



Fall-Nr.: UV 2018/18
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.04.2020
Entscheiddatum: 10.02.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 10.02.2020

Art. 43 ATSG; Art. 6 UVG: Die medizinischen Akten erlauben keine Beurteilung der Kausalitätsfrage einer mit einer zweitägigen Latenzzeit zum Unfall mittels MRI erhobenen Diskushernie (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Februar 2020, UV 2018/18).

Entscheid vom 10. Februar 2020

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

UV 2018/18

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21,
Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war durch ihre Tätigkeit als Sachbearbeiterin im B.____, Kanton St. Gallen, bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) unfallversichert, als sie am 19. Oktober 2015 mit dem Fahrrad stürzte (UV-act. A1). Gemäss Unfallmeldung UVG vom 23. Oktober 2015 erlitt sie dabei Prellungen an der Wirbelsäule (Rücken), am Kiefer und an den Schultern und Schürfungen am Knie und im Gesicht (UV-act. A1). Der Schilderung der Versicherten zufolge fuhr sie nach diesem Sturz mit dem Fahrrad zum bereits vereinbarten Arzttermin bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, spez. Sportmedizin (SGSM), und im Anschluss an den Termin zu ihrer Arbeitsstelle. Diese habe sie kurz vor dem Mittag verlassen müssen, da ihr komisch geworden sei. Am Nachmittag habe sie ihren Hausarzt, Dr. med. D.____, FMH Allgemeinmedizin, konsultiert; sie habe die komplette linke Körperseite gespürt (UV-act. A6 S. 1). Der Arzt hielt in der Krankengeschichte der Versicherten am Unfalltag fest, sie habe eine Schürfung des Knies, der Wange und des Kleinfingers links und des Daumens rechts erlitten und über ein Spannen im Nackenbereich geklagt. Differentialdiagnostisch hat er eine kleine Comotio cerebri aufgeführt (UV-act. M19 S. 2) und der Versicherten ihren Angaben zufolge eine zweitägige Arbeitsunfähigkeit attestiert (UV-act. A6 S. 1).

A.b. Da die Versicherte am Morgen des 21. Oktober 2015 plötzlich stärkste Schmerzen im Rücken mit einem kurzzeitigen Taubheitsgefühl im linken Bein verspürte, trat sie gleichentags notfallmässig ins Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) ein (UV-act. M4). Nachdem vom zuständigen Arzt der Radiologie am Eintrittstag ein altersentsprechend normaler Skelettbefund der LWS mit erhaltenem Alignment der



lumbalen Wirbelkörper dorsal und ventral ohne Nachweis einer Fraktur festgestellt worden war, wurde am Folgetag eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule (BWK12 - SWK3) vorgenommen. Diese ergab eine foraminale und insbesondere extraforaminale Diskushernie LWK4/5 links mit deutlicher Ausspannung des gering ödematös verdickten Spinalganglions bzw. Spinalnerven L4 links sowie eine geringe diskale Einengung der Radix L5 links im Recessus lateralis ohne Neurokompression (UV-act. M2). Bereits am 23. Oktober 2015 wurde die Versicherte bei der Diagnose Ischialgie linksseitig in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG operiert (Isthmotomie L4 links und Sequesterektomie), wobei sich während der Operation mehrere luxierte Bandscheibensequester zeigten, welche entfernt wurden (UV-act. M5). Gemäss Bericht des KSSG wurde die Versicherte am 27. Oktober 2015 in schmerzfremem Zustand nach Hause entlassen (UV-act. M4 S. 2).

A.c. Nachdem bei der Versicherten noch während des Spitalaufenthalts, spätestens jedoch kurze Zeit nach dem Spitalaustritt Schmerzen im Grosszehenbereich links und in der Wade seitlich links aufgetreten waren (vgl. hierzu UV-act. A6, M3 und M19 S. 2), wurde am 20. November 2015 eine weitere MRI-Untersuchung (BWK12 - SWK4) am KSSG vorgenommen. Diese ergab bei breitbasiger Bandscheibenherniation LWK4/5 einen rezessalen, diskoligamentären Kontakt zur Nervenwurzel L5 links mit anzunehmender Kompression und einen postoperativ residuellen, extraforaminalen Herniationsanteil links mit Ausspannung des Spinalganglions L4 und Neuritis des Ramus ventralis (UV-act. M8). Am 8. Dezember 2015 und am 8. Januar 2016 wurde vor diagnostischem Hintergrund einer "therapieresistenten Lumboischialgie links" je eine Nervenwurzelinfiltration links vorgenommen, welche beide nicht den gewünschten Erfolg brachten. Aufgrund der klinisch-radiologischen Befundkonstellation mit kernspintomografisch nachgewiesener diskogenbedingter rezessaler Enge L4/5 links empfahlen die zuständigen Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG der Versicherten die operative Sanierung des Befundes im Sinne einer Dekompression L4/5 links (UV-act. M12). Dr. D. ___ hatte am 31. Dezember 2015 zuhanden der AXA die Diagnose einer traumatisch entstandenen Diskushernie LWK4/5 links gestellt und als unfallbedingte Beschwerden immobilisierende Rücken- und Beinschmerzen links genannt (UV-act. M6).



A.d. Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, untersuchte die Versicherte am 21. Januar 2016 auf deren Wunsch hin konsiliarisch. Er stellte die Diagnose einer invalidisierenden Radikulopathie L5 links bei breitbasiger paramedian linksseitiger Diskushernie L4/5 bei Status nach extraforaminaler Diskushernien-Operation L4/5 links am 23. Oktober 2015 und Status nach Fahrradunfall am 19. Oktober 2015 mit Nachweis einer dramatischen (recte: traumatischen, vgl. diesbezüglich UV-act. M13) Diskushernie L4/5 links (UV-act. M9). In der Folge unterzog sich die Versicherte am 15. Februar 2016 in der Klinik F.____ einer durch Dr. E.____ ausgeführten Re-Operation im Sinne einer Remikrodiskektomie L4/L5 links (UV-act. M13).

A.e. Die AXA übernahm die ersten Operations- und die darauf folgenden weiteren Heilbehandlungskosten und richtete bis zum 25. Januar 2016 ein Taggeld aus (vom 22. Oktober 2015 bis 10. Januar 2016 gestützt auf eine 100%ige und vom 11. bis 25. Januar 2016 gestützt auf eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit; vgl. UV-act. A2 und A16 sowie act. G1 Beilage 9). Am 27. Januar 2016 besuchte eine Aussendienstmitarbeiterin der AXA die Versicherte (UV-act. A6). Am 20. April 2016 unterbreitete die AXA das Dossier ihrem medizinischen Dienst, welcher am 20. April 2016 durch Dr. med. G.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Mas Vmed, Zertifizierter Gutachter SIM, Stellung nahm. Dieser führte an, aus medizinischer Sicht sei die Beurteilung der Kausalität in diesem Fall schwierig, da bisher in den ersten zwei Tagen nach dem Ereignis keine lumbalen Schmerzen dokumentiert seien. Die Rücken- und Beinschmerzen seien seines Erachtens auf ein vorbestehendes Wirbelsäulenleiden zurückzuführen, welches offenbar schon im Vorfeld zu medizinischen Behandlungen geführt habe. Eine klare richtungsgebende Veränderung durch das Unfallereignis sei zwar denkbar, jedoch müssten seines Erachtens die Beschwerden mit dem Ereignis eingetreten sein und nicht erst zwei Tage später (UV-act. M17). Vorab hatte Dr. G.____ mit einem Oberarzt der Radiologie am KSSG bezüglich der Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 22. Oktober 2015 telefoniert und gestützt auf dieses Telefonat festgehalten, dass auch bei neuerlicher Durchsicht der Bilder keine Hinweise auf strukturelle, unfallbedingte Läsionen hätten gefunden werden können (UV-act. M16).

A.f. Die AXA lehnte in der Folge am 10. Mai 2016 ihre Leistungspflicht ab dem 26. Januar 2016 mit der Begründung ab, dass die Rückenschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Unfall vom 19. Oktober



St.Galler Gerichte

2015 stunden. Deshalb bestehe für diese Beschwerden kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung. Auf die Rückforderung der fälschlicherweise bereits erbrachten Leistungen (z.B. Operation vom 23. Oktober 2015, Taggelder) verzichte sie ohne Präjudiz. Die ab 26. Januar 2016 andauernde Arbeitsunfähigkeit sei auf die Rückenbeschwerden zurückzuführen (UV-act. A16).

A.g. Die Versicherte liess der AXA am 12. Juli 2016 durch die Coop Rechtsschutz AG mitteilen, dass sie mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sei (UV-act. A20). In der Folge informierte die AXA die Versicherte darüber, dass sie ein Aktengutachten bei Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, spez. Rheumatologie, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, in Auftrag geben werde (UV-act. A22). Den Einwand der Versicherten, das Gutachten sei von einem Orthopäden zu erstellen (UV-act. A23), wies die AXA zurück (UV-act. A24), und das internistisch-rheumatologische Gutachten wurde von Dr. H.____ am 2. November 2016 gestützt auf die Akten erstellt. Die Gutachterin war zum Schluss gekommen, dass die multiple sequestrierte Diskushernie L4/L5 links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Fahrradsturz vom 19. Oktober 2015 ausgelöst oder aktiviert worden sei (UV-act. M18).

A.h. Am 9. Februar 2017 verfügte die AXA, dass für die geltend gemachten Rückenbeschwerden keine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung bestehe und dass auf die Rückforderung der fälschlicherweise bereits erbrachten Leistungen in Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden verzichtet werde (UV-act. A29).

B.

Mit Einsprache vom 21. Februar 2017 wandte die Versicherte sich gegen diese Verfügung (UV-act. A32), welche nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen seitens AXA mit Einspracheentscheid vom 25. Januar 2018 bestätigt wurde (UV-act. A41). Im Rahmen dieses Einspracheverfahrens war insbesondere die von Dr. D.____ geführte Krankengeschichte der Versicherten zu den Akten genommen worden (UV-act. M19)

C.



C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 25. Januar 2018 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin MLaw UZH Jasmina Husidic und Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergrana, mit Eingabe vom 26. Februar 2018 Beschwerde mit folgenden Anträgen: "1. Der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2018 sei aufzuheben. 2. Die Unfallversicherung sei zu verpflichten, die Heilkosten betreffend Rückenbeschwerden zu leisten. 3. Es sei ein Taggeld in der Höhe der ärztlich festgelegten Arbeitsunfähigkeit ab Einstellung der Taggelder bis 31. August 2016 (Beginn der Rente) zuzusprechen. 4. Es sei eine Rente von 20 % zuzusprechen ab 1. September 2016. 5. Eventualiter: Es sei ein unabhängiges orthopädisch-rheumatologisches Gutachten in Auftrag zu geben. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin". Mit der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin eine Einschätzung des Kompetenzzentrums I. ___ Dr. med. J. ___, Facharzt Chirurgie, vom 24. Juni 2016 zu den Akten. Dieser Arzt war zum Schluss gekommen, dass degenerative Veränderungen inklusive Bandscheibenvorfall vorbestanden hätten. Dafür spreche die Latenz der Schmerzproblematik von ein bis zwei Tagen nach dem Unfallereignis. Der Verlauf lasse sich am ehesten durch die unfallbedingte massive Muskelanspannung erklären. Hierdurch sei es im Verlauf zu einer wirksamen Verengung im Bereich der vorgeschädigten Wirbelsäule mit degenerativen Veränderungen und möglicherweise vorbestehendem Bandscheibenvorfall gekommen. Möglicherweise sei der Bandscheibenvorfall dadurch strukturell verschlimmert worden. Die vorbestehenden degenerativen Veränderungen seien durch das Unfallereignis verschlimmert worden. Die im November 2015 neu aufgetretenen Beschwerden seien als Rückfall zu werten (act. G1 Beilage 3). Zur Begründung der Beschwerde machte die Beschwerdeführerin gestützt auf diese medizinische Einschätzung im Wesentlichen geltend, die AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) stelle sich auf den Standpunkt, dass allfällige unfallbedingte Rückenschmerzen sofort und nicht erst zwei Tage nach dem Unfall hätten eintreten müssen. Dr. J. ___ vermöge jedoch zu erklären, weshalb sie die Rückenbeschwerden nicht schon am Unfalltag verspürt habe. Vor dem Unfall habe sie beschwerdefrei jegliche Sportarten ausüben können. Dies wäre weiterhin problemlos möglich gewesen, was auch ihr Hausarzt bestätigt habe. Das Gutachten von Dr. H. ___ sei nicht voll beweiswertig. Die Gutachterin habe hauptsächlich ärztliche Berichte wiedergegeben und zusammengefasst. Sie habe auch das Schreiben der Coop Rechtsschutz AG vom



St.Galler Gerichte

12. Juli 2016 beigezogen. Zu den darin enthaltenen Vorbringen, welche die Ansicht von Dr. J.____ darstellen würden, habe sie sich jedoch nicht geäussert. Nebst diesem Umstand habe sie es auch nicht für nötig befunden, sie [die Beschwerdeführerin] vorzuladen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten in Auftrag zu geben (act. G1).

C.b. In der Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid und ergänzte, die Einschätzungen von Dr. J.____ vermöchten keinen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der Diskushernie L4/5 zum fraglichen Ereignis zu begründen. Aus dem Wortlaut von Dr. J.____ gehe hervor, dass es sich lediglich um eine mögliche Erklärung für das Vorliegen einer traumatischen Diskushernie handle, was den von der Rechtsprechung definierten strengen Anforderungen an den Kausalitätsbeweis nicht zu genügen vermöge. Sowohl der Umstand, dass die Beschwerdeführerin bis zum Unfall sportlich sehr aktiv gewesen sei, als auch die Bestätigung durch den Hausarzt, wonach sie vor dem Unfall vollständig gesund gewesen sei, beruhten auf dem für den Nachweis einer unfallkausalen Schädigung nicht massgebenden Grundsatz post hoc ergo propter hoc und seien folglich nicht zu berücksichtigen. Mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs der in Frage stehenden Rückenbeschwerden zum Unfall vom 19. Oktober 2015 könne auch nicht vom Vorliegen eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule und damit einer unfallbedingten Aktivierung der Diskushernie ausgegangen werden. Sie habe ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Rückenproblematik nie anerkannt (act. G6).

C.c. Mit Replik vom 14. Juni 2018 und Duplik vom 12. Juli 2018 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest und machten weitere Ausführungen betreffend Beweislastverteilung und Kausalität (act. G8 und G10).

C.d. Am 16. August 2018 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Duplik (act. G14) und am 30. November 2018 reichte sie eine Honorarnote zu den Akten (act. G16 und G16.1).



Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Unfallkausalität der Gesundheitsbeeinträchtigungen am Rücken und am linken Bein der Beschwerdeführerin (Diskushernie L4/L5 links) verneint und daher ex nunc et pro futuro (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 3.2) eine weitere Leistungspflicht abgelehnt und die Zahlung von Taggeldern ab 26. Januar 2016 eingestellt hat.

2.

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 - nachdem die Beschwerdeführerin am 19. Oktober 2015 verunfallt war - daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. 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.). Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten als Teilursache nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene Folge entfiel. Ob zwischen einem



schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 f. E. 1 mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 E. 1b; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.). Als adäquate Ursache eines Erfolgs hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 125 V 461 E. 5a mit Hinweisen). Im Bereich klar ausgewiesener somatischer Unfallfolgen spielt jedoch die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen).

3.2. Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Thomas Locher/ Thomas Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts



vom 4. August 2008, 8C_354/2007, E. 2.2). Auch bietet sich dem Unfallversicherer die Möglichkeit, auf eine fälschlicherweise anerkannte Kausalität zurückzukommen und die Leistungen - ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision - mit Wirkung ex nunc et pro futuro (sowie bei Verzicht auf eine Rückforderung) einzustellen, wenn ihr der überwiegende Beweis gelingt, dass zwischen dem Unfallereignis und der anerkannten Verletzung bzw. den daraus resultierenden Beeinträchtigungen gar nie ein natürlicher Kausalzusammenhang bestanden hatte. Der Nachweis eines Dahinfallens einer - fälschlicherweise - faktisch anerkannten Unfallkausalität erübrigt sich diesfalls (BGE 130 V 384 E. 2.3.1; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C_819/2016, E. 6.1).

3.3. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen (André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, N 53 zu Art. 6; Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55). 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 bzw. Anamnese 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 mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichtes oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes, sind ergänzende Abklärungen



vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Reinen Aktengutachten kann ebenfalls voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1, und vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen).

4.

Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es zwar einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien (vgl. zu diesem Begriff Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. S. 778 ff. und 878 ff., Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 210) bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen. Alleine gestützt hierauf lässt sich jedoch eine Unfallkausalität noch nicht verneinen. Vielmehr gibt es drei Kausalitätskonstellationen in Zusammenhang mit Diskushernien, welche eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nach sich ziehen können und folglich jeweils zu prüfen sind (Traumatische Diskushernie [E. 4.1]; richtungsgebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie [E. 4.2]; Aktivierung einer vorbestehenden Diskushernie [E. 4.3]).

4.1. Voraussetzung für eine traumatische Diskushernie ist, dass das fragliche Ereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxismässig auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17).

4.2. Bezüglich der Frage, ob sich eine vorbestehende Diskushernie richtungsgebend, mithin dauernd, unfallbedingt verschlimmert hat, gelten dieselben Kriterien wie für eine unfallbedingte Diskushernie. Dies bedeutet, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2012, 8C_902/2011, E. 2 mit Hinweisen; Urteile des



EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und 13. Juni 2005, U 441/04, E. 3.1). Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (Urteile des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C_285/2016, E. 6.4.3, und 25. April 2012, 8C_237/2012, E. 4.2.4).

4.3. Wenn durch den Unfall eine (zuvor stumme) vorbestehende Diskushernie - wenn auch nicht verursacht oder richtungsgebend verschlimmert - so doch aktiviert worden ist, so hat der Unfallversicherer Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerz-syndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54) entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009, E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung, welche auch operative Eingriffe umfassen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 mit Hinweisen).

5.

5.1. Zu würdigen sind im Folgenden die im Recht liegenden medizinischen Berichte und Beurteilungen. Insbesondere ist zu prüfen, ob diese einen rechtsgenügenden Schluss bezüglich Unfallkausalität der Rücken- und Beinbeschwerden der Beschwerdeführerin zulassen.

5.2. Dr. D.____ diagnostizierte am 31. Dezember 2015 rückblickend eine traumatisch entstandene Diskushernie LWK4/5 links (UV-act. M6). Die Operateure, welche am 23. Oktober 2015 die Isthmotomie L4 links und Sequesterektomie vorgenommen hatten, hielten in ihrem Bericht fest, "Auslöser für die Beschwerden war wohl ein Fahrradsturz" (UV-act. M5). Dr. E.____ diagnostizierte am 21. Januar 2016 eine invalidisierende Radikulopathie L5 links bei breitbasiger paramedianer linksseitiger Diskushernie L4/5 bei Status nach extraforaminaler Diskushernien-Operation L4/5 links am 23. Oktober 2015 und Status nach Fahrradunfall am 19. Oktober 2015 mit Nachweis einer traumatischen Diskushernie L4/5 links (UV-act. M9 und M13). Die die Beschwerdeführerin behandelnden bzw. operierenden Ärzte äusserten sich also im Rahmen ihrer Diagnosestellung dahingehend, dass die Diskushernie LWK4/5 oder die damit einhergehenden Beschwerden traumatisch bedingt seien. Es ist jedoch davon



auszugehen, dass durch diese Einschätzungen insbesondere der zeitliche Bezug zum Fahrradsturz vom 19. Oktober 2015 hergestellt und nicht über eine allfällige natürliche Kausalität zum Ereignis berichtet wird, denn keiner der Ärzte begründet seine diesbezügliche Feststellung oder hält seine diesbezüglich vorgenommenen Überlegungen fest. Die rein zeitliche Abfolge beinhaltet aber keine Aussage zur Kausalität, denn der zeitliche Aspekt besitzt keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. 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 (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Bern/St. Gallen/Zürich 2015, N 69 zu Art. 4 ATSG; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [= Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Diese Berichte genügen nach dem Gesagten den Ansprüchen an eine umfassende und überzeugende Kausalitätsbeurteilung nicht.

5.3. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Kausalitätsbeurteilung - mit welcher sie alle drei vorstehend in Erwägung 4.1 bis 4.3 erläuterten Kausalitätskonstellationen ausschloss - insbesondere auf die Berichte von Dr. G.____ und Dr. H.____.

5.3.1. Dr. G.____ kam als medizinischer Berater der Beschwerdegegnerin am 20. April 2016 zum Schluss, dass aus medizinischer Sicht die Beurteilung der Kausalität schwierig sei, da bisher in den ersten zwei Tagen nach dem Ereignis keine lumbalen Beschwerden dokumentiert seien. Eine klare richtungsgebende Veränderung durch das Unfallereignis wäre zwar denkbar, jedoch müssten seines Erachtens die Beschwerden mit dem Ereignis eingetreten sein (UV-act. M17 Ziff. 1). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin einer Aussendienst-Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin am 27. Januar 2016 mitteilte, nach dem Sturz habe sie die komplette linke Körperseite gespürt, und angesichts des Umstandes, dass sie ab dem Unfalltag arbeitsunfähig geschrieben worden war (UV-act. A6 S. 1), kann das Auftreten auch lumbaler Beschwerden bereits am Unfalltag jedoch nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden, wie dies Dr. G.____ und ihm folgend die Beschwerdegegnerin tun. Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, dass Dr. G.____ es nicht als notwendig erachtete, Dr. C.____, welchen die Beschwerdeführerin direkt nach dem Sturz aufgesucht hatte, zu befragen. Dr. G.____ selber hielt explizit fest, dass "bisher" in den ersten zwei Tagen nach dem Ereignis keine lumbalen Beschwerden dokumentiert seien, was auf eine nach seiner Ansicht möglicherweise unvollständige Aktenlage schliessen lässt. Er zieht jedoch keine Konsequenzen daraus, sondern stützt im Gegenteil seine Beurteilung im



Wesentlichen auf diese zweitägige Latenz. Die Beschwerdeführerin erlitt aber beim Fahrradsturz nachweislich diverse Schürfwunden und Prellungen (UV-act. M4 S. 2 und A1), die Schürfung am Knie zog sogar eine bleibende Narbe nach sich (UV-act. A6 S. 1). Auch litt die Beschwerdeführerin zum Unfallzeitpunkt bereits unter Kniebeschwerden. Es ist deshalb nicht ohne weiteres auszuschliessen, dass die übrigen beim Unfall zugezogenen Verletzungen so kurz nach dem Unfall im Vordergrund standen. Eine diesbezügliche Befragung der Beschwerdeführerin hat von medizinischer Seite nie stattgefunden. Der Umstand, dass der beratende Arzt seine Beurteilung aufgrund der Akten abgegeben und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Einschätzung nicht per se entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist jedoch in dieser Konstellation, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b), was vorliegend nicht der Fall ist. Dr. G.____ gab seine Einschätzung sogar noch zu einem Zeitpunkt ab, in welchem die von Dr. D.____ aufgezeichnete Krankengeschichte der Beschwerdeführerin nicht aktenkundig war. Nach dem Gesagten vermögen die rudimentären Überlegungen und die nicht weiter begründete Schlussfolgerung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen und die Unfallkausalität kann nicht gestützt auf dessen Bericht vom 20. April 2016 abschliessend beurteilt werden.

5.3.2. Dr. H.____ zog in ihrem Aktengutachten vom 2. November 2016 den Schluss, die multiple sequestrierte Diskushernie L4/L5 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Fahrradsturz am 19. Oktober 2015 ausgelöst oder aktiviert worden, weil die Beschwerdeführerin ab März 2008 wegen lumbovertebraler Beschwerden in Behandlung gestanden habe, am 7. Juni 2015 wegen eines akuten lumbospondylogenen Syndroms den Notfall des KSSG aufgesucht habe, am Unfalltag nach dem Sturz noch in der Lage gewesen sei, mehrere Stunden die angestammte Büro-Tätigkeit auszuüben, der Hausarzt Dr. D.____ am Unfalltag eine Hirnerschütterung, jedoch kein lumboradikuläres Syndrom festgestellt habe, durch den Unfall keine multiplen grossen Bandscheiben-Sequester hätten resultieren können, da die MRI-Untersuchung der LWS vom 22. Oktober 2015 keine Unfallfolgen wie Hämatome, akute entzündliche Veränderungen, Weichteilödeme oder Bonebruise gezeigt habe, und das schwerste lumboradikuläre Syndrom L4/L5 links durch die multiplen degenerativen Bandscheiben-Sequester nach einer banalen Bewegung am 21. Oktober 2015 ausgelöst worden sei (UV-act. M18 Ziff. 7). Dr. H.____ begnügte sich nach dem Gesagten damit, Faktoren aufzuzählen, die gegen eine Kausalität sprechen. Sie unterlässt es demgegenüber gänzlich, sich mit den Fakten auseinanderzusetzen,



welche für eine Kausalität sprechen (wie die Latenzzeit von höchstens 48 Stunden zwischen Unfallereignis und schwerstem akutem lumboradikulärem Syndrom, linksseitige Schmerzen am ganzen Körper direkt im Anschluss an den Unfall, noch am Unfalltag attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, die Beurteilung der medizinischen Situation durch Dr. H.____ sei nachvollziehbar oder leuchte ein, vielmehr erscheint sie als unvollständig. Bei Dr. H.____ handelt es sich darüber hinaus um eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie und nicht um eine solche für Orthopädie, wie dies zur Beurteilung des Beschwerdebildes der Beschwerdeführerin zu bevorzugen wäre.

5.3.3. Nach dem Gesagten erfüllt weder der Bericht von Dr. G.____ noch das Aktengutachten von Dr. H.____ die Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts.

5.4. Die Beschwerdeführerin stützte ihre Beschwerde insbesondere auf die medizinische Einschätzung von Dr. J.____, welcher am 24. Juni 2016 als beratender Arzt ihrer Rechtsschutzversicherung zum Schluss kam, dass die vorbestehenden degenerativen Veränderungen durch das Unfallereignis verschlimmert worden seien, zumindest die posttraumatischen differenzierten Schmerzen mit Ausstrahlung in das Dermatom im linken Bein seien überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Sturzes (act. G1 Beilage 3 S. 2). Der auffallende Verlauf lasse sich am ehesten durch die unfallbedingte massive Muskelanspannung erklären. Hierdurch sei es im Verlauf von ein bis zwei Tagen zu einer wirksamen Verengung im Bereich der vorgeschädigten Wirbelsäule mit degenerativen Veränderungen und möglicherweise vorbestehendem Bandscheibenvorfall gekommen (act. G1 Beilage 3 S. 1). Diese Einschätzung lässt zwar Zweifel an den anderslautenden Einschätzungen der Dres. G.____ und H.____ aufkommen und die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet ein. Der Arzt begründet jedoch seine Schlussfolgerungen ebensowenig, wie die Dres. G.____ und H.____ ihre abweichenden Schlussfolgerungen genügend substantzieren. Auch gründet seine Beurteilung vom Juni 2016 nicht auf einer umfassenden medizinischen Aktenlage. Insgesamt weist die Einschätzung von Dr. J.____ keinen genügenden Beweiswert für eine abschliessende, überwiegend wahrscheinliche Annahme unfallkausaler Verletzungen auf.

6.

Der von der Beschwerdegegnerin in antizipierter Beweiswürdigung erfolgte Verzicht auf die Beibringung weiterer Beweise verletzt angesichts der vorstehend gewürdigten medizinischen Aktenlage ihre Untersuchungspflicht. Insofern sie der Ansicht ist,



ergänzende medizinische Abklärungen bzw. ein "weiteres" orthopädisch-rheumatologisches Gutachten könnten keine Aufschlüsse darüber geben, ob das Verletzungsbild mit dem Unfall übereinstimmt und der natürliche Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, kann ihr nicht gefolgt werden. Derzeit liegt noch kein orthopädisches Gutachten bei den Akten und es fehlt gänzlich an medizinischen Unterlagen, welche sich mit der jeweils gegenteiligen Auffassung auseinandersetzen und so die medizinischen Schlussfolgerungen nachvollziehbar machen würden. Darüber hinaus ist es vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdegegnerin selbst in ihrer Einspracheentscheid die Beschwerdeführerin dahingehend zitiert, dass die Beweisschwierigkeiten auf die fehlende medizinische Dokumentation und die fehlenden medizinischen Abklärungen zurückzuführen seien (UV-act. A41 Ziff. 4.2.3), nicht nachvollziehbar, wieso sie es unterlassen hat, Dr. C.____ und Dr. D.____, welche beide die Beschwerdeführerin am Unfalltag gesehen haben, (konkreter) zu befragen. Von Dr. C.____ fehlt es gänzlich an einer Stellungnahme (die Beschwerdegegnerin erwähnt zwar in der Beschwerdeantwort eine solche, verweist aber in ihrer Quellenangabe auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich deren Besprechung mit der zuständigen Aussendienst-Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin, vgl. act. G6 S. 1), und Dr. D.____ wurde nicht weiter zur Stellungnahme aufgefordert, obwohl er gegenüber der Beschwerdegegnerin am 31. Dezember 2015 explizit festhielt, die immobilisierenden Rückenschmerzen seien unfallbedingt und die Diskushernie LWK4/5 sei traumatisch entstanden (UV-act. M6). Auch vermag der Schluss der Beschwerdegegnerin, Dr. D.____ habe die Arbeitsunfähigkeit am Unfalltag wegen der Hirnerschütterung ausgesprochen (vgl. UV-act. A41 Ziff. 4.2.1), vor dem Hintergrund, dass dieser Arzt im Krankheitsverlauf lediglich differentialdiagnostisch eine commotio cerebri erwähnt hat (vgl. UV-act. M19 S. 2), nicht ohne Weiteres zu überzeugen.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine medizinische Beurteilung bei den Akten liegt, welche es dem Gericht erlauben würde, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Rücken- und Beinbeschwerden der Beschwerdeführerin die Folge einer beim Fahrradsturz vom 19. Oktober 2015 erlittenen traumatischen Verletzung, allenfalls im Sinne einer Aktivierung eines Vorzustandes, sind. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität verpflichtet gewesen. Die Angelegenheit ist nach dem Gesagten zur Veranlassung der besagten Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sollten die Abklärungen bei den Dres. D.____ und C.____ keine genügende



Entscheidungsgrundlage liefern, wird sie ein orthopädisches Gutachten in Auftrag zu geben haben. Sollte im Rahmen der weiteren Abklärungen festgestellt werden, dass den Rücken und insbesondere die Lendenwirbelsäule betreffende Akten aus der Zeit vor dem Unfall fehlen (vgl. die diesbezügliche Auffassung mit Hinweisen auf konkret fehlende Akten von Dr. H.____ auf S. 21 des Gutachtens [UV-act. M18]), so ist die Aktenlage vor Vornahme einer medizinischen Beurteilung selbstverständlich zu vervollständigen. Diesbezüglich ist die Beschwerdeführerin - durchsetzbar - zur Mitwirkung verpflichtet (vgl. Art. 28 und 43 Abs. 3 ATSG).

8.

8.1. Die Beschwerde vom 26. Februar 2018 ist nach dem Gesagten in dem Sinne gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2018 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

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

8.3. Am 30. November 2018 reichte die Rechtsvertreterin eine Honorarnote für das Beschwerdeverfahren ein (act. G16.1). Darin macht sie für den Zeitraum vom 20. Februar bis 30. November 2018 einen Aufwand von 20.11 Stunden und ein Honorar von Fr. 5'631.20 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend unter Auflistung der erbrachten Leistungen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.- bis Fr. 15'000.-. Im Regelfall wird in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.- bis Fr. 4'500.- zugesprochen. Im hier zu beurteilenden Fall liegt ein Sachverhalt vor, der hinsichtlich der Bedeutung und der Komplexität unter dem Durchschnitt liegt, weshalb zur Abgeltung der entstandenen Kosten und Aufwendungen eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde vom 26. Februar 2018 wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2018 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- auszurichten.