

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00297 vom 10. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00297

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00297 du 10 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00297 del 10 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1963 geborene X.____

arbeitete seit dem 1. Februar 2009 bei der Y.____ AG, Z.____, und war gestützt auf dieses Arbeitsverhältnis obligatorisch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Mobiliar) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 23. August 2012 erlitt er einen Selbstunfall mit seinem Personewagen und zog sich dabei Quetschungen an Brustbein, Rippen und Schulter zu. Dieser Unfall wurde am 29. August 2012 der Mobiliar als Bagatellunfall gemeldet (Urk. 7 a).

Wegen Verspannungen in der Wirbelsäule folgten mehrere chiropraktische Behandlungen. Nach der Behandlung vom 31. Oktober 2012 erlitt der Versicherte einen ischämischen Hirninfarkt. Die Erstbehandlung erfolgte im Spital A.____. Noch gleichentags

wurde der Versicherte in die Intensivpflegestation ins Spital B.____ verlegt, wo er bis zum 8. November 2012 hospitalisiert war (Urk. 7/1, Urk. 7/3, Urk. 6/115). Diese Hospitalisierung folgte eine bis 19. Dezember 2012 dauernde stationäre Rehabilitation in C.____ (Urk. 6/142).

Am 23. November 2012 teilte die Mobiliar dem Versicherten die Ablehnung der Übernahme der Kosten ab dem 31. Oktober 2012 mit (Urk. 6/9). Auf Intervention der Lebenspartnerin des sich noch in stationärer Rehabilitationsbehandlung befindenden Versicherten erliess die Mobiliar am 5. Dezember 2012 eine entsprechende Verfügung (Urk. 6/23). Dagegen erhob der Versicherte am 11. Dezember 2012 Einsprache (Urk. 6/45). Am 31. Januar 2013 reichte der in zwischen vom Versicherten mandatierte Rechtsanwalt Dr. Richter eine ergänzende Einsprachebegündung ein (Urk. 6/80). Am 26. April 2013 erstattete er eine weitere Ergänzung der Einsprache (Urk. 6/161). In der Folge liess

die Mobiliar den Versicherten am D.____ neurologisch abklären. Nachdem der Versicherte am 28. Oktober 2014 zum entsprechenden neurologischen Gutachten vom 15. September 2014 (Urk. 6/416) Stellung genommen hatte (Urk. 6/440), bestätigte die Mobiliar mit Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2014 die am 5. Dezember 2012 verfügte Leistungseinstellung (Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (BGE 129 V 402 E. 2.1). 1. 3

Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.3.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Die Grundsätze zum Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit gelten auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt. Die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als mehr oder weniger ungewöhnlicher äusserer Faktor zu betrachten sei, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu beantworten. Sie ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist; denn das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit bezieht sich nach der Definition des Unfallbegriffs nicht auf die Wirkungen des äusseren Faktors, sondern allein auf diesen selber. Nach der Praxis ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht. Da mit einer solchen Vorkehr als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden kann, muss ihre Vornahme unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliessen. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche die Unfallversicherung nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, nämlich, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnen noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob die beteiligte medizinische Fachperson einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlichrechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BGE 121 V 35 E. 1b, 118 V 283 E. 2b, je mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

E. 1.5

Gemäss Art.

E. 1.6

Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Be stehen über zeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Ent scheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Be weis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglich keit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Ge richt folgt vielmehr jener

Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E.

5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 24. Dezember 2014 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Erbringung der gesetzlichen Leistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2015 schloss die Mobiliar auf Abweisung der Beschwerde, eventua liter auf Kürzung allfälliger Taggeldansprüche während der ersten zwei Jahre infolge Grobfahrlässigkeit (Nichttragen der Sicherheitsgurte anlässlich des Unfalls vom 23. August 2012 ; Urk. 5 S. 2). Mit Eingabe vom 16. Februar 2015 ersuchte der Beschwerdeführer um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 11). Nachdem mit Verfügung vom 24. Februar 2015 diesem Antrag statt gegeben worden war (Urk. 13), hielten die Parteien mit Replik vom 30. April 2015 und Duplik vom 28. Mai 2015 an den gestellten Anträgen fest (Urk. 16, Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Leistungseinstellung vor dem 31. Oktober 2012 zu Recht erfolgte und die Beschwerdegegnerin somit insbesondere für die vom Beschwerdeführer am

Oktober

2012 erlittene Ischämie und deren Folgen nicht einzustehen hat.

E. 2.2

Unter Hinweis auf das neurologische Gutachten des D. ___ vom 15. September 2014 begründet die Beschwerdegegnerin ihre Leistungseinstellung damit, dass die Carotidissektion keine direkte Folge des Unfalls vom 23. August 2012 sei. Nachdem schon vor dem 31. Oktober 2012 der Status quo ante vel sine wieder erreicht worden sei, habe die chiropraktische Manipulation vom 31. Oktober 2012 keine unfallbedingte Behandlung mehr gebildet, weshalb die Dissektion auch keine Folge einer Heilbehandlung (Art. 6 Abs. 3 UVG) darstelle. Schliesslich lägen keine Hinweise für eine programmwidrige chiropraktische Manipulation vor, weshalb diese nicht selbst als Unfall zu betrachten sei (Urk. 2 insbes. S. 4, Urk. 5, Urk. 19 insbes. S. 4).

E. 2.3

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass es sich bei der chiropraktischen Manipulation vom 31. Dezember 2012 um eine Behandlung von Unfallfolgen gehandelt habe (Urk. 1 insbes. S. 9, Urk. 16 insbes. S. 9 und 11). 3. 3.1

Laut Bericht von Dr. E. ___ , Chiropraktor SCG ECU, vom 14. August 2012 (Urk. 8/11) war der Beschwerdeführer ab Juni 2011 wegen einer starken Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule in der sagittalen Ebene sowie einer mässigen Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei ihm in Behandlung. Als Befunde nannte er mit Bezug auf die Halswirbelsäule einen Kinn-Sternum-Abstand (KSA) von 1 cm in Flexion und 16 cm in Extension, eine negative axiale Distraction nach Levit sowie eine funktionelle Blockierung C5/C6. Weiter nannte er folgende Befunde an der Lendenwirbelsäule:

Schober lumbal 10/14 cm, Finger-Boden-Abstand 40 cm, Lasègue 80° beidseits, funktionelle Blockierung L5/S1. Diese Befunde ordnete er unter den Diagnosen eines posttraumatischen Cervicalsyndroms und eines posttraumatischen

Lumbalsyndroms

ein . 3.2

Am 6. November 2012 berichtete Dr. E.____

(Urk. 7/2) ,

dass der Beschwerdeführer sofort nach dem Unfall vom 23. August 2012 Schmerzen in der Region der Halswirbelsäule sowie im oberen rechten Rippenbereich verspürt habe. Objektiv habe er

(der Chiropraktor) eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule in der sagittalen Ebene bei einem Kinn-Sternum-Abstand von 1 cm in Flexion und 16 cm in Extension festgestellt . Die passive Extension sei endstellig leicht schmerzhaft. Die axiale Kompression sei negativ , ebenfalls die axiale Distraction nach Levit.

Es bestünden funktionelle Blockierungen C5/C6 , ein starker Muskelhartspannungsfokus im Nacken /Schulterbereich sowie eine mässige Blockierung in der unteren Region der Lendenwirbelsäule auf dem Niveau L5/S1.

Da es dem Beschwerdeführer nach drei Behandlungen nur unwesentlich besser ergangen sei, sei am 5. September 2012 Röntgenbild angefertigt worden. Diese

hätten eine mässige degenerative Veränderung auf dem Niveau C5/C6 ergeben. Frakturen seien nicht ersichtlich gewesen. Als Diagnose nannte der Chiropraktor ein posttraumatisches Cervicalsyndrom . Wegen der gleichen Beschwerden sei der Beschwerdeführer am 9., am 24. und am 31. Oktober 2012 behandelt worden. Am 31. Oktober 2012 habe sich der Beschwerdeführer darüber beklagt, dass er stärkere Verspannungen im oberen Bereich der Halswirbelsäule verspüre. Er habe ihn wie immer im Bereich C5/C6 behandelt. 3. 3

Laut Bericht des Spitals A.____ vom 31. Oktober 2012 (Urk. 7/1) ergab die am gleichen Tag infolge der

aufgetretenen motorischen und sensiblen Parese im linken Arm durchgeführte Computertomographie einen segmentalen Carotis - Interna-Verschluss rechts.

Differenzialdiagnostisch gingen die berichtenden Ärzte

von einer Karotidisdissektion beziehungsweise einer Ischämie vertebrobasilar rechts aus. 3. 4

Im Bericht des Spitals B.____ vom 8. November 2012

(Urk. 6/115) wurde folgende Diagnose gestellt: Ischämischer Hirninfarkt rechts am 31. Oktober 2012 - sensorisch-motorisches, armbetontes Hemisyndrom links, Fazialisparese links - Carotidisdissektion

Pars cervicalis mit konsekutivem Verschluss der Arteria

carotis

interna rechts - Differenzialdiagnose: posttraumatisch nach Autounfall im August, im Rahmen einer chiropraktischen Manipulation am Eintrittstag, spontan kardiovaskuläre Risikofaktoren : keine

Die Dissektion schein am ehesten nicht spontan aufgetreten zu sein, sondern möglicherweise traumatisch - im Rahmen der Manipulation - bedingt. 3. 5

Als Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin nahm Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, am 30. Januar

2013 zum medizinischen Sachverhalt Stellung (Urk. 7/7). Er führte aus, dass ein Bagatellereignis wie der Unfall vom 23. August 2012 vorübergehende Beschwerden zu begründen vermöge. Jedoch dürfte spätestens nach 4-5 Wochen der Status quo ante vel sine wieder erreicht worden sein. Nach diesem Zeitpunkt weiterhin bestehende, dem bisherigen Zu stand entsprechende Beschwerden, oder geraume Zeit später erneut aufgetretene Blockaden liessen sich nicht mehr mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit dem betreffenden Ereignis anlasten. Wie aus dem Bericht des Chiropraktors Dr. E.____ zum Ausdruck komme, sei der Beschwerdeführer dort schon wie derholt wegen ent sprechender Beschwerden in Behandlung gewesen . Das Baga tell ereignis vermöge nicht als Aufhänger für wiederholte Behandlungen der vor be stehenden Problematik zu dienen. Zum Zeitpunkt der chiropraktischen Behand lung vom 31. Oktober 2012 sei der status quo sine mit überwiegender Wahr schein lichke it bereits er reicht gewes en und es sei wieder ein nicht auf das vorliegende Ereignis (23. August

2012) zurück gehender Vorstand behandelt worden. 3.6

Dr. E.____ erklärte im Schreiben vom 7. Mai 2013 (Urk. 6/167) , den Beschwer deführer am 24.,

2 8. und 31. August

2012 immer auf dem gleichen Niveau C5/C6 mit Druckpunkten im Nacken- und Schulterbereich behandelt zu haben. Am 11. September 2012 habe man ihm zusätzlich eine Physiotherapie ver schrieben. Am 14. September 2012 sei es ihm besser ergangen, dann weiter am 19. September sowie am 9. Oktober 201 2. An diesem Tag habe er eigentlich am wenigsten Beschwerden gehabt. Am 24. Oktober 2012 sei d er Beschwerdeführer ebenfalls bei ihm gewesen und wieder auf dem Niveau C5/C6 behandelt worden. 3. 7

Prof. Dr. med. G.____, Dr. sc. techn. Dipl. El . Ing. ETH und Facharzt FMH für Neurologie, kam im Bericht vom 28. Februar 2014 (Urk. 6/338) über eine neu rologisch-neuroangiologisch -konsiliarische Untersuchung des Beschwerdefüh rers zum Schluss, dass die Ursache der Carotidisdissektion offen sei. Am wahr scheinlichsten habe es sich um eine etwas atypische Folge der deblockierenden chiropraktischen Massnahme im oberen Bereich der Halswirbelsäule gehandelt. Üblicherweise bewirkten abrupte chiropraktisch e Massnahmen, allerdings selten einen Vertebralisspasmus mit/ohne Dissektion . Eine Vorschädigung der Aorta carotis

interna rechts infolge des Aufpralls auf das Sternum anlässlich des Par kiermanövers am 23. August 2012 sei weniger wahrscheinlich, weil es zu keiner Prellung im Bereich von Hals, Nacken und Kopf gekommen sei, sondern h öchs tens zu einer leichten Whiplash -Bewegung

von Kopf und Halswirbelsäule (S. 5) . 3. 8

Das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene
neurologische

Gutachten vom 15. September 2014 (Urk. 6/416)

beruht

neben der eigenen fachärztlichen Untersuchung des Beschwerdeführers durch den federführenden Gutachter PD Dr. med. H.____, Leiter Notfall- und Konsilteam am D.____, auf dem von Dr. phil .

I.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, am 3. Februar 2014 er stellten neuropsychologischen Teilgutachten (Urk. 6/432), auf dem von Dr. med. Dipl. Psych. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verfasste n psy chiatrische n Gutachten vom 28. Juli 2014 (Urk. 6/328)

sowie auf dem neu roradiologischen

Gutachten von Prof. Dr. med. K.____, Leitender Arzt am Uni ver sitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie des D.____, vom 4. September 2014 (Urk. 6/416 S. 22 f.) . Dr. H.____

stellte fol gende Diag nosen: 1) Cerebrovaskulärer ischämischer Insult im Mediastromgebiet rechts am 31.

Okto ber 2012 - Fast vollständig regredientes, faziobrachial betontes sensomotorisches Hemisyndrom links mit leicht bis mittelschweren residuellen kognitiven Minderleistungen und erhöhter Ermüdbarkeit - Ätiologie: Dissektion der A. carotis

interna rechts - kardiovaskuläre Risikofaktoren: keine 2) Insomnie gemischter Ätiologie (konditioniert, schlafhygienisch, Schlaf-Apnoe-Syndrom) 3) St. n. posttraumatischer Belastungsstörung 4) Angststörung, nicht näher bezeichnet

Weiter führte der Gutachter aus, ein Zusammenhang der C arotisdissektion recht s mit dem Bagatellunfall vom 23. August 2012 sei eher unwahrscheinlich. Haupt grund sei das Zeitintervall. Gemäss Literatur erleide die ü berwiegende Mehrheit der Patienten mit Gefässdissektionen einen allfälligen Hirnschlag in nerhalb von sieben Tagen nach Symptombeginn. Ein w eiteres Argument gegen ei nen Zu sam menhang mit dem Bagatelltrauma und der Dissektion sei der Ort der Schmerzlokalisierung: Der Beschwerdeführer beschreibe initial Schmerzen im Bereich der oberen rechten Rippen sowie in der Region der Halswirbelsäule. Die typische Manifestatio n von Lokalsymptomen bei einer C arotisdissektion seien Kopfschmerzen, vorwiegend ipsilateral, peri or bi tal und frontotemporal, wobei diese in 90 % der Fälle innerhalb einer Woche verschwänden. Nackenschmerzen würden zwar ebenfalls beschrieben, jedoch weniger häufig als Kopf- und Gesichtsschmerzen. Ein weiteres Argument, das gegen einen Zusammenhang zwischen dem Bagatellunfall (vom 23. August 2012) und der C arotisdissektion spreche, sei das Ausmass des Trauma s : Beim Unfall im Parkhaus sei es zu einer Kontusion des Thoraxes, nicht aber des Kopfes gekommen und gemäss Angaben des Patienten sei e r ma ximal mit 5-10 km/h unterwegs gewesen. Gemäss Lite ra tur sei nur dann von einem klaren traumatischen Zusammen h ang auszu gehen, wen n

ein relevantes Trauma der Dissektion vorausgehe. Patienten mit kombi nierten Gesichts-, Kopf- und Wirbelsäulenverletzungen hätten das höchste Risiko für traumatische C a

rotisdissektionen . Ein Zusammenhang mit dem Bagatelltrauma

von August 2012 sei somit eher unwahrscheinlich, könne aber nicht vollständig ausgeschlossen werden (S. 25 f.).

Bereits vor dem Bagatelltrauma im August 2012 sei der Beschwerdeführer wiederholt in chiropraktischer Behandlung gewesen. Nach dem Bagatelltrauma habe sich der Beschwerdeführer regelmässig vom Chiropraktor behandeln lassen und soweit aus den Akten eruiert werden könnten hätten zwischen August und Ende Oktober zirka acht Behandlungen stattgefunden. Somit sei die Frequenz der Behandlungen möglicherweise leicht höher als vor dem Bagatelltrauma. Ausserdem habe der Beschwerdeführer über Beschwerden im Brustbein Richtung Schulter ziehend ohne relevante Besserung durch die Behandlungen beim Chiropraktor geklagt. Andererseits sei zu vermerken, dass er in dieser Zeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, seine Hobbies voll ausüben könne und der Schlaf durch die Beschwerden nicht beeinträchtigt gewesen sei. Aus psychiatrischer Sicht hätten bis zum Ereignis (chiropraktische Behandlung) vom 31. Oktober 2012 keine klinisch relevanten Auffälligkeiten bestanden. Somit sei abgesehen von den Schmerzen, die letztlich zur Konsultation beim Chiropraktor geführt hätten, von einem Status quo ante vel sine auszugehen (S. 26).

Es gebe Fallbeschreibungen [über einen möglichen Kausalzusammenhang] zwischen Behandlungen bei einem Chiropraktor und dem Auftreten von Gefässdissektionen, wobei hier vorwiegend Dissektionen der Vertebralarterien und nicht der Arteria

carotis

interna beschrieben seien. Allerdings gebe es auch Fallberichte von Carotisdissektionen nach Behandlungen bei einem Chiropraktor, wenn diese auch viel seltener vorhanden seien. Die Schwierigkeit in der Beurteilung der Kausalität zwischen Interventionen durch einen Chiropraktor und einer nachfolgenden Dissektion sei die Tatsache, dass die meisten Patienten ja bereits mit Kopf- oder Nackenbeschwerden einen Chiropraktor aufsuchten. Somit bleibe in den meisten Fällen unklar, ob durch die Manipulation eine bereits vorbestehende Dissektion mit lokalen Symptomen verstärkt werde und dazu führe, dass ein Hirnschlag auftrete, oder ob durch die Manipulation alleine die Dissektion ausgelöst werde. Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Fall bereits über Nacken- und Kopfschmerzen geklagt habe, könne nicht eindeutig gesagt werden, ob sich die Dissektion während der Manipulation vom 31. Oktober 2012, bei einer der vorgängigen Manipulationen oder spontan dazwischen ereignet habe.

Allerdings sei der Hirnschlag im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die unmittelbar vorangehende

chiropraktische Manipulation vom 31. Oktober 2012 zurückzuführen. Dies lasse sich durch die sehr enge zeitliche Korrelation der Manipulation mit dem Auftreten der ersten Hirnschlagsymptome sowie der Heftigkeit der Manipulation begründen. Pathophysiologisch sei entweder durch die Manipulation des Chiropraktors eine Carotisdissektion mit konsekutivem Hirnschlag ausgelöst worden, oder aber durch die Manipulation sei eine vorbestehende Dissektion, die sich lediglich mit lokalen Symptomen bemerkbar gemacht habe, dermassen verstärkt worden, dass sich ein embolischer oder hämodynamischer Hirnschlag ereignen könne.

Dabei könne jegliche Manipulation am Hals zu einer Dissektion der Arteria

c arotis

interna führen (S. 27 f. , vgl. auch S. 28 ff.).

Gehe man davon aus, dass die Dissektion bereits vor der Manipulation am 31. Oktober 2014 (richtig: 2012) bestanden habe, müsse aus statistischer Sicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer auch ohne Manipulation ein erhöhtes Hirnschlagrisiko aufgewiesen habe. Allerdings sei durch den Pathomechanismus der Manipulation (Zug an der Gefässwand der Arteria

carotis

interna) und dem zeitlichen Auftreten der Erstsymptome mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass auch bei bereits vorgängig stattgefundenen Dissektion

die Manipulation im vorliegenden Fall den Hirnschlag mit verursacht habe (S. 30 f.).

Zur Frage nach Hinweisen auf einen programmwidrigen Bewegungsablauf bei der manuellen Behandlung gab der Gutachter an, gemäss den ihm vorliegenden Informationen bestünden keine Hinweise auf eine programmwidrige Manipulation. Vielmehr stelle sich die Frage, ob der Chiropraktor allenfalls eine bereits vorhandene Dissektion hätte erkennen können. Gemäss Protokoll des Beschwerdeführers habe dies er bereits frühmorgens an Kopf- und Nackenschmerzen im Bereiche der Stirne und im Ohr gelitten. Ob und wie er diese Beschwerden dem Arzt geschildert habe, könne retrospektiv nicht eruiert werden. Ausserdem handle es sich bei Dr. E.____ um eine n

Chiropraktor und nicht um einen Arzt, der die Symptome einer allfälligen Carotidisdissektion hätte erkennen müssen. Obwohl der Chiropraktor durch die Manipulation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den Hirnschlag verursacht habe, handle es sich aber höchst wahrscheinlich um eine schicksalshafte Komplikation einer chiropraktischen Massnahme und nicht um eine programmwidrige Behandlung (S. 31). 4. 4.1 4 .1 .1

Zu prüfen ist zunächst , ob die chiropraktischen Manipulationen durch Dr. E.____ , insbesondere diejenige vom 31. Oktober 2012 ,

das zum Unfallbegriff gehörende Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllen oder nicht. 4. 1 .2

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht. Die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als ungewöhnlicher Faktor zu betrachten sei, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu beantworten und nur dann zu bejahen, wenn die (ärztliche) Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist (vgl. vorstehend E. 1.4).

Vorliegend handelte es sich bei der fraglichen Vorkehr um chiropraktische Manipulationen

auf dem

Niveau C5/C6 mit Druckpunkten im Nacken- und Schulterbereich (Berichte von Dr. E.____ vom 6. November

2012 sowie vom 7. Mai 2013; Urk. 6/167 , Urk. 7/2).

Eine solche Behandlung weicht weder vom medizinisch durchaus Üblichen erheblich ab noch birgt sie objektiv betrachtet grosse Risiken in sich. Das entsprechende Vorgehen die Lösung einer funktionellen Blockierung auf der Höhe C5/C6 ist sodann nicht mit unüblichen oder ungewöhnlichen Risiken verbunden. Ferner wurde das Vorliegen eines Behandlungsfehlers oder eines regelwidrigen Verhaltens des Chiropraktors weder geltend gemacht (vgl. Urk. 1 und Urk. 16) noch liegen Anhaltspunkte hierfür vor (vgl. insbesondere das neurologische Gutachten von PD Dr. H.____ vom 15. September 2014, Urk. 6/416 S. 31).

Somit stellen die chiropraktischen Manipulationen durch Dr. E.____ anlässlich seiner Behandlung, insbesondere derjenigen vom 31. Oktober 2012, keinen ungewöhnlichen äusseren Faktor im Sinne des gesetzlichen Unfallbegriffs dar, zumal keine grobe Ungeschicklichkeit erstellt ist. 4.2.4.2.1

Erfüllt die chiropraktische Manipulation durch Dr. E.____ den Unfallbegriff nicht, ist weiter zu prüfen, ob die Behandlung bis zum letzten wahrgenommenen Termin am 31. Oktober 2012 durch den Unfall vom 23. August 2012 bedingt war, womit auch allfällige medizinische Komplikationen im Sinne von mittelbaren Unfallfolgen mitversichert wären (vgl. vorstehend E. 1.5). 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin stellt sich gestützt auf das neurologische Gutachten von PD Dr. H.____ vom 15. September 2014 (Urk. 6/416) auf den Standpunkt, dass

bereits vor den chiropraktischen Behandlungen vom 24. und 31. Oktober 2012 der status quo ante vel sine wieder erreicht worden sei, wie er auch ohne das Ereignis bestanden oder sich eingestellt hätte. Folglich seien die letzten, dem Hirninfarkt vorangegangenen Manipulationen krankheitsbedingt erfolgt. Weiter wies sie darauf hin, dass der Beschwerdeführer am 19.

September 2012 wieder am 21.1 km langen L.____ teilzunehmen vermocht habe (Urk. 2 S. 2 und S. 8 f., Urk. 5 S. 2 und S. 9, Urk. 19 S. 4 und S. 6 ff.).

Demgegenüber

macht der Beschwerdeführer geltend, dass auch am 31. Oktober 2012 noch eine anhaltende Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe. So habe die Beschwerdegegnerin umgehend nach Erhalt der Unfallmeldung bezüglich des Ereignisses vom 23. August 2012 Kostengutsprache für Behandlungen bei Dr. E.____ in einer Sequenz von vorerst 10 Behandlungen erteilt.

Auch der Gutachter halte fest, dass die Frequenz der Behandlungen gegenüber den früheren Behandlungssequenzen höher gewesen sei, und ausserdem habe der Beschwerdeführer auch neu über Beschwerden im Brustbein geklagt, die letztlich zur Konzentration beim Chiropraktor geführt hätten. Die letzte Behandlung bei Dr. E.____ sei von der Beschwerdegegnerin übernommen und dem Leistungserbringer gegenüber auch bezahlt worden. Dank langjährig ausgeübtem

Ausdauersport habe der Beschwerdeführer den L.____ trotz Schmerzen in der Schulter absolviert, jedoch mit beträchtlichen 40 Minuten mehr Laufzeit als die Jahre zuvor (Urk. 1 S. 7 und S. 9 f., Urk. 16 S. 3 f.). 4.2.3

Der Berichterstattung von Dr. E.____

(Berichte vom 14. August 2012, 6. November 2012 sowie 7. Mai 2013; Urk. 6/167, Urk. 7/2 und Urk. 8/11) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer sowohl vor als auch nach dem Unfall vom 23. August 2012 an den weitgehend gleichen Beschwerden, insbesondere an Bewegungseinschränkungen von Hals- und Lendenwirbelsäule litt. Es ist zwar denkbar, dass seine Beschwerden durch den Unfall eine Zeit

lang intensiver wurden. Jedoch ging es ihm offenbar bereits ab dem 14. September 2012 wieder besser. Gemäss seinen (von Dr. E.____ wiedergegebenen) Angaben hatte der Beschwerdeführer am 9. Oktober 2012

am wenigsten Beschwerden (Urk. 6/167).

Angesichts dieser Sachlage vermag die Beurteilung von Dr. F.____ (Stellungnahme vom 30. Januar 2013, Urk. 7/7), wonach der Status quo sine vel ante vier bis fünf Wochen nach dem Unfall erreicht worden sein dürfte, zu überzeugen.

Dadurch wird nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer

welcher gemäss Internet

(<https://www.datasport.com/de/myDS>

s

earch/

) in den Jahren

2000 bis 2005 an verschiedenen Laufanlässen teilgenommen hatte

nach einer jahrelangen Pause am 22. September 2012 wieder am L.____

teilnahm. Dass er mit einer Zeit von 2 Stunden 23 Minuten und 42.8 Sekunden dafür etwa 30 Minuten länger benötigte als im Jahr 2005, weist entgegen den Andeutungen des Beschwerdeführers (Urk. 16 S. 4) nicht auf nach wie vor behandelungsbedürftige

unfallbedingte Beschwerden hin. Eine längere Laufzeit nach sieben Jahren Unterbruch

kann verschiedene Gründe haben

(etwa verminderte Fitness fortschreitendes Alter

u.ä.). Weiter betrug die Laufzeit des Beschwerdeführers im Jahre 2003 2 Stunden 15 Minuten und 55.1 Sekunden, was die Bedeutung der Differenz der Laufzeiten (2005 und 2012) weiter relativiert.

Schliesslich lassen auch die vom Beschwerdeführer während der chiropraktischen Behandlung vom 31. Oktober 2012 geklagten stärkeren Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule (Urk. 7/2) beziehungsweise die an jenem Tag offenbar aufgetretenen sehr starken Kopf- und Nackenschmerzen (Urk. 6/43) nicht auf unfallbedingte (Ereignis vom 23. August 2012) Beschwerden schliessen. Denn laut dem neurologischen Gutachter PD Dr. H.____

könnten diese (unter anderem) als Symptome für eine bereits bestehende Dissektion

interpretiert werden (Gutachten vom 15. September 2014, Urk. 6/416 S. 30). 4.2.4

Angesichts der obigen Ausführungen (E. 4.2.3) ist davon auszugehen, dass vorliegend der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens Ende September

2012 wieder erreicht worden war.

Dementsprechend erklärte sich die Beschwerdeführerin im Schreiben vom 6. Februar 2014 an Dr. E.____ (Urk. 6/324) dazu bereit, die Kosten für die bis Ende September 2012 (somit bis zur Behandlung vom 19. September

2012; Urk. 6/320) durchgeführten chiropraktischen Behandlungen zu übernehmen, und verneinte eine weitere Leistungspflicht. In der Folge leistete sie den unbestrittenen Teilbetrag von Fr. 657.40 (Urk. 6/496; vgl. auch Urk. 19 S. 11). Bei den am 21. Mai 2013 und am 26. November 2012 geleisteten Zahlungen an Dr. E.____

in Höhe von dreimal Fr. 40. (Urk. 6/319 und Urk. 6/496) handelt es sich offensichtlich nicht um die Übernahme von Heilkosten, sondern vielmehr um Entschädigungen für die Berichte des Chiropraktors vom 14. August

2012 (Urk. 8/11), 6. November 2012 (Urk. 7/2) und 7. Mai 2013 (Urk. 6/167; vgl. auch Urk. 5 S. 6). Eine Kostengutsprache der Beschwerdeführerin für zehn Behandlungen bei Dr. E.____ (vgl. dazu Urk. 16 S. 3) ist nicht aktenkundig und kann auch nicht aus dem Schreiben der Beschwerdeführerin vom 26. Oktober 2012 (Urk. 8/19) betreffend Übernahme der Kosten einer früheren, im Februar 2012 abgeschlossenen Behandlung bei Dr. E.____

abgeleitet werden. 4.2.5

Somit erfolgte die Leistungseinstellung per Ende September 2012 zu Recht, weshalb nicht mehr zu prüfen ist, ob die

chiropraktische Manipulation vom 31. Oktober 2012 mindestens als Teilursache der Ischämie (natürlicher Kausalzusammenhang) zu betrachten

ist. 4.3

Festzuhalten bleibt, dass die zur Ischämie vom 31. Oktober 2012 führende Dissektion keine direkte Folge des Bagatellunfalls vom 23. August 2012 war. Dagegen sprechen die wiedergegebenen medizinischen Stellungnahmen, insbesondere die Schlussfolgerungen der Neurologen Prof. Dr. G.____ (Bericht vom 28. Februar 2014, Urk. 6/338 insbes. S. 5) und PD Dr. H.____ (Gutachten vom 15. September 2014, Urk. 6/416 insbes. S. 25 f.), wonach besagter Unfall aufgrund des langen Zeitintervalls, der Schmerzlagerung sowie der Lokalisation und des Ausmasses des Traumas als Ursache für die Dissektion beziehungsweise die darauffolgende Ischämie ausser Betracht fällt.

Dies wird von den Parteien denn auch

nicht in Frage

gestellt.

Dementsprechend kann auch daraus keine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin abgeleitet werden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Meier-Wiesner

E. 6

Abs. 3 UVG hat die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen zu erbringen, die der versicherten Person bei der Heilbehandlung (Art.

E. 10

UVG) zugefügt werden. Danach hat die Unfallversicherung für Schäden einzustehen, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass diese behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen müsste (BGE 128 V 169 E.

1c, 118 V 286 E.

3b, Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2015 vom 31. August 2015 E. 3.3).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.