



Fall-Nr.: UV 2011/98
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 02.08.2012
Entscheiddatum: 02.08.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 02.08.2012

Art. 6 Abs. 1 UVG. Wegfall der Unfallkausalität fast elf Monate nach dem Unfallereignis mit allfälligen Zerrungen und/oder Kontusionen im Rückenbereich bei lediglich möglicher, nicht überwiegend wahrscheinlicher Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. August 2012, UV 2011/98).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 2. August 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherte) war im Rahmen von arbeitsmarktlichen Massnahmen der UNIA Arbeitslosenkasse, bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 5. November 2010 als Lenkerin eines Fahrzeugs von hinten angefahren wurde und sich dabei die Wirbelsäule stauchte (Suva-act. 1, 12).

A.b Gleichentags konsultierte sie Dr. med. B.____ im Spital C.____ (Suva-act. 2). Es wurden ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma, eine Schulterkontusion links (mögliche Verletzung der Rotatorenmanschette nicht sicher ausgeschlossen), eine Wirbelsäulenkontusion, vor allem obere Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), sowie eine Prellung kranial der Spina iliaca anterior superior links nach Auffahrunfall diagnostiziert (Suva-act. 7). Gemäss den Röntgenberichten vom 7. November, 16. November und 17. Dezember 2010 konnten keine Frakturen nachgewiesen werden, doch bestand ein Verdacht auf traumatische Spondylolyse der Bogenwurzeln BWK 12 links mit zarter Fissur ohne Dislokation oder resultierende Gefügestörung (Suva-act. 9, 34, 28, 45.1). Am 1. Dezember 2010 zog die Versicherte nach Deutschland (Suva-act. 5; act. G 1.24). Dr. med. D.____, prakt. Arzt, und Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, diagnostizierten ein myofasiales Schmerzsyndrom, eine Brustwirbelfraktur T12 und den Verdacht auf seronegative chronische Polyarthritits (Suva-act. 46, 49). Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH Allgemeine Medizin, Sportmedizin SGSM/Manuelle Medizin SAMM, und Dr. D.____ attestierten der Versicherten seit dem Unfall vom 5. November 2010 bis 7. April 2011 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 21, 60). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Suva-act. 18, 38; act. G 1.21).

A.c Am 3. Mai 2011 wurde eine biomechanische Kurzbeurteilung erstellt (Suva-act. 77). PD Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 27. Mai 2011 unter anderem fest, dass die Versicherte durch den Unfall vom 5. November 2010 möglicherweise eine nicht-dislozierte Fraktur der Bogenwurzel von BWK 12 links erlitten habe und eine strukturelle Läsion im Bereich des peripheren oder zentralen Nervensystems nicht nachweisbar sei (Suva-act. 81). Eine MRT der gesamten



St.Galler Gerichte

Wirbelsäule vom 4. August 2011 ergab keinen Nachweis eines Knochenmarködems im BWK 12 (Suva-act. 98).

A.d Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 1. September 2011 (Suva-act. 104) stellte Dr. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, fest, dass aufgrund der diversen Bildgebungen und des Unfallmechanismus eine Fraktur im Bereich des Pedikel BWK 12 nicht zumindest wahrscheinlich nachgewiesen und eine strukturelle Unfallfolge radiologisch ausgeschlossen worden sei. Spätestens sechs Monate nach dem Trauma sei davon auszugehen, dass die Kontusionsfolgen vollständig abgeheilt seien. Gestützt auf diese Beurteilung stellte die Suva mit Verfügung vom 6. September 2011 die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 30. September 2011 ein (Suva-act. 106).

B.

Die von der Versicherten am 25. September 2011 erhobene Einsprache (Suva-act. 108) wurde mit Einspracheentscheid vom 4. November 2011 abgelehnt (Suva-act. 113).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte mit Eingabe vom 28. November 2011 sinngemäss Beschwerde mit dem Antrag um eine erneute Prüfung des Falls (act. G 1). Zur Begründung führte sie mit Verweis auf ihre separaten Anmerkungen (act. G 1.4) an, dass der Einspracheentscheid vom 4. November 2011 mit erheblichen sachlichen Mängeln behaftet sei, viele Aussagen nicht im kausalen Zusammenhang ständen, das Gutachten von Dr. med. H.____ teilweise auf falschen Tatsachen beruhe und Diagnosen von Ärzten nicht berücksichtigt worden seien.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 18. Januar 2012 (act. G 4) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde soweit darauf einzutreten sei. Zur Begründung verwies sie auf die Erwägungen im Einspracheentscheid und brachte insbesondere vor, dass in Bezug auf die geklagten Rückenbeschwerden weder im HWS- noch im BWS- oder LWS-Bereich organische/strukturelle Unfallfolgen objektivierbar seien, insbesondere auch keine Frakturen und keine neurologischen Schäden. Weder Bestand noch Unfallkausalität der verschiedentlich diskutierten Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.



Eine solche Fraktur käme auch nicht als Ursache der beklagten Beschwerden in Frage. Die Heckauffahrkollision vom 5. November 2010 sei zudem aus biomechanischer Sicht nicht geeignet, eine solche Verletzung sowie Beschwerden im BWS-Bereich zu bewirken. Nachdem es an objektivierbaren organischen/strukturellen Unfallfolgen fehle, verbleibe in organischer Hinsicht die Diagnose einer Rückenkontusion bzw. -distorsion. Es entspreche einer medizinisch-empirischen Erfahrungstatsache, dass ein solcher Gesundheitsschaden spätestens sechs Monate nach dem Unfall ausgeheilt sei. Vorliegend sei der medizinische Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 30. September 2011 längst erreicht gewesen. Die psychischen bzw. physisch nicht objektivierbaren Faktoren seien mangels eines bei einem Schleudertrauma typischen, bunten Beschwerdebilds nach der Psycho-Praxis zu beurteilen. Es handle sich um einen leichten Unfall, weshalb die Adäquanz von vornherein zu verneinen sei. Selbst bei Qualifikation als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Fällen seien alle Adäquanzkriterien zu verneinen.

C.c Mit Replik vom 9. Februar 2012 (act. G 6) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Standpunkt fest und beantragte die Erstellung eines neutralen ärztlichen Gutachtens durch den Amtsarzt der Bundesrepublik Deutschland und einen neutralen Unfallgutachter von TÜV oder der Dekra.

C.d Mit Duplik vom 29. Februar 2012 (act. G 8) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest.

Erwägungen:

1.

Streitig ist vorliegend, ob die Versicherungsleistungen (Heilungskosten, Taggelder), welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 5. November 2010 ausgerichtet wurden, auf den 30. September 2011 eingestellt werden durften.

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 (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82 174, E. 2b). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177, E. 3.1 mit Hinweisen). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. [BGE 117 V 359](#), E. d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung ;118 V 286, E. 3a). Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb; 123 V 98 E. 3b; 118 V 286 E. 3a; 117 V 359 E. 5d/bb mit Hinweisen).

2.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06 E. 3.3). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten



Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f. E. 3b).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

3.



3.1 Die Beschwerdeführerin klagte unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 5. November 2010 über Druckdolenzen im Bereich der HWS und Schmerzen im Bereich der BWS/LWS (Suva-act. 2). Im Spital C.____ wurden selbentags ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma, eine Schulterkontusion links, eine Wirbelsäulenkontusion, vor allem obere BWS und LWS sowie eine Prellung kranial der Spina iliaca anterior superior links nach Auffahrunfall diagnostiziert (Suva-act. 7). Dem Röntgenbericht vom 7. November 2010 (Suva-act. 9) ist zu entnehmen, dass im Beckenskelett, der HWS und der LWS keine ossären Läsionen ersichtlich seien. Im CR BWS war gemäss Bericht neben einer erhaltenen Kyphose eine leichte Höhenminderung der Deckplatte der BWK 3 und 5 auszumachen. Eine Magnetresonanztomographie (MRT) vom 16. November 2010 ergab keine Hinweise auf eine thoracale Wirbelkörperfraktur, unter anderem wurden mehrere Wirbelkörperhämangiome festgestellt (Suva-act. 34). Eine weitere MRT der LWS nativ vom 17. Dezember 2010 (Suva-act. 28) wurde dahingehend beurteilt, dass ein Verdacht auf traumatische Spondylolyse der Bogenwurzeln BWK 12 links mit zarter Fissur ohne Dislokation oder resultierende Gefügestörung bestehe. Es wurde eine leichte – da ohne Knochenmarksödem mutmasslich anlagebedingte – Abflachung im Deckplattenbereich von BWK 11, BWK 12 und LWK 1 festgestellt, allerdings bestand auch hier kein Hinweis auf eine Wirbelkörperfraktur. Nebenbefundlich wurden wiederum multiple Hämangiome festgestellt. Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Leiter der neurochirurgischen Klinik J.____, sah in seinem Bericht vom 19. Januar 2011 (Suva-act. 45.1) ebenfalls keinen sicheren pathologischen Befund als gegeben an. Zwar konnte er eine Fraktur bei nachweislicher Unterbrechung der Kortikalis und Auflockerung der Spongiosa des linken Wirbelbogens des BWK 12 am Übergang des Pedikels zur Lamina mit der damals vorgelegenen Bildgebung nicht sicher ausschliessen. Jedoch hielt er explizit fest, dass er die Beschwerden der Beschwerdeführerin dieser isolierten Veränderung des Wirbelbogens BWK 12 ohne bildgebend evidente Affektion nervaler Strukturen nicht zuordnen könne. Es bestehe kein Hinweis auf eine Instabilität oder Kompression von Nervenwurzeln oder Rückenmark, weshalb aktuell auch kein neurochirurgischer Handlungsbedarf bestehe. Dr. E.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. Januar 2011 (Suva-act. 49) ein myofaszielles Schmerzsyndrom, eine Brustwirbelfraktur T12 sowie den Verdacht auf seronegative chronische Polyarthrit. Die Funktionsaufnahmen der LWS in zwei



Ebenen vom 1. März 2011 (Suva-act. 51) zeigten ein regelrechtes Alignement ohne Hinweis auf eine Gefügeverschiebung sowie nur leichte kaudale Spondylarthrosen bei sonst altersentsprechender knöcherner Darstellung. In seinem Bericht vom 8. Februar 2011 (Suva-act. 46) stellte Dr. D.____ fest, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall am 5. November 2010 eine Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 links erlitten habe, wobei aus dem Bericht nicht hervorgeht, wie er diese Fraktur diagnostiziert hat oder auf welcher Bildgebung sein Befund beruht. Seit diesem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma habe die Beschwerdeführerin Schmerzen bei sämtlichen Bewegungen und beim Schlafen im BWS/LWS – Bereich. Intensive Krankengymnastik dürfe aufgrund der Wirbelbogenfraktur noch nicht durchgeführt werden. Im neurologischen Gutachten vom 27. Mai 2011 (Suva-act. 81) ging PD Dr. G.____ davon aus, dass die Beschwerdeführerin durch den Unfall ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma und möglicherweise eine nicht-dislozierte Fraktur der Bogenwurzel von BWK 12 links erlitten habe. Es zeige sich ein myofasciales Schmerzsyndrom der BWS/LWS ohne neurologische Ausfälle. Eine strukturelle Läsion sei nicht nachweisbar. Eine MRT der gesamten Wirbelsäule vom 4. August 2011 (Suva-act. 98) erbrachte keinen Nachweis eines Knochenmarködems, insbesondere im Bereich der vermuteten Fissur der linksseitigen Bogenwurzel BWK 12. Dies sei sieben Monate nach der initialen CT-Untersuchung selbst bei damaligem Vorliegen einer Fissur nicht zu erwarten. Insgesamt seien aktuell keine sicheren Zeichen einer WK-Fraktur vorhanden.

3.2 Bei der Beurteilung von kraniozervikalen Beschleunigungstraumata kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 109 E. 9; 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), wobei die Untersuchungsmethoden überdies wissenschaftlich anerkannt sein müssen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische, nicht aber somatisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Als solche gelten Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf die Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Entsprechend können ein Thoracic outlet Syndrom (TOS),



myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008 E. 6.1 mit zahlreichen Hinweisen). Bei den vorgenannten Gesundheitsschäden, insbesondere bei der Kyphose, den multiplen Wirbelkörperhämangiomen, der Spondylolyse, der vermuteten Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 und der seronegativen chronischen Polyarthritis, handelt es sich um organische Substrate, die grundsätzlich immerhin als Ursache der geklagten Beschwerden im BWS- und LWS-Bereich in Frage kommen. Zu prüfen ist daher im Folgenden, inwieweit diese organischen Substrate durch den Unfall vom 5. November 2010 verursacht wurden oder inwieweit der Unfall darauf eingewirkt hat. In Frage kommt eine durch den Unfall verursachte organische Gesundheitsschädigung, eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands oder ein durch den Unfall lediglich ausgelöster (nicht verursachter) oder vorübergehend verschlimmter degenerativer Vorzustand. Beim Unfall als Auslösefaktor interessiert im Weiteren die Frage, ob der Beschwerdeschub noch andauert bzw. bis zu welchem Zeitpunkt er angedauert hat (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 E. 3).

3.3

3.3.1 Bei der Kyphose handelt es sich um eine dorsal konvexe Krümmung der Wirbelsäule, die entweder durch eine angeborene Fehlbildung eines Wirbelkörpers bzw. durch Systemerkrankungen entstanden ist, oder u.a. bei Rachitis, Spondylitis ankylosans, Scheuermann-Krankheit (juvenile Kyphose) oder Osteoporose (senile Kyphose) erworben oder durch eine Fehlhaltung hervorgerufen wurde (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, 262. neu bearbeitete und erweiterte Auflage Berlin/New York 2010, S. 1131 f. und S. 821 unter "Haltungsstörungen"). Auch die Ursache der multiplen Wirbelkörperhämangiome kann nicht im Unfallereignis liegen, da es sich dabei um meist angeborene gutartige kapilläre bis kavernöse Tumoren durch Wucherung von Blutgefässen handelt (Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage München 2003, S. 754). Bei der seronegativen chronischen Polyarthritis handelt es sich um eine gleichzeitig oder nacheinander in mehreren Gelenken auftretende Gelenkentzündung



ohne Nachweis des Rheumafaktors, deren Ätiologie ungeklärt ist, wobei Immunpathogenese und Infektionen als Ursache diskutiert werden (Roche Lexikon, a.a.O., S. 132 unter "Arthritis" und S. 1489). Als Spondylolyse wird eine Spaltbildung oder Unterbrechung in der Interartikularportion des Wirbelbogens, die zu lokaler Wirbelkörperinstabilität und Spondylolisthesis (Abgleiten des betreffenden Wirbels) führen kann, bezeichnet (Pschyrembel, a.a.O., S. 1954; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Auflage 2005, S. 843 ff.). Zwar ist dafür grundsätzlich auch eine traumatische Ätiologie denkbar, jedoch handelte es sich vorliegend einerseits lediglich um eine Verdachtsdiagnose, welche den Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügen kann, andererseits bestanden im MRT vom 4. August 2011 keine Hinweise mehr auf eine Spondylolyse und auch nicht auf die vermutete Fissur der Bogenwurzel BWK 12. Entsprechend konnte Prof. Dr. I.____ in seinem Bericht vom 19. Januar 2011 eine Fraktur an besagter Stelle mit der ihm damals vorliegenden Bildgebung lediglich "nicht sicher ausschliessen" und die Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht dieser isolierten Veränderung des Wirbelbogens BWK 12 ohne bildgebend evidente Affektion nervaler Strukturen zuordnen. Ebenso bezeichnete PD Dr. G.____ eine nicht-dislozierte Fraktur der Bogenwurzel von BWK 12 links mit Bericht vom 27. Mai 2011 lediglich als möglich. Gemäss Bericht vom 1. September 2011 von Dr. H.____ wird eine Kortikalisunterbrechung aussenseitig dargestellt, wobei eine entsprechende Fraktur durch das Unfallereignis nicht erklärt werden könne, so dass die Unterbrechung der Kortikalis im Rahmen der Spongiosaveränderung zu erklären sei. Bei einer Kompression, welche zu einer Fraktur führe, komme es zu einer Stauchung mit Ausbildung eines Ovals, so dass eine durchgehende Fraktur beider Pedikel bzw. einer kombinierten Knochen-Band-Verletzung zu erwarten sei. Des Weiteren komme üblicherweise bei einer Fraktur ein Frakturhämatom zur Darstellung, was sich ebenfalls nicht finde, so dass die Fraktur zumindest nicht wahrscheinlich vorgelegen habe. Allein dadurch, dass Dr. D.____ feststellt, die Beschwerdeführerin habe beim Verkehrsunfall vom 5. November 2010 eine Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 links erlitten und habe seit diesem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma Schmerzen bei sämtlichen Bewegungen und beim Schlafen im BWS/LWS-Bereich, vermag er keine natürliche Kausalität zu begründen, da die Formel "post hoc ergo propter hoc" beweisrechtlich



untauglich ist und eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335, E. 2b/bb). Dr. E.____ verwies in Bezug auf seine Diagnose der Brustwirbelfraktur T12 auf eine MRT des BWK; allerdings ergab die MRT vom 16. November 2010 keine Hinweise auf eine thoracale Wirbelkörperfraktur und bei der in der MRT der LWS nativ vom 17. Dezember 2010 diagnostizierten Spondylolyse der Bogenwurzeln BWK 12 links mit zarter Fissur ohne Dislokation oder resultierende Gefügestörung handelt es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose. Schliesslich wurde in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 3. Mai 2011 (Suva-act. 77) festgestellt, dass die BWS durch die Sitzlehne wesentlich besser abgestützt sei als die Halswirbelsäule durch die Kopfstütze. Daher seien direkt nach einer Heckkollision in der BWS (wie auch der LWS) auftretende Beschwerden aus biomechanischer Sicht ohne das Vorliegen von seltenen technischen Besonderheiten in der Sitzlehne oder deutliche Vorschädigungen im BWS-Bereich nicht erklärbar, was auch für die hier diskutierte Fraktur eines Wirbelbogens auf Höhe BWK 12 gelte. In diesem Sinn ist es lediglich möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, dass bei der Beschwerdeführerin eine Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 durch den Unfall vom 5. November 2010 verursacht wurde. Nach dem Gesagten steht aufgrund fehlender anderweitiger bildgebender Feststellungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bereits fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine durch den Unfall verursachte klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung ausgeschlossen werden kann.

3.3.2 Das Vorliegen einer richtunggebenden, mithin dauernden, unfallbedingten Verschlimmerung der degenerativen Gesundheitsschäden wurde von den Ärzten nirgends diskutiert und ist ebenfalls auszuschliessen. Nachdem wie oben festgestellt weder die Existenz einer Fraktur der Bogenwurzel BWK 12 noch deren Unfallkausalität überwiegend wahrscheinlich ist, ist auch nicht anzunehmen, dass eine Verschlimmerung aus ebendiesen Gründen erfolgt sein soll. Selbst wenn eine vorübergehende Verschlimmerung zu bejahen wäre, müsste aufgrund der Bildgebung im August 2011, wonach insgesamt keine sicheren Zeichen einer Wirbelkörperfraktur vorhanden sind und der Nachweis eines Knochenmarködems im BKW 12 selbst bei Vorliegen einer Fissur zum Unfallzeitpunkt nicht zu erwarten gewesen wäre, davon ausgegangen werden, dass der status quo sine bezüglich des BWK 12 zum Zeitpunkt



der Leistungseinstellung am 30. September 2011 erreicht war. Zudem ist es eine medizinische Erfahrungstatsache, dass eine Verschlimmerung nur dann als erwiesen gelten kann, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel und das Auftreten bzw. die Vergrösserung von Randzacken nach einem Trauma aufzeigt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46, E. 3a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 25. November 2004, U 107/04; E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen, in: Baur/Nigst [Hrsg.], Versicherungsmedizin, Bern 1972, S. 180). Die medizinischen Akten enthalten keine Hinweise darauf, dass sich der degenerative Zustand der BWS/LWS im Zeitpunkt des Unfalls vom 5. November 2010 massiv verändert hätte. Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben; bei einem Unfall ohne strukturelle Läsion am Achsenskelett ist die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen (E. Bär/B. Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67, Dezember 1994, S. 46). Allgemein kann eine Kontusion und/oder Zerrung der Wirbelsäule eine bisher stumme Wirbelsäulenerkrankung zwar symptomatisch machen, dabei handelt es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung (Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 52).

3.3.3 Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den fraglichen Unfall im Bereich HWS/BWS/LWS weder eine klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung noch eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands erlitten hat.

3.4

3.4.1 Wie bereits angedeutet, kann ein Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. In diesem Fall übernimmt die Unfallversicherung jedoch lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Kreisarzt Dr. H.____ hielt diesbezüglich in seinem Bericht vom 1. September 2011 (Suva-act. 104)



fest, dass nach Distorsionen und Kontusionen der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule ohne strukturelle Unfallläsion davon auszugehen sei, dass Unfallfolgen innerhalb weniger Wochen vollumfänglich abheilen. Spätestens sechs Monate nach dem Trauma sei davon auszugehen, dass die Kontusionsfolgen, so auch die thorakolumbalen Beschwerden (Suva-act. 110), vollständig abgeheilt seien. Durch die verschiedenen Ärzte seien Beschwerden im Bereich des thorakolumbalen Übergangs bestätigt. Die anfänglichen Halswirbelsäulebeschwerden seien nicht mehr erwähnt worden, so dass in diesem Bereich keine relevante Besserung mehr zu erwarten sei. Gestützt darauf stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 30. September 2011 ein.

3.4.2 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen (Distorsionen) oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Dasselbe gilt allgemein bei harmlosen Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen; diese heilen selbst bei degenerativen Vorzuständen normalerweise innert kurzer Zeit ab (Bär/Kiener, a.a.O., S. 45). Dieser medizinische Erfahrungssatz darf, zumal er der herrschenden medizinischen Lehrmeinung entspricht, im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Dies hat insbesondere für den Nachweis des status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02 E. 2.2, E. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar, U 357/06 E. 4.6). In den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79, 2008, hält Autor Erich Bär sogar fest, dass Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken (mithin Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden) ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzung zu erklären seien. Dabei weist er auf zahlreiche weitere Publikationen hin (E. Bär, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. Ein Update., in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 79, 2008, S. 104). Insofern zeichnet sich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall durch stetige Besserung des unfallkausalen



Beschwerdeanteils aus (vgl. dazu Bär/Kiener, a.a.O., S. 45). Schliesslich spricht der Umstand, dass seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen und eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit bestehen, nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen bzw. eine andauernde unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

3.4.3 Dem Bericht vom 25. Januar 2011 zufolge veranlasste Dr. E.____ die Versorgung mit einer elastischen lumbalen Bandage und rezeptierte eine transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) für drei Monate (Suva-act. 49). Zudem erfolgte eine krankengymnastische Übungsbehandlung mit Haltungsschulung und Atemtherapie und später auch eine Akupunkturbehandlung (Suva-act. 78). Eine Besserung im Behandlungsverlauf konnte durch diese Behandlungsmassnahmen gemäss Zwischenbericht vom 15. Juli 2011 nicht erzielt werden (Suva-act. 93). Anlässlich eines Assessments in der Schmerzambulanz vom 9. August 2011 (Suva-act. 102) wurde in therapeutischer Hinsicht eine Intensivierung der physikalischen Therapiemassnahmen zur Aktivierung und zur Vermeidung von Spätfolgen im Sinn einer Dekonditionierung und sekundären Symptomverstärkung empfohlen. Zudem wurde eine Einzeltherapie mit manueller Therapie, Wärmetherapie, ggf. KG Gruppe im Bewegungsbad und Massagen unter einer begleitenden medikamentösen Intervalltherapie mit Etoricoxib 60mg/Tag für 2-4 Wochen rezeptiert. Eine Teilnahme am teilstationären multimodalen Schmerzprogramm mit Schwerpunkt Rücken (Münchener Rücken Intensiv-Programm [MRIP]) wurde zunächst für den November 2011 vorgeschlagen. Mit Schreiben vom 26. August 2011 (act. 102) äusserte sich Dr. D.____ ebenfalls dahingehend, dass die bisherigen Therapiemassnahmen keinen anhaltenden Erfolg gehabt hätten und die Schmerzen in der LWS und im thorakolumbalen Übergang sowie die schmerzbedingten nächtlichen Durchschlafstörungen noch immer vorhanden seien. Daher sei dringend eine kompakte Schmerztherapie notwendig, die die Arbeitsfähigkeit wieder herstellen solle. Den Angaben von Dr. D.____ zufolge begann diese Therapie am 24. August 2011 (Suva-act. 102, 108). Der von der Beschwerdeführerin ihrem Schreiben vom 18. Juni 2011 beigelegten Broschüre (Suva-act. 88) ist zu entnehmen, dass das Programm täglich über einen Zeitraum von vier



Wochen stattfindet. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass die Behandlung zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 30. September 2011 abgeschlossen war. Weitere Heilbehandlungen standen den Akten zufolge nicht mehr an. Angesichts dieser Ausführungen erscheinen die Feststellungen von Dr. H.____ am 1. September 2011 schlüssig und nachvollziehbar. Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, Dr. H.____ sei fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sie Beifahrerin und nicht Lenkerin des Unfallfahrzeugs gewesen sei (act. G 1.4), zumal sämtliche medizinischen Berichte, auf die sich Dr. H.____ stützt, und auch die biomechanische Kurzbeurteilung von der richtigen Annahme ausgehen, die Beschwerdeführerin sei Lenkerin des Unfallautos gewesen. Die Beurteilung von Dr. H.____ erfolgte in Kenntnis der ärztlichen Berichte und medizinischen Erfahrungstatsachen. Medizinische Erfahrungstatsachen beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Im vorliegenden Fall liegen keine Hinweise für einen Ausnahmefall vor. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die durch den Unfall bedingten Zerrungen und/oder Kontusionen spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 30. September 2011 abgeheilt waren.

3.4.4 Aufgrund des Gesagten ist nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung, d.h. fast 11 Monate nach dem Unfallereignis vom 5. November 2010, von einem Wegfall der Kontusions- und/oder Zerrungsfolgen sowie der Folgen der vermuteten Fraktur des Wirbelbogens BWK 12 als Ursache der noch geklagten Beschwerden auszugehen. Eine Leistungspflicht wegen Unfallrestfolgen über den 30. September 2011 hinaus lässt sich demzufolge nicht begründen.

4.

Auch wenn nach Eintritt des Unfalls vom 5. November 2010 anfänglich eine HWS-Distorsion im Raum stand und ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma diagnostiziert wurde (Suva-act. 2, 7, 81), ist vorliegend nicht weiter zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin von einem Schleudertrauma oder einer



schleudertraumaähnlichen Verletzung auszugehen ist. Zwar traten gemäss Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Suva-act. 2) ca. zwei Stunden nach dem Unfall Nackenschmerzen auf, was nach Rechtsprechung auch ohne Auftauchen des typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. innerhalb der Latenzzeit für ein HWS-Trauma spricht (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Die anfänglichen Schmerzen in der HWS haben sich nach Angaben der Beschwerdeführerin zurückgebildet (Suva-act. 81). Beschwerden im HWS-Bereich sind seit Januar 2011 weder medizinisch dokumentiert, noch wurden sie im vorliegenden Verfahren geltend gemacht (Suva-act. 2, 21, 45.1, 49, 81, 93). Allenfalls in Zusammenhang mit Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen geltend gemachte typische Beschwerden traten bei der Beschwerdeführerin erst viel später (erstmalig dokumentiert im Mai 2011) in Form von Migräne auf, wobei PD Dr. G.____ davon ausging, dass kein wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Unfall bestehe. Nachdem ein Schleudertrauma bzw. eine schleudertraumaähnliche Verletzung als Befund für die thorakolumbalen Beschwerden von ärztlicher Seite nirgends postuliert wird, ist nicht davon auszugehen, dass ihre Ursache in einer Verletzung durch Schleudertrauma liegt.

5.

Dem Begehren, es sei ein neutrales ärztliches Gutachten durch den Amtsarzt der Bundesrepublik Deutschland und einen neutralen Unfallgutachter von TÜV oder der Dekra einzuholen, ist nicht stattzugeben. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 131 I 153 E. 3; 124 V 90 E. 4b; SVR UV 1996 Nr. 62 E. 3 S. 212 f.).

6.



Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. November 2011 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.

Schweizerische Hoheitsakte auf dem Gebiet eines ausländischen Staats verletzen dessen Gebietshoheit dann nicht, wenn den schweizerischen Behörden eine solche Zustellung vom ausländischen Staat erlaubt wird; dies erfolgt regelmässig in entsprechenden Abkommen. Das bilaterale Abkommen zwischen der Schweiz und Deutschland über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.136.1) gestattet den Behörden, einzig im Bereich des Sozialversicherungsrechts direkt mit Adressaten im anderen Abkommensstaat zu verkehren. Bescheide eines Trägers einer Vertragspartei können einer Person, die sich im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhält, unmittelbar durch Einschreibebrief zugestellt werden (Art. 34 des Abkommens). Vorliegend ist daher eine direkte Urteilszustellung nach Deutschland zulässig.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

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