



Fall-Nr.: UV 2017/73
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 07.03.2019
Entscheiddatum: 07.03.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 07.03.2019

Art. 6 UVG, Art. 24 UVG. Status quo sine nach HWS-Kontusion bei vorgeschädigter HWS erreicht. Leistungseinstellung ein Jahr nach Unfall rechtmässig. Die geklagten Schulterbeschwerden sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei der Heilbehandlung entstanden, keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. März 2019, UV 2017/73).

Entscheid vom 7. März 2019

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2017/73

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rohner thurnherr

wiget & partner, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St. Gallen,

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance,

Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war bei der B.____ AG als Projektleiterin tätig und dadurch bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als am 12. September 2015 auf einer Rodelbahn der ihr nachfolgende Rodelfahrer ungebremst auf sie auffuhr (UV-act. 1). Der am 18. September 2015 erstbehandelnde Dr. med.



C.____, Praktischer Arzt, diagnostizierte eine Wirbelsäulenkontusion (Bericht vom 31. Dezember 2015; UV-act. 34). Er attestierte der Versicherten vom 14. bis 30. September 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, ab 1. Oktober 2015 eine solche von 50% (UV-act. 6, 9, 23). Die CSS kam für die Kosten der Heilbehandlung auf und entrichtete Taggelder. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) übernahm für die CSS die Schadensabwicklung (vgl. UV-act. 2 f.).

A.b Eine am 28. Oktober 2015 in der Klinik D.____ durchgeführte Kernspintomographie brachte eine Discopathie des Discus intervertebralis lumbalis L5/S1 mit Nachweis einer Spondylolisthese L5/S1 und das Vorliegen einer breitbasigen, eher rechts neuroforaminal verlaufenden Bandscheibenherniation mit Affektion des L5 rechts stärker als links zur Darstellung (UV-act. 20). Am 20. November 2015 unterzog sich die Versicherte einer Infiltrationsanästhesie der Nervenloge L5 rechts (UV-act. 21). Eine am 2. Dezember 2015 erstellte cervicale und thoraco-vertebrospinale Kernspintomographie zeigte eine Syringomyelie bzw. Hydromyelie zwischen BWK5 und BWK8 sowie weniger ausgeprägt zwischen C3 und C6, jedoch keine Hinweise auf Frakturen oder andere posttraumatische Läsionen (UV-act. 32).

A.c Dr. C.____ attestierte der Versicherten vom 1. bis 14. Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 60%, vom 15. Dezember 2015 bis 29. Februar 2016 eine solche von 70% (UV-act. 23, 35, 44 f., 48). Am 1. Februar 2016 hatte er berichtet, es sei zu einer Schmerzausweitung in die Brust- und Halswirbelsäule sowie zu neurologischen Störungen der linken Grosszehe gekommen (UV-act. 46). Vom 1. bis 15. März 2016 attestierte er der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 75% (UV-act. 57).

A.d Am 22. Februar 2016 hatte die Versicherte die Suva telefonisch darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie sich auf Empfehlung einer Aussendienstmitarbeiterin der Suva bei Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vorgestellt habe (UV-act. 49). Am 2. März bzw. 21. April 2016 teilte die Versicherte der Suva mit, Dr. E.____ habe bei



St.Galler Gerichte

der zweiten Behandlung etwas in ihrer rechten Schulter bzw. am Schlüsselbein verzerrt. Seither habe sie Schmerzen in der rechten Schulter und diese hänge sichtlich tiefer als die linke (UV-act. 55, 61). Dr. E.____ hielt am 25. April 2016 fest, die Versicherte habe sich unmittelbar nach der zweiten Sitzung nicht über eine Verschlechterung beklagt. Er habe am rechten Arm auch keine spezifische Therapie durchgeführt. Anlässlich der dritten Sitzung vom 25. Februar 2016 habe die Versicherte erklärt, dass sie Mühe beim Heben des rechten Armes habe. Ein Unfall oder eine andauernde Verschlechterung über mehr als zwei bis drei Tage sei bei ihm nicht dokumentiert und auch extrem unwahrscheinlich, weil er sogar notiert habe, dass er besonders wenig Kraftaufwand für die Manipulation benötigt habe (UV-act. 66).

A.e Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hatte am 14. März 2016 beurteilt, in der derzeitigen Tätigkeit der Versicherten als Account Managerin sei keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen. Die geltend gemachten Beschwerden seien wahrscheinlich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Unfallereignis vom 12. September 2015 (UV-act. 58). Dr. med. G.____, FMH Radiologie, hatte am 30. März 2016 eine Sonographie der rechten Schulter durchgeführt und am 1. April 2016 berichtet, er könne sich das Beschwerdebild nicht so recht erklären. Er hatte festgestellt, die rechte Schulter hänge tiefer als die linke (UV-act. 73). Dr. C.____ hatte der Versicherten vom 15. März bis 7. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 70% attestiert (UV-act. 59, 62).

A.f Die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ berichteten am 6. bzw. 24. Juni 2016 unter anderem, die Bandscheibe C3/4 sei weitgehend knöchern normal, was bedeute, dass vorbestehend eine juvenile Spondyldysplasie des Segmentes C3/4 vorliegen könnte. Diese würde eine bedeutende Fragibilität dieses Segmentes bedingen und eine Kontraindikation für Manualtherapien darstellen. Inwiefern die chiropraktische Behandlung bei Dr. E.____ nur einen zusätzlichen Reiz gesetzt oder die Situation verursacht habe, könne kaum nachvollzogen werden (UV-act. 86). Dr. med. I.____,



St.Galler Gerichte

Orthopädie J.____, hielt am 8. Juni 2016 als Diagnosen eine costovertebrale Blockadesymptomatik rechtsbetont nach Traumatisierung im Herbst 2015 und ein schmerzhaftes AC-Gelenk bzw. Sternoclaviculargelenk nach manipulativer Therapie im Januar 2016 fest. Er denke, dass die Therapie nur über vorsichtige Manipulation bzw. Lösung costovertebral gehe und empfehle deshalb die Behandlung bei Dr. med. K.____, Chiropraktor, St. Gallen (UV-act. 83).

A.g Mit Verfügung vom 10. Oktober 2016 stellte die CSS die Versicherungsleistungen per 31. August 2016 ein. Sie begründete, aktuell bestünden keine Beschwerden betreffend den Rücken mehr, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. September 2015 zurückzuführen seien. Die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter seien keine direkte Unfallfolge, die CSS sei diesbezüglich nicht leistungspflichtig (UV-act. 97).

B.

B.a Die Atupri Gesundheitsversicherung, Krankenversicherer der Versicherten, erhob am 20. Oktober 2016 provisorisch Einsprache gegen die Verfügung, zog diese jedoch nach Akteneinsicht am 7. November 2016 wieder zurück (UV-act. 105).

B.b Die Versicherte hatte am 21. Oktober 2016 Einsprache gegen die Verfügung vom 10. Oktober 2016 erhoben (UV-act. 102). Mit ergänzender Begründung vom 9. Dezember 2016 reichte sie einen Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 4. November 2015 ein. Dieser hatte ein traumatisches Wirbelgleiten LW5/SW1 mit Nervenwurzelkompression L5 rechts bei Status nach Rodelbahnunfall im Sommer 2015 diagnostiziert. Er hatte beurteilt, die Spondylolisthese sei klar unfallbedingt (UV-act. 107).



B.c Kreisarzt Dr. F.____ befand am 26. Juni 2017, das Kontusionsereignis vom 12. September 2015 habe zu keinen strukturellen Unfallfolgen im Rückenbereich geführt. Nach einer erlittenen Kontusion bzw. Prellung könne davon ausgegangen werden, dass der Status quo spätestens nach einem Jahr erreicht sei und die Beeinträchtigungen über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2016 hinaus nicht mehr unfallkausal seien (UV-act. 110).

B.d Die CSS wies die Einsprache mit Entscheid vom 25. Juli 2017 ab (UV-act. 112).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 25. Juli 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 14. September 2017. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragte darin dessen Aufhebung. Es seien ihr für die Folgen des Unfallereignisses vom 12. September 2015 über den 31. August 2016 hinaus die Heilungskosten und Taggeldleistungen sowie allfällige weitere Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei die Frage der Unfallkausalität der persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem unabhängigen Gutachten zu klären; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie machte geltend, es lägen nachweislich Unfallverletzungen aus dem Auffahrereignis vor. Bei ihrer komplexen Wirbelsäulenproblematik könne nicht von der allgemeinen medizinischen Durchschnittsbetrachtung ausgegangen werden, wonach die Verletzungsfolgen spätestens ein Jahr nach dem Unfall beseitigt sein müssten. Die Problematik im Bereich der Halswirbelsäule bzw. Schulter sei aus der Kontraindikation für Manualtherapien einerseits und wegen der sichtbaren Veränderung der Schulter- und Körperhaltung unmittelbar im Anschluss an die Behandlung durch Dr. E.____ andererseits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf dessen Eingriff zurückzuführen. Da diese Behandlung den Folgen des Unfallereignisses gedient habe, müsse die CSS (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) auch für die Folgeschäden der besagten Therapie



St.Galler Gerichte

aufkommen (act. G1). Sie reichte unter anderem diverse Berichte von behandelnden Ärzten aus dem Zeitraum vom 26. Mai 2016 bis 6. August 2017 ein (vgl. act. G1.4 ff.).

C.b Am 19. Oktober 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G3).

C.c Die Beschwerdeführerin verzichtete am 2. November 2017 auf die Einreichung einer Replik (act. G6).

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu beurteilen ist vorerst die Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin über den 31. August 2016 hinaus



anhaltend geklagten Rückenbeschwerden und gestützt darauf das allfällige Andauern der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SRV 2000 UV Nr. 14 S. 45).

2.2 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden



nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach



dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2007, U 290/06).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf versicherungsinterne medizinische Beurteilungen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465).

3.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Juli 2017 stützt sich in medizinischer Hinsicht vorwiegend auf die Beurteilung vom 26. Juni 2017 von Kreisarzt Dr. F.____ (UV-



act. 110). Die Beschwerdegegnerin spricht dieser die Beweiskraft ab und hält ihr Einschätzungen ihrer behandelnden Ärzte entgegen (act. G1).

3.1 Der Umstand, dass Dr. F.____ seine Einschätzungen vom 14. bzw. 23. März 2016 und 26. Juni 2017 ausschliesslich auf Grundlage der Akten abgab und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersuchte, steht deren Beweiswert grundsätzlich nicht entgegen. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011 E. 4.1 mit Hinweisen; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Vorliegend gab Dr. F.____ seine Beurteilung in Kenntnis der wesentlichen Vorakten ab und legte die Anamnese lückenlos dar. Nicht bekannt waren ihm die von der Beschwerdeführerin erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte von Dr. med. M.____, Fachärztin für Radiologie FMH, betreffend ein am 26. Mai 2015 durchgeführtes MR der Clavicula rechts (act. G1.4), von Dr. K.____ vom 19. Juli 2016 (act. G1.5), von den Kliniken Valens über ein am 3. Juli 2017 durchgeführtes interdisziplinäres ambulantes Assessment (act. G1.6) sowie von Dr. C.____ vom 6. August 2017 (act. G1.7). Dies ist jedoch insofern nicht problematisch, als die erwähnten Berichte, wie nachfolgend ausgeführt, der Beurteilung von Dr. F.____ nicht entgegenstehen bzw. diese im Gegenteil teilweise stützen. Dr. F.____ setzte sich insbesondere mit dem Behandlungsverlauf, den bildgebenden Untersuchungsergebnissen und der Frage nach dem Vorliegen von relevanten Vorzuständen sowie der Unfallkausalität der Befunde auseinander.

3.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der



Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT) bestätigt werden (vgl. BGE 138 V 251 E. 5.1 mit Hinweisen).

3.3 Die Beschwerdeführerin bestreitet grundsätzlich nicht, an prädispositionsbedingten Vorzuständen ihrer Wirbelsäule zu leiden (act. G1). Dazu gehören unbestritten die von den Ärzten der Kliniken Valens am 10. Juli 2017 festgehaltene Hyperlaxizität und die leichte linkskonvexe Lumbalskoliose mit rechtskonvexem thorakalem Gegenschwung. Sie berichteten darüber hinaus über eine allgemeine Dekonditionierung und eine verminderte Bewegungskontrolle im gesamten Rumpf (act. G1.6). Anlässlich der cervicalen Kernspintomographie vom 2. Dezember 2015 wurde zudem eine Syringomyelie bzw. Hydromyelie festgestellt (UV-act. 32). Die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ stellten eine übermässige Beweglichkeit des Atlas und des Halswirbels C2 sowie im Übergang der Halswirbel C5/C6 bei gleichzeitiger Blockade im Segment C3/C4 fest. Weiter schienen die Spondylgelenke C3/4 deutlich hyperostatisch und es sei kein Gelenkspalt sichtbar. Die Bandscheibe C3/4 sei weitgehend knöchern normal, was bedeute, dass vorbestehend eine juvenile Spondyldysplasie des Segmentes C3/C4 vorliegen könnte (UV-act. 86).

3.4 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, es lägen strukturelle Unfallverletzungen vor (act. G1, vgl. UV-act. 112).

3.4.1 Dr. F.____ befand am 26. Juni 2017, das Kontusionsereignis vom 12. September 2015 habe zu keinen strukturellen Unfallfolgen im Rückenbereich geführt. Die lumbovertbrale kernspintomographische Untersuchung vom 28. Oktober 2015 habe deutlich sichtbare degenerative Veränderungen im Segment L5/S1 mit Schmorl'scher Deckplattenimpression der Deckplatte S1 und vermindertem



Bandscheibensignal mit Verschmälerung des Zwischenwirbelraums ohne sichtbare knöcherne Ödembildung oder Schwellung der dorsal gelegenen Weichteile als Hinweis auf eine relevante äussere Gewalteinwirkung gezeigt. Auch in der erweiterten Kernspintomographie cervical und thoracovertebrospinal Anfang Dezember 2015 hätten sich keine Hinweise auf strukturelle Traumafolgen gefunden (UV-act. 110, vgl. UV-act. 20, 32). Die erste Kernspintomographie erbrachte den Nachweis einer Spondylolisthese L5/S1 (vgl. UV-act. 20). Wie Dr. F.____ richtig ausführte, versteht man unter einer Spondylolisthese ein Wirbelgleiten (vgl. PSCHYREMBEL, 267. Auflage, Berlin 2017, S. 1700 f.). Dr. F.____ hielt fest, es handle sich vorliegend um eine milde Form des Wirbelgleitens im Sinn einer Spondylolisthese Grad I nach Meyerding ohne Verengung des Wirbelkanals (UV-act. 110). Die Einschätzung der Ausprägung der Spondylolisthese stimmt mit der Beurteilung der abklärenden Ärzte der Kliniken Valens vom 10. Juli 2017 überein (act. G1.6). Dr. F.____ befand, die Ursache einer Spondylolisthese sei hauptsächlich in einem zunehmenden krankhaften Verschleiss und einem Druckverlust in der Bandscheibe zu suchen, wobei es im Lauf des Lebens zu einem zunehmenden Wirbelgleiten kommen könne (UV-act. 110). Eine Spondylolisthese kann grundsätzlich degenerativ oder traumatisch bedingt sein. Bei einer solchen von Grad I nach Meyerding handelt es sich jedoch gemäss Angabe der Universitätsklinik für Neurochirurgie des Inselspitals Bern um einen angeborenen Typ, der auf eine Fehlbildung im Bereich des oberen Kreuzbeins oder des Wirbelbogens LWK5 zurückgeht (vgl. <http://www.neurochirurgie.insel.ch/spezialgebiete-erkrankungen/neurochirurgische-erkrankungen/wirbelsaeule/wirbelgleiten/>, zuletzt abgerufen am 5. März 2019). Es ist damit entsprechend der Beurteilung von Dr. F.____ davon auszugehen, dass es sich bei der Spondylolisthese der Beschwerdeführerin um eine degenerative Erkrankung handelt. Daran ändert auch die Einschätzung von Dr. L.____ vom 4. November 2015 nichts. Dieser hatte ausgeführt, das MRI zeige eine Spondylolisthese LW5/SW1 mit einem normalen Wirbelkanal, was äusserst untypisch sei für ein angeborenes Wirbelgleiten. Die Spondylolisthese sei für ihn klar unfallbedingt, weil die Beschwerdeführerin keinen typischen Wirbelkanal habe, wie ihn alle Patienten mit angeborenem Wirbelgleiten hätten (UV-act. 107). Er erklärte jedoch nicht, wie ein Wirbelkanal bei einer degenerativen Erkrankung auszusehen hätte und äusserte sich auch nicht zum Grad der Spondylolisthese. Bei einer solchen von Grad I ist gemäss Dr. F.____ jedoch keine Verengung des Wirbelkanals nötig (vgl. UV-act. 110),



was mit dem von Dr. L.____ festgestellten "normalen Wirbelkanal" vereinbar ist. In der Schadenmeldung UVG wurde zwar erwähnt, durch den Unfall habe sich ein Wirbel verschoben (vgl. UV-act. 1). Es ist jedoch nicht klar, woher diese Aussage stammt, insbesondere findet sie sich in keinem aktenkundigen Arztbericht.

3.4.2 Wie die Beschwerdeführerin vorbringt (act. G1), hatte Dr. I.____ am 8. Juni 2016 über eine costovertebrale Blockadesymptomatik rechts betont nach Traumatisierung im Herbst 2015 berichtet (UV-act. 83). Als Anamnese hatte er festgehalten, die Beschwerdeführerin sei als Rodelfahrerin von hinten "gerammt" worden, dabei habe eine Schmerzentwicklung im thorakalen Bereich dorsal ausstrahlend in die rechte Schulterregion stattgefunden. Sie habe dann lange Zeit Schmerzen gehabt (UV-act. 83). Weitere Ausführungen zur Blockadesymptomatik, insbesondere zur Unfallkausalität derselben, sind dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen. Die Unfallkausalität der - in den übrigen Akten nicht erwähnten - Blockadesymptomatik ist damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

3.4.3 Dr. K.____ hielt am 19. Juli 2016 zwar ein zerviko-vertebrales, thorako-vertebrales und lumbo-vertebrales Syndrom nach Rodelunfall am 12. September 2015 fest, führte jedoch nicht weiter aus, inwiefern die noch geltend gemachten Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Die angeblich von Dr. K.____ gegenüber der Beschwerdeführerin gemachten Aussagen, wonach die Gelenkkapsel des rechten Schlüsselbeins mit der Manipulation von Dr. E.____ überdehnt und gesprengt worden sei (vgl. act. G1), finden sich im genannten Bericht nicht (vgl. act. G1.5). Die abklärenden Ärzte der Kliniken Valens berichteten am 10. Juli 2017 sodann über ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit den obgenannten degenerativen Veränderungen, erwähnten den Unfall jedoch nicht (act. G1.6). Eine unfallkausale Genese bzw. ein im Zeitpunkt der Leistungseinstellung auf den Unfall zurückzuführendes lumbospondylogenes Syndrom ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.



3.4.4 Zusammenfassend sind damit keine strukturellen Unfallfolgen ausgewiesen. Als einzige direkte unfallkausale Verletzung ist von einer Wirbelsäulenkontusion auszugehen.

3.5 Wie von Dr. F.____ ausgeführt (vgl. UV-act. 110), entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. auch ALFRED DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, S. 412). Diese Erfahrungstatsache darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine vel ante zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.5; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). In den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 101, hält der Autor ERICH BÄR, Facharzt für Chirurgie FMH, sogar fest, dass Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken (mithin Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden) ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzung zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin (ERICH BÄR, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. Ein Update, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45). Die Rechtsprechung hat also im Falle traumatisch ausgelöster Wirbelsäulenpathologien den konkreten medizinischen Beleg des natürlichen Verlaufs durch eine richterliche Vermutung, die sich ihrerseits auf die medizinische Literatur stützt, ersetzt. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Schliesslich sprechen seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine



Beschwerdefreiheit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Vor diesem Hintergrund ist es überzeugend, dass Dr. F.____ im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der degenerativen Veränderungen davon ausgeht, der Status quo sei spätestens nach einem Jahr erreicht und die Beeinträchtigungen über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2016 hinaus nicht mehr unfallkausal (UV-act. 110). Er hat mit dem vergleichsweise langen Zeitraum eines Jahres die Situation der Beschwerdeführerin mit ihren verschiedenen Vorerkrankungen und der dadurch tendenziell überdurchschnittlich langen Heilungsdauer genügend berücksichtigt (Dr. F.____ ging ursprünglich bereits im März 2016 davon aus, die Beschwerden seien nicht mehr unfallkausal; vgl. UV-act. 58).

3.6 Insgesamt ist damit davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine unfallkausalen Rückenbeschwerden

mehr bestanden.

4.

Die Beschwerdeführerin hatte weiter unbestritten Beschwerden in der Region der rechten Schulter und des Schlüsselbeins (vgl. UV-act. 73, 78, 83, 86, act. G1.4). Sie stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerden seien nach einer von einer Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin empfohlenen Behandlung durch Dr. E.____ entstanden (act. G1). Die Beschwerdegegnerin bestreitet deren Unfallkausalität und verneint diesbezüglich ihre Leistungspflicht (act. G3, UV-act. 112).

4.1 Gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG erbringt der Versicherer Leistungen auch für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden. Die



behandlungsbedingte Schadensverursachung muss dabei den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung nicht erfüllen (BGE 118 V 286).

4.2 Die Beschwerdeführerin teilte der Beschwerdegegnerin erstmals am 2. März 2016 mit, sie habe seit dem zweiten Besuch bei Dr. E.____ (am 24. Februar 2016, vgl. UV-act. 49 und 55) starke Schmerzen im Schlüsselbein und der Schulter rechts (UV-act. 55). Am 21. April 2016 ergänzte sie sodann, Dr. E.____ habe etwas in ihrer rechten Schulter bzw. am Schlüsselbein verzerrt. Seither habe sie Schmerzen und die rechte Schulter hänge sichtlich tiefer als die linke (UV-act. 61). Am 29. August 2016 berichtete sie, Dr. E.____ habe bei der zweiten Behandlung ihre Schulter manipuliert, obwohl sie ihm gesagt habe, dass er dies nicht machen solle. Es habe so komisch in der Schulter geknackst. In der Nacht sei es dann sehr schlimm geworden mit den Schmerzen im Schulterbereich und in den Arm ausstrahlend (UV-act. 90). Dr. E.____ führte am 25. April 2016 aus, die Beschwerdeführerin habe sich nach der zweiten Sitzung nicht unmittelbar über eine Verschlechterung beklagt und es sei am rechten Arm auch keine spezifische Therapie durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe sodann anlässlich der dritten Sitzung vom 25. Februar 2016 erklärt, sie habe Mühe beim Heben des rechten Armes. Ein Unfall oder eine andauernde Verschlechterung über mehr als zwei bis drei Tage sei bei ihm nicht dokumentiert und auch extrem unwahrscheinlich, da er sich sogar notiert habe, dass er bei diesem Unfall besonders wenig Kraftaufwand für die Manipulation benötigt habe (UV-act. 66). Wie die Beschwerdeführerin zutreffend bemerkte (act. G1), ist die Beweiskraft des Berichts von Dr. E.____ in Anbetracht seiner persönlichen Betroffenheit allenfalls als eingeschränkt zu betrachten. Nachfolgend ergibt sich jedoch, dass sich auch gestützt auf die weiteren Akten eine Verursachung der Beschwerden durch Dr. E.____ nicht rechtsgenügend nachweisen lässt.

4.3 Eine erste bildgebende Untersuchung der rechten Schulter wurde durch Dr. G.____ durchgeführt. Dieser befand nach einer Sonographie am 30. März 2016, es liege ein Normalbefund der rechten Schulter, der Rotatorenmanschette, der Sehnen und der



Schleimbeutel vor. Die rechte Schulter hänge tiefer als die linke. Er finde an fast allen Orten schmerzhaft Triggerpunkte, Muskulatur und Entesen sowie eine auffällige Berührungsempfindlichkeit der Körperoberfläche. Er könne sich das Beschwerdebild nicht so recht erklären. Zum einen sei da das Ereignis bei der Manipulation, auf der anderen Seite frage er sich, ob es eine rheumatologische/polymyalgieforme oder fibromyalgie-ähnliche Problematik gebe (UV-act. 73). Daraus erschliesst sich die Ursache für die Beschwerden nicht. Dr. C.____ erwähnte am 16. Mai 2016 zudem eine unauffällige Röntgenaufnahme (UV-act. 72). Er hatte die Beschwerdeführerin offenbar kurz nach der fraglichen Manipulation durch Dr. E.____ gesehen, gemäss dessen Aufzeichnungen jedoch keine organische Armschwäche erheben können (vgl. UV-act. 66). Dr. M.____ führte am 26. Mai 2016 ein MR der Clavicula rechts durch. Sie stellte unter anderem eine diskrete angedeutete Osteodystrophie der gelenkbildenden Zirkumferenz der Clavicula im entzündlich gereizten, kapsulär hypertrophierten AC-Gelenk und eine mässige Bursitis subacromialis bzw. diskret auch subdeltoidea fest. Weiter erhob sie einen Reizzustand des diskret insuffizienten Pulley und eine Insertionstendinitis der cranialen Sehnenportion der Sehne des Musculus subscapularis mit geringer ventromedialer Subluxation der langen Bizepssehne (act. G1.4). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte (UV-act. 112), kann daraus jedoch nicht geschlossen werden, dass die Beschwerden kausal der Unfallbehandlung zuzurechnen wären. Ein Teil der bildgebend erhobenen Befunde, insbesondere die diskret angedeutete Osteodystrophie und das kapsulär hypertrophierte AC-Gelenk, können nicht durch eine therapeutische Behandlung entstehen, sondern sind degenerativ bedingt. Bezüglich der übrigen von Dr. M.____ festgehaltenen Befunde ist festzuhalten, dass die Formel "post hoc ergo propter hoc" nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Dies umso weniger, als zwischen der fraglichen Behandlung durch Dr. E.____ im Februar 2016 und dem MR vom 26. Mai 2016 rund drei Monate liegen.

4.4 Dr. I.____ berichtete am 8. Juni 2016 unter anderem über ein schmerzhaftes AC-Gelenk bzw. Sternoclaviculargelenk nach manipulativer Therapie im Januar 2016. Bezüglich des Entstehungszeitpunktes der Schmerzen stützte er sich jedoch einzig auf



die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, welche über erhebliche Schmerzen seit der Behandlung bei Dr. E.____ berichtete (UV-act. 83). Als wichtigstes Argument für eine kausale Verletzungsfolge der Behandlung von Dr. E.____ sieht die Beschwerdeführerin die Ausführungen der behandelnden Ärzte der Paracelsus Klinik Lustmühle AG (vgl. act. G1). Diese berichteten am 6. bzw. 24. Juni 2016, die Bandscheibe C3/4 sei weitgehend knöchern normal, was bedeute, dass vorbestehend eine juvenile Spondyl dysplasie des Segmentes C3/C4 vorliegen könnte, wie sie in ca. 5% der normalen Bevölkerung gefunden werde. Diese würde eine bedeutende Fragilität dieses Segmentes bedingen und eine Kontraindikation für Manualtherapien darstellen (UV-act. 86). Dies widerspricht jedoch der Beurteilung von Dr. I.____ vom 8. Juni 2016, welcher der Ansicht war, die Therapie der Beschwerden könne nur über eine Manipulation bzw. Lösung costovertebral gehen. Die von ihm empfohlene Behandlung durch Chiropraktor Dr. K.____ (vgl. UV-act. 83) nahm die Beschwerdeführerin sodann in Anspruch und profitierte davon (vgl. act. G1.5). Es ist damit nicht per se von einer Kontraindikation für Manualtherapien - wie sie auch Dr. E.____ ausgeführt hatte - auszugehen. Weiter befanden die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ inwiefern die chiropraktische Behandlung nur einen zusätzlichen Reiz gesetzt oder die Situation verursacht habe, könne kaum nachvollzogen werden. Eventuell gäben die MRI-Bilder von vor der Behandlung Aufschluss (UV-act. 86). Daraus kann demnach nicht eindeutig auf eine kausale Verursachung der Beschwerden geschlossen werden. Apparative Aufnahmen der Schulter rechts vor der Behandlung durch Dr. E.____ sind zudem nicht aktenkundig, weshalb sich entsprechende Abklärungen erübrigen.

4.5 Folglich erscheint die Verursachung der Beschwerden im Bereich der Schulter und des Schlüsselbeins rechts durch die Behandlung bei Dr. E.____ zwar möglich, ist jedoch aufgrund der Akten nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Deshalb ist die diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen. Von weiteren medizinischen Abklärungen ist abzusehen, zumal diese sich nur retrospektiv zum möglichen Entstehungszeitpunkt der Beschwerden äussern könnten und damit wenig beweiskräftig wären.



5.

5.1 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Juli 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

5.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. KIESER, a.a.O., N 199 zu Art. 61). Ihr diesbezüglicher Antrag ist daher abzuweisen (vgl. act. G3).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Der Antrag der Beschwerdegegnerin auf eine Parteientschädigung wird abgewiesen.