



**Fall-Nr.:** UV 2021/10  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.01.2022  
**Entscheiddatum:** 14.07.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2021**

**Art. 6 UVG, Art. 11 UVV. Verneinung der Rückfallkausalität in Bezug auf rund 15 Monate nach einem Unfall gemeldete Kopf- und Nackenbeschwerden nach einem Schädelhirntrauma Grad 1 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2021, UV 2021/10).**

#### **Entscheid vom 14. Juli 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; a.o. Gerichtsschreiberin Evelyne Hunziker

Geschäftsnr.

UV 2021/10

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

gegen

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),** Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** Die A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.\_\_\_\_ als Marketingfachfrau mit eidgenössischem Fachausweis angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie laut Schadenmeldung UVG der Arbeitgeberin vom 22. Februar 2019 am 17. Februar 2019 beim Snowboardfahren verkantete und rückwärts gegen den Hang (talabwärts) auf den Hinterkopf stürzte. Sie trug dabei einen Helm (Suva-act.1).

**A.b.** Die Erstbehandlung fand am Unfalltag bei Dr. C.\_\_\_\_ statt, der eine Commotio cerebri diagnostizierte und die Versicherte nach Hause entliess (Suva-act. 1, 2). Am selben Abend stellte sich die Versicherte wegen zunehmender Übelkeit in der Zentralen Notaufnahme des Kantonsspital St. Gallen (KSSG) vor, worauf in der Klinik für Neurochirurgie eine GCS-Überwachung durchgeführt wurde. Am 18. Februar 2019 wurde die Versicherte bei weiterhin leicht reduziertem Allgemeinzustand, bei aber insgesamt besserem Beschwerdebild mit GCS 15 und ohne Vorliegen fokalneurologischer Defizite, nach Hause entlassen. Es wurde ihr vom 18. bis 20. Februar 2019 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. 21). Die Suva erbrachte für die Folgen des Unfalls vom 17. Februar 2019 die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Suva-act. 5).

**A.c.** Am 11. Mai 2020 konsultierte die Versicherte Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, der in der Anamnese insbesondere rezidivierende beidseitige Kopfschmerzepisoden, vom Nacken in den Hinterkopf ausstrahlend, ohne sensomotorische Ausfälle, und eine in letzter Zeit eher verstärkte Symptomatik über teils mehrere Tage notierte. Als Diagnose stellte er einen Status nach



## St.Galler Gerichte

Schädelhirntrauma Grad I am 17. Februar 2019 (Snowboardsturz) mit/bei chronisch rezidivierend vertebralem Cephalgien linksbetont und muskulärer Dysbalance mit Haltemuskelschwäche. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (Suva-act. 26, vgl. auch Suva-act. 27).

**A.d.** Am 12. Mai 2020 liess die Versicherte der Suva durch ihre Arbeitgeberin einen Rückfall zum Unfall vom 17. Februar 2019 melden (Suva-act. 13; vgl. auch Suva-act. 14).

**A.e.** Am 15. Mai 2020 ging bei der Suva das Arztzeugnis UVG von Dr. E.\_\_\_\_ ein (Suva-act. 20). Am 30. Mai 2020 erstattete Dr. E.\_\_\_\_ einen hinsichtlich Befunden und Diagnose identischen ärztlichen Zwischenbericht (Suva-act. 27).

**A.f.** Am 2. Juni 2020 legte die Suva den Schadenfall ihrem Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, zur Beurteilung der Frage vor, ob die aktuellen Beschwerden auf den Unfall vom 17. Februar 2019 zurückzuführen seien. Dr. D.\_\_\_\_ bejahte eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität, empfahl aber eine MRT-Untersuchung des Neurocraniums und der Halswirbelsäule (=HWS) zum Ausschluss frischer oder älterer Strukturschäden (Suva-act. 28). Am 16. Juni 2020 wurde bei der Versicherten in der Radiologie Nordost, Diagnosezentrum F.\_\_\_\_, eine entsprechende MRT-Untersuchung durchgeführt. Der untersuchende Radiologe Dr. med. G.\_\_\_\_ sichtete keine strukturellen Läsionen des Neurocraniums, keine fokalen zerebralen Läsionen, keinen Hinweis für eine stattgehabte Blutung oder ein Subduralhämatom, keine Nasennebenhöhlenpathologien, keine Foramenstenosen oder Nervenwurzelkompressionen und keine zervikale Myelopathie, sondern erhob als Befund lediglich eine Streckfehlhaltung der HWS (Suva-act. 32). In seiner nachfolgenden Beurteilung vom 14. Juli 2020 hielt Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ insbesondere basierend auf dem vorgenannten radiologischen Untersuchungsergebnis fest, dass die aktuell beklagten Beschwerden nach klinischem und bildgebendem Ausschluss unfallbedingter struktureller Läsionen des Neurocraniums und der HWS nicht in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis 15 Monate zuvor stünden, sondern den schon vor dem Ereignis bestehenden rezidivierenden Problemen geschuldet seien. Eine Rückfallkausalität sei überwiegend wahrscheinlich zu verneinen (Suva-act. 33).



## St.Galler Gerichte

**A.g.** Mit Verfügung vom 16. Juli 2020 eröffnete die Suva der Versicherten, dass zwischen den als Rückfall gemeldeten Kopf- und Nackenbeschwerden und dem Unfall vom 17. Februar 2019 kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe. Entgegenkommenderweise übernehme die Suva die bis zum Verfügungsdatum entstandenen Behandlungskosten im Sinne von Abklärungskosten. Weitere Versicherungsleistungen (Heilkosten, Taggeld) könne sie indessen nicht mehr übernehmen (Suva-act. 36).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 16. Juli 2020 erhob die Versicherte mit Eingabe vom 29. Juli 2020 Einsprache (Suva-act. 42).

**B.b.** Am 6. Oktober 2020 verfasste Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ eine ausführliche ärztliche Beurteilung des medizinischen Sachverhalts sowie der kausalen Zusammenhänge im laufenden Verfahren (Suva-act. 45).

**B.c.** Mit Einspracheentscheid vom 16. Januar 2021 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab (Suva-act. 50).

### **C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 28. Januar 2021 bei der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Leistungspflicht der Unfallversicherung für die am 12. Mai 2020 als Rückfall gemeldeten Beschwerden zu bejahen. Die Beschwerdeführerin machte insbesondere geltend, dass die im Einspracheentscheid erwähnten chronischen Schmerzen gemäss den beigelegten Behandlungseinträgen von ihrem Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ (act. G 1.2) erstmals am 15. Mai 2020 (richtig: 11. Mai 2020) dokumentiert worden seien. Aus der von Dr. E.\_\_\_\_ gestellten Diagnose gehe klar hervor, dass die Schmerzen seit dem 17. Februar 2019 bestünden und nicht bereits davor bestanden hätten. Sie seien chronisch rezidivierend seit dem 17. Februar 2019 (act. G 1). Die Eingabe wurde als Beschwerde zuständigkeitshalber dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen überwiesen (act. G 0).



## St.Galler Gerichte

**C.b.** In der Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3) und reichte aufgrund der Vorbringen der Beschwerdeführerin eine ergänzende Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2021 ein (act. G 3.1).

**C.c.** Am 18. März 2021 übermittelte die Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht zuständigkeitshalber (act. G 5) einen Arztbericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. März 2021, worin dieser insbesondere bestätigte, dass die Beschwerdeführerin erstmalig am 11. Mai 2020 durch ihn untersucht worden sei. Die Aussage von Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 22. Februar 2021 (act. G 3.1) "im Erstbehandlungsbericht vom Unfalltag ..." sei nicht korrekt (act. G 5.1). Die vom Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin eingeräumte Gelegenheit, zum Arztbericht von Dr. E.\_\_\_\_ Stellung zu nehmen, lief unbenützt ab, worauf das Versicherungsgericht den Schriftenwechsel abschloss (act. G 7). Nachdem die Beschwerdegegnerin aufgrund des Schreibens von Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. März 2021 den Schadenfall nochmals durch Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ hatte beurteilen lassen (act. G 8.1), reichte sie am 5. Mai 2021 zusammen mit der kreisärztlichen Beurteilung eine weitere Eingabe ein (act. G 8). Die Beschwerdeführerin liess sich auch zu den vorgenannten Akten nicht vernehmen, worauf das Versicherungsgericht den Schriftenwechsel erneut abschloss (act. G 9).

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

### Erwägungen

#### 1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu beurteilen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den am 12. Mai 2020 gemeldeten Rückfall zum Unfall vom 17. Februar 2019.

#### 2.



**2.1.** Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) 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 (André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurz Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 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 oder 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 (KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66, 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 122 V 158 f. E. b mit zahlreichen Hinweisen; SZS 2018 S. 357 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 134 V 112 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb, 118 V 291 f. E. 3a; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung und kein Schädelhirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädelhirntraumas, muss geprüft werden, ob zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend. Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der



HWS und Schädelhirntraumen setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 327 E. 3b).

**2.2.** Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S.79). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung und möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen wird dann gesprochen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 118 V 296 f. E. 2c; KOSS-Nabold, N 89 f. zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 117 zu Art. 6).

**2.3.** Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 138 V 221 f. E. 6 mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG; SR 830.1]) oder der verfügenden Verwaltungsstelle (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt sind. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt



Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfall zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 79). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 221 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55).

**2.4.** 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 Beweiswerts 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 Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 470 ff. E. 4.4, 4.6 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 4, S. 12, E. 3.2).

### 3.

Die von Dr. D.\_\_\_\_ am 22. Februar 2021 (act. G 3.1) und 12. April 2021 (act. G 8.1) verfassten Beurteilungen betreffend Unfallkausalität der im Mai 2020 gemeldeten Kopf- und Nackenschmerzen (Suva-act. 13 f.) wurden von der Beschwerdegegnerin während



des laufenden Beschwerdeverfahrens, das heisst pendete lite, eingeholt. Grundsätzlich kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weiter oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. Einholen von Bestätigungen oder Rückfragen) zugelassen (vgl. BGE 127 V 232 f E. 2b/bb.; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 133 zu Art. 61). Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den versicherungsmedizinischen Sachverhalt bzw. die Frage der Unfallkausalität der als Rückfall gemeldeten Kopf- und Nackenschmerzen bereits im Verwaltungsverfahren durch Dr. D.\_\_\_\_ abklären liess. Dieser nahm insbesondere in seiner Beurteilung vom 6. Oktober 2020 (Suva-act. 45) umfassend Stellung (vgl. auch die kreisärztliche Beurteilung vom 14. Juli 2020 [Suva-act. 33]). Zusammen mit der Beschwerde vom 28. Januar 2021 (act. G 1) reichte nun aber die Beschwerdeführerin einen Auszug aus Behandlungseinträgen von Dr. E.\_\_\_\_ (act. G 1.2) ein und am 12. März 2021 erging zuhanden der Beschwerdegegnerin der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. März 2021 (act. G 5.1). Die Beschwerdegegnerin legte jeweils die erweiterte Aktenlage zur ärztlichen Überprüfung der Kausalitätsfrage Dr. D.\_\_\_\_ vor. Die Einholung der entsprechenden kreisärztlichen Beurteilungen vom 22. Februar 2021 (act. G 3.1) und 12. April 2021 (act. G 8.1) war vor dem Hintergrund des oben Dargelegten zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C\_284/2014, E. 5.5 und 15. Januar 2014, 8C\_410/2013, E. 5). Die kreisärztlichen Aktenbeurteilungen wurden der Beschwerdeführerin ausserdem jeweils mit den entsprechenden Eingaben der Beschwerdegegnerin vom 24. Februar 2021 (act. G 3) und 5. Mai 2021 (act. G 8) zugestellt und es wurde ihr die Gelegenheit eingeräumt, sich dazu zu äussern, weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Aus diesen Gründen ist nicht von einer Verletzung des Devolutiveffekts auszugehen. Vielmehr rechtfertigt es sich, die Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ aus verfahrensökonomischen Gründen im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen.

#### 4.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob zwischen den von der Beschwerdeführerin am 12. Mai 2020 als Rückfall gemeldeten Kopf- und Nackenschmerzen und dem Unfall vom 17. Februar 2019 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hatte sich wegen der vorgenannten Beschwerden am 11. Mai 2020 bei Dr. E.\_\_\_\_ in Behandlung begeben. Unbestritten ist inzwischen, dass Dr. E.\_\_\_\_



die von ihm im Behandlungseintrag vom 11. Mai 2020 (act. G 1.2), im Arztzeugnis UVG vom 15. Mai 2020 (Suva-act. 20) sowie im ärztlichen Zwischenbericht vom 30. Mai 2020 identisch aufgeführten Befunde (vgl. auch Sachverhalt A.e) erstmalig anlässlich der Konsultation vom 11. Mai 2020 erhoben hat und er diesbezüglich nicht - wie von Dr. D.\_\_\_\_ in der ärztlichen Beurteilung vom 6. Oktober 2020 (Suva-act. 45) angenommen - von vorbestehenden Beschwerden ausgeht. Laut Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 12. März 2021 sind die Befunde bzw. Beschwerden klar auf das Unfallereignis vom 17. Februar 2019 zurückzuführen. Dr. D.\_\_\_\_ beurteilt demgegenüber die ab Mai 2020 und damit knapp 15 Monate nach dem Unfall beklagten Beschwerden nicht als überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfallereignisses vom 17. Februar 2019 (act. G 8.1). Nachfolgend ist zu entscheiden, von welcher Kausalitätsbeurteilung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

### 5.

**5.1.** 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 den Angaben der untersuchenden Person und 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 (Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 f. E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

**5.2.** Die beim Unfall erlittene Verletzung, festgehalten als Unfalldiagnose, bildet ein massgebendes Kriterium für die Beurteilung des Vorliegens traumatischer Folgeschäden. Die Erstbehandlung fand am Unfalltag bei Dr. C.\_\_\_\_ statt, der eine Comotio cerebri diagnostizierte (Suva-act. 1, 2). Ebenfalls noch am 17. Februar 2019 stellte sich die Versicherte wegen zunehmender Übelkeit in der Zentralen Notaufnahme des KSSG vor und wurde danach stationär in die Klinik für Neurochirurgie aufgenommen, wo die behandelnden Ärzte ebenfalls ein Schädelhirntrauma Grad 1 klinisch ohne fokale-neurologische Defizite diagnostizierten (Suva-act. 21). In der durch Dr. G.\_\_\_\_ am 16. Juni 2020 durchgeführten MRT-Untersuchung des Schädels und der HWS der Beschwerdeführerin gelangte einzig eine Streckfehlhaltung zur Darstellung. Ansonsten zeigte sich ein normales Kernspintomogramm; es konnten weder fokale zerebrale Läsionen, Nasennebenhöhlenpathologien, Foramenstenosen,



Nervenwurzelkompressionen oder eine zervikale Myelopathie ausgemacht werden noch ergaben sich Hinweise für eine stattgehabte Blutung oder ein Subduralhämatom (Suva-act. 32). Vor diesem Hintergrund können damit - wie von Dr. D.\_\_\_\_ überzeugend und nachvollziehbar festgestellt (Suva-act. 33-1, 45-3) - organisch-strukturelle Unfallfolgen ausgeschlossen werden (zur Streckfehlhaltung vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Auch klinisch neurologisch liess sich offensichtlich im KSSG keine ursächlich strukturelle Läsion feststellen (vgl. Suva-act. 21).

**5.3.** Auch die im Rahmen des Rückfalls erhobenen Befunde sowie die Rückfalldiagnose, welche weitere bedeutsame Kriterien für die Beurteilung des Vorliegens traumatischer Folgeschäden darstellen, lassen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf traumatische Folgeschäden schliessen.

**5.3.1.** Am 11. Mai 2020 konsultierte die Beschwerdeführerin wegen Kopfschmerzen, vom Nacken in den Hinterkopf ausstrahlend, Dr. E.\_\_\_\_. Dieser erhob als Befunde eine relativ schwach ausgeprägte Haltemuskulatur mit Myogelosen zervikonuchal linksbetont und Ausstrahlung occipitoparietal (Suva-act. 20, 27-1, act. G 1.2). Diese Befunde sind für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Eine unfallbedingt schwach ausgeprägte Haltemuskulatur sowie unfallbedingte Myogelosen sind zwar nicht ausgeschlossen. Sie können jedoch nur als sekundäre unfallkausale Gesundheitsschädigungen vorkommen, d.h. sie gründen ihrerseits auf einer unfallkausalen Körperverletzung wie beispielsweise einer Fraktur (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 131 f., 856, 860; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1205 "Myalgie", S. 1212 "Myogelose"; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 1268 "Myalgie", S. 1379 "Myogelose"). Angesichts des Gesagten kann bei vorliegend fehlender unfallkausalen Körperverletzung nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der obgenannten Befunde mit dem Unfall vom 17. Februar 2019 ausgegangen werden.

**5.3.2.** Als Rückfalldiagnose führte Dr. E.\_\_\_\_ einen Status nach Schädelhirntrauma Grad 1 am 17. Februar 2019 (Snowboardsturz) mit/bei chronisch rezidivierenden vertebrogenen Cephalgien linksbetont und muskulärer Dysbalance mit Haltemuskelschwäche auf. Abgesehen vom Zusatz "Status", der lediglich anzeigt, dass



dem aktuellen Zustand ein bestimmter Umstand bzw. eine Gesundheitsschädigung vorausgegangen ist, jedoch keine Folgen definiert, stimmt die Rückfalldiagnose mit der Unfalldiagnose überein. Genannt wird zudem der Befund der Dysbalance mit Haltemuskelschwäche (vgl. dazu Erwägung 5.3.1) sowie das bei der Versicherten anamnestisch erhobene Beschwerdebild chronisch rezidivierender vertebra gener Cephalgien linksbetont (vgl. act. G 1.2). Auch aus der Rückfalldiagnose kann überwiegend wahrscheinlich keine organisch-strukturelle Unfallrestfolge abgeleitet werden. Hinsichtlich des Schädelhirntraumas Grad 1 und der Dysbalance mit Haltemuskelschwäche ist auf die Ausführungen in den Erwägungen 5.2 und 5.3.1 zu verweisen. Vertebra gene Cephalgien sind sodann zwar ein typisches Symptom nach einem Schädelhirntrauma (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 1599). In den echtzeitlichen Untersuchungsberichten sind allerdings keine Kopf- und Nackenschmerzen vermerkt, sondern wird (nur) eine Übelkeit beschrieben (Suva-act. 21). Im Regelfall werden jedoch verletzungstypische Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall oder zumindest in zeitlicher Nähe dazu wahrgenommen und es darf davon ausgegangen werden, dass sie, sofern sie vorgelegen hätten, Eingang in die ärztlichen Untersuchungsberichte gefunden hätten. Gerade in Bezug auf Kopf- und Nackenschmerzen ist im Übrigen festzuhalten, dass deren Ursachenspektrum, wie auch dasjenige von Myogelosen, vielfältig ist und in keiner Weise in einem Unfall liegen muss. Die genannten Beschwerden vermögen sich zudem wechselseitig zu beeinflussen bzw. gegenseitig zu unterhalten, weshalb sie erfahrungsgemäss auch häufig zusammen beschrieben werden (vgl. z.B. "Kopfschmerz": Pschyrembel, a.a.O., S. 983; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1286; Nackenschmerzen bzw. -steifigkeit: Pschyrembel, a.a.O., 1120; "Myogelose": Pschyrembel, a.a.O., S. 1212; Debrunner, a.a.O., S. 800). So beschrieb offenbar auch die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ die Kopfschmerzen als vom Nacken in den Hinterkopf ausstrahlend. Der von Dr. E.\_\_\_\_ in der Diagnose verwendete Zusatz "chronisch" untermauert die Unklarheit der Ätiologie von Beschwerden. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das Verhältnis zwischen organischem Gesundheitsschaden und erlebter Behinderung immer ungewisser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber mit seiner Psyche, die Arbeitsumstände bzw. eine körperlich belastende Tätigkeit, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45 ff.).

**5.4.** Bezüglich der im konkreten Fall vorliegenden Unfalldiagnose eines leichten Schädelhirntraumas wird sodann von Seiten der medizinischen Forschung (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder



Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 40/1996, S. 462 ff. und insbesondere S. 467) festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädelhirntrauma einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche. Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach einer Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirnschädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung rufen (Jenzer, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463). Die vorgenannte Heilungsdauer für ein leichtes Schädelhirntrauma findet gerade auch in der konkreten Anamnese eine eindeutige Stütze. Im Grundfall ist als letzte ärztliche Untersuchung diejenige in der Klinik für Neurochirurgie im KSSG vom 17. bis 18. Februar 2019 aktenkundig (Suva-act. 21). Darauf folgte ein Intervall ohne aktenkundige Heilbehandlungen von rund 15 Monaten bis zur Konsultation bei Dr. E.\_\_\_\_ am 11. Mai 2020 (act. G 1.2, vgl. auch act. G 5.1). Die Komponente des zeitlichen Ablaufs bildet ein bedeutsames Indiz für unfallfremde Kopf- und Nackenschmerzen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2016, 8C\_465/2016, E. 4.2). Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Brückensymptome bzw. die seit dem Unfall angeblich bestehenden vertebra-genen Cephalgien (Suva-act. 22, act. G 1.2 und G 5.1) sind nicht nachgewiesen. Die Folgen dieser Beweislosigkeit wirken sich zu Lasten der Beschwerdeführerin aus (vgl. Erwägung 2.3). Ohne dokumentierte Brückensymptome lässt die Latenzzeit von rund 15 Monaten - wie von Dr. D.\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen 6. Oktober 2020 (Suva-act. 45) sowie 22. Februar und 12. April 2021 (act. G 3.1, G 8.1) festgehalten bzw. entsprechend berücksichtigt - eine Rückfallkausalität als unwahrscheinlich erscheinen. Angesichts des zeitlichen Ablaufs im vorliegenden Fall ist mithin ein Zusammenhang höchstens möglich. Dass im konkreten Fall die Ursache für die Schmerzen im Unfall liegt, ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich.

### 5.5.

**5.5.1.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aufgrund der ursprünglich gestellten Unfalldiagnose, der im Rückfall erhobenen Diagnose und Befunde, des zeitlichen Ablaufs sowie des Ergebnisses der radiologischen Untersuchung betreffend Vorliegen relevanter unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen keinerlei Anhaltspunkte für eine Unfallkausalität der am 12. Mai 2020 gemeldeten Kopf- und Nackenbeschwerden ergeben. Die Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_



umfassen die im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung massgebenden Beurteilungskriterien und erscheinen damit in der Schlussfolgerung einer Verneinung der Unfallkausalität der Kopf- und Nackenbeschwerden durchaus schlüssig und überzeugend.

**5.5.2.** Die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 12. März 2021, aus seiner Sicht seien die chronisch rezidivierenden vertebra-genen Cephalgien klar auf das Unfallereignis zurückzuführen (act. G 5.1), vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Auch Dr. E.\_\_\_\_ bestätigt, dass er die Beschwerdeführerin erstmals am 11. Mai 2020 wegen der vorgenannten Beschwerden untersucht habe. Im Übrigen fehlt im Bericht eine nachvollziehbare, schlüssige medizinische Begründung seiner Schlussfolgerung. Seine weitere Bestätigung, die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall an den vertebra-genen Cephalgien, reicht nicht aus, um von einer natürlich unfallkausalen organisch-strukturellen Schädigung auszugehen. 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 (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Im Übrigen hatte die Beschwerdeführerin anlässlich des Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 12. Mai 2020 betreffend Rückfallmeldung gemäss deren Telefonnotiz angegeben, sie habe "in letzter Zeit" vermehrt Kopfschmerzen und einen verspannten Nacken (Suva-act. 14). Diese Formulierung deutet ebenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine seit dem Unfall durchgehend bestehende Beschwerdesymptomatik hin.

## 6.

**6.1.** Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädelhirntraumen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 3; BGE 117 V 369) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art, unter anderem - wie von der Beschwerdeführerin beklagt - Kopf- und Nackenschmerzen, aber auch zahlreiche weitere Beschwerden auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG)



objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt 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. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 29. Mai 2012, 8C\_849/2011, E. 5.2; 30. Januar 2007, U 215/05; 15. März 2007, U 258/06) muss bei einer schleudertraumaähnlichen Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden 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 und bei einem Schädelhirntrauma zusätzlich Kopfschmerzen 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.

**6.2.** Laut echtzeitlichem Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 20. Februar 2019 betreffend die dortige Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 17. bis 18. Februar 2019 litt diese innerhalb der erforderlichen Latenzzeit (vgl. Erwägung 6.1) unter Übelkeit. Die Beschwerdegegnerin gab zudem eine kurze Bewusstlosigkeit an; sie könne sich aber an alles erinnern. Weitere Beschwerden sind dem Bericht nicht zu entnehmen (Suva-act. 21). Die Erstbehandlung hatte davor bei Dr. C.\_\_\_\_ stattgefunden, dessen Honorarrechnung vom 17. Februar 2019 lediglich die Diagnose "Commotio cerebri", jedoch keine weiteren medizinischen Angaben enthält (Suva-act. 2). Übelkeit ist zwar ein typisches Symptom nach einem Schädelhirntrauma (vgl. dazu Liste Hans Schmidt und Jürg Senn [Hrsg.], Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 2004, S. 14 f.). Doch zeigt sich das in den medizinischen Akten dokumentierte Beschwerdebild hinsichtlich seiner Vielfalt sehr bescheiden und hat sich vor allem - wie bereits erwähnt - im Verlauf verändert, was mit Blick auf die Ausführungen in Erwägung 6.1 untypisch ist. Selbst wenn also angesichts der echtzeitlich gestellten Diagnose (Commotio cerebri bzw. Schädelhirntrauma Grad 1; Suva-act. 2, 21) von einer schleudertraumatypischen Verletzung ausgegangen werden muss, ist festzuhalten, dass angesichts des Gesagten nicht mit dem



Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine solche Verletzung mit Langzeitfolgen bis zur erneuten Behandlung durch Dr. E.\_\_\_\_ am 11. Mai 2020 angenommen werden kann.

**6.3.** Ein Schädelhirntrauma, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbarer Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. Erwägung 2.1) nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C\_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1, und 6. Mai 2003, U 6/03). Die Schwere eines Schädelhirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhalten der Patient oder die Patientin für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktionen auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädelhirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 240 "Bewusstseinsstörung" und S. 673 "Glasgow Coma Scala"; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.2). Die Beschwerdeführerin zeigte sich am Unfalltag beim Eintritt in die Klinik für Neurochirurgie voll orientiert. Die Pupillen waren beidseits mittelweit und isokor sowie prompt reagibel auf das Licht. Die Augenmotorik war intakt und die Beschwerdeführerin sah keine Doppelbilder. Anamnestisch gab sie sodann lediglich eine kurze Bewusstlosigkeit mit einem uneingeschränkten Erinnerungsvermögen an. Die bei ihr im KSSG durchgeführte GCS-Überwachung ergab jederzeit den Wert 15. Die klinische Untersuchung zeigte sodann keine fokale-neurologischen Defizite. Entsprechend wurde die Diagnose eines Schädelhirntraumas Grad 1 gestellt (Suva-act. 21), was eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 134 V 109 begründeten Schleudertrauma-Praxis ausschliesst. Selbst wenn jedoch eine Adäquanzprüfung durchzuführen wäre, müsste die Adäquanz verneint werden, wie die diesbezüglich zutreffenden Ausführungen in der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 5. Mai 2021 zeigen (act. G 8).

**6.4.** Ebenso unpassend würde sich in Bezug auf den vorliegenden Fall eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen bzw. der sogenannten "Psycho-Praxis" darstellen, nachdem den vorliegenden Akten keinerlei Hinweise auf eine psychische Problematik



der Beschwerdeführerin zu entnehmen sind. Weiterungen zur Adäquanz erübrigen sich demnach.

### 7.

Zusammenfassend lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Januar 2021 nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

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