

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 79

Entscheid vom 16. Juli 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____, Lindenhofweg 2, 8806 Bäch,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

gegen

C._____,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt D._____

Gegenstand

Unfallversicherung (Heilungskosten, Taggeld, Fallabschluss)

Sachverhalt:

A. A. _____, geboren 1973, war seit November 2011 in einem Pensum von ca. 20% bei der E. _____ angestellt und dadurch bei der C. _____ obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als sie am 30. August 2016 als Lenkerin eines Motorfahrzeuges bei Rotlicht hinter bereits stehenden Fahrzeugen angehalten hatte, ein nachfolgendes Auto von hinten in ihr Fahrzeug auffuhr und dieses dadurch in das voranstehende Auto stiess. A. _____ wurde ins Spital F. _____ überführt, wo ihr eine HWS Distorsion Grad II, eine Schulterkontusion links und eine LWS Kontusion diagnostiziert wurde. Sie wurde zur Überwachung bis am 31. August 2016 hospitalisiert.

Am 30. September 2016 knickte A. _____ beim Treppenabsteigen mit dem linken Fuss ein und erlitt dabei einen Bänderriss im Sprunggelenk.

B. Die C. _____ erbrachte für diese Unfallereignisse die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung). Am 9. Juni 2017 eröffnete die C. _____ A. _____ folgende Verfügung:

- Es besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont mit coxogenen Schmerzen, der Beschwerden an der rechten Hand sowie der chronischen Bursitis subdeltoidea rechts und der Verkalkung der Supraspinatusehne.
- Die Heilkosten aus der obligatorischen Unfallversicherung für das cervikospondylogene Syndrom mit initialen Verspannungen der Nackenmuskulatur werden per 28.2.2017 eingestellt.
- Die Kostenübernahme für die Physiotherapie wird aus der obligatorischen Unfallversicherung per 28.4.2017 eingestellt.
- Die Taggeldleistungen bleiben per 26.2.2017 eingestellt.
- Einer allfälligen Einsprache wird in Anwendung von Art. 11 Abs. 1 lit. b ATSV die aufschiebende Wirkung entzogen.

(Rechtsmittelbelehrung / Kostentragung)

C. Gegen diese Verfügung liess A. _____ am 9. August 2017 Einsprache erheben mit den Rechtsbegehren um deren Aufhebung und Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, wobei insbesondere von der Einstellung der Heilungskosten per 28. Februar 2017, der Physiotherapiekosten per 28. April 2017 sowie der Taggeldleistungen per 26. Februar 2017 abzusehen sei.

D. Mit Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 wies die C. _____ die Einsprache vom 9. August 2017 ab.

E. A. _____ lässt am 10. September 2018 fristgerecht Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 sowie die Verfügung vom 9. Juni 2017 seien aufzuheben.
2. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, insbesondere seien die Heilungskosten über den 28. Februar 2017, die Physiotherapie-Kosten über den 28. April 2017 sowie die Taggeldleistungen über den 26. Februar 2017 hinaus zuzusprechen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt. zulasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 21. Januar 2019 lässt die Vorinstanz die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde vom 10. September 2018 beantragen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

1.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; 123 V 45 Erw. 2b; 119 V 335 Erw. 1; 118 V 286 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage,

worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; 119 V 335 Erw. 1; 118 V 286 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

1.2.3 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil BGer 8C_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1).

1.2.4 Sind Unfallfolgen dagegen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma bzw. eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, muss geprüft werden, ob die 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 die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa aufgestellten Grundsätze (sog. "Psycho-Praxis") massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung

der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sog. "Schleudertrauma-Praxis").

1.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (*status quo ante*) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (*status quo sine*), erreicht ist (vgl. SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

1.3.2 Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der *status quo ante* noch der *status quo sine* je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 mit Hinweisen). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des *status quo sine vel ante* (vgl. Urteil BGer 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

1.3.3 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden 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 – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3).

1.4 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 125 V 146 Erw. 2c; 121 V 47 Erw. 2a) erstellt ist (Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz. 20).

1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

1.5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Für den Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der 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 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung

objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.5.2 Entscheidend für die Beweistauglichkeit einer ärztlichen Beurteilung aufgrund der Akten ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insb. dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2).

2.1 Mit der Verfügung vom 9. Juni 2017 (Vi-act. A47 = Bf-act. 4), welche mit Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 (Vi-act. A58 = Bf-act. 2) im Ergebnis bestätigt wurde, verneinte die Vorinstanz eine Leistungspflicht für das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont mit coxogenen Schmerzen, der Beschwerden an der rechten Hand sowie der chronischen Bursitis subdeltoidae rechts und der Verkalkung der Supraspinatussehne. Für das cervikospondylogene Syndrom mit initialen Verspannungen der Nackenmuskulatur anerkannte die Vorinstanz eine Leistungspflicht bis zum 28. Februar 2017. Die Subluxation des Sternoklavikulargelenks (nachfolgende SC-Gelenk) rechts sei eine Folge des Ereignisses vom 30. August 2016. Aufgrund dieser Subluxation sei keine Arbeits-

unfähigkeit ausgewiesen. Eine Physiotherapie für das SC-Gelenk sei nicht zweckmässig. Die Taggelderleistungen stellt die Vorinstanz per 26. Februar 2017 ein. Die Kosten für die Physiotherapie übernahm sie bis am 28. April 2017. Für eine allfällig noch notwendige MRI-Untersuchung des SC-Gelenk erklärte sie, die Kosten noch zu übernehmen. Bezüglich des Unfallereignisses vom 30. September 2016 (44.072.119/4) wurde auf eine Verfügung vom 8. Juni 2017 verwiesen.

2.2 Die Beschwerdeführerin anerkannte mit Einsprache vom 9. August 2017 (Bf-act. 5), dass das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont mit coxogenen Schmerzen und die Beschwerden an der rechten Hand nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Bestritten wurde dagegen, dass seitens der Unfallresiduen seit dem 28. Februar 2017 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen solle und dass die erlittenen Verletzungen, als deren Folge auch die Bursitis subdeltoidea anzusehen sei, nicht mehr behandlungsbedürftig seien.

3. Bezüglich des Unfallereignisses vom 30. August 2016 und des Gesundheitszustandes /-verlaufs der Versicherten ergibt sich aus den Akten u.a. was folgt:

3.1 Am 30. August 2016 hatte die Versicherte als Lenkerin eines Motorfahrzeuges (G._____) bei Rotlicht hinter voranstehenden Autos angehalten, als ein nachfolgendes Auto (I._____) von hinten in ihr Fahrzeug auffuhr und dieses in das vor ihr stehende Auto (J._____) stiess (vgl. Polizeirapport vom 9.9.2016 [Vi-act. PR S. 4 f.]; Vi-act. A7). Laut der Unfallanalyse von N.____ (Dipl. Ing. HTL, Unfallanalytiker) vom 16. November 2016 (Vi-act. A28) betrug die überwiegend wahrscheinliche kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v) des G._____ der Versicherten beim Heckanstoss durch den I._____ 12.00...15.9 km/h, wobei sich die Versicherte initial-kollisionsbedingt annähernd achsparallel nach hinten bewegte. Die überwiegend wahrscheinliche kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v) des G._____ der Versicherten betrug beim anschliessenden Heckanstoss gegen den J._____ 6.00...8.6 km/h. Die Versicherte bewegte sich dabei initial-kollisionsbedingt annähernd achsparallel nach vorne.

3.2 Im Austrittsbericht des Spitals F._____ (elektronisch visiert ohne Unterschrift) vom 1. September 2016 wurden als Diagnosen eine HWS-Distorsion Grad II - bei Heckkollision, eine Schulterkontusion links sowie eine LWS Kontusion erhoben. Unter Eintrittsbefunde wurde festgehalten (Vi-act. M2):

42-jährige Patientin in normalem AZ und EZ, afebril, wach, autopsychisch, zeitlich und örtlich orientiert.

Neurostatus: GCS 15, kein Meningismus, Pupillen isokor, Lichtreaktion direkt und konsensuell prompt, Okulomotorik normal, keine Doppelbilder, Gesichtsfeld und Gehör grobkursorisch normal, kein Nystagmus, Gehirnnerven: III, IV, V, VI, VII, IX, XI, XII grobkursorisch unauffällig, Oberflächensensibilität und Motorik der Extremitäten symmetrisch, BSR, ASR und PSR symmetrisch auslösbar, Babinski bds negativ. Gangbild unauffällig, Zehenstand und Fersengang möglich.

HWS: Keine Schwellung, kein Hämatom, keine Rötung. Druckdolenz über dem M. trapezius im kranialen Nackenbereich und im medialen Schulterbereich. Keine Druckdolenz occipital. Klopf-/Druckdolenz über Wirbelsäule C5 - 7. Schmerzbedingt eingeschränkte Flexion/Extension und Seitenneigung rechts/links. Kraft in den Extremitäten intakt, Sensibilität, Motorik und Durchblutung peripher intakt.

LWS: Keine Schwellung, kein Hämatom, keine Rötung. Druckdolenz über L2 - 4. Flexion/Extension schmerzbedingt leicht eingeschränkt.

Schulter links: Keine Schwellung, kein Hämatom, keine Rötung. Druckdolenz im Bereich des Acromioclaviculargelenkes [nachfolgend AC-Gelenk] und Margo medialis, Sensibilität und Durchblutung peripher intakt. Schmerzbedingt leicht eingeschränkt Bewegung in alle Ebenen.

FAST-Sonographie: Keine Verletzung der intraabdominalen Organe, keine freien Flüssigkeiten.

Die Zuweisung sei nach Heckkollision durch den Rettungsdienst erfolgt. Der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Kein Kopfanprall. Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Bewusstlosigkeit und Amnesie seien verneint worden. Seither habe die Patientin Schmerzen an der HWS, LWS und linken Schulter. Computertomografisch konnten eine intrakranielle Blutung und eine Fraktur ausgeschlossen werden. Die zur Analgesie und GCS-Überwachung erfolgte stationäre Aufnahme verlief unauffällig. Bei radiologischem Verdacht auf LWK 1 und LWK 2 Fraktur und persistierten Beschwerden wurde eine Computertomographie durchgeführt, ohne Hinweis auf eine Fraktur (vgl. Vi-act. M1, M3 und M4). Am 31. August 2016 wurde die Versicherte in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen. Bei computertomographisch teils deutlichen breitbasigen Protrusionen p.m. C4/5 sowie C6/7, teils mit Kalzifikationen und bekannten Schmerzen in der HWS, wurde eine Kontrolle mittels MRI im Verlauf empfohlen (100% AUF bis 4.9.2016).

3.3 Dr.med. K._____ (Facharzt FMH für Rheumatologie) erhob in der rheumatologischen Beurteilung vom 8. September 2016 folgende Diagnosen (Vi-act. M12/1):

1. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom deutlich linksbetont
 - symptomatische ISG-Dysfunktion deutlich links betont
2. Akutes cervikospondylogenes Syndrom
 - Auto-Auffahrunfall 30.08.2016 mit kraniocervikalem Beschleunigungstrauma
 - St. n. Hospitalisation F._____ 30.08.-01.09.2016 [recte: -31.08.2016]
3. Chronische coxogene Schmerzen
 - Impingement Hüfte bei beginnender Coxarthrose
 - St n. rezidivierenden Hüftgelenksinfiltrationen 2013, 2015 ohne Effekt
 - Ausgeprägte Periarthropathia coxae links

4. Chronische OSG-Schmerzen

- St. n. Revision Peronealsehne OSG links 19.08.2005 [recte: 2015; vgl. dazu Vi-act. M7] nach Distorsion OSG Juni 2015

3.4 Am 13. September 2016 erfolgte ein MRI der HWS im Q._____. Dr.med. H._____. (FMH Radiologie) hielt in der MRI-Beurteilung geringe degenerative Veränderungen fest. Breitbasige bis foraminal beidseits reichende Bandscheibenprotrusion auf Höhe HWK 6/7 mit linksbetonter osteodiscaler neuroforaminaler Enge und leichter Kompression der C7-Wurzel links als mögliche Ursache der Symptomatik. Ansonsten nicht kompressive Bandscheibenveränderungen; keine Myelopathiezeichen (vgl. Vi-act. M6 S. 2).

Der Hausarzt, med.pract. M._____. (Allg. Innere Medizin FMH) führte am 16. September 2016 u.a. aus, die Unfallerstversorgung im Spital F._____. habe keinen pathologischen Befund gezeigt. Die peripher wirksamen Analgetika hätten keinen adäquaten Effekt gezeigt (vgl. Vi-act. M6 S. 1). Er überwies die Beschwerdeführerin an Dr.med. K._____.

3.5 In der rheumatologischen Beurteilung der HWS der Versicherten vom 30. September 2016 stellte Dr.med. K._____ folgende Diagnosen (Vi-act. M22/1):

1. Subakutes cervikospondylogenes Syndrom mit/bei
 - cervikoradikuläre Komponente möglich
 - Auto-Auffahrunfall vom 30.08.2016 mit resultierendem craniocervikalem Beschleunigungstrauma
 - HWS-MRI vom 13.09.2016: Geringe degenerative Veränderung, einzig relevant breitbasige bis foraminal beidseits reichende Bandscheibenprotrusion auf Höhe HWK 6/7 mit linksbetonter osteodiscaler neuroforaminaler Enge und leichter Kompression der C7-Wurzel links.

Die Patientin beklage cervikobrachiale Schmerzen links, teilweise ausstrahlend periskapulär links und von occipital her helmförmig in den Kopf ausstrahlend. Ausstrahlungen würden in den linken seitlichen Ober- und Unterarm erfolgen. Die Schmerzen an der HWS seien deutlich stärker als die Armschmerzen.

3.6 Ein Mitarbeiter der Vorinstanz notierte am 4. Oktober 2016 im Protokoll 'Telefonische Erstabklärung bei Unfällen mit HWS-Beteiligungen', u.a. die Versicherte habe noch immer starke Schmerzen und Einschränkungen im Alltag; Nackenbeschwerden mit Ausstrahlungen in den linken Arm, die gleich nach dem Ereignis aufgetreten seien. Direkt nach dem Aufprall habe sie Schmerzen am Brustkorb sowie Kopfschmerzen gehabt. Bis dato sei keine konstante Besserung eingetreten, die Schmerzmittel könnten die Schmerzen kurzfristig lindern. Bis mindestens Ende Oktober 2016 sei sie zu 100% arbeitsunfähig (Vi-act. A8).

3.7 Gegenüber der Schadensinspektorin der Haftpflicht-Versicherung des Unfallverursachers gab die Versicherte gemäss SI-Besuchsbericht am 28. Oktober 2016 u.a. an, sie habe beim Unfallereignis vom 30. August 2016 die Sicherheitsgurte getragen, die Kopfstützen seien korrekt eingestellt gewesen, der Airbag sei nicht ausgelöst worden (Vi-act. A29 = Bf-act. 6). Auf die Kollision sei sie nicht gefasst gewesen. Sie sei mit dem Hinterkopf stark auf der Nackenstütze aufgeschlagen. Vorne habe sie den Kopf - so glaube sie - nicht angeschlagen.

Sie habe sofort irrsinnige Nackenschmerzen und Schmerzen in der Brust verspürt. Am Folgetag habe sie erstmals Kopfschmerzen gehabt und die Nackenschmerzen hätten zugenommen. Die Schmerzen im Bereich des linken Schulterblatts mit Ausstrahlung in den linken Arm seien erstmals ca. 4 Tage nach dem Unfall aufgetreten. Sie habe dem Hausarzt davon berichtet. Schwindelbeschwerden seien erstmals ca. 3 Wochen nach dem Unfall aufgetreten und würden weiterhin bestehen, etwa beim Aufsitzen vom Liegen nach der Therapie. Trotz Einnahme starker Schmerzmitteln (Tramal, Voltaren, Dafalgan, Palexia) hätten die Beschwerden zugenommen. Die Nackenbeschwerden seien dauernd vorhanden. Sie liessen sich am Ansatz zum Hinterkopf lokalisieren und würden entlang des linken Schulterblatts (unterhalb) in den linken Arm ausstrahlen. Die Finger der linken Hand würden sich geschwollen anfühlen. Im linken Arm verspüre sie Kribbelparästhesien, wenn sie den Arm lange in der gleichen Position halte. Die Schmerzintensität stuft sie zwischenzeitlich bei 9 (Skala von 1-10) ein. Ca. 3-4 Mal wöchentlich habe sie Kopfschmerzen, entweder am Hinterkopf, auf der linken Kopfseite oder im Bereich des Scheitels. Wenn die Physiotherapeutin den ganzen Rücken massiere, habe sie Schmerzen entlang der ganzen Wirbelsäule.

3.8 Dr.med. K._____ präziserte in der rheumatologischen Beurteilung vom 7. November 2016 die am 6. und 30. September 2016 (vgl. Vi-act. M12/1 u. M22/1) gestellten Diagnosen wie folgt (Vi-act. M12/2):

1. Chronisches cervikospodylogenes Syndrom mit/bei
 - Auto-Auffahrunfall vom 30.08.2016 mit resultierendem kraniocervikalem Beschleunigungstrauma
 - HWS-MRI vom 13.09.2016: Geringe degenerative Veränderung, einzig relevant breitbasige bis foraminal bds. reichende Bandscheibenprotrusion auf Höhe HWK 6/7 mit linksbetonter möglicher Beeinträchtigung der C7-Wurzel links.
2. Chronisches lumbospodylogenes Syndrom deutlich linksbetont mit/bei
 - Symptomatische ISG-Dysfunktion deutlich links betont
3. Chronische coxogene Schmerzen links mit/bei
 - Impingement Hüfte bei beginnender Coxarthrose (Pincer-Konstellation)
 - St n. rezidivierenden Hüftgelenksinfiltration 2013, 2015 dann ohne Effekt
 - Ausgeprägte Periarthropathia coxae links
4. Chronische OSG-Schmerzen links mit/bei

- St. n. Revision Peronealsehne OSG links 19.08.2005 [recte: 2015; vgl. dazu Vi-act. M7], erneute Distorsion OSG Juni 2015

Aufgrund der aktuell vordergründigen Beschwerden der Cervikobrachialgie sei er klinisch eigentlich von einem cervikospondylogenen Syndrom ausgegangen. Wegen der neuroforaminalen Enge auf Höhe C6/7 sowie den Dysästhesien im linken Ellenbogenbereich und Finger Dig. I-III könnte jedoch eine radikuläre Komponente mit im Spiel sein. Sicherlich besteht eine myofasziale Überlagerung. Es bestehe eine ausgedehnte Medikation mittels Dafalgan, Voltaren, Sirdalud und residuell Tramal, welche der nach wie vor arbeitsunfähigen Patientin kaum helfe.

3.9 Am 12. Dezember 2016 (Vi-act. M7) bestätigte Dr.med. K. _____ im Wesentlichen die Diagnosen vom 7. November 2016 (vgl. Vi-act. M12/2). Bezüglich der Problematik der HWS komme es unter intensivierter Physiotherapie und peroralen Schmerzmedikamenten zu einer leichten Besserung. Es persistiere die Cervikobrachialgie, die differentialdiagnostisch einem cervikoradikulären Syndrom zugeordnet werden könnte. Die HWS stehe im Vordergrund. Bei der hochkomplexen, multifokalen Beschwerdeproblematik könnten krankheits- und unfallbedingte Faktoren nur sehr schwierig getrennt werden. Die derzeit deutlich im Vordergrund stehende Cervikobrachialgie sei eindeutig unfallbedingt.

3.10 Nach einer neurologischen Untersuchung vom 5. Dezember 2016 stellte Dr.med. U. _____ mit Schreiben an die Vorinstanz vom 20. Dezember 2016 folgende Diagnosen (Vi-act. M8):

- Myofaszielles Schmerzsyndrom des linken Armes
- Diskusprotrusion C6/C7 ohne Wurzelkompression
- Degenerative Veränderungen der HWS
- St. n. kraniocervikalem Beschleunigungstrauma 08/2016
- FAST-Sonographie: Keine Verletzung der intraabdominalen Organe, keine freien Flüssigkeiten.

Die Patientin habe nach ihren Schilderungen oft Schmerzen im Bereich Schulter links, medial des Schulterblattes, Pectoralis-Gebiet, Oberarm bis in alle Finger ausstrahlend; wiederholt Kraftlosigkeiten, welche den ganzen Arm betreffen und Stunden bis einen ganzen Tag andauern könnten, besonders wenn Schmerzen vorhanden seien. Wiederholt komme es zu Kribbelparästhesien in allen Fingern. Die Kribbelparästhesien würden eher diffus im linken Arm geschildert und an wechselnden Lokalisationen. Bekannt seien ausserdem chronisch rezidivierende Kopfschmerzen, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, chronische coxogene Schmerzen links und chronische OSG Schmerzen links. Zweimal wöchentlich werde Physiotherapie durchgeführt, die Patientin mache regelmässig Übungen. Gearbeitet habe sie seit dem Unfall nicht mehr. Ihre Beschwerde seien mit einem myofaszialen Schmerzsyndrom mit unspezifischen Dysästhesien und

wiederholter schmerzbedingter Schwäche vereinbar, ohne Hinweise auf eine radikuläre Schmerzkomponente aus den anamnestischen Angaben. Aktuell fänden sich keine sensiblen oder motorischen Ausfälle. Das EMG aus einem C7 Kennmuskel zeige weder akute noch chronische Denervationszeichen. Der Tinel über dem Karpaltunnel und der Loge de Guyon sei negativ. Ein Karpaltunnelsyndrom liege klinisch und neurophysiologisch nicht vor. Die aktive Kopfbeweglichkeit sei allenfalls diskret eingeschränkt, ein relevantes Cervikalsyndrom liege aktuell nicht vor. Im HWS MR (vom 13.9.2016) finde man eine Diskusprotrusion, jedoch keine Diskushernie und keine Spinalkanalstenose.

3.11 Am 20. Dezember 2016 stellte Dr.med. L._____ (FMH Handchirurgie und Orthopädie) die Diagnose einer Tendovaginitis DeQuervain Handgelenk rechts nach intensiver Gehstockbelastung (Vi-act. M17/3).

3.12 Dr.med. K._____ ergänzte in seiner rheumatologischen Beurteilung vom 23. Dezember 2016 die Diagnoseliste aus der Beurteilung vom 7. November 2016 (vgl. Vi-act. M12/2) wie folgt (Vi-act. M12/3, vgl. auch Vi-act. M16):

1. (...)
 - St.n. intermittierender radikulärer Komponente (...)
5. Fremdanamnestisch Tendovaginitis de Quervain rechte Hand
6. Akute SC-Dysfunktion rechts

Der Verlauf sei, zumindest was die Cervikobrachialgie links betreffe, ausserordentlich günstig, mit fast vollständiger Rückbildung der Armschmerzen sowie der scapulären Schmerzen. Es würden nur noch deutlich geringgradigere (wenn auch weiterhin störende) Schmerzen zervikal verbleiben. In der klinischen Untersuchung bestehe eigentlich eine normale Beweglichkeit der HWS mit leichten Endphasenschmerzen bei Rotation in Extension, keinerlei Hinweise mehr auf ein radikuläres Syndrom. Aufgrund der multiplen anderen Probleme trete die Becken- und Handproblematik wieder deutlich in den Vordergrund. Neu sei auch eine Schmerzproblematik im SC-Gelenk mit leichter Asymmetrie im Vergleich zu links, klinisch ohne Schwellungszustand. Es bestehe damit ein aktiviertes SC-Gelenk, welches aufgrund der komplexen Schmerzstörung der HWS, und Handgelenk rechts wahrscheinlich sekundär entstanden sei.

3.13 Am 27. Januar 2017 hielt med.pract. M._____ fest, störend und sehr schmerzhaft sei nun die sternocostale [recte wohl: sternoklavikulare] Subluxation rechts. Die Physiotherapie habe wenig Linderung gebracht (Vi-act. M9).

3.14 Im Aussendienstbericht der Vorinstanz vom 21. Februar 2017 (Vi-act. A22) wurde eine Befragung der Versicherten (vom 8.2.2017) protokolliert und u.a. notiert, die Versicherte habe vor dem Ereignis vom 30. August 2016 (in der Kolonne

vor dem Rotlicht stehend) bemerkt, dass sich ein weiteres Auto von hinten genähert habe. Sie habe sich nichts dabei gedacht und - mit gerader Kopfhaltung und Sitzposition, beide Hände auf dem Lenkrad - auf die Ampel vor ihr geachtet, als das herannahende Auto plötzlich mit hartem Knall in das Heck des von ihr gelenkten Fahrzeugs aufgefahren sei und dieses in das Auto vor ihr geschoben habe. Vermutlich habe es den Kopf zuerst nach vorne und dann nach hinten geschleudert (keine Beulen oder Blutergüsse). Die Einstellungen der Sitzlehne und der Kopfstütze seien korrekt gewesen, den Sicherheitsgurt habe sie getragen, dieser habe ihr stark auf den Bereich des Brustbeins gedrückt. Der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Sie sei einige Minuten im Auto sitzen geblieben und habe zugleich gespürt, dass ihr Brustbein und der Nacken schmerzten. Die folgenden Symptome habe sie unmittelbar nach dem Unfall wahrgenommen:

- Starke Schmerzen im Bereich des Brustbeins, eine Rötung durch die Prellung war gut ersichtlich
- Nackenschmerzen links- und rechtsseitig der Halswirbelsäule auf der Höhe des Haaransatzes
- Schmerzausstrahlung in den gesamten linken Arm (Schulter bis Hand). Es fühlte sich an, als ob sie keine Kraft hätte im Arm, einfach kein richtiges Gefühl wie sonst
- Schürfung am linken Ellbogen (vermutlich von der Fahrertüre)
- Atemnot durch den Druck auf das Brustbein

Die Nackenschmerzen seien bereits während dem Spitalaufenthalt stärker geworden und hätten sich weiterhin linksseitig über die Schulter gezogen, den gesamten Arm bis in die Hand. Hinzu seien Kopfschmerzen gekommen, meistens vom Haaransatz im Nacken über den gesamten Kopf ziehend. Sie habe den rechten [recte: linken] Arm zu diesem Zeitpunkt kaum bewegen können und auch die Drehbewegungen mit dem Kopf seien nicht gut möglich gewesen. Ca. Mitte Oktober seien die Beschwerden im linken Arm dank der Physiotherapie langsam etwas besser geworden. Dafür seien Schmerzen im rechten Arm dazugekommen, die vom Nacken über die Schulter bis in die Hand ausgestrahlt hätten. Im Spiegel habe sie erstmals realisiert, dass ihr rechtes Schlüsselbein leicht herausstehe und das Brustbein angeschwollen sei, was vor dem Unfall nicht der Fall gewesen sei.

3.15 Am 10. Februar 2017 führte Dr.med. L._____ bei der Diagnose Tendovaginitis De Quervain Handgelenk rechts eine operative Erweiterung des Extensorenretinaculum im ersten Strecksehnenfach rechts und Synovektomie der APL- und EPB-Sehne durch und schloss die Behandlung am 24. Februar 2017 nach problemlosem Verlauf ab (Vi-act. M17/2; M17/1). Am 26. April 2017 informierte er die Vorinstanz, die Patientin habe aufgrund einer Narbeniduration unter Belastung eine beginnende Sehnencheidenentzündung entwickelt, mit der Fol-

ge eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in ihrem Arbeitspensum von 20% (Vi-act. M17).

3.16 Dr.med. O. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie) stellte im Konsultationsbericht vom 12. April 2017 folgende Diagnosen (Vi-act. M15; vgl. auch Konsultationsbericht vom 30. Januar 2017 = Vi-act. M14):

St.n. Hüftarthroskopie links mit Schenkelhalstaillierung bei femoroacetabulärem Impingement Pincer/Cam-Typ am 12.01.2017

V.a. Tendovaginitis De Quervain rechts mit kleinem Sehnenknoten (OP durch Handchirurgie)

St. n. Supinations- und Pronationstrauma OSG links mit Lisfranc-Verletzung vom 30.09.2016

Ventrale Subluxation Sterno-Claviculargelenk rechts nach Autounfall am 30.08.2016

St.n. Hysterektomie Anfang April 2017

Von Seiten des linken Fusses und der linken Hüfte sei der Verlauf erfreulich. Die noch leichten Restbeschwerden sollten im Verlauf weiter abklingen. Aktuell würden die Beschwerden im Bereich des rechten SC-Gelenks im Vordergrund stehen.

Im Schreiben an die Vorinstanz vom 25. April 2017 (Vi-act. M18) bestätigte Dr.med. O. _____ im Wesentlichen den Konsultationsbericht vom 12. April 2017. Bezüglich der OSG, der Fussverletzung links und der langjährigen Hüftproblematik bestehe in einem 20%-Arbeitspensum keine Arbeitsunfähigkeit mehr.

3.17 Dr.med. P. _____ (Spezialarzt Radiologie) hielt nach einem CT-Thorax vom 13. April 2017 in der Beurteilung eine leichte Kapselschwellung im SC-Gelenk rechts fest, ohne Luxationen oder eine sekundäre Arthrose. Kein Hinweis auf ein SAPHO-Syndrom (Vi-act. M21).

3.18 Dr.med. R. _____ (FMH Rheumatologie) stellte am 25. April 2017 folgende Diagnosen (Vi-act. M26/1; vgl. auch Vi-act. M19):

1. Auffahrunfall 30.08.2016 (Patientin und ihr Fahrzeug standen, Unfallverursacher fuhr von hinten auf) mit
 - persistierender Instabilität des Sternoklavikulargelenks rechts
 - o sonografisch in der dynamischen Untersuchung instabiles SC-Gelenk (Dehiszenz bis ca. 7 mm), positives Dopplersignal
 - o CT Thorax: leichte Kapselschwellung im SC-Gelenk rechts, in Ruhe und Rückenlage ohne Luxationen oder eine sekundäre Arthrose
 - o Aktuell: Flectoparine, ggf. im Verlauf sonogesteuerte Infiltration
 - Chronische Bursitis subdeltoidea rechts, kleine Ansatzverkalkung der Supraspinatussehne (initial whs. traumatisiert)
 - Akzelerationstrauma der Halswirbelsäule mit
 - o belastungsabhängig cervicocephalen Schmerzen und cervicospondylo-genen Schmerzen

- o Triggerpunkte subokzipital, Trapezius rechtsbetont, Levator scapulae rechtsbetont, sternocleidomastoideus rechts
- o Dysfunktion der oberen HWS bei Rotation nach links
- o insgesamt ligamentäre Überbeweglichkeit
- o MRI HWS 13.09.2016: Breitbasige Bandscheibenprotrusion C6/7 mit links betonter möglicher Beeinträchtigung C7
 - klinisch aktuell keine radikulären Zeichen

(...)

Die Patientin habe beim Auffahrunfall vom 30. August 2016 initial starke Schmerzen im Bereich des Sternums und Brustkorbes verspürt, im Verlauf ausgeprägte Schmerzen der Halswirbelsäule und im rechten oberen Quadranten, Schwellung im Bereich des SC-Gelenks bemerkt, Schmerzen in der rechten Schulter vor allem bei Aussenrotation und Abduktion, zudem schmerzhaft Ausstrahlungen vor allem in den linken Arm zu den radialseitigen Fingern. Unter Physiotherapie habe sich im Verlauf eine Besserung der Beschwerden im linken Arm und im Schulter/Nackengebiet ergeben, die Ausstrahlungen in den linken Arm bestünden nicht mehr. Schmerzen jedoch im rechten oberen Quadranten vor allem anterior lokalisiert und lateral am Oberarm bewegungs- und belastungsabhängig. Bisher habe sie keine Unfälle/Trauma der Clavicula gehabt. Die Hüfte links sei seit der Operation besser, Beschwerden noch in den Weichteilen. Der ursprüngliche Impingementschmerz sei abgeklungen; aktuell lumbal nur wenig Beschwerden.

Klinisch ausgeprägte Triggerpunkte im Trapezius und levator scapulae rechtsbetont sowie im Sternocleidomastoideus rechts. Schwellung über dem SC-Gelenk rechts mit lokaler Druckdolenz palpatorisch und möglicher Instabilität, zudem lokale Druckdolenz im Übergangsbereich Corpus/Manubrium sterni. Positiver Impingementtest Schulter rechts ohne weitere Hinweise für funktionsrelevante Läsion der Rotatorenmanschette.

Sonografisch am rechten Schultergelenk intraartikulär kein Erguss, milde Tendinopathie der Supraspinatussehne im anterolateralen Ansatzbereich mit kleinsten, hakenförmigen Verkalkungen, verminderter subacromialer Abstand mit angedeutetem Impingement in der dynamischen Untersuchung, in diesem Bereich verdickte Bursalinie, AC-Gelenk unauffällig, stabil, AC-Gelenk (recte wohl: SC-Gelenk; vgl. die handschriftliche Anmerkung auf act. M19) mit Schwellung im Kapselbereich, hypoechogen, hier kranialseitig positives Dopplersignal, in der dynamischen Untersuchung im Seitenvergleich rechts Dehiszenz der Gelenkflächen bis 7 mm, links stabil.

Klinisch-sonografisch stehe aktuell eine posttraumatische Instabilität (ohne vollständige Luxation in der dynamischen Untersuchung) des rechten SC-

Gelenks im Vordergrund. Zusätzlich würden sich Zeichen einer chronischen Bursitis subdeltoidea rechts finden. Eine radikuläre Reizung bestehe aktuell nicht.

3.19 Am 5. Mai 2017 berichtete Dr.med. R. _____, unter Flectoparin auf dem SC-Gelenk sei es zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen. Klinisch bestehe weiterhin eine ausgeprägte Druckdolenz des SC-Gelenks rechts, der rechten Clavicula und der anterioren Weichteile im rechten oberen Quadranten, weswegen eine Infiltration des SC-Gelenks erfolgt sei (Vi-act. M26).

3.20 Dr.med. S. _____ (Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Vorinstanz) hielt in seiner Stellungnahme vom 25. April 2017 zusammenfassend fest, die Patientin habe (am 24.6.2015 und am 30.9.2016) offenbar zwei Rückfusdistorsionen links erlitten. Von beiden Ereignissen seien aktuell keine strukturellen Veränderungen mehr erkennbar, auch nicht nach wiederholter MRI-Bildgebung. Die Hüftproblematik sei sicher unfallfremd, ebenso die übrigen dokumentierten Veränderungen (insbesondere Wirbelsäule). Die bildgebenden Veränderungen an der Basis Metatarsale 2 links könnten überwiegend wahrscheinlich auf die Fussdistorsion vom 30. September 2016 zurückgeführt werden. Auch dort sei inzwischen klinisch und bildgebend der Status quo ante erreicht. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Angaben könne er aus den beiden Unfällen keine fortbestehende oder zukünftig erhebliche Störung der körperlichen Integrität erkennen (Vi-act. M24/1).

3.21 Dr.med. T. _____ (Facharzt FMH Neurologie, beratender Arzt der Vorinstanz) legte in seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2017 (Vi-act. M24) u.a. dar, die im CT der HWS vom 30. August 2016 dokumentierten Kalzifikationen der breitbasigen Protrusionen vor allem bei C4/5 und C6/7 (vgl. Vi-act. M4) würden klar für einen alten Prozess sprechen. Diese hätten unmöglich zwischen dem Trauma und dem einige Stunden später erfolgten CT entstehen können. Gut nachvollziehbar sei, dass Dr.med. K. _____ am 12. Dezember 2016 (vgl. Vi-act. M7), gut drei Monate nach dem Unfall, die Cervikobrachialgie noch als unfallbedingt gewertete habe.

In der Beurteilung hielt er u.a. fest, es zeige sich ein cervikospondylogenes Syndrom mit initial Verspannungen der Nackenmuskulatur, das zwischenzeitlich deutlich zurückgegangen sei. Dr.med. K. _____ beschreibe diesbezüglich einen sehr günstigen Verlauf (Berichte vom 23.12.2016 und vom 23.3.2017; Vi-act. M12/3 und M16). Es würden noch geringgradige Armschmerzen persistieren, welche zwanglos durch die degenerativen Veränderungen der HWS erklärt werden könnten. Er verweise in diesem Zusammenhang auf die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, wonach bei einem HWS-Distorsions-

trauma im vorliegenden Kraftgrad (Schweregrad) eine vollständige Abheilung innerhalb 6 Monaten erreicht werden könne. Allfällige, über dieses Datum hinausgehende Beschwerden seien bis zum Beweis vom Gegenteil als unfallfremd zu erachten. Die Frist von 6 Monaten sei Ende Februar 2017 erreicht. Daneben zeige sich ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit coxogenen Schmerzen und einer möglichen ISG-Pathologie, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang zu beiden Unfallereignissen haben.

Unfallkausal hätten sich keine bleibenden strukturellen Veränderungen eingestellt. Am OSG links habe sich vorübergehend ein Knochenmarksödem gezeigt, das zwischenzeitlich abgeklungen sei. Der Status quo sine sei auch radiologisch erreicht (mit Hinweis auf die Stellungnahme von Dr.med. S._____ [Vi-act. M24.1]). Die Patientin habe schon vor dem Unfall vom 30. August 2016 Beckenschmerzen mit möglicher Dysfunktion vom ISG gehabt, auch Schmerzen im Bereich vom OSG links nach einer Operation der Peronealsehnen am 19. August 2015. Die Beschwerden würden aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr in Zusammenhang mit dem Unfall vom 30. August 2016 stehen. Der Status quo sine sei erreicht. Unfallbedingt sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen und keine weitere Behandlung mehr gerechtfertigt. Unfallfremd könne eine Behandlung bei immer wieder auftretenden Schmerzen im Bereich des SC-Gelenks mit Schwellung gerechtfertigt sein. Ergänzende spezialärztliche Untersuchungen und Abklärungen seien nicht notwendig. Die Beschwerden an der rechten Hand würden überwiegend wahrscheinlich nicht mit den Unfällen vom 30. August 2016 und vom 30. September 2016 in Zusammenhang stehen. Bei der Operation vom 10. Februar 2017 handle es sich nicht um eine Unfallfolge. Aufgrund der Beschwerden an der rechten Hand sei ab dem 17. März 2017 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einem Pensum von 20% unfallbedingt weder in der angestammten Tätigkeit beim Mittagstisch noch in einer angepassten Tätigkeit begründet. Von einer weiteren medizinischen Heilbehandlung könne keine namhafte Besserung des aktuellen Gesundheitszustandes mehr erwartet werden.

3.22 Laut Stellungnahme von Dr.med. V._____ (Facharzt FMH Chirurgie und Intensivmedizin, beratender Arzt der Vorinstanz) vom 17. Mai 2017 (Vi-act. M25) handelt es sich bei der Diagnose "ventrale Subluxation Sternoclaviculargelenk rechts" um eine klinisch und sonografisch gesicherte Diagnose. Die im Thorax-CT vom 13. April 2017 beschriebene Kapselschwellung im SC-Gelenk rechts deute auf eine stattgehabte Verletzung hin. Die Bemerkung im Befund dieser CT-Untersuchung, "ohne Luxation" sei irreführend. Bei der CT-Untersuchung liege der Patient in der Röhre. In dieser Stellung sei auch ein verletztes Gelenk in unauffälliger Repositionsstellung und nicht luxiert. Bei der so-

nografischen Untersuchung werde das Gelenk dynamisch bewegt und die Luxation könne nachgewiesen werden. Damit seien unfallbedingte, durch die Subluxation des SC-Gelenks verursachte Beschwerden durch objektivierbare, d.h. organisch fassbare, mit apparativ-bildgebenden Verfahren reproduzierbare Befunde zu erklären. Diese Beschwerden würden überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem Unfall vom 30. August 2016 stehen. Die gesicherte Subluxation des SC-Gelenks mit entsprechender Zerrung der Bänder sei bei der 43-jährigen Patientin eigentlich nur posttraumatisch zu erklären. Laut Aussendienstbericht (vom 28.2.2017, Vi-act. A22) habe die Patientin angegeben, unmittelbar nach dem Unfall wegen des Druckes durch den Sicherheitsgurt Schmerzen im Bereich des Brustbeines verspürt und deshalb diesen Bereich mit beiden Händen festgehalten zu haben. Ausserdem habe eine sichtbare Rötung im Bereich des Brustbeins bestanden und die Patientin habe wegen des Drucks auf das Brustbein an Atemnot gelitten.

Beim SC-Gelenk sei gemäss Akten kein Vorzustand vorhanden. Die Subluxation des SC-Gelenks rechts könne geringe störende Beschwerden verursachen, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit. Eine operative Stabilisierung des SC-Gelenks scheine nicht indiziert. Im letzten medizinischen Bericht von med.pract. M. _____ (Vi-act. M23) würden vier unfallunabhängige Diagnosen auffallen, aber keine Beschwerden im Zusammenhang mit der Problematik des SC-Gelenks rechts erwähnt. Für das unfallbedingt geschädigte SC-Gelenk sei Physiotherapie nicht zweckmässig. Bei einem entsprechenden Leidensdruck wäre eine lokale Infiltration sinnvoll. Sollte die Problematik des SC-Gelenks rechts erneut aktuell werden, wäre zur Ergänzung der Sonographie und der Computertomographie eine MRI-Untersuchung des rechten SC-Gelenks notwendig. Die chronische Bursitis subdeltoidea rechts und die Verkalkung der Supraspinatussehne seien nicht Unfallfolgen, sondern durch die Konstellation des subakromialen Raumes bedingt.

3.23 Am 15. Juni 2017 schildert Dr.med. R. _____ einen ausgezeichneten Verlauf (Vi-act. M27). Die Patientin arbeite zwischenzeitlich wieder. Die Infiltration des SC-Gelenks habe sie sehr gut vertragen. Klinisch sei die aktive Schultergelenkbeweglichkeit frei. Das SC-Gelenk sei abgeschwollen. Nach wie vor bestehe die druckdolente Schwellung am Übergang zwischen Manubrium und Corpus sterni.

Im Schreiben an den Rechtsvertreter der Versicherten vom 7. Juli 2017 (Vi-act. B A49/2 = Bf-act. 7) hielt Dr.med. R. _____ u.a. fest, bei den initialen Abklärungen sei die ausgeprägte, symptomatische, kausal durch den Unfall bedingte Luxation und Instabilität des Sternoklavikulargelenks rechts nicht diagnostiziert

und daher auch nicht behandelt worden. Im Rahmen des Unfalles sei es überwiegend wahrscheinlich zu einer Traumatisierung der vorbestehenden Verkalkung des Sehnenansatzes der Supraspinatussehne an der rechten Schulter gekommen, welche zu einer chronischen Bursitis geführt habe. Das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont mit coxogenen Schmerzen sowie Beschwerden an der rechten Hand seien krankheitsbedingt einzuordnen.

Am 9. Oktober 2017 schilderte Dr.med. R._____, unter vermehrter Belastung bei der Arbeit seien wieder Schmerzen aufgetreten, vor allem am SC-Gelenk sowie auch anterior im Bereich der rechten Schulter mit Ausstrahlung in den Arm. Klinisch finde sich eine ausgedehnte Druckdolenz des SC-Gelenks sowie ein positiver Impingementtest der rechten Schulter. (Vi-act. M28/1).

3.24 Dr.med. W._____. (Spezialarzt für Neuroradiologie) hielt nach einem MR der SC-Gelenke beidseits vom 7. Dezember 2017 im Befund angedeutete Osteophytenbildung am Unterrand des rechten SC-Gelenks fest; keine Ergussbildung. Der angrenzende Knochen sei im Signal unauffällig, ebenso die Weichteile. Nach Kontrastmittelgabe punktförmiges Enhancement in der Kapsel des rechten SC-Gelenks. Links ebenfalls ein punktförmiges Enhancement. Die angrenzenden Weichteile insb. der Musculus pectoralis seien beidseits unauffällig. Beurteilung: Angedeutete Arthrosezeichen im rechten SC-Gelenk, mit geringem KM-Enhancement und ohne Erguss oder Ödembildung (Vi-act. M29/1).

3.25 Am 10. Dezember 2017 notierte Dr.med. R._____, die Patientin leide seit dem Unfall vom 30. August 2016 unter einer Instabilität und rezidivierendem Reizzustand im rechten SC-Gelenk. Nach Infiltration könne die Situation jeweils beruhigt werden - ohne nachhaltigen Erfolg und mit umgehend neuen Schmerzen bei Belastungen im Alltag. Ein MRI des SC-Gelenks (9.12.2017) zeige ein leichtes Enhancement und beginnende degenerative Veränderungen (Vi-act. M29).

3.26 Dr.med. X._____. (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) hielt am 18. Dezember 2017 u.a. fest, in den zusätzlichen Untersuchungen (MRI Sternum sowie Clavicula, CT Hemithorax mit Clavicula) habe sich ein "reponiert des SC-Gelenk" gezeigt, kein Enhancement, keine relevante Arthrose. Die Patientin habe eine symptomatische SC-Gelenksarthropathie ohne Hinweise auf eine Instabilität im MRI und im CT. Hier sollte primär konservativ weitergefahren werden. Operative Resektionen des SC-Gelenks seien von unsicherem Outcome. Die von der Patientin geklagten Schmerzen im Nacken sowie über dem Schulterdach seien vom AC-Gelenk be-

dingt. Zusätzlich präsentiere sie auch eine Bicipstendinopathie. Dr.med. X._____ stellte folgende Diagnosen (Vi-act. M31):

St.n. Auffahrunfall am 30.8.2016 mit/bei

- Persistierenden SC-Gelenksarthropathie rechts
- Klinisch AC-Gelenksarthropathie rechts mit Bicipstendinopathie Schulter rechts
- Distorsion HWS

Nebendiagnosen:

- Femoracetabuläres Impingement
- Adipositas

3.27 Am 15. Januar 2018 hielt Dr.med. R._____ weiterhin bestehende Beschwerden im rechten oberen Quadranten fest, klinisch mit Dysfunktionen der mittleren und unteren HWS, Druckdolenz über dem AC- und SC-Gelenk sowie ausgeprägte Druckdolenz in den Weichteilen und positivem Impingementtest. Die passive Beweglichkeit der Schulter sei nicht eingeschränkt. Es erfolge nun ein peroraler Steroidstoss in Kombination mit aktiver Physiotherapie (Vi-act. M32).

Am 8. Februar 2018 führte Dr.med. R._____ u.a. aus, während des peroralen Steroidstosses (Januar 2018) sei die Patientin weitestgehend beschwerdefrei gewesen. Aktuell seien die Schmerzen wieder aufgetreten und auch nachts symptomatisch. Dato habe er das AC-Gelenk rechts sonogesteuert infiltriert, mit direkt anschliessender Besserung (Vi-act. M33).

Am 9. April 2018 berichtete Dr.med. R._____, bei einer ELF-Testung 2 Tage vor Ostern (Ende März 2018) habe die Patientin schmerzhafte Bewegungen durchführen müssen. Am letzten Montag (2. April 2018) sei sie mit ausgeprägten Schmerzen erwacht, vor allem anterior in der rechten Schulter. Schmerzzunahme bei Abduktion und Aussenrotation, bei Schürzengriff, costovertebral auch beim Husten. Besserung unter peroralem Steroidstoss sowie Tramal und Voltaren. Schmerzen auch nachts. Klinisch sei die HWS frei beweglich, ausgeprägte Druckdolenz im Bereich des Pectoralis sowie Deltoideus anterior, die Aussenrotation der rechten Schulter sei frei (keine Hinweise auf Frozen-Shoulder), positiver Impingementtest. Druckdolenz auch über der langen Bizepssehne. Diskrete Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Body-Cross-Test negativ. Sonografisch finde sich etwas Erguss sowie eine irreguläre Bursalinie anterolateral im Sinne einer Bursitis. Im AC-Gelenk kein pathologisches Dopplersignal aber die bekannten ossären Irregularitäten. Kein pathologischer Erguss um die lange Bizepssehne Kleinste Verkalkung lateral im Bereich der Bursa. Therapeutisch deutliche Beschwerdebesserung im Anschluss an eine Infiltration der Bursa subdeltoidea rechts. Aufgrund der Schmerzen im Rahmen der Bursitis würden zusätzlich ausgeprägte myofasziale Befunde im rechten oberen Quadranten und wahrscheinlich eine Dysfunktion der ersten Rippe rechts bestehen (Vi-act. M34).

3.28 Dr.med. Z._____ (Physikalische Medizin und Rehabilitation spez. Rheumaerkrankungen FMH, beratender Arzt der Vorinstanz) hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2018 (Vi-act. M36) zusammenfassend u.a. fest, aufgrund der ereignisnah festgehaltenen Befunde und Beschwerdeangaben zeige sich, dass eine Traumatisierung des rechten SC-Gelenks bzw. der rechten Schulter (inkl. des AC-Gelenks) durch das Ereignis vom 30. August 2016 nicht nachzuweisen sei. Einerseits wäre es höchst ungewöhnlich, wenn durch eine Heckkollision mit einem Delta-v von 12.0 - 15.9 km/h eine Luxation oder Subluxation in einem kapsulär und ligamentär stark geschützten Gelenk wie das rechte SC-Gelenk hätte zustande kommen können. Der Hauptvektor der Kraftereinwirkung bei diesem Unfallmechanismus verlaufe in die andere Richtung. Die anschliessend erfolgte frontale Kollision mit einem Delta-v von 5 - 7 km/h reiche ebenfalls nicht aus, um durch eine von über die linke Schulter und über die Mitte des Brustbeins zur rechten Lendengegend führende Sicherheitsgurte eine solche Verletzung zu verursachen, wie sie 6 Monate nach dem Ereignis postuliert worden sei. Der später im SI-Bericht des Haftpflichtversicherers festgehaltene Brustschmerz sei nicht weiter spezifiziert und erst 8 Monate post festum im Rahmen einer erneuten Befragung der Versicherten aktenkundig geworden. Es würden darin auch eine Schwellung und eine Rötung im schmerzhaften Bereich des rechten SC-Gelenks erwähnt, was von den verschiedenen Ärzten in den Vorberichten nicht beobachtet worden sei. Ärztlicherseits werde erst 3½ Monate nach dem Ereignis über eine Schmerzhaftigkeit im rechten SC-Gelenk berichtet. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die postulierte Verletzung erst nach 3½ Monaten hätte manifest werden können. Der erstberichtende Rheumatologe habe nie von einem Zusammenhang zu einem traumatischen Ereignis berichtet, sondern lediglich ein schmerzhaftes Gelenk mit leichter Schwellung festgehalten. Die von Dr.med. R._____ postulierte Instabilität bzw. Luxation (oder Subluxation) des rechten SC-Gelenks durch jenes Ereignis sei nicht nachzuweisen, wie dies der Schulterspezialist Dr.med. X._____ korrekt festhalte. Die aktuellen Beschwerden seien nach seiner präzisen Befunderhebung ohnehin nicht am sternalen, sondern am distalen Ende der Clavicula im Bereich des AC-Gelenks aufzufinden. Es könne sein, dass dieser Beschwerde-Switch erst im Verlauf aufgetreten sei. Das rechte SC-Gelenk sei unter Berücksichtigung der medizinischen Berichte der ersten 3 Monate nach dem Ereignis am ehesten durch traumatische Einflüsse durch eine beginnende Arthrose in diesem Gelenk schmerzhaft geworden, allenfalls durch ungewöhnliche Belastungen der rechten oberen Körperhälfte symptomatisch oder verschlimmert, aber keinesfalls durch jenes Ereignis verursacht worden. Dasselbe gelte für die stenosierende Tendovaginitis de Quervain der rechten Hand. Diese Strukturveränderung des ersten Sehnenfachs am Handgelenk sei grundsätz-

lich primär eine degenerative Erkrankung, die sekundär durch mechanische Faktoren bzw. Fehlbelastungen schmerzhaft werden könne aber nicht Folge eines Traumas sei. Im Bereich der rechten Schulter seien ebenso keine traumatischen Veränderungen nachzuweisen. Sämtliche beschriebenen Strukturveränderungen seien degenerativ und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremd.

Die geklagten Beschwerdebilder seien genügend abgeklärt. An organischen Befunden feststellbar seien eine sternoclaviculäre Gelenksarthropathie rechts bei Asymmetrie des Gelenks im Vergleich zur Gegenseite und beginnender Osteophytenbildung am Unterrand, eine AC-Gelenk-Arthropathie mit Biceps longus-Tendinopathie rechts, eine sekundäre Bursitis subdeltoidea rechts mit kleiner Ansatzverkalkung der Supraspinatussehne und eine breitbasige Bandscheibenprotrusion C6/7 mit generalisierten, geringen Veränderungen der HWS. Keine dieser strukturellen Veränderungen seien durch das Ereignis vom 30. August 2016 entstanden. Im Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Juni 2017 hätten sich keine Folgen des Unfallereignisses vom 30. August 2016 mehr ausgewirkt. Keine der bestehenden Schmerzen stehe aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen noch mindestens überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zu diesem Ereignis. Ab dem 27. Februar 2017 sei unfallkausal keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen bzw. medizinisch nachvollziehbar gewesen. Zu diesem Zeitpunkt seien die Beschwerden von Seiten der Halswirbelsäule mit konsekutiver Brachialgie links praktisch vollständig ausgeheilt gewesen. Es seien andere, unfallfremde Beschwerdebilder im Vordergrund gestanden, insbesondere durch eine am 10. Februar 2017 operierte Tendovaginitis de Quervain rechts, die Ende März 2017 weiterhin Beschwerden verursacht habe, durch Beschwerden von Seiten des rechten Sternoclaviculargelenks, für welche ein unfallkausaler Zusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen sei, und später durch Beschwerden von Seiten der rechten Schulter bedingt durch einen Reizzustand des AC-Gelenks und einer leichten subacromialen Impingement-Konstellation mit Bursitis subdeltoidea und einer Tendinopathie der langen Bizepssehne rechts, alles Zustände, die in keinem überwiegend wahrscheinlich nachweisbaren Zusammenhang zum Ereignis vom 30. August 2016 stehen würden. Durch weitere medizinische Behandlungen könnten keine namhaften Verbesserungen unfallkausaler Beschwerden erreicht werden.

3.29 Dr.med. R. _____ schilderte am 3. August 2018 eine weiterhin dynamische Situation (M37 = Bf-act. 2). In letzter Zeit Zunahme der Schmerzen im AC-Gelenk, bei der Flexion im Ellbogen mit Ausstrahlung bis zur rechten Schulter, zudem ausgeprägte Schmerzen der oberen HWS rechts bei Rotation nach links mit brennend ausstrahlenden Schmerzen zur Schulter. Klinisch fänden sich Irrita-

tionszonen C1/C2 rechts, die HWS sei symmetrisch 85° mobil mit Schmerzverstärkung bei Rotation nach links, Schmerzausstrahlung zur anterioren rechten Schulter von der HWS. Triggerpunkten trapezius und Levator scapulae sowie in den Musculi rhomboidei. Die Schulter rechts sei passiv frei beweglich, positiver Impingementtest und starke Schmerzprovokation beim Palm-up Test. Sonografisch fänden sich die ossären Irregularitäten am AC-Gelenk mit leichtem Tiefstand des Acromions sowie positiver Sono Kompression ohne Dopplersignal. Die kraniale Bizepssehne sei tendinopathisch verändert mit etwas Erguss, die Bursa subdeltoidea sei erneut irregulär mit geringem Erguss i.S. einer chronischen Bursitis. Klinisch und sonografisch finde sich aktuell ein Reizzustand des rechten AC-Gelenks und der langen Bizepssehne bei bekannter SLAP-Läsion (Unfall). Erfreulicherweise sei das SC-Gelenk seit Infiltration beschwerdearm. Leider sei die Situation nach wie vor dynamisch.

4. Nachdem die Beschwerdeführerin am 9. August 2017 anerkannt hat, dass das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont mit coxogenen Schmerzen, der Beschwerden an der rechten Hand nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen seien (vgl. Erw. 2.2 hiervor), ist hierüber nicht mehr zu entscheiden. Strittig und zu prüfen ist dagegen, ob es sich bei den Beschwerden im rechten SC-Gelenk und der chronischen Bursitis subdeltoidea um eine Folge des Unfallereignisses vom 30. August 2016 handelt, und ob für deren Behandlung sowie für das cervikospondylogene Syndrom mit initialen Verspannungen der Nackenmuskulatur über den 28. Februar 2017 hinaus eine Leistungspflicht der Vorinstanz besteht (vgl. Erw 2.1 f. hiervor).

5.1 Mit Verfügung vom 9. Juni 2017 (Vi-act. A47) hat die Vorinstanz - gestützt auf die Stellungnahme ihres beratenden Arztes, Dr.med. V. _____ vom 17. Mai 2017 (Vi-act. M25, Erw. 3.22 hiervor) - die Unfallkausalität der Beschwerden im rechten SC-Gelenk und damit ihre Leistungspflicht für deren Behandlung (inkl. verordnete Physiotherapiebehandlungen bis 28.4.2018, Kontrolltermin Anfang Juni 2017 und ausstehende MRI-Untersuchung) anerkannt, sowie die Prüfung der Kostenübernahme für allfällige weitere Leistungen (Abklärungen) in Aussicht gestellt.

Im Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 (Vi-act. A58) hat die Vorinstanz dagegen im Wesentlichen auf die Stellungnahme ihres beratenden Arztes, Dr.med. Z. _____, vom 14. Juni 2018 (vgl. Vi-act. M36, Erw. 3.28 hiervor) abgestellt und festgehalten, dass für die Beschwerden im rechten SC-Gelenk ein unfallkausaler Zusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen sei (Ziff. 2.3.5 S. 8). Im Ergebnis wurde die Einsprache abgewiesen und die Verfügung vom 9. Juni 2017 bestätigt (vgl. Bf-act. 2 Ziff. 2.3.11 und 3).

Damit aber hat die Vorinstanz mit dem Einspracheentscheid nicht nur die Einsprache abgewiesen, sondern zugleich auch im Sinne einer reformatio in peius eine Verschlechterung für die Beschwerdeführerin beschlossen. Dies, weil die Vorinstanz nicht bloss das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin über den 28. Februar 2017 hinaus abwies, sondern darüber hinaus und in Abänderung der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2017 auch noch feststellte, die Beschwerden des SC-Gelenkes seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 30. August 2016 zurückzuführen. Dadurch stellte die Vorinstanz ihre Leistungen nicht nur ein, sondern sie schliesst auch aus, dass je Leistungen im Sinne eines Rückfalls oder für Spätfolgen im Zusammenhang mit den SC-Gelenksbeschwerden erbracht werden, was nach der Verfügung vom 9. Juni 2017 grundsätzlich möglich geblieben wäre.

Beabsichtigt der Versicherer, die Verfügung mit dem Einspracheentscheid zu Ungunsten der Einsprache führenden Person abzuändern, gibt er ihr Gelegenheit zum Rückzug der Einsprache (Art. 12 Abs. 2 Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11] vom 11.9.2002; BGE 142 V 337 Erw. 3.1; BGE 131 V 414). Es ergibt sich aus den Akten nicht, dass die Vorinstanz nach Einholen der versicherungsinternen Beurteilung durch Dr.med. Z._____ die Beschwerdeführerin informiert hätte, dass entgegen der Verfügung die Unfallkausalität der SC-Gelenksbeschwerden zu verneinen sei und sie einen entsprechenden, ihre Stellung verschlechternden Einspracheentscheid ins Auge fasse. Damit aber hat die Vorinstanz den Einspracheentscheid in Verletzung von Art. 12 Abs. 2 ATSV getroffen. Von einer Aufhebung des Einspracheentscheides deswegen ist in Anbetracht der Erhebung der Beschwerde und deren Begründung sowie aus nachfolgenden Gründen dennoch abzusehen.

5.2 Mit den Stellungnahmen von Dr.med. V._____ vom 17. Mai 2017 und von Dr.med. Z._____ vom 14. Juni 2018 stehen zwei sich diametral entgegengesetzte Beurteilungen beratender Fachärzte der Vorinstanz gegenüber. Dr.med. Z._____ hat in seinem Bericht vom 14. Juni 2018 (Vi-act. M36 S. 4) die Stellungnahme von Dr.med. V._____ vom 17. Mai 2017 zwar erwähnt, sich jedoch nicht einlässlich mit dessen Beurteilung auseinandergesetzt, wonach die Beschwerden im rechten SC-Gelenk überwiegend wahrscheinlich auf die bei der Versicherten eigentlich nur posttraumatisch zu erklärende Diagnose "ventrale Subluxation Sterno-Clavikulargelenk rechts" zurückzuführen sei, welche sowohl klinisch als auch sonografisch gesichert sei (Vi-act. M25 ad. 1, 3 und 8). Auf die Beurteilung von Dr.med. R._____ nimmt er zwar Bezug; eine vertiefte Auseinandersetzung findet aber nicht statt; auf die Berichte von Dr.med. K._____ geht er nicht ein. Ersterer bekräftigt stets die Unfallkausalität der Beschwerden;

Dr.med. K. _____ seinerseits beschrieb ein aktiviertes SC-Gelenk, das aufgrund der komplexen Schmerzstörung der HWS und Handgelenk rechts wahrscheinlich sekundär entstanden sei (vgl. oben Erw. 3.12). Soweit er damit mittelbare Unfallfolgen beschreibt (ggfs. auch zum Unfall vom 30.9.2016), wäre die Leistungspflicht der Vorinstanz ebenso zu bejahen (vgl. Urteil BGer 8C_435/2015 vom 31.8.2015 mit weiteren Hinweisen). Die Vorinstanz hat sich im Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 (Ziff. 2.3.5 S. 7 oben) mit dem Hinweis begnügt, dass die Ausführungen von Dr.med. Z. _____ im Gegensatz zur Meinung von Dr.med. V. _____ stehen würden, ohne den erkannten Gegensatz zu den Beurteilungen - auf welche sie in der Verfügung vom 9. Juni 2017 noch abgestellt hatte - weiter zu erörtern.

5.3 Angesichts der massiven Divergenzen zwischen den Berichten der beratenden Fachärzte der Vorinstanz (und der Beurteilungen der weiteren behandelnden Ärzte) verbleiben in casu nicht nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung von Dr.med. Z. _____, auf welche die Vorinstanz im Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018, unbesehen der an sich erkannten Gegensätzlichkeit zur ebenfalls versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung von Dr.med. V. _____, einseitig und unkritisch abgestellt hat. Namentlich die gänzlich fehlende Auseinandersetzung mit den zentralen Elementen der Beurteilung durch Dr.med. V. _____ (vgl. dazu Erw. 5.2 hiervor) stellt ein erhebliches Indiz gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung durch Dr.med. Z. _____ dar. Die Sache ist daher zur Klärung der Leistungspflicht der Vorinstanz bezüglich der Beschwerden im rechten SC-Gelenk (Heilbehandlung, ev. Taggelder), welche über die bereits anerkannten Leistungen (vgl. dazu Erw. 5.1 hiervor) hinausgehen, zur Vornahme ergänzender, versicherungsexternen Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. Erw. 1.5.1 zweiter Absatz hiervor). Sollte sich die Beurteilung von Dr.med. Z. _____ bestätigen, dass nämlich die Beschwerden im rechten SC-Gelenk in Abweichung zur Verfügung vom 9. Juni 2017 nicht direkt oder mittelbar auf den Unfall vom 30. August 2016 (oder den 30.9.2016) zurückzuführen sind, so wäre die Beschwerdeführerin vor Entscheidfassung im Sinne von Art. 12 ATSV zu informieren.

5.4 Soweit die Vorinstanz im Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 in Ziff. 2.3.6 (S. 9) abschliessend festgehalten hat, es sei gestützt auf die medizinischen Beurteilungen als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, dass die Folgen des Ereignisses vom 30. August 2016 als solche per 27. Februar 2017 abgeklungen seien, ist aufgrund der unter dieser Ziffer primär thematisierten Schmerzproblematik im SC-Gelenk wohl anzunehmen, dass sich dieses Fazit

(zumindest auch) auf die Problematik im SC-Gelenk beziehen sollte. Es ist jedoch nicht erkennbar, durch welche medizinischen Beurteilungen die Vorinstanz sich diesbezüglich zur erwähnten Schlussfolgerung veranlasst sah. Dr.med. Z._____ jedenfalls hat in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2018 die Beschwerden von Seiten des rechten SC-Gelenks wohl als unfallfremd, nicht aber als abgeklungen bezeichnet. Vielmehr hat er diese Beschwerden ab 27. Februar 2017 - neben der Tendovaginitis DeQuervain rechts und später der Beschwerden seitens der rechten Schulter (Reizzustand des AC-Gelenks, leichte subacromialen Impingement-Konstellation mit Bursitis subdeltoidea und einer Tendinopathie der langen Bizepssehne rechts) - als im Vordergrund stehend beurteilt (vgl. Vi-act. M36 S. 7 Ziff. 5; vgl. auch Erw 7.2 hiernach). Auch Dr.med. T._____ ist in seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2017 davon ausgegangen, dass eine Behandlung bei immer wieder auftretenden Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks mit Schwellung, welche er (ohne weitere Begründung) als unfallfremd bezeichnete, gerechtfertigt seien (vgl. Vi-act. M24 ad. 6 S. 6, Erw. 3.21 hiervor). Sollte sich erweisen, dass die Beschwerden im rechten SC-Gelenk unfallkausal waren/sind, gilt es daher auch die Behandlungsbedürftigkeit, namentlich mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit, zu klären.

6.1 Betreffend die Beschwerden der Versicherten in der rechten Schulter hat die Vorinstanz in der Verfügung vom 9. Juni 2017 (Vi-act. A47) mit Verweis auf die Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes festgehalten, bei der chronischen Bursitis subdeltoidea rechts und der Verkalkung der Supraspinatussehne handle es sich nicht um Unfallfolgen. Diese Beschwerden seien durch die Konstellation des subakromialen Raumes bedingt (vgl. Stellungnahme von Dr.med. V._____ vom 17.5.2017, Vi-act. M25 S. 1 Ad. 3, Erw. 3.22 hiervor; Stellungnahme von Dr.med. T._____, Vi-act. M24 S. 5 unten, Erw. 3.21 hiervor).

Im Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 (Ziff. 2.3.5 S. 8) hat die Vorinstanz zudem auf die Beurteilung von Dr.med. Z._____ vom 14. Juni 2018 abgestellt, wonach die Beschwerden von Seiten der rechten Schulter durch einen Reizzustand des AC-Gelenks und einer leichten subacromialen Impingement-Konstellation mit Bursitis subdeltoidea und einer Tendinopathie der langen Bizepssehne rechts bedingt sind - alles Zustände, die in keinem überwiegend wahrscheinlich nachweisbaren Zusammenhang zum Ereignis vom 30. August 2016 stehen würden (vgl. Vi-act. M36, Erw. 3.28 i.f. hiervor).

6.2 Soweit Dr.med. R._____ in seinem Schreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 7. Juli 2017 (vgl. Vi-act. B A49/2, Erw. 3.23) dagegen festhält, beim Unfallereignis vom 30. August 2016 sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Traumatisierung der vorbestehenden Verkalkung des

Sehnenansatzes der Supraspinatussehne an der rechten Schulter gekommen, die zu einer chronischen Bursitis subdeltoidea geführt habe, ist vorab festzustellen, dass Dr.med. R. _____ erstmals am 25. April 2017, d.h. nahezu 8 Monate nach dem Unfallereignis vom 30. August 2016 eine chronischen Bursitis subdeltoidea und kleine Ansatzverkalkung der Supraspinatussehne diagnostiziert hat (Vi-act. M26/1, Erw. 3.18 hiervor). Bei der initialen Untersuchung im Spital F. _____ (vgl. Vi-act. M2, Erw. 3.2 hiervor) und den darauffolgenden, zahlreichen weiteren ereignisnahen Untersuchungen (vgl. Vi-act. M12/1, M22/1, M12/2 u. M7 f. Erw. 3.3, 3.5 u. 3.8 ff. hiervor) wurden dagegen weder eine Kontusion der rechten Schulter festgestellt noch andere Befunde erhoben, die eine Traumatisierung der rechten Schulter beim Unfallereignis vom 30. August 2016 nahelegen würden. Auch die Versicherte hat am 4. und 28. Oktober 2016 gegenüber der Vorinstanz und der Haftpflicht-Versicherung des Unfallverursachers keine Beschwerden in der rechten Schulter beklagt (vgl. Vi-act. A8 u. A29, Erw. 3.6 f. hiervor).

6.3 Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die beratenden Fachärzte der Vorinstanz und Dr.med. R. _____ übereinstimmend davon ausgehen, dass bei der Versicherten ein verminderter subacromialer Abstand mit leichtem Impingement rechts besteht und eine chronische Bursitis subdeltoidea rechts und eine Tendinopathie der Supraspinatussehne mit Ansatzverkalkung vorliegt (vgl. Erw. 6.1 hiervor sowie den Bericht von Dr.med. R. _____ vom 25.4.2017, Vi-act. M26/1, Erw. 3.18 hiervor). Dr.med. R. _____ äussert sich in seinem Bericht vom 7. Juli 2017 nicht dahingehend, dass das Unfallereignis vom 30. August 2016 eine *conditio sine qua non* für die am 25. April 2017 diagnostizierte chronischen Bursitis subdeltoidea sei, und die Beschwerden der Versicherten im Bereich der rechten Schulter nicht durch die Konstellation des subakromialen Raumes und den degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne als solche erklärbar seien.

Gegen die von ihm als überwiegend wahrscheinlich angeführte Ereigniskette, wonach eine Traumatisierung der vorbestehenden Verkalkung des Sehnenansatzes der Supraspinatussehne an der rechten Schulter beim Unfallereignis vom 30. August 2016 zu einer chronischen Bursitis geführt habe, spricht insbesondere, dass in den unfallereignisnahen Untersuchungen keine Schädigung/Mitbeteiligung (Schwellungen, Hämatome, Rötungen, Dolenzen, Bewegungseinschränkungen, Kraftminderungen) im Bereich der rechten Schulter beschrieben wurden (vgl. Erw. 6.2 hiervor). Eine initialkausale Traumatisierung am 30. August 2016 im Bereich der rechten Schulter für die nahezu 8 Monaten später diagnostizierte chronischen Bursitis subdeltoidea erweist sich bei dieser Aktenlage nicht als

wahrscheinlich. Der Nachweis eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 30. August 2016 und der am 25. April 2017 diagnostizierten chronischen Bursitis subdeltoidea rechts lässt sich aufgrund dieser blossen Möglichkeit nicht erbringen. Die entsprechende Beurteilung des behandelnden Arztes, Dr.med. R. _____ vom 7. Juli 2017 erweist sich als nicht überzeugend. Von weiteren Abklärungen können diesbezüglich keine relevanten neuen Erkenntnisse erwartet werden, weswegen davon abzu-
sehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 Erw. 1d).

Zusammenfassend hat die Vorinstanz zu Recht auf die Beurteilung ihres medizinischen Dienstes abgestellt, wonach es sich bei den Beschwerden von Seite der rechten Schulter nicht um Unfallfolgen handelt, sondern diese durch Befunde im Bereich der rechten Schulter bedingt sind, welche in keinem überwiegend wahrscheinlich nachweisbaren Zusammenhang zum Unfallereignis vom 30. August 2016 stehen (vgl. Erw. 6.1 hiervor). Folglich besteht hierfür keine Leistungspflicht der Vorinstanz als Unfallversicherung.

7.1 Betreffend die Einstellung der Heilkosten für das cervikospondylogene Syndrom mit initialen Verspannungen der Nackenmuskulatur stützte sich die Vorinstanz in der Verfügung vom 9. Juni 2017 (Vi-act. A47) auf die Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr.med. T. _____ vom 10. Mai 2017 (Vi-act. M24 S. 5 f., Erw. 3.21 hiervor), wonach nach einem diesbezüglich sehr günstigen Verlauf mit nur noch geringgradig verbleibenden Schmerzen cervical (vgl. dazu die Beurteilung durch Dr.med. K. _____ vom 23.12.2016 resp. 23.3.2017 = Vi-act. M12/3 und M16, Erw. 3.12 hiervor), welche zwanglos durch die degenerativen Veränderungen der HWS (vgl. dazu Vi-act. M6, Erw. 3.4 hiervor; Vi-act. M22/1, Erw. 3.5 hiervor; Vi-act. M8, Erw. 3.10 hiervor) erklärt würden, 6 Monate nach dem Unfallereignis, d.h. per Ende Februar 2017 der Status quo sine vel ante erreicht sei. Von einer weiteren medizinischen Behandlung könne keine (weitere) namhafte Besserung des aktuellen Gesundheitszustandes mehr erwartet werden.

7.2 Diese Beurteilung durch Dr.med. T. _____ vom 10. Mai 2017, welche durch Dr.med. Z. _____ am 14. Juni 2018 bestätigt wurde (Vi-act. M36 S. 7 Ziff. 5; Erw. 3.28 hiervor) beruht entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache vom 9. August 2017 nicht nur auf den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, wonach bei einem HWS-Distorsionstrauma im vorliegenden Kraftgrad (Schweregrad) eine vollständige Abheilung innert 6 Monaten erreicht werden könne, sondern insbesondere auch auf den erwähnten Berichten von Dr.med. K. _____ (Vi-act. M12/3 und M16). Sodann ergibt sich aus der Aktenlage, dass sich die Versicherte ab Januar 2017

nicht mehr wegen der Cervikobrachialgie, sondern wegen anderer Beschwerdebilder fachärztlich behandeln / abklären liess, namentlich wegen Schmerzen im SC-Gelenk (vgl. Vi-act. M9, Erw. 3.13 hiervor; Vi-act. M21, Erw. 3.17 hiervor; Vi-act. M26 f., Erw. 3.19 und 3.23 hiervor; Vi-act. M28/1 und M29/1, Erw. 3.23 f. hiervor; Vi-act. M29 und M31; Erw. 3.25 f. hiervor), Schmerzen im Handgelenk (vgl. Vi-act. M17/2 und M 17/1, Erw. 3.15 hiervor), Beschwerden in Fuss und Hüfte links (vgl. Vi-act. M14 f., Erw. 3.16 hiervor) und Schmerzen im Bereich rechte Schulter (Vi-act. M19 und M26/1, Erw. 3.18 hiervor; Vi-act. M32 ff., Erw. 3.27; Vi-act. M37, Erw. 3.29), wodurch die Beurteilung von Dr.med. T. _____ vom 10. Mai 2017 bestätigt wird, dass das cerviko-spondylogene Syndrom mit initial Verspannungen der Nackenmuskulatur Ende Februar 2017 abgeheilt war.

Soweit die Versicherte im Dezember 2017 Schmerzen u.a. auch wieder im Nacken beklagt hat, hat Dr.med. X. _____ am 18. Dezember 2017 dazu festgehalten, dass diese Schmerzen im Nacken wie jene über dem Schulterdach vom AC-Gelenk bedingt seien (Vi-act. M31, Erw. 3.26 hiervor).

7.3 In den vorstehend angeführten Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass nach der Beurteilung durch Dr.med. K. _____ vom 23. Dezember 2016 (Vi-act. M12/3 und M16, Erw. 3.12 und Erw. 7.1 hiervor) eine der involvierten medizinischen Fachpersonen von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des cervikospondylogenes Syndroms erwartet hätte. Den medizinischen Unterlagen sind mit anderen Worten keine Hinweise auf einen diesbezüglich verfrühten medizinischen Fallabschluss zu entnehmen. Gestützt darauf ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass beim Fallabschluss per Ende Februar 2017 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes hinsichtlich des cervikospondylogenen Syndroms mehr vorlag.

Anzufügen ist, dass der Abschluss des Falles durch den Unfallversicherer voraussetzt, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich sei (vgl. Urteil BGer 8C_492/2009 vom 21.12.2009 Erw. 7.2). Dies gilt so auch bei Beschwerden infolge eines Schleudertraumas (Urteil BGer 8C_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 3.2). Die Vorinstanz nahm somit zu Recht, jedenfalls per Ende Februar 2017, den Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG – als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (vgl. BGE 134 V 109; Erw. 1.3.3 hiervor) – an (Einspracheentscheid vom 26.7.2018 Ziff. 2.3.8 S. 10). Daran ändert auch die über den 27. Februar 2017 hinaus erforderliche Schmerzbehandlung der periodisch auftretenden Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks nichts (vgl. dazu Erw 5.1 ff. hiervor).

Ebenso zu Recht hat die Vorinstanz erkannt, dass bei der Versicherten ein organisches Substrat bzw. ein neurologisches Defizit als Ursache der nach dem Unfallereignis vom 30. August 2016 geklagten Kopf- und Nackenbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte (Einspracheentscheid vom 26.7.2018 Ziff. 2.3.7 S. 9 f.). Bildgebend konnten weder bei der Erstbehandlung im Spital F._____ (Vi-act. M2) noch zu einem späteren Zeitpunkt die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. Erw. 1.2.3 hiervor). Mithin ist es zulässig, das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den über den 27. Februar 2017 hinaus allenfalls noch bestehenden, geringgradigen Beschwerden aus dem cervikospondylogenen Syndrom (vgl. Vi-act. M12/3 und M16; Erw. 7.2 hiervor) und dem Unfallereignis nach den in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Adäquanzkriterien zu prüfen. Eine psychische Problematik steht aufgrund der Aktenlage vorliegend nicht zur Debatte (und jedenfalls nicht im Vordergrund), weswegen die Beurteilung der Adäquanz nach der "Schleudertrauma-Praxis" zu erfolgen hat (vgl. Erw. 1.2.4 hiervor). Dabei kann die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offenbleiben, wenn das Ergebnis ergibt, dass es am adäquaten Kausalzusammenhang fehlt (BGE 135 V 465 Erw. 5.1).

7.4 Die Vorinstanz ist im Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 (Ziff. 2.3.9 S. 11) von einem Unfall im mittleren Bereich, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, ausgegangen. Dies ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs, wie er im Polizeirapport vom 9. September 2016 (Vi-act. PR S. 4 f.) dokumentiert ist und den überwiegend wahrscheinlichen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderungen beim Heckanstoß des Fahrzeugs der Versicherten durch den nachfahrenden BMW (Delta-v = 12.00 - 15.9 km/h) sowie beim anschliessenden Heckanstoß der Versicherten gegen den vor ihr stehenden Peugeot BMW (Delta-v = 6.00 - 8.6 km/h) mit annähernd achsparallelen, initial-kollisionsbedingten Bewegungen der angegurteten Beschwerdeführerin gemäss der Unfallanalyse von Dipl. Ing. HTL N._____ vom 16. November 2016 (Vi-act. A28; vgl. Erw. 3.1 hiervor) nicht zu beanstanden, was sich durch einen Vergleich mit anderen Unfallereignissen ohne Weiteres bestätigt, welche in der Kasuistik des Bundesgerichts zu den mittelschweren Unfällen und im engeren Sinne sowie im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zugeordnet worden sind (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 64 ff.). Somit müssten für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs die massgeblichen Kriterien gehäuft oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (vgl. Urteil BGer 8C_234/2012 vom 26.7.2012 Erw 5.4).

Nach der Aktenlage wurde bei der Versicherten nach dem Auffahrunfall vom 30. August 2016 im Spital F._____ eine HWS-Distorsion Grad II, eine Schulterkontusion links sowie eine LWS Kontusion diagnostiziert (Vi-act. M2; Erw. 3.2 hiervor), ohne Hinweis auf eine Fraktur und unter Ausschluss einer intrakraniellen Blutung; ohne Kopfanprall, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Bewusstlosigkeit oder Amnesie, womit das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung nicht erfüllt ist, wie die Vorinstanz zutreffend festgestellt hat (Einspracheentscheid vom 26.7.2018 Ziff. 2.3.10 S. 12). Ebenso sind weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls gegeben. Zu Recht hat die Vorinstanz sodann die Kriterien einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung, einer ärztlichen Fehlbehandlung, eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen sowie eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung verneint. Es kann diesbezüglich auf die Ausführungen der Vorinstanz verwiesen werden (Beschwerdeentscheid vom 26.7.2018 Ziff. 2.3.10 S. 12). Einzig das Kriterium der erheblichen Beschwerden hat die Vorinstanz vorübergehend, d.h. bis 27. Februar 2017 bejaht, was aufgrund der Aktenlage (vgl. Erw. 7.1 f. hiervor) ebenfalls nicht zu beanstanden ist.

Damit ist keines der relevanten Kriterien erfüllt, womit die Vorinstanz den Anspruch auf weitere Leistungen für das cervikospondylogene Syndrom ab dem 27. Februar 2017 zu Recht abgelehnt hat.

8.1 Im Ergebnis ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als die Sache im Sinne der vorstehenden Erwägungen (insb. Erw. 5.3 f. hiervor) zur weiteren Abklärung der Leistungspflicht der Vorinstanz bezüglich der Beschwerden im rechten SC-Gelenk und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. Urteile BGer 8C_520/2014 vom 29.10.2014 Erw. 6; 8C_604/2013 vom 28.12.2014 Erw. 6, je mit Hinweisen u.a. auf BGE 132 V 215 Erw. 6.1; VGE I 2014 62 vom 31.10.2014 Erw. 6.1; I 2013 41 vom 7.8.2013 Erw. 3.1).

8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die (teilweise) obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung

wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der kantonale Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRa; SRSZ 280.411) sieht in § 14 für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vor. Unter Berücksichtigung der massgebenden, in § 2 Abs. 1 GebTRa aufgeführten Kriterien, ist dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz ermessensweise eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zuzusprechen.

9. Rückweisungsentscheide, mit denen eine Sache zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, sind in der Regel Zwischenentscheide, welche nur unter der Voraussetzung von Art. 92 und 93 BGG beim Bundesgericht anfechtbar sind (vgl. Urteil BGer 2C_525/2013 + 2C_526/2013 vom 2.7.2013 Erw. 2 mit Hinweisen). Ob die Voraussetzungen von Art. 92 oder 93 BGG im konkreten Fall erfüllt sind, unterliegt im Anfechtungsfall der Prüfungsbezugnis des Bundesgerichts. Ungeachtet dessen wird der vorliegende Entscheid mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen, wobei die Parteien daraus im Falle eines Weiterzuges nichts zu ihren Gunsten ableiten können.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 26. Juli 2018 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen (insb. Erw. 5.3 und Erw. 8.1) und zum anschliessenden Erlass eines neuen Entscheides an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der beanwalteten Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Juli 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 5. August 2019