ist unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin in jenem Zeitpunkt immer noch Schmerzen persistierten, welche im Nachgang an den Unfall vom 30. April 2015 aufgetreten waren und jedenfalls eine physiotherapeutische Behandlung notwendig war, welche zudem im August 2015 noch verlängert wurde und für welche die Beschwerdegegnerin Leistungen erbrachte (act. IIA 19). Damit war der status quo sine anfangs Juni 2015 offensichtlich noch nicht eingetreten. Es bleiben daher Zweifel an den Berichten von Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ bestehen und im Hinblick auf die strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll (vgl. E. 4.3 hiavor), kann daher nicht allein auf diese Berichte abgestellt werden.

**4.3.2** Ebenso wenig kann jedoch auf die Angaben der Orthopädie ..., auf welche sich die Beschwerdeführerin für die Zeit nach der erneuten Schadenmeldung vom 4. April 2016 beruft, abgestellt werden. So hält zum einen PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Juli 2016 (act. II 13) fest, die in den Berichten zu den Sprechstunden vom 14. April und 26. Mai 2016 (act. II 11, 12) verwendete Diagnose einer "traumatisierten AC-Gelenkarthrose" sei nicht richtig. Der Beweiswert jener Berichte ist damit von vornherein eingeschränkt. Soweit dort zudem festgehalten wird, dass die Beschwerdeführerin seit einem Jahr an unveränderten Schmerzen leide, widerspricht dies den übrigen Berichten. So hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 21. Juli 2015 (act. II 4) einen guten Heilungsverlauf beschrieben und im Bericht vom 4. November 2015 (act. II 7) festgehalten, dass sie erwarte, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der letzten Physiotherapie beschwerdefrei sein werde. Angesichts des ohnehin eingeschränkten Beweiswerts und der bestehenden Widersprüche kann nicht auf die Sprechstundenberichte abgestellt werden.

Weiter verweist die Beschwerdeführerin auf den Bericht vom 15. Juli 2016 (act. II 13) von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_, in welchem dieser Bezug auf das MRI vom 4. Juni 2016 (richtig: 4. Juni 2015; act. II 6) nimmt und festhält, das Unfallgeschehen sei geeignet, die im MRI sichtbaren Veränderungen zu verursachen. Indem er auf das MRI vom Juni 2015 abstellt, bejaht er aber einzig die Unfallkausalität der unmittelbar im Anschluss an den Unfall aufgetretenen Beschwerden. Diese Kausalität ist indessen unbestritten (vgl. E. 3.2 und 3.2.2 hiervor) und die Beschwerdegegnerin hat im Sommer und Herbst 2015 denn auch entsprechende Leistungen erbracht. Hinsichtlich der erst im April 2016 neu gemeldeten Beschwerden ist der Bericht von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ daher nicht aussagekräftig.

Dasselbe gilt für den von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 19. April 2016 stichwortartig ausgefüllten Fragekatalog (act. II 8). Insbesondere berichtet sie in diesem erstmals von einem Impingement sowie Schulter- und Oberarm-schmerzen rechts, während sie gleichzeitig von einer erneuten Schmerz-exazerbation der linken Schulter berichtet und auch in den übrigen Arztberichten nur Beschwerden der linken Schulter erwähnt werden (act. II 1, 4, 5, 6), ohne diese Feststellung bezüglich der rechten Schulter auszuführen.

Sodann wird die Diagnose "Aktivierte (posttraumatische) AC-Gelenk–arthrose" nicht näher begründet und im Weiteren lediglich auf die Übernahme der Behandlung durch PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hingewiesen.

**4.4** Die vorliegenden Berichte bleiben bezüglich der Frage der Kausalität somit insgesamt widersprüchlich und es vermag keiner der Berichte diese Widersprüche aufzulösen, weshalb keinem der vorliegenden Berichte volle Beweiskraft zukommen kann. Es fehlt daher an aussagekräftigen Unterlagen zur hier interessierenden Kausalitätsfrage und der medizinische Sachverhalt erweist sich als ungenügend abgeklärt. Die Akten sind an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen weiteren Abklärungen vornehme, insbesondere eine externe orthopädische (Kurz-) Begutachtung bei einem mit dem Fall noch nicht befassten Facharzt einhole, und anschliessend über die Leistungspflicht neu verfüge. Die Beschwerdegegnerin hat bislang kein eigenes Gutachten in Auftrag gegeben, so dass die auch im Bereich der Unfallversicherung sinngemäss anwendbare (vgl. BGE 138 V 318 E. 6.2 S. 323) Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 praxisgemäss einer Rückweisung nicht entgegensteht.

## **5.**

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

## **5.2**

**5.2.1** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1

S. 61). Demnach obsiegt die Beschwerdeführerin und hat daher Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten.

**5.2.2** Die zu ersetzenden Parteikosten werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2017 wird die Parteientschädigung auf Fr. 4'297.30 (Honorar Fr. 3'820.--, Auslagen Fr. 159.--, MWSt. Fr. 318.30) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Helsana Unfall AG vom 29. November 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'297.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Helsana Unfall AG
  - 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.