



Fall-Nr.: UV 2012/29
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 09.09.2019
Entscheiddatum: 17.01.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2013

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Rückfallkausalität einer Omarthrose im rechten Schulterhauptgelenk zu einer vor rund zehn Jahren erlittenen Claviculafraktur rechts verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2013, UV 2012/29).

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), a.o. Versicherungsrichterin Gertrud Condamin-Voney, Versicherungsrichter Joachim Huber: Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 17. Januar 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch MLaw Véronique Dumoulin, c/o Glaus & Partner Anwaltspraxis,
Obergasse 28, Postfach 133, 8730 Uznach,

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Krauter, S-E-K Advokaten,
Zürcherstrasse 310, 8500 Frauenfeld,



St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war seit 1. Januar 1994 als Sekretärin bei B.____ tätig und dadurch bei der Basler Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Basler) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 3. Januar 2002 meldete die Arbeitgeberin der Basler einen Unfall. Die Versicherte sei am 15. Dezember 2001 beim Skifahren gestürzt und habe sich das rechte Schlüsselbein gebrochen (act. G5.1/34). Dr. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sportmedizin (SGSM), Manuelle Medizin (SAMM), bestätigte im Bericht vom 7. März 2002 eine Erstbehandlung am Unfalltag und stellte gestützt auf das Ergebnis einer röntgenologischen Untersuchung die Diagnose einer Claviculafraktur mittleres Drittel rechts, welche mit einem Rucksackverband und Ponstan behandelt worden sei (act. G5.1/23, vgl. auch act. G1.3). Der nachbehandelnde Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, attestierte der Versicherten bis am 8. Januar 2002 eine Arbeitsunfähigkeit. Der Behandlungsabschluss erfolgte am 7. Januar 2002 (act. G5.1/24, G5.1/39). Die Basler erbrachte für den Unfall vom 15. Dezember 2001 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) (act. G5.1/25 ff.).

A.b Am 5. September 2011 erfolgte durch die Arbeitgeberin eine als Rückfall zum Unfall vom 15. Dezember 2001 bezeichnete Schadenmeldung (act. G5.1/37). Laut Arztzeugnis von Dr. D.____ vom 9. September 2011 hatte sich die Versicherte wegen seit Anfang August 2011 andauernder Schulterprobleme rechts bei ihm gemeldet (Erstbehandlung am 12. August 2011). Den Angaben der Versicherten zufolge seien diese plötzlich, ohne aktuelles Trauma aufgetreten. Seit längerem verspüre sie ein gelegentliches "Knacken" und habe gelegentlich auch etwas Schmerzen gehabt. Die von Dr. D.____ durchgeführte röntgenologische Untersuchung beider Schultern ergab rechts gegenüber links Anzeichen einer gleno-humeralen Arthrose, insbesondere eine Aufrauung des unteren Glenoidalrandes und des Humeruskopfs an der



St.Galler Gerichte

korrespondierenden Stelle. Der Hausarzt diagnostizierte eine beginnende Omarthrose rechts, ein zeitweises leichtes Impingement sowie eine leichte diffuse Periarthropathie bei Status nach Claviculafraktur 2001 durch Sturz beim Skilaufen und somit möglicher bis wahrscheinlicher Mittraumatisierung der Schulter (act. G5.1/38 f.).

A.c Nach Einholung einer Beurteilung durch ihren beratenden Arzt, Dr. med. E.____, FMH orthopädische Chirurgie, vom 6. Dezember 2011 (act. G5.1/40 f.) und Eingang eines weiteren Berichts von Dr. D.____ vom 8. Dezember 2011 (act. G5.1/42 f.) eröffnete die Basler der Versicherten mit Verfügung vom 14. Dezember 2011, dass zwischen dem Ereignis vom 15. Dezember 2001 und den heutigen Beschwerden kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Die Basler sei demzufolge nicht leistungspflichtig (act. G5.1/44 f.).

B.

Die vom Rechtsvertreter der Versicherten, MLaw Thomas Buser, Uznach, erhobene Einsprache vom 27. Januar 2012 (act. G5.1/72 ff.), der weitere Schreiben von Dr. D.____ an die Versicherte und die Basler vom 19. und 23. Dezember 2011 (G5.1/54 f., 49 f.) beigelegt wurden, wies die Basler mit Einspracheentscheid vom 5. März 2012 ab (act. G5.1/79 ff.).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die Beschwerde vom 20. April 2012 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid sei abzuweisen, es sei die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin festzustellen und sie habe für die Behandlungs- und Therapiekosten der Beschwerdeführerin aufzukommen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben, die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und gestützt darauf neu über die Leistungspflicht zu entscheiden. Die Beschwerdeführerin sei in diesem Fall durch einen unabhängigen Facharzt zu untersuchen und zu begutachten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G1). Zusammen mit der Beschwerde legte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin MLaw Véronique Dumoulin, Uznach, insbesondere ein an Dr. med. F.____, Leitender Arzt der



St.Galler Gerichte

Chirurgischen Klinik Orthopädie des Spitals G.___, gerichtetes Schreiben von Dr. D.___ vom 14. März 2012 (act. G1.14) sowie einen Bericht von Dr. F.___ vom 17. April 2012 (act. G1.16) vor.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G5).

C.c Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verzichtete mit Schreiben vom 2. Juli 2012 auf eine materielle Replik. Sie teilte mit, die Beschwerdeführerin halte vollumfänglich an den bisherigen Anträgen und Ausführungen fest (act. G7).

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die weiteren Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die auch bei Rückfällen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) geltende rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]); BGE 129 V 181 E. 3.1) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Demgegenüber obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die



beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

1.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfall zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 71 f.). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).



2.

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den im August 2011 bei der Versicherten aufgetretenen und im September 2011 gemeldeten Beschwerden in der rechten Schulter und ihrem am 15. Dezember 2001 erlittenen Skiunfall ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. E.____ vom 6. Dezember 2011 (act. G5.1/40 f.) davon ausgeht, die natürliche Kausalität zwischen den fraglichen Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 15. Dezember 2001 sei nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, stellt sich die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin insbesondere gestützt auf den Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. D.____ vom 8. Dezember 2011 (act. G5.1/42 f.) auf den Standpunkt, der Unfall spiele für die fragliche Schulterproblematik mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine kausale Rolle.

3.

3.1 Die von Dr. D.____ am 22. August 2011 (vgl. act. G1.16) durchgeführte röntgenologische Untersuchung beider Schultern zeigte rechts ein organisches Substrat bzw. eine strukturelle Gesundheitsschädigung in Form einer gleno-humeralen Arthrose. Anzeichen dafür bildeten Aufrauungen des unteren Glenoidalrandes und des Humeruskopfs an der korrespondierenden Stelle. Entsprechend diagnostizierte Dr. D.____ im Arztzeugnis vom 9. September 2011 eine beginnende Omarthrose rechts (act. G5.1/39). Diese stellt eine degenerative Erkrankung dar, bei welcher grundsätzlich beide von den Verfahrensparteien vertretenen Kausalitäten denkbar sind. So kann eine Arthrose sowohl im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses oder durch Überbeanspruchung entstehen, aber auch als unfallkausaler Gesundheitsschaden sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung - hauptsächlich nach einer schlecht verheilten intraartikulären Fraktur, geheilt ohne anatomisch exakte Reposition - auftreten (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579 ff., S. 693 ff., S. 735; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 169 f.). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher



Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

3.2 Dr. E.____ bezeichnet in seiner Beurteilung vom 6. Dezember 2001 (act. G5.1/40 f.) die Kausalität des Rückfalls zum Ereignis vom 15. Dezember 2001 lediglich als möglich und nicht als wahrscheinlich oder gar sicher. Der Umstand, dass er seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hat, steht deren Beweiswert nicht entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. dazu PVG 1996 Nr. 89, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Den Anmerkungen von Dr. E.____ ist zu entnehmen, dass er seine Einschätzung in Kenntnis der Vorakten - insbesondere auch gestützt auf das ausführliche Arztzeugnis von Dr. D.____ vom 9. September 2011 (act. G5.1/38 f.) - abgegeben hat. Er fügt ihr zwar keine eigentliche Begründung an (vgl. Rubrik: "Begründung?"). Angesichts seiner weiteren Angaben betrachtet er jedoch offensichtlich die ursprüngliche Unfalldiagnose (Claviculafraktur rechts 2001), deren damalige erfolgreiche konservative Behandlung, die im Rahmen des Rückfalls erhobene Diagnose (Schulterarthrose rechts) sowie die Latenzzeit zwischen Unfall und Rückfall von rund zehn Jahren als entscheidend für eine Verneinung der Kausalität. Mit Blick auf diese im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung massgebenden Beurteilungskriterien erscheint die Folgerung von Dr. E.____ durchaus schlüssig und überzeugend. Die verschiedenen Darlegungen von Dr. D.____ vermögen demgegenüber die Unfallkausalität der als Rückfall gemeldeten Schulterbeschwerden nicht als überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen.

3.3 Zunächst bildet die bei einem Unfall erlittene Verletzung, d.h. die Unfalldiagnose, den massgebenden Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden. Im konkreten Fall ist in den ereignisnahen Akten als primäre Unfallverletzung einzig die Claviculafraktur rechts dokumentiert (act. G5.1/17, 23). Im Rahmen des Rückfalls bzw. im Arztzeugnis vom 9. September 2011 führte Dr. D.____ nun eine mögliche bis wahrscheinliche Mittraumatisierung der Schulter an (act. G5.1/39). Er geht damit offensichtlich von weiteren, bis anhin nicht festgestellten Unfallverletzungen der Beschwerdeführerin im Bereich der Schulter aus. Im Einzelfall ist es zwar denkbar, dass sich eine strukturelle Verletzung im Ereigniszeitpunkt nicht derart schmerzhaft zeigt, dass sie



wahrgenommen wird, oder bei Erleiden mehrerer Verletzungen zunächst der schwersten Verletzung am meisten Beachtung geschenkt wird, und in beiden Fällen die ärztliche Feststellung damit erst in einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Im Regelfall tritt jedoch eine massgebende Verletzung im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah mit den entsprechenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen zutage und wird von ärztlicher Seite auch erkannt. Es darf davon ausgegangen werden, dass der erstbehandelnde, qualifizierte Arzt Dr. C. ___ beim Sturz der Beschwerdeführerin auf die rechte Schulter im Rahmen seiner Untersuchung nicht nur die Claviculafraktur in Erwägung zog, sondern die Schulter umfassend untersuchte. Die nach dem Unfall durchgeführte, insbesondere entscheidende röntgenologische Untersuchung hat jedenfalls keine weitere Schulterverletzung gezeigt. Der Behandlungsabschluss bezüglich der Claviculafraktur ist am 7. Januar 2002 erfolgt (act. G5.1/24, 39). Laut medizinischen Akten fanden bis zum 5. September 2011 (Rückfallmeldung) keine die rechte Schulter betreffenden ärztlichen Behandlungen mehr statt. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Angesichts des zeitlichen Ablaufs im vorliegenden Fall kann jedoch höchstens die Möglichkeit eines Zusammenhangs angenommen werden. In Anbetracht des Gesagten liegen damit massgebende Indizien für das Fehlen einer damals zusätzlich zur Claviculafraktur erfolgten traumatischen Verletzung vor. Dr. D. ___ zieht denn auch mit der von ihm gewählten Formulierung "möglich bis wahrscheinlich" die blosse Möglichkeit einer weiteren Schulterverletzung nicht weniger in Betracht, als deren Wahrscheinlichkeit. Der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist damit jedoch nicht erfüllt. Auch seine weiteren Ausführungen genügen dieser Beweisanforderung nicht. So hielt er in seinem Schreiben vom 14. März 2012 (act. G1.14) fest, man habe in den letzten Jahren bei den Schultern gelernt, viel differenzierter zu denken, und habe in der Diagnostik grosse Fortschritte gemacht. Man habe auch gelernt, dass simple Stürze auf den Ellbogen oft grössere Verletzungen im Bereich der Schulter auslösen könnten, als man dies früher gewusst habe. Er habe den Eindruck, dass es sich der Mediziner manchmal zu leicht gemacht habe, wenn eine Claviculafraktur vorgelegen habe. Dies sei eine Art psychologischer Effekt: Die Clavicula ist kaputt, hier haben wir ein Problem, Behandlung unklar (meist konservativ,



Operationsindikation nicht verpassen) und meist sei es gut gegangen. Zusatzverletzungen seien vielleicht häufiger verpasst worden, als geahnt, vor allem deshalb, weil man ja die Schultern im frischen Stadium gar nicht richtig habe untersuchen können. Er habe mit mehreren Chirurgen und Orthopäden gesprochen und etwas in der Literatur herumgeschaut. Offenbar seien Zusatzverletzungen bei Claviculafrakturen kaum ein Thema - ob zu Recht oder fälschlicherweise könne er allein natürlich nicht sagen. Ohne die Ausführungen von Dr. D. ___ in Zweifel zu ziehen, müssen sie doch als ganz und gar allgemein bezeichnet werden. Eine weitere, im Falle der Beschwerdeführerin erlittene Verletzung der Schulter vermögen sie jedenfalls in keiner Weise überwiegend wahrscheinlich zu belegen. Es wäre zumindest zu erwarten gewesen, dass Dr. D. ___ eine konkrete Verletzung in Erwägung zieht bzw. eine solche benennt. Erhoben wurde jedoch von ihm nur die Omarthrose. Zuvor ist er zwar in seinem Schreiben vom 23. Dezember 2011 an die Beschwerdegegnerin konkreter geworden und hat eine Bankhart-Läsion vermutet (act. G 5.1/50). Eine Vermutung vermag jedoch wiederum nur die blosser Möglichkeit zu belegen, was angesichts der fraglichen Diagnose auch angemessen erscheint. So ist eine Bankhart-Läsion eine Abrissverletzung bei einer vorderen Schultergelenkluxation. Eine solche aber hat die Beschwerdeführerin nicht erlitten, denn es ist sehr unwahrscheinlich, dass sie im Unfallzeitpunkt nicht erkannt worden wäre, handelt es sich dabei doch um eine äusserst schmerzhaft und leicht zu diagnostizierende Verletzung (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 721 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 227, S. 1867 f.). Mit den Ausführungen von Dr. D. ___ im Schreiben an die Beschwerdeführerin vom 19. Dezember 2011 werden ebenfalls keinerlei Hinweise auf eine zusätzliche Schulterverletzung beigebracht. Dr. D. ___ schreibt wiederum gänzlich allgemein und ohne konkrete Erkenntnisse für den Fall der Beschwerdeführerin, dass es gerade im Bereich der Schulter und beispielsweise auch der Halswirbelsäule (HWS) durchaus Unfallschäden gäbe, die erst nach Jahren Probleme bereiten könnten. Er habe es wiederholt erlebt, dass noch nach Jahren überraschenderweise erhebliche Verletzungen festgestellt worden seien. Aus dem von Dr. D. ___ weiter geschilderten Fall eines Schulkollegen mit einer HWS-Verletzung können sodann in Bezug auf den vorliegenden Fall ebenfalls keine Schlussfolgerungen gezogen werden, zumal das Unfallereignis des Schulkollegen unbekannt ist, davon offensichtlich ein anderes Körperteil betroffen war, unmittelbar nach dem Unfall Beschwerden aufgetreten sind und sich vor allem nachträglich eine



Unfallläsion objektivieren liess. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass angesichts der obigen Ausführungen eine beim Unfall vom 15. Dezember 2001 zusätzlich zur Claviculafraktur rechts erlittene Schulterverletzung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Wie die nachfolgende Erwägung (3.4) zeigt, liegt in dieser Schlussfolgerung auch die massgebende Grundlage für die Verneinung einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der unbestrittenermassen bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten Omarthrose rechts.

3.4 Wie bereits erwähnt, kann eine Omarthrose keine primäre Unfallverletzung sein, sondern sie ist eine degenerative Erkrankung. Als unfallkausaler Gesundheitsschaden kann eine Omarthrose lediglich sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Unfallverletzung - hauptsächlich einer Gelenkfraktur - auftreten (siehe Erwägung 3.1; Debrunner, a.a.O., S. 581, S. 735). Die Beschwerdeführerin erlitt jedoch eine Claviculafraktur ausserhalb der Gelenkshöhle, welche nicht geeignet ist, eine Arthrose im Gelenk zu verursachen. Im Übrigen wies Dr. D. ___ im Bericht vom 9. September 2011 darauf hin, dass er bei Abschluss der Behandlung der Claviculafraktur palpatorisch eine gute Stellung der Fraktur festgestellt habe, die Schulter praktisch frei beweglich gewesen sei und die Schulterkonturen sowie die Sensibilität allesamt in Ordnung gewesen seien (act. G5.1/39). Die Omarthrose wurde bei der Beschwerdeführerin sodann am Schulterhauptgelenk, d.h. am Glenohumeralgelenk, und nicht an den Schulternebengelenken - Akromioclaviculargelenk oder Sternoclaviculargelenk - festgestellt, welche zumindest eine Verbindung zu den Schlüsselbeinenden bilden würden (vgl. dazu <<http://www.schulterinfo.de/Info/Allgemeines/aufbau.htm>>; <<http://www.dr-gumpert.de/html/Schluesselbein.html>>, abgerufen am 6. Dezember 2012; Debrunner, a.a.O., S. 715). Es erscheint jedoch offensichtlich, dass ein vom Unfall nicht betroffener Körperteil in der Regel keine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann und genauso eine Degeneration in der Regel im Bereich der primären Läsion und nicht abseits derselben auftritt. Angesichts des Gesagten ist vorliegend eine Unfallkausalität der Omarthrose nicht überwiegend wahrscheinlich. Ein zusätzliches Indiz für einen rein degenerativen Prozess bildet sodann auch der zeitliche Abstand von rund zehn Jahren zwischen Unfallereignis und Diagnose der - zudem erst beginnenden (vgl. act. G5.1/39) - Omarthrose. Die Entstehung einer rein degenerativen Arthrose ist über so viele Jahre ohne weiteres möglich. Die Aussage von Dr. D. ___ im Bericht vom 8. Dezember 2011



(act. G5.1/59), für ihn sei der Zusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem fraglichen Unfall überwiegend wahrscheinlich, überzeugt angesichts des Gesagten nicht, zumal auch nicht nachvollziehbar ist, wie er letztlich zu dieser Beurteilung kommt, wenn er im voranstehenden Satz noch aussagt, die Frage der Unfallkausalität könne nicht klar mit einem "ja" oder "nein" beantwortet werden. Dieselbe Widersprüchlichkeit ist dem Bericht von Dr. F.____ vom 17. April 2012 (act. G1/16) zu entnehmen, der zunächst festhielt, dass die Frage, ob die beginnende Omarthrose eine Unfallfolge darstelle, sicher schwierig zu beweisen sei, in der Folge jedoch äusserte, die Wahrscheinlichkeit sei sicher gegeben. Letztlich basieren die Kausalitätsbeurteilungen von Dr. D.____ und Dr. F.____ lediglich auf dem Umstand, dass die als Rückfall gemeldeten Beschwerden nach dem Unfall vom 15. Dezember 2001 aufgetreten sind. Dieser Aspekt vermag jedoch für sich nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis keinen Beweis für eine Unfallkausalität zu erbringen, da der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärung liefert. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 340 f. E. 2b/bb). Abgesehen davon, dass die Berichte von Dr. D.____ und Dr. F.____ keine eigentliche, fallbezogene Begründung enthalten, ist ihnen vor allem entgegen zu halten, dass sie angesichts der vorstehenden Erwägungen in der Schlussfolgerung nicht überzeugen. Mehr als der bereits von Dr. E.____ ohne jede Begründung postulierte mögliche Kausalzusammenhang zwischen den als Rückfall gemeldeten Schulterbeschwerden mit dem Skiunfall vom 15. Dezember 2001 vermögen sie jedenfalls nicht nachzuweisen. Da nicht zu erwarten ist, dass weitere Abklärungen den erforderlichen Nachweis liefern, können, ist darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

4.

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf erneute Leistungen abgelehnt hat. Von einer Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs kann unter den genannten Umständen abgesehen werden.



5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. März 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1)).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.