



**Fall-Nr.:** UV 2018/44  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.09.2020  
**Entscheiddatum:** 15.05.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.05.2020**

**Art. 6 UVG. Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der über den Leistungseinstellungszeitpunkt geklagten Nackenbeschwerden. Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der im Anschluss aufgetretenen psychischen Beschwerden. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Mai 2020, UV 2018/44).**

#### **Entscheid vom 15. Mai 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2018/44

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

gegen

**HDI Global SE, Dufourstrasse 46, Postfach, 8034 Zürich,**



### Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, LL.M., Thouvenin Rechtsanwälte,  
Klausstrasse 33, 8024 Zürich,

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war seit November 2015 mit einem Pensum von 100% als Filialeiterin bei der B.\_\_\_\_ SA c/o C.\_\_\_\_ SA, tätig und dadurch bei der HDI Global SE (nachfolgend: HDI), Zürich, gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 18. Oktober 2016 erlitt sie einen Verkehrsunfall, als sie mit dem Motorroller bei nasser Fahrbahn wegen eines von rechts in die von ihr befahrene Strasse einbiegenden, nicht vortrittsberechtigten Fahrzeugs stark bremsen musste und hinfiel (UV-act. K1 f.).

**A.b.** Am 19. Oktober 2016 fand die Erstbehandlung beim Hausarzt dipl. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, statt. Dieser notierte zunehmende HWS-Beschwerden und veranlasste eine Magnetresonanztomographie (MRT; UV-act. M2).

**A.c.** Am 25. Oktober 2016 wurde im Röntgeninstitut E.\_\_\_\_ eine MRT der HWS und BWS durchgeführt. Diese ergab gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Radiologie und FMH Nuklearmedizin, im HWS-Bereich frische Flexions-, Impressionsfrakturen im ventralen Bereich des 3. und 4. HWK, ventrale Kontusionsherde im Segment HWK 6/7, eine ältere Deckplattenimpression des 5. HWK sowie polysegmentale Degenerationen und foraminale Stenosen. Im BWS-Bereich fand sich keine Fraktur, indes eine mediane Diskushernie BWK 6/7 (UV-act. M3). Die verantwortlichen Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) diagnostizierten mit Bericht vom 28. Oktober 2016 nach Einsicht in die MRT bei Signalverstärkung im Bereich von C3/C4 eine HWS-



Distorsion und eine leichte Impression C3/C4 und schlossen eine ligamentäre Begleitverletzung aus (UV-act. M1).

**A.d.** Am 1. Dezember 2016 berichtete dipl. med. D.\_\_\_\_ von massivsten psychischen Problemen der Versicherten und überwies sie an Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (UV-act. M4). Am 18. Januar 2016 stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädie und Traumatologie, bei der HDI einen Antrag auf stationäre Rehabilitation zur zeitnahen Reintegration der Versicherten in den Berufsalltag (UV-act. M7).

**A.e.** Eine am 23. Januar 2017 im Röntgeninstitut E.\_\_\_\_ durch Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Radiologie, durchgeführte MRT der HWS ergab eine aktivierte Osteochondrose C3/4 und C6/7 sowie keine weitere Sinterung von HWK 3 und HWK 4 (UV-act. M8).

**A.f.** Mit Bericht vom 26. Januar 2017 diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_, in dessen Behandlung die Versicherte seit dem 15. Dezember 2016 stand, eine Anpassungsstörung, einen Verdacht auf eine beginnende Somatisierungsstörung sowie differentialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (UV-act. M9).

**A.g.** Am 30. Januar 2017 gab Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie/ Psychotherapie, beratender Arzt der HDI, eine Stellungnahme ab. Er kam zum Schluss, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuell dokumentierten psychiatrischen Befunden, die als Grundlage der Indikation für eine psychiatrische Behandlung gewertet würden, und dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2016 nicht mit dem erforderlichen Grad der Wahrscheinlichkeit belegt sei. Demzufolge seien aktuelle und allenfalls weitere geplante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen nicht kausal oder teilkausal zum Unfall (UV-act. M10).

**A.h.** Eine am 9. Februar 2017 im Röntgeninstitut E.\_\_\_\_ durch Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Radiologie und Diag. Neuroradiologie, durchgeführte MRT des Neurocraniums ergab bis auf einzelne kleine Marklagerglionen einen unauffälligen Befund (UV-act. M17).

**A.i.** Die neurologischen Untersuchungen vom 15. und 22. Februar 2017 bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, brachten keine objektivierbaren Belege für eine



Wurzelläsion, eine periphere Nervenkompression oder eine Leitungsstörung im Bereich der langen Rückenmarksbahnen hervor (UV-act. M18).

**A.j.** Mit Schreiben vom 23. Februar 2017 an die HDI führte dipl. med. D.\_\_\_\_ aus, dass er nicht verstehe, weshalb eine psychiatrische Betreuung nicht übernommen werde. Die Versicherte habe nach ihrem Unfall massive Mühe mit der Verarbeitung der Situation. Er habe deshalb auch zur psychologischen Behandlung geraten. Ob vorher ein psychisches Problem bestanden habe, sei schwierig zu beurteilen. Dass aber jemand ohne Gespräch dies beurteilen könne, sei ziemlich eigentümlich. Selbst wenn vorbestehend allenfalls eine Problematik bestanden habe, sei unbestritten, dass die Versicherte bis zum Unfallereignis keine psychiatrische Betreuung benötigt habe (UV-act. M14).

**A.k.** Mit Arztbericht vom 2. März 2017 äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ zum Aktengutachten von Dr. J.\_\_\_\_. Es sei festzuhalten, dass sich die Versicherte vor dem Unfallereignis psychisch/psychiatrisch gesund gezeigt habe, einer Beschäftigung nachgegangen und sozial gut integriert gewesen sei. Seit dem Unfall traue sich die Versicherte zum Teil nicht aus dem Haus und vermeide die öffentlichen Verkehrsmittel. Dies aus Angst, sich noch weiter bzw. schwerer zu verletzen. Abgesehen davon, dass sie ein Vermeidungs- und Schonverhalten an den Tag lege, kapsle sie sich auch ab und sehe aktuell nur noch ihren Lebenspartner. Vor dem Unfall sei die Versicherte gesellig und aktiv gewesen, von unternehmungsvoller Natur. Aus seiner fachärztlichen Sicht sei zwischen dem Unfallereignis bzw. dem prolongierten Heilungsverlauf und dem aktuellen Zustandsbild der Versicherten ein natürlicher Kausalzusammenhang abzuleiten (UV-act. M15).

**A.l.** Mit Bericht vom 8. März 2017 nahm Dr. J.\_\_\_\_ zu den neusten Arztberichten Stellung und hielt an seiner am 30. Januar 2017 abgegebenen Beurteilung fest. Es handle sich bei den geltend gemachten Beschwerden um eine eigenständige und unfallfremde Angsterkrankung (UV-act. M16).

**A.m.** Am 24. März 2017 gab Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Radiologie - Muskuloskelettale Radiologie, eine Stellungnahme bezüglich der am 25. Oktober 2016 und 23. Januar 2017 durchgeführten MRT ab. Dies geschah im Sinne einer Zweitbeurteilung,



veranlasst durch die von der HDI beauftragte Gutachterin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH (UV-act. M22 S. 37). Dr. M.\_\_\_\_ führte aus, dass sich rein knöcherner posttraumatische Veränderungen in den HWK 3, 4, 6 und 7 im Sinne eines bone bruise und Fissuren in den Wirbelkörpern HWK 3, 4 und 7 finden würden. Es sei keine Wirbelkörperinfraktion nachweisbar. Einige Halswirbel seien anterior abgeflacht, dies als Ausdruck einer normalen Formvariante. Das Knochenmarködem in den betroffenen Wirbelkörpern sei partiell auch degenerativ bedingt. Es würden sich keine ligamentären oder muskulären Weichteilveränderungen finden, was gegen ein Hyperflexionstrauma spreche. Eine axiale Stauchung komme als Traumamechanismus in Frage (UV-act. M22). Dr. N.\_\_\_\_ ihrerseits gab am 28. März 2017 eine erste Beurteilung ab. Sie kam in Beachtung der radiologischen Stellungnahme durch Dr. M.\_\_\_\_ zum Schluss, dass es bei einem erheblichen degenerativen Vorzustand anlässlich des Ereignisses vom 18. Oktober 2016 zu einer vorübergehenden, nicht aber zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen sei. Der Status quo sine vel ante sei allerspätestens ein Jahr nach dem Ereignis erreicht (UV-act. M19).

**A.n.** Am 1. Mai 2017 erstattete Dr. N.\_\_\_\_ ein Gutachten. Sie diagnostizierte ein chronisches myofaszielles bzw. tendomyogenes zervikales Schmerzsyndrom. Frakturen in der Halswirbelsäule hätten nicht vorgelegen. Diesbezüglich sei auf die Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ vom 24. März 2017 zu verweisen. Die knöchernen Veränderungen in den HWK 3, 4 und 7 (im Sinne von Fissuren in den Wirbelkörpern ohne Nachweis von Wirbelkörperinfraktionen) seien überwiegend wahrscheinlich Folge des Ereignisses vom 18. Oktober 2016 (UV-act. M22 S. 36 ff.). Das begleitende Knochenmarködem in den betroffenen Wirbelkörpern sei hingegen partiell degenerativ bedingt. Der Status quo sine vel ante sei spätestens zwölf Monate nach dem Ereignis erreicht und spätestens seit der Begutachtung im März 2017 bestehe auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet als Folge des Unfalls kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine Limitierung der Arbeitstätigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als O.\_\_\_\_, begründen könnte. Es bestehe keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität (UV-act. M22).



**A.o.** Mit Austrittsbericht vom 15. Juni 2017 der Privatklinik P.\_\_\_\_, in deren stationärer Behandlung die Versicherte vom 29. Mai bis 18. Juni 2017 stand, diagnostizierte Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachbereichsleiter Muskuloskelettale Rehabilitation, funktionelle HWS-Beschwerden mit Zephalgien und Zervikozephalgien infolge Fraktur C3 und C4 sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (UV-act. M24). Nach erneuter Anfrage durch die HDI hielt Dr. N.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 3. August 2017 an ihrer bereits abgegebenen Einschätzung vollumfänglich fest (UV-act. M25).

**A.p.** Am 29. Juni 2017 führte Dr. K.\_\_\_\_ eine weitere MRT der HWS durch. Diese ergab keine Sinterung im Verlauf, eine stationäre zum Beispiel posttraumatische aktivierte Osteochondrose/Unkovertebralarthrose, Punctum maximum HWK 3/4 und HWK 4/5, geringer HWK 6/7 und HWK 2/3, mässiggradige diskoossäre Stenosen der Neuroforamina ohne sichere Neurokompression sowie keine fokale Diskushernie (UV-act. M26).

**A.q.** Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, beauftragt von der Versicherten bzw. deren damaliger Rechtsvertreterin, kam mit Berichten vom 31. Juli 2017 bzw. 31. August 2017 zum Schluss, dass es durch den Unfall vom 18. Oktober 2016 zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines vorbestehenden degenerativen Leidens der HWS gekommen sei. Die vormals klinisch stabile Osteochondrose sei durch das Unfallereignis aktiviert worden und verlaufe progredient. Aktuell sei auch das Segment C2/3 angegriffen. Eine weitere Progredienz sei anzunehmen und zu befürchten (UV-act. M28, M35).

**A.r.** Am 15. Dezember 2017, ergänzt am 23. März 2018, gaben die Dres. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ eine interdisziplinäre Stellungnahme ab und äusserten sich insbesondere zur MRT vom 29. Juni 2017 bzw. deren Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_ und die daraus gezogenen Schlüsse durch Dr. R.\_\_\_\_. Der HWK 2 zeige entgegen der Beschreibung von Dr. K.\_\_\_\_ keinerlei Knochenmarködem. Stattdessen fände sich in der ventralen Basis des HWK 2 eine umschriebene, normale Mehrverfettung ohne Krankheitswert, welche entsprechend normalem Fettgewebe in der T1-gewichteten und in der T2-gewichteten sagittalen Sequenz leicht hyperintens zur Darstellung komme. Die odematösen Veränderungen in den HWK 3, 4 und 6 seien bei retrospektiver



Betrachtung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht als bone bruise, sondern als Bandscheiben-assoziierte Wirbelkörperveränderungen vom ödematösen Typ (Modic I) im Rahmen der auf diesen Höhen bestehenden Segmentdegenerationen zu beurteilen. In der Gesamtschau bedeute dies, dass die fachärztlich-radiologische Beurteilung vom 24. März 2017 sowie das Gutachten vom 1. Mai 2017 und die versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 3. August 2017 korrigiert werden müssten. Es würden sich unter Berücksichtigung der Verlaufs-MRT vom 29. Juni 2017 zu keiner Zeit strukturelle Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion der HWS objektivieren lassen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 18. Oktober 2016 stehen würden (UV-act. M32, M36).

**A.s.** Mit Verfügung vom 5. April 2018 stellte die HDI die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung infolge Erreichens des Status quo sine per 17. Oktober 2017 ein. Auf eine Rückforderung der nach Erreichen des Status quo sine erbrachten Leistungen werde verzichtet (UV-UV-act. K91).

### **B.**

Am 30. April 2018 erhob die Versicherte gegen die Verfügung vom 5. April 2018 Einsprache (UV-act. K96). Am 18. Mai 2018 wies die HDI die Einsprache ab (UV-act. K98).

### **C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 18. Mai 2018 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 15. Juni 2018 Beschwerde. Sinngemäss machte sie geltend, es könne nicht auf die Beurteilungen der Dres. N.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ abgestellt werden. Die HDI (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über das Einstellungsdatum hinaus zu entrichten. Im Weiteren seien ihr Anwalts- und Gutachterkosten entstanden, die von der Beschwerdegegnerin zu tragen seien. Insgesamt würden sich die Zahlungsrückstände auf insgesamt rund Fr. 26'500.-- belaufen (inklusive der Taggeldleistungen bis einschliesslich 30. Juni 2018). Über ein angemessenes Schmerzensgeld solle das Gericht entscheiden (act. G1).



## St.Galler Gerichte

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2018 liess die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt M. Bürkle, Zürich, die vollumfänglich Abweisung der Beschwerde vom 15. Juni 2018, soweit darauf einzutreten sei, beantragen (act. G9).

**C.c.** Mit Replik vom 17. Dezember 2018 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen und deren Begründungen fest (act. G11). Die Beschwerdegegnerin hielt ihrerseits in der Duplik vom 14. Januar 2019 an ihren Anträgen fest (act. G 11).

**C.d.** Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## 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 den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend steht ein Unfall vom 18. Oktober 2016 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

### 2.

**2.1.** Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens (zum Anfechtungsgegenstand siehe BGE 131 V 164 f. E. 2.1) bildet der Einspracheentscheid vom 18. Mai 2018 (UV-act. K98). Diesem liegt die Verfügung vom 5. April 2018 zugrunde (UV-act. K91). Sowohl in der Verfügung als auch im Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin ausschliesslich darüber befunden, dass die Beschwerdesymptomatik spätestens per Leistungseinstellungsdatum (17. Oktober 2017) nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 18. Oktober 2016 stehen würde, womit ab diesem Zeitpunkt keine Versicherungsleistungen mehr geschuldet seien. Einzig die Klärung dieser Frage bildet damit Gegenstand der vorliegenden Beschwerde. Nicht einzutreten ist damit auf den



Antrag bezüglich einer Entschädigung für die im Verwaltungsverfahren entstandenen Anwaltskosten. Dazu hat die Beschwerdegegnerin noch nicht Stellung genommen.

**2.2.** In Bezug auf den Antrag auf Schmerzensgeld (Genugtuung) fehlt es schon an einer gesetzlichen Grundlage im UVG. Es handelt sich dabei um einen allfälligen haftpflichtrechtlichen Anspruch, dessen Prüfung nicht in die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts fielen. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin über den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung noch nicht verfügt.

### 3.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ab dem 18. Oktober 2017 die Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) mangels eines Kausalzusammenhangs der weiterhin geklagten Beschwerden zum Unfall vom 18. Oktober 2016 eingestellt hat.

**3.1.** 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). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggelleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; André Nabold in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 63 ff. zu Art. 6; 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 (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 88). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2).



**3.2.** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht 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 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 (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.). Dahingefallen ist die kausale Bedeutung, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf einer Vorerkrankung auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; 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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C\_819/2016, E. 3.2.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislastregel beschlägt 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). Im Weiteren 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 und unter Verzicht auf eine Rückforderung bereits erbrachter Leistungen einzustellen, wenn ihm der überwiegend wahrscheinliche Beweis gelingt, dass zwischen dem Unfallereignis und einem ursprünglich als unfallkausal anerkannten Gesundheitsschaden gar nie ein natürlicher Kausalzusammenhang bestanden hat. Der Nachweis eines Dahinfallens einer – fälschlicherweise – faktisch anerkannten Unfallkausalität würde sich diesfalls erübrigen (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 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. Bezüglich Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der 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 und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An deren Beweiswürdigung sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3).

**3.4.** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; vgl. ferner Thomas Flückiger, Medizinische, insbesondere hausärztliche Berichte und ihre Beweiskraft – mit einem Seitenblick auf die medizinischen Gutachten, in: Kieser/ Lendfers [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 138 ff.). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und cc). Dies gilt auch für Stellungnahmen behandelnder Spezialärzte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu



beachten (Urteil des EVG vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Es ist deshalb nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2).

#### 4.

**4.1.** Die Beschwerdeführerin ist mit ihrem Motorroller bei nasser Fahrbahn mit einer Geschwindigkeit von rund 50 km/h gestürzt. Initial hatte sie keine erheblichen Beschwerden und konnte am Unfalltag arbeiten. Ab dem Folgetag beklagte die Beschwerdeführerin Nackenschmerzen (UV-act. M1). Diese dauern über das Leistungseinstellungsdatum (18. Oktober 2017) hinaus an.

**4.2.** Insgesamt wurden drei (Verlaufs-)MRT der HWS angefertigt. Die erste MRT vom 25. Oktober 2016 nach dem Unfall vom 18. Oktober 2016 brachte gemäss Dr. F.\_\_\_\_ frische Flexions-, Impressionsfrakturen im ventralen Bereich des 3. und 4. HWK sowie ventrale Kontusionsherde im Segment HWK 6/7 hervor (act. M3). In der MRT vom 23. Januar 2017 zeigte sich nach Dr. I.\_\_\_\_ eine aktivierte Osteochondrose C3/4 und C6/7 sowie keine weitere Sinterung von HWK 3 und 4 (act. M8). Die am 29. Juni 2017 durchgeführte MRT der HWS ergab nach Dr. K.\_\_\_\_ keine Sinterung im Verlauf bei stationärer z.B. posttraumatischer Osteochondrose/Unkovertebralarthrose, Punctum maximum HWK 3/4 und HWK 4/5, geringer HWK 6/7 und HWK 2/3 (UV-act. M26). Die MRT vom 25. Oktober 2016 liesse grundsätzlich auf eine strukturelle Läsion in der HWS schliessen (frische Flexions-, Impressionsfrakturen); letztlich sind sich die Fachärzte entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin indes einig, dass es anlässlich des Ereignisses vom 18. Oktober 2016 zu keinen Frakturen bzw. Infraktionen im HWS-Bereich gekommen ist (siehe Dr. M.\_\_\_\_ in UV-act. M22 S. 7 und Dr. R.\_\_\_\_ in UV-act M35 S. 4).

**4.3.** Hat der Unfall – wie hier – keinen neuen strukturellen Gesundheitsschaden verursacht, kann dieser nur im Rahmen eines degenerativen Prozesses entstanden sein. In diesem Fall können unfallkausale Verletzungsfolgen und damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur bejaht werden, wenn es durch den Unfall zu einer richtungsgebenden oder vorübergehenden Verschlimmerung des vorbestehenden



Gesundheitsschadens gekommen ist. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können. Genauso wie ein neuer unfallbedingter struktureller Gesundheitsschaden nur dann als objektiviert gilt, wenn er durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund erhoben wird, gilt dies grundsätzlich auch für eine richtungsgebende Verschlimmerung eines bereits vorbestehenden degenerativen Gesundheitsschadens, etwa in Form einer zeitlich beschleunigten Entwicklung oder einer Ausdehnung des Ausmasses der vorbestehenden Gesundheitsschädigung. Die Dauer der Leistungspflicht entspricht in einem solchen Fall derjenigen bei einem neuen unfallbedingten Gesundheitsschaden. Die Annahme, ein Unfall habe lediglich, aber immerhin, eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes bewirkt, basiert auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs mitunter nicht konkret beschrieben werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Einwirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen. Die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden aber nach einer gewissen Zeit – obwohl sie möglicherweise fortauern – aufgrund medizinischer Erfahrung nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehenden Beeinträchtigungen zu erbringen (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 f. zu Art. 6; Art. 6 N 54; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).

**4.4.** In den MRT-Bildern ist unbestrittenermassen ein erheblicher degenerativer Vorzustand an der HWS sichtbar (multisegmentale degenerative Veränderungen, Osteochondrose; UV-act. M22 S. 41, M35 S. 7), wobei diesbezüglich streitig ist, ob es anlässlich des Unfalls vom 18. Oktober zu einer vorübergehenden oder zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen ist. Dr. R.\_\_\_\_ bejaht eine richtungsgebende Verschlimmerung unter Hinweis auf die seit dem Unfall zeitlich beschleunigte Entwicklung der vorbestehenden Gesundheitsschädigung. Aus dem stationären, stabilen Verlauf sei durch das Trauma ein progredienter Verlauf geworden. Neu sei gestützt auf die MRT vom 29. Juni 2017 auch das Segment C2/3 angegriffen. Eine weitere Progredienz sei anzunehmen und zu befürchten (UV-act. M35 S. ff.). Die Dres. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_, auf deren Einschätzung die Beschwerdegegnerin abstellt, führen demgegenüber aus, dass degenerative Veränderungen naturgemäss über den



Lauf der Zeit stetig progredient seien. Die angetroffene Progredienz entspreche der zu erwartenden Norm und sei per se kein Zeichen für eine richtungsgebende Verschlimmerung. Eine solche müsste bildgebend ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Dies sei bei der Beschwerdeführerin explizit nicht der Fall (UV-act. M36 S. 6). Auch fände sich entgegen den Ausführungen von Dr. R.\_\_\_\_ kein Wirbelkörperödem im HWK 2, sondern lediglich ein feiner hyperintenser Streifen parallel zur Bandscheibe. Dieser Streifen entspreche einem Partialvolumeneffekt, somit einem Artefakt (Abbildungsfehler, der nicht der Realität entspreche) und explizit keinem realen Befund (UV-act. M32 S. 13).

**4.5.** Die unterschiedlichen Einschätzungen der involvierten Fachärzte beruhen letztlich auf einer unterschiedlichen Interpretation der bildgebenden Untersuchungsbefunde, namentlich der MRT-Bilder vom 29. Juni 2017 im Vergleich zu den früheren bildgebenden Befunden. Dr. R.\_\_\_\_ benennt keine Aspekte, welche anlässlich der Beurteilung der Dres. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ unberücksichtigt bzw. ungewürdigt geblieben wären. Gegenteilig begründen die Administrativgutachter, weshalb es sich nicht um eine altersunübliche Degeneration handle, welche eine richtungsgebende Verschlimmerung voraussetzen würde. Auch legen sie dar, weshalb retrospektiv nicht von einem unfallkausalen bone bruise in den HWK 3, 4, 6 und 7 auszugehen sei, sondern von degenerativen Bandscheiben-assoziierten Wirbelkörperveränderungen vom ödematösen Typ (Modic I; UV-act. M32 S. 10 f., 26 f.). Es leuchtet ein, dass posttraumatische Knochenmarködeme (bone bruise) im Verlauf rückläufig sein müssten, was bei der Beschwerdeführerin gestützt auf die MRT unbestrittenermassen aber gerade nicht beobachtet werden konnte. Die degenerativen Prozesse waren im Verlauf gleichbleibend, allenfalls gar leicht progredient (UV-act. M32 S. 10 ff.), indes nicht in einem unüblichen Rahmen. Auch widerlegen die Administrativgutachter begründet, weshalb es sich basisnah im 2. Halswirbel nicht um ein zusätzliches Knochenmarködem handle (UV-act. M32 S. 12 f.), welches auf eine übermässige Degeneration bzw. altersunübliche Progression hindeuten und damit allenfalls für eine richtungsgebende Verschlimmerung sprechen könnte. Die Beurteilungen der Dres. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ überzeugen und Dr. R.\_\_\_\_ vermag keine konkreten Indizien gegen die auf umfassenden Abklärungen beruhenden und schlüssigen Beurteilungen zu begründen. Seiner Beurteilung mangelt es im Übrigen an einer umfassenden persönlichen, gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Anamnese. Auch fand keine klinische Untersuchung statt und die MRT-Bilder bzw. ihre verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten wurden seitens Dr. R.\_\_\_\_s nicht kritisch diskutiert.



**4.6.** Zusammengefasst ist festzuhalten, dass auf die Beurteilungen der Dres. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ abzustellen und überwiegend wahrscheinlich nicht von einer richtungsgebenden Verschlimmerung des vorbestehenden Gesundheitsschadens im Bereich der HWS auszugehen ist, sondern lediglich von einer vorübergehenden. Damit hat die Beschwerdegegnerin für den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub Leistungen zu erbringen (vgl. vorstehende E. 4.3). Gemäss einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts kann das Erreichen des Status quo sine bei einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule, wovon hier auszugehen ist, nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr angenommen werden (vgl. nebenst. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C\_726/2010, E. 3.4). Gestützt darauf erweist sich die Leistungseinstellung zwölf Monate nach dem Ereignis vom 18. Oktober 2016 als rechters.

## 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten liegt für die nach der Leistungseinstellung noch geklagte Symptomatik überwiegend wahrscheinlich kein organisches Korrelat vor. Trotzdem ist in der Regel ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b) diagnostiziert ist und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegt (BGE 117 V 360 E. 4b; Bestätigung in BGE 134 V 116 E. 6.2.1). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e).

**5.2.** Obwohl im Bericht des KSSG vom 28. Oktober 2016 eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde (UV-act. M1), ist vorliegend nicht weiter zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin von einem solchen Geschehen auszugehen ist. Eine HWS-



Distorsion wurde im Folgenden nie mehr diskutiert und seitens der Fachärzte ausgeschlossen (UV-act. M22 [Radiologische Stellungnahme durch Dr. M.\_\_\_\_], S. 4; UV-act. M35 S. 11) Im Raum stand höchstens ein axiales Stauchungstrauma (UV-act. M22 [Radiologische Stellungnahme durch Dr. M.\_\_\_\_], S. 4; UV-act. M35 S. 11). Ein bei einer HWS-Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden konnte bei der Beschwerdeführerin auch nie fassbar gemacht werden. Zwar machte die Beschwerdeführerin gegenüber den behandelnden Ärzten bereits einen Tag nach dem Unfall Nackenbeschwerden geltend (vgl. UV-act. M1 f.). Zusätzliche typische Beschwerden wie Schwindel und Übelkeit oder andere Beschwerden wurden jedoch nicht oder erst zu einem derart späten Zeitpunkt geltend gemacht, dass nicht mehr vom Vorhandensein eines Kausalzusammenhangs auszugehen ist (eine MRT des Neurocraniums wurde im Februar 2017 durchgeführt [UV-act. M17] und ein Schwindel wurde erstmals anlässlich der Exploration bei Dr. N.\_\_\_\_ am 13. März 2017 erwähnt [UV-act. M22 S. 2 und 52 ff.]). Entsprechend ist die natürliche Kausalität der geklagten Beschwerden bezogen auf eine schleudertraumaähnliche Verletzung zu verneinen.

**5.3.** Am 1. Dezember 2016 berichtete dipl. med. D.\_\_\_\_ von massivsten psychischen Problemen der Beschwerdeführerin mangels Verarbeitung des Unfalls und der dabei erlittenen Verletzungen (UV-act. M4). Während der Vertrauensarzt Dr. J.\_\_\_\_ den natürlichen Kausalzusammenhang der psychischen Problematik verneint (UV-act. M10 und M16), geht der behandelnde Dr. G.\_\_\_\_ von einem überwiegend wahrscheinlich bestehenden natürlichen Kausalzusammenhang aus (UV-act. 15). Welcher Beurteilung zu folgen ist, kann letztlich offenbleiben, nachdem ein adäquater Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. dazu BGE 135 V 472 E. 5.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2017, 8C\_303/2017, E. 6.1).

**5.4.** Die Adäquanzbeurteilung hat anhand der entwickelten Grundsätze für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall bzw. nach der sogenannten "Psycho-Praxis" zu erfolgen (BGE 115 V 133).

**5.5.** Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektiverer Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher



Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 115 V 139 ff. E. 6a f.).

**5.6.** Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Im gesamten mittleren Bereich kann ein einziges Kriterium zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Ansonsten bedarf es zur Erfüllung mehrerer Kriterien (BGE 115 V 140 f. E. 6b). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C\_897/2009 E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen. Bei Unfällen im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen sind hingegen vier Adäquanzkriterien zu erfüllen. Im Falle eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den schweren Unfällen genügt es, wenn ein einziges Kriterium erfüllt ist, ohne dass dieses eine Kriterium notwendigerweise in besonders ausgeprägter Weise erfüllt zu sein braucht (Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2008, 8C\_484/2007, E. 6.3; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 67). Bei der Prüfung der Kriterien nach der Psycho-Praxis sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen bzw. nur die organisch ausgewiesenen Unfallfolgen zu berücksichtigen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

**5.7.** Die Beschwerdeführerin ist mit ihrem Motorroller bei nasser Fahrbahn mit einer Geschwindigkeit von rund 50 km/h gestürzt. Hierbei ist höchstens von einem mittelschweren Ereignis im engeren Sinne auszugehen (vgl. dazu auch die



Rechtsprechung in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 63 ff.). Folglich müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens drei der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein.

**5.8.** Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls können ohne weiteres verneint werden. Es handelte sich um einen einfachen Rutschunfall auf nasser Fahrbahn mit seitlichem Sturz ohne Kollision. Die Geschwindigkeit von 50 km/h war nicht derart hoch, dass anders zu entscheiden wäre. Auch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist nicht erfüllt. Zwar ist verständlich, wenn die Diagnose von frischen Flexions-, Impressionsfrakturen an der HWS Ängste schürt. Letztlich stellte sich indes heraus, dass es sich dabei um eine falsche Diagnose handelte. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist nicht ersichtlich. Bei der Prüfung der übrigen Kriterien – ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit – ist von Relevanz, dass diese mit Blick auf die organisch ausgewiesenen Unfallfolgen bzw. deren Heilung spätestens nach einem Jahr bereits aufgrund der zeitlichen Komponente nicht erfüllt sind (vgl. dazu auch E. 5.6).

**5.9.** Nach dem Gesagten ist kein Kriterium, auch nicht in einfacher Form, erfüllt. Damit hat die Beschwerdegegnerin mangels adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 18. Oktober 2016 und den über den 18. Oktober 2017 hinaus beklagten psychischen Beschwerden eine Leistungspflicht zu Recht verneint bzw. ihre Leistungen insgesamt eingestellt.

## 6.

Mit der Beschwerde beantragte die Beschwerdeführerin eine Entschädigung der von ihr in Auftrag gegebenen Arztberichte. Gemeint sind wohl insbesondere die Stellungnahmen von Dr. R.\_\_\_\_ (UV-act. M28 und M35). Nachdem diese für die Entscheidungsfindung nicht von Relevanz waren bzw. keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen der Administrativgutachter Dres. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ begründen konnten, können die Kosten nicht der Beschwerdegegnerin, welche ihrer Abklärungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, auferlegt werden (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 45 N 20).

## 7.



Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 18. Mai 2018 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

**2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.