



Fall-Nr.: UV 2006/48
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.05.2020
Entscheiddatum: 12.03.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 12.03.2007

Art. 4 ATSG, Art. 6 UVG. Kausalität von Rückenbeschwerden, die 2 Jahre nach Behandlungsabschluss aufgetreten sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. März 2007, UV 2006/48).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und

Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 12. März 2007

In Sachen

A.____

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Jürg Wissmann, Mythenstrasse 10, 8733
Eschenbach SG,

gegen

SWICA Versicherungen, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Die 1973 geborene A.___ war bei B.___ als Betriebsmitarbeiterin der Lagerzentrale tätig und in dieser Eigenschaft bei der Swica Gesundheitsorganisation (nachfolgend Swica) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am Montag, 16. September 2006 gemäss Bagatellunfallmeldung vom 19. September 2002 einen Rollwagen aufstellen wollte und sich dabei am Rücken verletzte (Prellung). Mit Schreiben vom 26. September 2002 (act. 2) anerkannte die B.___ Versicherungsagentur der Swica die Leistungspflicht für die Folgen des Ereignisses vom 16. September 2002 und bestätigte diese mit Schreiben vom 7. Oktober 2002 auch bezüglich der Taggeldleistungen, nachdem mit Unfallmeldung vom 15. Oktober 2002 nachträglich noch eine Arbeitsunfähigkeit ab 17. September 2002 zu 100 bzw. 50% bis 14. Oktober 2002 gemeldet worden war (act. 3, 5). Mit ärztlichen Zwischenberichten vom 26. November 2002 (act. 6) bzw. 4. Dezember 2002 meldeten Dr. med. C.___, und Dr. D.___, Chiropraktor SCG/ECU einen Behandlungsabschluss per 25. Oktober bzw. 6. November 2002. In einem nachträglich eingereichten Arztzeugnis vom 9. April 2003 gab Dr. med. E.___, Allgemeine Medizin FMH, der die Versicherte ab 27. September 2002 behandelt hatte, die Diagnose einer Muskelzerrung (Differentialdiagnose Thorakalgie durch Reizung tiefe Strukturen) bekannt. Die Versicherte habe am 16. September 2002 bei der Arbeit etwas aufgehoben. Dabei habe es ihr plötzlich einen starken Zwick in den Rücken und Thoraxbereich mit Schmerzangabe danach gegeben. Er habe klinisch diese Dolenz im mittleren Thoraxbereich auf Druck und bei Bewegung gefunden.

b) Mit Arztzeugnis vom 3. November 2004 (act. 22) meldete Dr. med. F.___, Allgemeine Medizin FMH, Manuelle Medizin (SAMB), der die Versicherte am 17. September 2002 als erstbehandelnder Arzt nach dem Ereignis vom 16. September 2002 behandelt hatte, eine Zunahme der anfallsweise immer wieder auftretenden Blockierungen der BWS. Da solche Blockierungen vor dem Verhebetauma nie aufgetreten seien, schein ein zeitlicher und ursächlicher Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16. September 2002 gegeben. Als Diagnose für das Ereignis vom 16. September 2002 gab Dr. F.___ ein Verhebetauma mit blockierter BWS bekannt. Aufgrund obiger Meldung von Dr.



F.____ stellte die Swica der Versicherten am 22. November 2004 einen Unfallfragebogen zu, den diese am 1. Dezember 2004 ausgefüllt wieder zurück sandte, wobei sie den Unfall wie folgt schilderte: "Ich bin am Arbeiten gewesen. Ich hatte gerade den Wagen abgefüllt und wollte wegfahren, als der gefüllte Wagen abstürzte. Es war sehr schwer, darum habe ich einen Kollegen um Hilfe gerufen. Beim Lupfen des Wagens ist der Unfall passiert" (sprachliche Anpassungen ohne Sinnänderung durch Verf.). Mit Schreiben vom 27. Januar 2005 teilte das Swica Dienstleistungszentrum der B.____ der Versicherten mit, aus den ihr mittlerweile zur Verfügung stehenden Unterlagen gehe hervor, dass sie am 16. September 2002 keine Prellung, sondern ein Verhebetrauma erlitten habe. Aufgrund dieses Tatbestands müsse der Entscheid vom 7. Oktober 2002 widerrufen werden. Da weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege, bestehe für den Grundfall grundsätzlich kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung der Swica. Entsprechend müsse auch ein Leistungsanspruch für die behandlungsbedürftigen Beschwerden ab 24. September 2004 abgelehnt werden.

c) Auf Zuweisung von Dr. F.____ wurde die Versicherte am 12. Juli und 9. August 2005 in der ambulanten Sprechstunde des Departements Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitation, am Kantonsspital untersucht. Im Bericht vom 22. August 2005 (act. 40) wird als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom mit betont thorakaler und lumbaler Komponente mit Ausstrahlung in das rechte Bein bei rechtskonvexer skoliotischer Fehlhaltung lumbal, rechtsbetonter ISG-Arthrose bei Beckenschiefstand sowie diskreter Bandscheiben-Verschmälerung L5/S1 ohne Kompression neuraler Strukturen aufgeführt. Die Skoliose und der Beckenschiefstand seien angeblich seit Jahren bekannt. Früher habe die Versicherte einmal Einlagen getragen, derzeit verwende sie keine orthopädischen Hilfen. Eine Erkrankung aus dem entzündlichen rheumatischen Formenkreis könne ausgeschlossen werden.

d) Mit Verfügung vom 13. Januar 2006 lehnte das Swica Dienstleistungszentrum der B.____ eine Leistungspflicht für das Ereignis vom 16. September 2002 ab, da es sich dabei nicht um einen Unfall im Sinn der Rechtsprechung handle (act. 42).

B.- Die von Rechtsanwalt Dr. iur. J. Wissmann, Eschenbach, für die Versicherte dagegen erhobene Einsprache wies die Swica mit Einsprachentscheid vom 13. März 2006 ab.



St.Galler Gerichte

C.- a) Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 30. Mai 2006 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Leistungspflicht der Unfallversicherung für das Ereignis vom 16. September 2002 zu bejahen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, es liege durchaus ein Unfallereignis im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVV vor, habe die Versicherte doch eine aus dem Gleichgewicht geratene, sich zur Schräglage senkende Palett-Kiste halten und wieder in die Gleichgewichtslage bringen wollen. Die Sachverhaltsannahme der Beschwerdegegnerin beruhe auf einer sprachlich bedingten Fehlinterpretation der Sachverhaltsschilderung der Beschwerdeführerin im Unfallfragebogen.

b) In der Beschwerdeantwort vom 27. Juli 2006 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Aus den Angaben der Beschwerdeführerin im Unfallfragebogen vom 22. November 2004 gehe klar hervor, dass der Schmerz erst beim gemeinsamen Hochheben der abgestützten Wagenladung und nicht bereits beim Versuch, die aus dem Gleichgewicht geratene Palett-Kiste aufzufangen, aufgetreten sei.

c) Mit Replik vom 30. August 2006 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin unverändert am ursprünglichen Rechtsbegehren fest. Dabei bestreitet er insbesondere auch das Vorliegen einer "Rückfallkausalität", da die Beeinträchtigungen in der Folge des Ereignisses vom September 2002 nie ganz aufgehört hätten.

d) Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet. Ebenso haben beide Parteien auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet (Art. 69 VRP).

II.

1.- Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und die zugehörige Verordnung (ATSV; SR 830.11) in Kraft getreten. Die Beschwerdeführerin erlitt am 16. September 2002 den zur Diskussion stehenden Vorfall. Der Einspracheentscheid erging am 13. März 2006.



Mangels einschlägigen Übergangsrechts fällt damit sowohl die Anwendung des bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Rechts als auch das ab 1. Januar 2003 geltende neue Recht in Betracht. Letzteres hat in Bezug auf den Unfallbegriff keine materielle Änderung erfahren (Art. 4 ATSG; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialversicherungsrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 30. September 2004 i/S R. [U 25204]; vgl. auch BGE 130 V 445). Auch bezüglich des unfallversicherungsrechtlichen Begriffs des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und dessen Bedeutung als eine Voraussetzung für die Leistungspflicht nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat das ATSG zu keinen Änderungen geführt (Urteil des EVG vom 5. November 2004 i/S C., E. 2 mit Hinweisen [U 106/04]). In den vorgenannten Bereichen besteht somit gar kein Bedarf nach einer intertemporären Regelung, weshalb es sich aufdrängt, die gegenwärtig geltenden Bestimmungen des ATSG zur Anwendung zu bringen (vgl. zum Grundsatz der Widerspruchslosigkeit der Rechtsordnung: RALPH JÖHL, Übergangsrechtliche Probleme im Leistungsrecht der Sozialversicherung, Diss. St. Gallen 1996, S. 1 ff., welcher die generelle Anwendbarkeit neuen Rechts auf Grund eines sog. "Geltungsprinzips" befürwortet). Die formellrechtlichen Bestimmungen - d.h. Art. 27 bis 62 ATSG - sind sodann uneingeschränkt sofort in Kraft getreten (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Art. 82 Rz. 8).

2.- Der Unfallversicherer ist nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich- und adäquatkausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen

(ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl., Zürich 2003, S. 42 ff.). Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat (BGE 119 V 335 E. 1 mit Hinweisen). Die Frage nach dem Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs ist eine Tatfrage, worüber im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im



Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu entscheiden hat (BGE 117 V 360 E. 4a). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b). 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, so dass an eine andere Ursache vernünftigerweise nicht zu denken ist (vgl. BGE 123 III 112 E. 3a, 123 V 103 E. 3d, 122 V 416 E. 2). Aufgabe des Arztes ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174).

3.- a) Am 19. September 2002 liess die Beschwerdeführerin durch ihre Arbeitgeberin ein Ereignis vom 16. September 2002 als Unfall melden (act. 1), in dessen Folge sie bis 6. November 2002 bei verschiedenen Ärzten, Dres.E.____, F.____, C.____ und D.____, in Behandlung stand. Ausserdem wurden ihr vom 17. September bis 14. Oktober 2002 Arbeitsunfähigkeiten von 100 bzw. 50% attestiert (act. 5, 7, 18, 22). Mit formloser, schriftlicher Mitteilung vom 7. Oktober 2002 anerkannte die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Unfalls und erbrachte die entsprechenden Heilkosten- und Taggeldleistungen (act. 4, 14, 15). Am 25. Oktober 2002 folgte der Behandlungsabschluss bei Dr. C.____ und am 6. November 2002 derjenige bei Dr. D.____ (act. 6, 7). Am 3. November 2004 teilte Dr. F.____ der Beschwerdegegnerin mit, die Beschwerdeführerin leide erneut unter behandlungsbedürftigen Beschwerden (Blockierungen im Bereich der BWS) und ersuchte für die Beschwerdeführerin gestützt auf die formlose Mitteilung vom 7. Oktober 2002 um Vergütung von Heilbehandlungskosten ab 24. September 2004 (act. 26). Mit Schreiben vom 27. Januar 2005 lehnte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch für die ab 24. September 2004 behandlungsbedürftigen Beschwerden ab. Begründet wurde die Leistungsablehnung damit, die Beschwerdeführerin habe am 16. September 2002 keine Prellung, sondern ein Verhebetauma erlitten, womit sich kein Unfall im Sinne des Gesetzes sowie der Rechtsprechung des EVG ereignet habe. Aufgrund dieses neuen Tatbestandes müsse sie (die Beschwerdegegnerin) ihren Entscheid vom 7. Oktober 2002 widerrufen. An die Stelle dieses Schreibens trat zunächst die Verfügung vom 13.



Januar 2006 und schliesslich der im vorliegenden Verfahren angefochtene Einspracheentscheid vom 13. März 2006.

b) Die von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 26. September 2002 ursprünglich anerkannte Leistungspflicht (act. 2) ist allein gestützt auf die Bagatellunfallmeldung vom 19. September 2002 (act. 1) erfolgt. Darin wurde als Unfallbeschrieb das Aufstellen eines Rollwagens durch die Beschwerdeführerin genannt, wobei diese eine Rückenprellung erlitten habe. Die weiteren, Sachverhaltsschilderungen betreffend das Ereignis vom 16. September enthaltenden Akten (act. 18, 22, 24) lagen der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Beurteilung des ersten Leistungsgesuchs noch nicht vor. Nachdem es sich bei einer Prellung im Regelfall um eine Unfallfolge handelt und der erstbehandelnde Arzt Dr. F.____ in seinen ärztlichen Zeugnissen vom 23. September und 11. Oktober 2002 auch eine solche bestätigte, war es regelgerecht, dass die Beschwerdegegnerin ohne weitere Sachverhaltsabklärungen Versicherungsleistungen anerkannte. Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid lehnt nun die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich der neu, d.h. ab 24. September 2004 durchgeführten Heilbehandlungen ab. Die Leistungsablehnung begründet sie damit, dass aufgrund des von der Beschwerdeführerin neu geschilderten Geschehens eines Verhebetraumas (act. 18, 22, 24) kein Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG vorliege. Gemäss BGE 130 V 380 hat der Unfallversicherer bei Leistungseinstellungen die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor. Die Frage, inwieweit dieser Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts generell zu folgen ist, kann hier offen gelassen werden. Mindestens bei vorliegendem Sachverhalt (angesichts des ursprünglichen Leistungsgesuchs für eine Prellung durfte die Beschwerdegegnerin ohne weitere Sachverhaltsabklärungen Versicherungsleistungen anerkennen; vom Geschehen eines Verhebetraumas war erst später die Rede) durfte jedoch die Beschwerdegegnerin unabhängig davon, ob in Bezug auf den vorliegenden Fall von einem Rückfall oder - wie vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht - von einem Fortdauern des Grundfalls ausgegangen wird, auf ihren Entscheid der



Unfallanerkennung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf einen Rückkommenstitel zurückkommen. Nachdem die Beschwerdegegnerin keinerlei Rückforderungsansprüche geltend macht, gilt es sodann im vorliegenden Verfahren einzig die Frage zu prüfen, ob sie für die ab 24. September 2004 ärztlich behandelten Beschwerden leistungspflichtig ist. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, gilt es diese Frage unter zu Grundlegung aller möglichen Sachverhalte - Rückenprellung und Verhebetauma - zu verneinen. Es kann damit offen gelassen werden, ob am 16. September 2002 ein Verhebetauma stattgefunden hat bzw. dieses als Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG zu qualifizieren wäre.

4.- a) Die Beschwerdeführerin begab sich bei Dr. F.____ ab 24. September 2004 wegen immer wieder auftretender Blockierungen im Bereich der BWS sowie eines chronischen thorako-lumbo-vertebralen Schmerzsyndroms in ärztliche Behandlung. Im Zusammenhang mit der Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem als Unfall gemeldeten Ereignis vom 16. September 2002 und den heute geklagten gesundheitlichen Beschwerden im Bereich der LWS ist zunächst ein Blick auf die unmittelbaren Verletzungsfolgen zu werfen. Laut Berichten der behandelnden Ärzte Dr. E.____ und Dr. F.____ hat die Beschwerdeführerin damals offensichtlich keine Beschwerden im Bereich der LWS geltend gemacht und auch von ärztlicher Seite her sind keinerlei entsprechende Befunde oder Diagnosen erhoben bzw. gestellt worden. Die Beschwerdeführerin klagte einzig über Beschwerden im Bereich der BWS und des Thorax (act. 18, 22). Von LWS-Beschwerden ist erstmals im Bericht des Departements Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitation des KSSG vom 22. August 2005 und damit rund drei Jahre nach dem Ereignis vom 16. September 2002 die Rede. Selbst gegenüber Dr. F.____, bei welchem sich die Beschwerdeführerin ab 24. September 2004, d.h. zwei Jahre später, erneut in Behandlung begab, wurden offensichtlich keine derartigen Beschwerden angegeben. In Anbetracht dieser Aktenlage, insbesondere der dargelegten zeitlichen Komponente, erscheint die natürliche Kausalität zwischen den LWS-Beschwerden und dem Ereignis vom 16. September 2002 unwahrscheinlich. Wenn die Beschwerdegegnerin gegenüber dem Departement Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitation des Kantonsspitals nun angab, seit damals auch unter LWS-Schmerzen zu leiden, erscheint dies wenig glaubwürdig. Im Wissen um ein Unfallereignis liegt es nahe, dass eine Person bei Beschwerden das Vorliegen von Unfallfolgen genau abklären lässt, um nicht das Risiko einzugehen, Leistungen der



Unfallversicherung verlustig zu gehen. Im vorliegenden Fall liess sich die Beschwerdeführerin gemäss Akten jedoch während rund zwei Jahren nicht mehr ärztlich behandeln. Was schliesslich die ab 24. September 2004 erneut behandlungsbedürftigen Blockierungen im Bereich der BWS betrifft, muss auch deren natürliche Kausalität verneint werden. Zum einen ist auch hier wieder auf die zeitliche Komponente zu verweisen. Zwar klagte die Beschwerdeführerin bereits nach dem fraglichen Ereignis über solche Beschwerden. Doch vergingen nach Behandlungsabschluss bis zur nächsten Konsultation eines Arztes die bereits erwähnten zwei Jahre. Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin infolge des fraglichen Ereignisses strukturelle, nicht reversible Verletzungen im Bereich der BWS oder des Thorax erlitten hätte, finden sich in den Akten keine. Dr. F. ___ bemerkte zwar im Arztzeugnis vom 3. November 2004, es sei auffällig, dass die nun seit zwei Jahren immer wieder auftretenden Blockierungen im BWS-Bereich vor dem Verhebetauma nie aufgetreten seien. Ein zeitlicher und ein ursächlicher Zusammenhang scheine demnach gegeben. Der Arzt argumentiert hiermit jedoch nur mit der Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese Formel kann indessen nicht als Beweis betrachtet werden und erlaubt insbesondere nicht, einen natürlichen Kausalzusammenhang mit der im Unfallversicherungsrecht geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Eine medizinische Erklärung für die Schlussfolgerung enthält das Arztzeugnis hingegen nicht. Die vom Departement Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitation gestellte Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit betont thorakaler und lumbaler Komponente mit Ausstrahlung in das rechte Bein bei rechtskonvexer skoliotischer Fehlhaltung lumbal, rechtsbetonter ISG-Arthrose bei Beckenschiefstand und diskreter Bandscheibenverschmälerung L5/S1 ohne Kompression neuraler Strukturen vermag schliesslich für die LWS-, Thorax- sowie BWS-Beschwerden ebenfalls keine Kausalität zu dem als Unfall gemeldeten Ereignis vom 16. September 2002 zu begründen. Das Vorliegen eines Schmerzsyndroms bedeutet keinesfalls automatisch auch das Vorliegen kausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut ROCHE LEXIKON MEDIZIN (S. 1540) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes



St.Galler Gerichte

Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Gerade ein Lumbovertebralsyndrom ist im übrigen typisch für die bei der Beschwerdeführerin festgestellten degenerativen Gesundheitsschäden.

b) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder die mit Bagatellunfall-Meldung vom 19. September 2002 gemeldete Rückenprellung bzw. das am 7. Oktober 2002 von der Beschwerdegegnerin de-facto anerkannte Unfallereignis vom 16. September 2002 noch ein damals allfällig erlittenes Verhebetauma mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die behandlungsbedürftigen Beschwerden ab 24. September 2004 verantwortlich gemacht werden können. Demgemäss ist ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Beschwerdegegnerin abzuweisen. Dabei kann offen gelassen werden, ob die Beschwerdeführerin am 16. September 2002 tatsächlich einen Unfall erlitten hat. Die Frage der Adäquanz des Kausalzusammenhangs braucht in dieser Situation ebenfalls nicht geprüft zu werden.

5.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. März 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

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