

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00214 vom 8. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00214](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00214)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00214 du 8 février 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00214 del 8 febbraio 2023

## Erwägungen

### E. 1

Die 1969 geborene X.\_\_\_\_ war seit dem 1. Juni 2008 als Pflegefachfrau im S pital Y.\_\_\_\_ angestellt und in diesem Rahmen bei der HDI

Global SE obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert . Mit Meldung vom 5. April 2016 teilte die Arbeitgeberin der Versicherten mit, diese sei am 15. März 2016 beim Skifahren gestürzt und habe eine Prellung am Kopf/Schädel/Gehirn erlitten (Urk. 11/1). Am 31. März 2016 fand eine Erstkonsultation in der Chirurgischen Klinik des S pitals Y.\_\_\_\_ bei Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Chirurgie, statt. Er berichtete über eine deutliche Asymmetrie der Hals weichteile mit Pterygium-Bildung links sowie über eine stark eingeschränkte Seitendrehung und Neigung der Halswirbelsäule (HWS) und veranlasste eine Magnetresonanzuntersuchung (Urk. 13/19 S. 1). Bildgebend wurde ein Knochen marksödem im ventralen Atlasbogen und diskret in der Densspitze ohne Nachweis einer durchgehenden Fraktur oder Dislokation dargestellt (Urk. 13/3). Die Unfallversicherung richtete Taggeldzahlungen aus (Urk. 13/T1 ff.).

Nachdem weitere Behandlungen stattgefunden hatten und eine Stellungnahme des Vertrauensarztes Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Innere Medizin, eingeholt worden war (Urk. 13/13), veranlasste die Unfallversicherung eine bidisziplinäre

Begutachtung bei Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie; die Expertise wurde am 26. und 27. Juni 2017 erstattet (Urk. 13/35-36). Zusätzlich wurde eine Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Radiologie, eingeholt (Urk. 13/33). Mit Schreiben vom 18. Juli 2017 wurde der Versicherten mitgeteilt, aus dem Ereignis vom 15. März 2016 resultiere keine Leistungspflicht der Versicherung (Urk. 11/25). In der Folge nahm die Versicherte zu diesem Schreiben Stellung und beantragte, es seien ihr bis auf Weiteres die gesetzlichen Leistungen zu gewähren (Urk. 11/26). Zudem legte sie medizinische Unterlagen auf (Urk. 13/40-51). Zu diesen nahmen Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ sowie Dr. D.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 13/39, 13/52, 13/55). Mit Verfügung vom 10. Oktober 2018 verneinte die HDI Global SE mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs eine aus dem Ereignis vom 15. März 2016 resultierende Leistungspflicht (Urk. 11/68). Dagegen erhob die Versicherte Einsprache (Urk. 11/72, 11/78). Diese wurde Dr. B.\_\_\_\_ zur Stellungnahme unterbreitet , welche sich am 3. Juni 2019 dazu äusserte (Urk. 13/56). Mit Entscheidung vom 29.

Juli 2019 wurde die Einsprache insoweit gutgeheissen, als ein Anspruch auf Leistungen aus der Unfallversicherung aufgrund des Ereignisses vom 15. März 2016 bis am 14. September 2016 anerkannt wurde (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 15. März 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 1.

### **E. 1.3**

.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 11. September 2019 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien über den 14. September 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (Urk. 1). Zudem legte sie unter anderem einen Bericht des behandelnden Rheumatologen bei (Urk. 3/4).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit Beschluss vom 15. April 2021 (Urk. 22) holte das Gericht beim Spital E.\_\_\_\_ ein orthopädisches Gutachten ein, welches am 30. August 2022 (Urk. 39) erstattet wurde. Die Stellungnahmen der Parteien hierzu datieren vom 9. Dezember 2022 (Urk. 49-50). Die Beschwerdeführerin beantragte dabei das Stellen von Zusatzfragen an den Gutachter respektive die Aufforderung, seine Meinung ausführlich zu begründen und durch wissenschaftliche Studien zu dokumentieren. Sodann ersuchte sie um Ersatz der Auslagen für einen eingereichten Arztbericht. Die Beschwerdegegnerin beantragte die Androhung einer Reformatio in peius und die Feststellung, dass in Bezug auf das Ereignis vom 15. März 2016 keine Leistungspflicht gemäss UVG bestehe. Die Eingaben wurden den Parteien am 9. Januar 2023 wechselseitig zur Kenntnis gebracht (Urk. 52). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid wurde im Wesentlichen erwogen, aus den medizinischen Unterlagen ergebe sich, dass bei der Versicherten keine strukturell objektiverbaren Unfallfolgen vorliegen würden. Die von ihr beklagten Beschwerden in Form von

Abgeschlagenheit, Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten würden gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung genügen, um einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 15. März 2016 und den Beschwerden zu vermuten, wenn innerhalb von 72 Stunden Nacken- bzw. Beschwerden an der Halswirbelsäule aufgetreten seien. Anhand der Akten lasse sich der genaue Zeitpunkt des Eintretens der Nackenbeschwerden nicht erstellen. Zugunsten der Versicherten sei davon auszugehen, dass die Beschwerden innerhalb von 72 Stunden nach dem Ereignis aufgetreten seien, womit von einem HWS-Trauma auszugehen sei. Aus dem beweiskräftigen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ ergebe sich, dass die Beschwerden spätestens seit dem 14. September 2016 nicht mehr auf die unfallbedingte Verletzung zurückzuführen seien, weshalb dann der Status quo sine erreicht worden sei. Damit entfalle die Leistungspflicht der Unfallversicherung ab diesem Zeitpunkt (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2020 wurde ausgeführt, durch das Ereignis vom 15. März 2016 sei es bei der Versicherten allenfalls zu einer vorübergehenden, nicht aber zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes mit nachfolgend überholender Kausalität desselben gekommen. Am 14. September 2016 sei der Status quo sine erreicht worden. Dies ergebe sich aus den beweiskräftigen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ sowie aus der Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_. Die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ werde im Übrigen von derjenigen von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, gestützt. Neben dem natürlichen Kausalzusammenhang fehle es seit dem 14. September 2016 auch am adäquaten. Auch aus diesem Grund entfalle ab diesem Zeitpunkt eine Leistungspflicht (Urk. 10).

Das eingeholte Gerichtsgutachten befand die Beschwerdegegnerin als beweiskräftig (Urk. 49).

## **E. 2.2**

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe im Einspracheentscheid ihre Leistungspflicht grundsätzlich anerkannt. Daher obliege es ihr, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beweisen, dass der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang am 14. September 2016 dahingefallen sei. Dies gelinge ihr jedoch nicht, da sie sich lediglich auf die medizinische Erfahrungsregel stütze, dass bei HWS-Distorsionen der Vorzustand in der Regel nach sechs bis neun Monaten erreicht sei. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung müsste diese Vermutung anhand der einzelnen Umstände nachvollziehbar dargetan sein, was nicht der Fall sei. Dr. B.\_\_\_\_ habe es versäumt, konkret darzulegen, weshalb die abstrakte Vermutung zur Anwendung gelangen sollte. Weiter lägen unfallbedingte strukturelle Verletzungen vor, was Dr. B.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt habe. Somit fehle es am Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen per 14. September 2016, weshalb die Beschwerdegegnerin auch über diesen Zeitpunkt hinaus leistungspflichtig sei (Urk. 1).

Am 9. Dezember 2022 (Urk. 50) kritisierte sie das eingeholte Gerichtsgutachten in verschiedener Hinsicht. 3.

## **E. 3.1**

Der am 31. März 2016 erstbehandelnde Dr. med. Z.\_\_\_\_, Co-Chefarzt Chirurgie am Spital Y.\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 11. April 2016 (Urk. 13/2) eine HWS-Distorsion Grad 3 und verwies auf eine deutliche Bewegungseinschränkung der HWS sowie ein bildgebend (MRI) erhobenes Knochenmarksödem C2-C3 sowie Ligamentum Alaria.

Die zugrundeliegenden Bilder zeigten ein Knochenmarksödem im ventralen Atlasbogen und in der Densspitze sowie ein angrenzendes Weichteilödem ohne sichere Fraktur. Es fanden sich keine intraspinale Blutung und keine frakturierte verdachtige Läsionen. Beschrieben wurden degenerative Veränderungen (Osteochondrosen, Diskusprotrusionen, Spondylosen, Unkovertebralarthrosen) mit Betonung in der unteren HWS ohne Spinalkanalstenose oder Wurzelaffektionen (Bericht des Röntgeninstituts G.\_\_\_\_ vom 1. April 2016, Urk. 13/3).

### **E. 3.2**

2

Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 27. Juni 2017 (Urk. 13/36) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (aktenanamnestisch) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei subjektiv wahrgenommener ärztlicher Fehlbehandlung, einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie anamnestisch einen schädlichen Gebrauch von Tabakwaren, gegenwärtig abstinent (S. 28). Der Gutachter führte aus, im Vordergrund stehe bei der Beschwerdeführerin ein Wunsch nach «Gerechtigkeit», da sie sich vom erstbehandelnden Arzt Dr. Z.\_\_\_\_ falsch behandelt sehe, wogegen sie nun auch mit juristischen Mitteln vorgehe. Die Unfallereignisse vom 15. März und 28. Mai 2016 seien daher nicht geeignet, den eingetretenen Verlauf zu erklären. Die feststellbare Dynamik, die sich bei der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit einer so wahrgenommenen Fehlbehandlung entwickelt habe, lasse sich in der Gesamtschau am ehesten als Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen abbilden (S. 52 f.). 3. 3

Am 6. Juni 2018 (Urk. 13/55) ergänzte Dr. B.\_\_\_\_, die Postulierung der natürlichen Kausalität zwischen den subjektiv von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen sowie den allfällig vorhandenen segmentalen Dysfunktionen (mittels der Diagnose eines hochzervikalen Schmerzsyndroms rechts bei indirekter HWS-Distorsion nach Skisturz und konsekutiver Malrotation von C2 nach links mit dysfunktionellem C1/2- und C2/3-Segment rechts) sei offensichtlich kritiklos aus den diversen Schreiben von Dr. I.\_\_\_\_ übernommen worden. Die Beschwerdeführerin sei erst malig am 9. Oktober 2017 in Behandlung bei den Ärzten des Rehasentrums J.\_\_\_\_ gestanden und damit eineinhalb Jahre nach dem Sturzereignis. Zudem könne keinem der Berichte jener Ärzte eine differenzierte Untersuchung der HWS entnommen werden. Insbesondere sei auch keine manualmedizinische segmentale Funktionsprüfung der HWS dokumentiert, sodass sie nicht objektiviert hätten, ob die von ihnen postulierten Diagnosen

(hochzervikales Schmerzsyndrom rechts bei indirekter HWS-Distorsion nach Skisturz am 15. März 2016, konsekutiv Malrotation von C2 nach links mit dysfunktionellem C1/2- und C2/3-Segment rechts sowie Facettengelenksinfiltration am 5. Juli 2017, Urk. 13/47) klinisch tatsächlich vorgelegen hätten (S. 20). 3.

#### **E. 3.2.1**

Dr. B.\_\_\_\_

von der H.\_\_\_\_ GmbH stellte in ihrem Gutachten vom 26. Juni 2017 (Urk. 13/35) zu Händen der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen (allesamt ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, S. 73): -

Status nach Kopfanprall rechts (behelmt) mit/bei -

HWS-Distorsion maximal QTF Grad I -

ohne strukturelles Organkorrelat einer unfallbedingten Läsion -

Status nach Avulsionsfraktur au f der Basis der Phalanx media

Dig . III und Dig . IV der rechten Hand am 2 8. Mai 2016 mit /bei -

konservativer Therapie -

ohne persistierende Funktionseinschränkungen -

Chronisches myofasiales b zw. tendomyogenes Schmerzsyndrom (unfall fremd) mit/bei -

muskul ärer Dysbalance/ Dekonditionierung -

Fehlhaltung -

aktuell: Funktionsstörung der Kopfgelenke -

aktuell: multisegmentale n thorak alen, Costotransversalgelenks - u nd rechtsseitigen

ISG-Funktionsstörungen -

gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen atlantodental sowie HWK 5 bis Th1,  
gesamthaft nicht über das altersentsprechende Mass hin ausgehend -

Verdacht auf ein e Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis bei hierfür  
typischem Signalverhalten in den MR Tomo graphien der HWS -

Bildgebend leichte knotige Konfiguratio n der Schilddrüse mit solitärer , T2 hyperintenser  
Läsion links (Durchmesser 3 mm, unfallfremd)

Dr. B. \_\_\_ verwies auf einen Vorzustand im Sinne von degenerativen Verän derungen

der Kopfgelenke sowie der unteren HWS in k lusive des zervikothoraka len Übergangs  
(gesamthaft nicht über das altersentsprechende Mass hinausge hend), einer zumindest  
tendenziellen Hypermobilität und einer Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen  
Formenkreis (bisher noch nicht abgeklärt, S. 86).

Sie erachtete den Status quo sine nach spätestens sechs Monaten erreicht (sollte der  
Rechtsanwender die sogenannte 72-Stunden-Regel nicht anwenden ) . Folglich beruhe der  
Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem 1 4. September 2016 mit  
überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen (S. 86 f.) .  
Dazu verwies sie auf die Med izinische n Mitteilungen Nr.

79/ 2008 de r Suva , won ach unter Berücksichtigung des (anamnestisch) klinisch stummen  
degenerativen Vorzustands der HWS der Status quo sine in der Regel nach sechs bis neun  
Monaten als erreicht zu betrachten sei (S. 58 ff.). Es hätten bei der Beschwerdeführerin  
auch keine zusätzlichen Verletzungen oder Erkrankungen vorgelegen und damit keine  
aussergewöhnlichen Umstände, die es medizinisch rechtfertigen würden, den Status qu o  
sine später als nach Ablauf von sechs Monaten zu terminieren. Der Gesundheitszustand der  
Beschwerdeführerin beru h e nach dem 1 4. September 2016 mit überwiegender  
Wahrscheinlichkeit aus schliesslich auf unfallfremden Ursachen (S. 61 f.).

Dr. B. \_\_\_ stützte sich bei ihrer Begutachtung (S. 2 oben) unter anderem auf die  
radiologische Stellungnahme von PD Dr. D. \_\_\_ vom 2 4. Mai 2017 ( Urk. 13/33). Dies er  
schloss aus den vorliegenden Bildern, es fänden sich unspezifische Veränderungen am  
atlantodentalen Übergang ohne strukturelle Läsion, welche zu degenerativen

Veränderungen (aktivierte Arthrose), einer bis her nicht diagnostizierten entzündlichen Erkrankung oder einer HWS-Distorsion passten. Gegen eine überwiegend wahrscheinlich traumatische Genese der Veränderungen spreche das Fehlen struktureller Veränderungen oder paravertebraler Weichteilveränderungen, die normale Darstellung der peridentalen ligamentären

Strukturen, das Fehlen eines Gelenksergusses und die Wahrscheinlichkeit/Häufigkeit der differentialdiagnostisch zur Auswahl stehenden Pathologien (S. 8).

Befragt zur Befundung der MRT des HWS vom 1. April 2016, namentlich zum postulierten « Ödem der Lig. alaria » und den « Knochenmarködeme, im ventralen Atlasbogen und in der Densspitze », DD: bone

bruises », DD: aktivierte Atlantodentaltarthrose » (E. 3.1 und Urk. 13/3) führte PD Dr. D.\_\_\_\_ aus, die Lig. alaria hätten sich unauffällig dargestellt. Es finde sich zwar ein Ödem in den ossären Strukturen des atlantodentalen Gelenkes, jedoch kein Ödem in den Weichteilen. Erst nach i.v. Kontrastmittelapplikation finde sich ein flaueres, unspezifisches Enhancement. Dieses Signalverhalten sei typisch für rheumatologisch-entzündliche Veränderungen (S. 8).

### **E. 3.6**

PD Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie, Universitätsspital

E.\_\_\_\_, führte in seinem Gutachten vom 30. August 2022 (Urk.

39) aus, die

Intensitätssteigerung in den wasser-sensitiven Sequenzen auf den MRI Bildern vom 1. April 2016 seien eindeutig abgrenzbar, insbesondere im Arcus anterior des Atlas (C1)

sowie deutlich weniger in den ventralen Abschnitten des Dens

axis in unmittelbarer

Angrenzung zum vorderen Atlasbogen im atlantodentalen Gelenk. Ebenso zeigte sich ein feiner Flüssigkeitssaum in den prävertebralen Weichteilen im Bereich von C1 und C2

paramedian, jedoch nicht median. Er ging nicht davon aus, dass sich die

Beschwerdeführerin diese Verletzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Skisturz vom 15. März 2016 zugezogen hat mit der Begründung, dass nach objektiven Gesichtspunkten die erhobenen Befunde bei der Explorandin

nicht derartig gewichtig seien, dass andere denkbare Möglichkeiten (entzündliche Ursachen, Neoplasien und Tumorerkrankungen, metabolische

Erkrankungen, degenerative Erkrankungen, Ischämie, oder iatrogene Ursachen)

vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fielen. Die Wahrscheinlichkeit für eine traumatische Ursache liege bei etwa 40 % (S. 21).

Zu den Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ (E. 3.4) und der thematisierten Rückbildung des Ödems hielt er fest, dass sich ein traumatisches Knochenmarksödem im Rahmen der

Konsolidationsprozesse spontan zurückbilde. Indessen könnten sich auch andere Ursachen für ein

Knochenmarksödem spontan zurückbilden. Sodann verwies er auf die im MRI vom 13. Dezember 2021 weiterhin vorliegende dezente Signalintensitätssteigerung. Diese sei zwar

im Vergleich zu den

Voruntersuchungen deutlich zurückgegangen, aber eben immer noch leicht abgrenzbar.

Ausserdem seien die prävertebralen Weichteilveränderungen, welche ebenfalls als vermeintliche Verletzungsfolgen genannt worden seien, im MRI vom 13. Dezember 2021 nahezu

unverändert zu den Befunden des MRI vom 1. April 2016. Fast sechs Jahre nach dem Trauma

wäre es aus seiner Sicht ausgeschlossen, diese Veränderungen auf den Unfall vom 15.

März 2016 zurückzuführen. Auch schliesse das Fehlen einer rheumatologischen Vorerkrankung andere entzündliche Ursachen nicht aus (S.

23).

Zu den Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ (E. 3.5) hielt PD Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass

Knochenmarksödeme durch Trauma (= Bone

bruise) in vielen Fällen innert sechs Wochen

abklingen würden, aber nicht in jedem Fall. Im Fall

der Beschwerdeführerin habe sich eine Persistenz bis etwa ein Jahr nach dem Trauma gezeigt, was ein

Trauma als Ursache für ein Knochenmarksödem nicht ausschliesse. Allerdings lasse sich auch in der letzten MRI Untersuchung vom 13.

Dezember 2021 noch eine

minimale Signalintensitätssteigerung nachweisen. Dass diese fast sechs Jahre nach dem Unfall immer noch auf eine traumatische Verletzung des vorderen Atlasbogens im Rahmen des Unfalls zurückzuführen sei, schein praktisch ausgeschlossen.

Weiterhin stimme er mit der Einschätzung durch Dr. F.\_\_\_\_ überein, dass

Knochenmarksödeme, welche durch entzündliche Prozesse ausgelöst werden, eher eine Umwandlung in fettiges Mark nach sich ziehen als traumatische Knochenmarksödeme.

Eine solche lipomatöse Metaplasie könne in den fettgewichteten

Sequenzen nachgewiesen werden. Ihm sei keine Studie bekannt, welche eine derartige lipomatöse

Metaplasie bei traumatischen Knochenmarksödemen oder Bone

bruises nachgewiesen

habe. Auch aus eigenen Erfahrungswerten finde eine solche lipomatöse Umwandlung des Knochenmarks nach traumatischen Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule nicht

statt. Die Tatsache, dass aber genau diese lipomatöse Metaplasie im Bereich des initial nachweisbaren Ödems bei der Beschwerdeführerin erstmalig im MRI HWS vom 11. April 2017 und

deutlich auch im letzten MRI HWS vom 13. Dezember 2021 nachweisbar sei, spreche gegen eine

traumatische und eher für eine andere/entzündliche Genese (S. 26 f.).

PD Dr. K. \_\_\_ bestätigte das Vorliegen einer zum Zeitpunkt des Unfalls vom 15.

März 2016 vorbestehenden atlantodentalen

Arthrose (S. 30 unten) und hielt fest, dass die geklagten Beschwerden weder

zum Zeitpunkt des Unfalls noch zum Zeitpunkt der Exploration spezifisch auf eine

Aktivierung einer atlanto-dentalen Arthrose hingewiesen hätten. Vielmehr handele es sich

um Schmerzen, welche relativ unspezifisch seien

und eine Vielzahl an verschiedenen Ursachen haben könnten.

Ausserdem hätten im Bereich der HWS zum Zeitpunkt des

Unfalls weitere degenerative Veränderungen vorgelegen (insbesondere in der

unteren Halswirbelsäule und zerviko-thorakaler Übergang C5-Th1), welche

gleichermaßen ursächlich für das unspezifische Beschwerdebild in Frage kämen. Auch bei diesen hätte theoretisch eine

Aktivierung/Traumatisierung stattfinden können, was die Beschwerden bedingt. Da

sowohl das Beschwerdebild unspezifisch sei und im Bereich der Wirbelsäule eine Vielzahl

von Strukturen ursächlich für die verschiedenen Symptome sein könne, sei es nicht möglich, eine valide Aussage über einen kausalen

Zusammenhang einer allfälligen Aktivierung einer vorbestehenden Degeneration im

Bereich der HWS und den angegebenen Beschwerden zu machen (S. 33).

Betreffend Zeitpunkt des Abschlusses der Heilbehandlung führte der Gutachter aus, es sei weiterhin unklar, welche spezifischen Strukturen

ursächlich für die seit dem Unfall beklagten

Beschwerden seien. Eine zielgerichtete Therapie einer oder mehrerer spezifischer

Ursachen sei somit zu keinem Zeitpunkt möglich gewesen. Dies sei in der Wirbelsäulenmedizin

jedoch nicht ungewöhnlich. Die eingeleitete empirische/symptomatische

Therapie (im Frühstadium körperliche

Schonung, physikalische Therapie, im weiteren Verlauf interventionelle Massnahmen [Infiltrationen, Manipulation in

Narkose] sowie psychotherapeutische Behandlungsansätze) sei indiziert gewesen, um eine Verbesserung der

Symptome zu erzielen, den Umgang mit persistierenden Schmerzen zu erlernen, und letztlich die private und berufliche Reintegration in den Alltag zu ermöglichen.

Diese Therapie sei aus seiner Sicht bis einschliesslich der

stationären Rehabilitation im Rehasentrum J. \_\_\_ bis zum 28. Oktober 2017

angezeigt gewesen. Dass das Resultat dieser verschiedenen Behandlungen die Therapieziele

nicht oder nur sehr bedingt erreicht habe, sei prospektiv nicht vorhersehbar gewesen (S. 34).

Zur Frage nach einer allfälligen vorübergehenden

Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands hielt PD Dr. K. \_\_\_ fest, dass (1) degenerative Veränderungen zum

Zeitpunkt des Unfalls bestanden hätten; (2) fraglich sei, ob diese durch eine

Traumatisierung im Rahmen des Unfalls symptomatisch geworden seien; (3) degenerative Veränderungen zum natürlichen Alterungsprozess der

Halswirbelsäule gehören und in vielen Fällen komplett asymptomatisch bleiben; (4)

somit auch keine valide und evidenzbasierte Aussage über eine vorübergehende

Verschlimmerung dieser Befunde gemacht werden können; und (5) der « Status quo sine »

somit in diesem Fall « nicht anwendbar » sei (S. 36) . 4.

#### **E. 4**

Dr. I. \_\_\_

führte mit Bericht vom 4. September 2019 (Urk. 13/57) zu Händen der Beschwerdeführer in aus, die im MRI diagnostizierten Veränderungen seien mit grösster Wahrscheinlichkeit unfallbedingt. Im MRI vom 1. April 2016 hätten sich ein Knochenmarksödem im vorderen Atlasbogen sowie Weichteilveränderungen in diesem Bereich (vordere Kapsel) gezeigt, welche sich entzündlich und / oder Hämatom ähnlich dargestellt hätten. In den koronaren Sequenzen der oberen HWS sehe man ein deutliches Ödem des Atlas im vorderen Bereich (vorderer Atlasbogen). Diese Veränderungen könnten auch durch eine entzündliche Grunderkrankung, wie man sie bei rheumatischen Erkrankungen sehe, entstehen oder eben durch einen heftigen Sturz.

Der Verlauf zeige keine Zunahme dieser Veränderungen, sondern eher eine Regredienz, das heisse zurückgehende Weichteilveränderungen und keine eigentliche Zunahme oder Veränderungen, die entzündlich bedingt sein könnten. Trotz Abnahme des Befundes sei weiterhin ein Ödem im Bereich des vorderen Atlasbogens vorhanden. Das spreche für den typischen Verlauf nach Trauma. Dies und die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin an keiner rheumatologischen Grunderkrankung leide, welche solche Veränderungen herbeiführen könnte, seien ein deutliche Hinweise für radiologische Veränderungen im Rahmen eines Traumas. 3.

#### **E. 4.1**

Aufgrund der MRI-Aufnahme vom 1. April 2016 ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem Skiunfall vom 15. März 2016 Verletzungen im Bereich der

oberen HWS vorlagen . Zu sehen waren ein Knochenmarksödem im ventralen Atlasbogen und in der Densspitze sowie ein angrenzendes Weichteil ödem (E. 3.1). Im MRI vom 18. August 2016 ( Urk. 13/9) zeigte sich ein in Intensität leichtgradig regredientes , in der Ausdehnung unverändertes Knochenmark ödem im vorderen Atlasbogen und minim im Dens . Im MRI der HWS vom 11. April 2017 ( Urk. 13/27) zeigte sich ein komplett regredientes Knochenmark ödem des vorderen Atlasbogens mit nun Fettmarkersatz sowie ein stationäres leichtes Weichteilplus ohne aktiv ödematöse Veränderungen entlang des Dens

axis . In der Computertomografie der HWS vom 27. April 2018 (Urk.

13/51) erkannte die untersuchende Radiologin Dr. med. L.\_\_\_\_ eine Atlantodental arthrose mit angedeuteter Mehranreicherung. Im MRI vom 13.

Dezember 2021 ( vgl. Urk. 40/1 ) war eine zurückgegangene, aber weiterhin vorliegende Signalintensitätssteigerung auf Höhe des Ödems zu sehen. Die prävertebralen Weichteilveränderungen zeigten sich im Vergleich zu den Aufnahmen von 2016 nahezu unverändert (E. 3.6).

Zur im Zentrum stehenden Frage , ob das Ödem durch den Unfall verursacht wurde, herrscht zwischen den Ärzten Einigkeit , dass traumatische wie auch andere Ursachen hierfür in Frage kommen.

#### **E. 4.2**

Gerichtsgutachter PD Dr. K.\_\_\_\_ legte begründet dar, weshalb er eine traumatische Ursache des Ödems nicht als überwiegend wahrscheinlich erachtet. Kern seiner Begründung ist, dass es an der Stelle des Ödems zu einer lipomatösen Umwandlung

des Knochenmarks gekommen ist, was nach traumatischen Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule nicht der Fall ist, sondern nur bei anderen (etwa entzündlichen)

Vorkommnissen . Sodann verwies er auf die nach wie vor vorhandene

Signalintensitätssteigerung im MRI 2021, welche bei traumatischer Genese nach einer derart langen Zeit (wegen Rückbildung) nicht mehr zu erwarten wäre , ebenso wie praktisch unveränderte prävertebrale Weichteilveränderungen. Dass der Gutachter bei dieser Ausgangslage die erhobenen Befunde nicht als derartig gewichtig interpretierte , dass andere denkbare Möglichkeiten nicht massgeblich in Betracht fielen, ist nicht zu beanstanden. Namentlich der bildgebend dokumentierte Verlauf lässt die Annahme einer traumatischen Ursache nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen.

Angesichts der eindeutigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Gerichtsgutachters besteht kein Bedarf für ergänzende Auskünfte oder Verdeutlichungen .

#### **E. 4.3**

Im gleichen Sinne hatten bereits Gutachterin

Dr. B.\_\_\_\_ sowie der beigezogene PD Dr. D.\_\_\_\_ dar gelegt , dass eine traumatische Genese der Ödeme nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist. So erscheinen die Ausführungen von PD Dr. D.\_\_\_\_ insoweit als schlüssig, als er unter Bezugnahme auf das erst nach i.v. Kontrastmittelapplikation sowie das dabei gefundene flauere, unspezifische Enhancement das Signalverhalten als typisch für rheumatologisch-entzündliche Veränderungen bezeichnete. Dies erscheint auch angesichts des Fehlens von Ödemen in

den Weichteilen und ansonsten unauffälligen Lig . Alaria als schlüssig. Eine strukturelle Läsion war am atlantodentalen Übergang nicht zu sehen, ebenso

wenig paravertebrale Weichteilveränderungen, kein Gelenkserguss, hingegen normale peridentale

ligamentäre Strukturen ( Urk. 13/33 S. 8).

Dass sich Dr. B.\_\_\_\_

dieser Einschätzung anschloss ist nachvollziehbar, zumal diese ergänzte, dass eine isolierte Läsion der Ligamenta alaria allein aufgrund der dargestellten anatomischen Strukturen nicht plausibel und bereits aufgrund theoretischer Überlegungen nahezu auszuschliessen sei ( Urk. 13/35 S. 53).

Im gleichen Sinn hatte bereits die erstbefundende Radiologin Dr. M.\_\_\_\_ das Knochenmarksödem im ventralen Atlasbogen und in der Densspitze sowie das angrenzende Weichteilödem differentialdiagnostisch im Rahmen einer aktivierten Atlantodentalarthrose interpretiert. Auch sie erkannte keine frakturverdächtigen Läsionen und verwies auf verschiedene degenerative Veränderungen.

Auch die am 18. August 2016 ( Urk. 13/9) berichtende Neurologin Dr. med. N.\_\_\_\_ , Oberärztin Radiologie O.\_\_\_\_ , sah die Veränderungen eher im Rahmen einer entzündlichen Erkrankung denn als posttraumatisch. Dies unter Hinweis auf die leichtgradige Regredienz der Ödeme bei etwas peridentalem Gewebepplus. Weitere Knochenmarködeme C7/Th1 und C6/7 sowie Facettengelenk links C5/6 erachtete sie als in erster Linie mechanisch-degenerativ bedingt, was unbestritten blieb.

Zwanglos ins vorliegende Bild fügt sich die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ ein. Er legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass das Persistieren der Veränderungen über einen längeren Zeitraum untypisch für traumatisch bedingte ödemartige Knochenmarkveränderungen ist. Sodann ist einleuchtend, dass die Transition von ödemartigen zu lipomatösen Knochenmarkveränderungen - wie dies auch Gutachter PD Dr. K.\_\_\_\_ proklamierte - eher auf eine nichttraumatische Genese schliessen lässt , da sich in der Literatur keine gegenteiligen Berichte finden lassen. Schliesslich leuchtet auch ein , dass bei vorliegender Atlantodentalarthrose die degenerative Genese der ödematösen Knochenmarkveränderungen die wahr scheinlichste unter allen möglichen ist (E. 3.

#### **E. 4.4**

Von den behandelnden Ärzten schloss einzig Dr. I.\_\_\_\_ auf eine traumatische Ursache. Er sprach aufgrund der Entwicklung mit Rückbildung der Ödeme samt Verbleib eines solchen im Bereich des vorderen Atlasbogens von einem typischen Verlauf nach Trauma. Eine rheumatologische Grunderkrankung (als alternativ mögliche Genese der Ödeme) ersah er nicht (E. 3. 4 ).

Die Argumente , welche gegen eine anhaltende traumatische Ursache der Ödeme sprechen, überwiegen indes die durchaus auch einleuchtenden Überlegungen von Dr. I.\_\_\_\_ bei weitem. Dieser setzte sich nicht mit den Argumenten der übrigen Ärzte auseinander, welche einhellig eine traumatische Genese verneinten. Insbesondere das isolierte Auftreten der Ödeme ohne Verletzung umliegender Strukturen ist nicht erklärbar. Damit ist davon auszugehen, dass die Ödeme nicht unfallbedingt entstanden sind.

#### **E. 4.5**

Die im Weiteren beschriebene atlantodentale

Arthrose ist nach den plausiblen Angaben von PD Dr. K.\_\_\_\_

degenerativ bedingt. Auch nach den Angaben der übrigen Ärzte bestand diese im Zeitpunkt des Unfalls bereits und unterliegt nach den Ausführungen des Gutachters

einem

physiologischen Alterungsprozess der Halswirbelsäule und tritt bei den meisten

Patienten als Zufallsbefund in Erscheinung, ohne dass dabei Symptome vorliegen ( Urk. 39 S. 30 f.). Nach seiner Einschätzung und Erfahrung ist eine Aktivierung ( auf ein beschwerdefreies/-armes

Intervall folgt

ein sehr schmerzhaftes Intervall [ Schub ] )

der vorbestehenden atlantodentalen Arthrose eine nicht

auszuschliessende Möglichkeit für die Beschwerden der Explorandin als Folge des

Skiunfalls, die Beurteilung der Kausalität zwischen Unfallereignis und Auftreten dieser Aktivierung ist jedoch weder valide noch evidenzbasiert möglich.

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, verwies am 23. September 2022 ( Urk. 51/5) auf MRI-Untersuchungen vom 13. und 17. Dezember 2021 ( Urk. 51/6), welche deutliche degenerative Veränderungen im atlantodentalen Gelenk, in diesem Alter ungewöhnlich, somit vermutlich durch stattgehabte Verletzung bedingt, zeigte. Die Interpretation einer traumatischen Genese aufgrund des Ausmasses der degenerativen Veränderungen überzeugt angesichts der gesamten Aktenlage indes nicht. Die Bildinterpretation lässt den dokumentierten Vorzustand ausser Acht und zeigt nicht auf, welche strukturellen Verletzungen sich beim Unfall ereignet haben. Dem Gutachter PD Dr. K.\_\_\_\_ waren diese Bilder bekannt und er erkannte keine überwiegend wahrscheinliche traumatische Genese. Zudem erkannte er darin keine erwiesene Schmerzursache. Soweit er fest hielt, dass « der Status quo sine

somit in diesem Fall nicht anwendbar ist », brachte er zu Ausdruck, dass er

die geklagten Schmerzen anerkannte, dies aber nicht zur Annahme führt, dass diese organisch durch den Unfall bedingt sind.

Schliesslich waren neben der atlantodentalen Arthrose die weiteren degenerativen Veränderungen

der subaxialen Halswirbelsäule, insbesondere in den Segmenten C5/6, C6/7 und

C7/Th 1 bereits zum Zeitpunkt des Unfalls ersichtlich und damit vorbestehend ( Urk. 39 S. 36).

#### **E. 4.6**

Im Gegensatz zu Dr. P.\_\_\_\_ ( Urk. 40/1) konnte Gutachter PD Dr. K.\_\_\_\_ das Vorliegen struktureller Veränderungen des linken Ligamentum alare und der rechten Hälfte des Ligamentum transversum atlantis aufgrund von MRI-Bildern vom 13. Dezember 2021 nicht abgrenzen und erachtete eine traumatische Genese als nicht begründbar ( Urk. 39 S. 37). Die Bilder hatten eine erhöhte Signalintensität gezeigt, wobei beide Ligamente

normalkalibrig waren ( Urk. 51/6). Wenn der Gerichtsgutachter bei dieser Ausgangslage eine Kausalität nicht bestätigen konnte und die Schmerzsituation nicht darauf zurückführte, ist dies nicht zu beanstanden. Dass Dr. P.\_\_\_\_ aus seiner Erfahrung mit vergleichbaren Fällen zur Annahme eines wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Röntgenbefund und dem Beschwerdebild gelangte ( Urk. 51/5 S. 3 unten ), ändert an der fehlenden Kausalität zum Unfall nichts.

#### **E. 4.7**

Die schliesslich thematisierte Malrotation C2 nach links mit dysfunktionellem C1/2 und C2/3-Segment rechts ( Urk. 50 S. 6 unten und Urk. 51/3) war dem Gutachter bekannt ( Urk. 39 S. 7 oben ), er erkannte aber keine unfallkausale organische Ursache hierfür. Dies leuchtet ohne weiteres ein, ist doch die Malrotation Folge und nicht Ursache der pathologischen Nackensituation, deren organisch nachweisbaren Aspekte mit dem Unfall nicht in kausalem Zusammenhang stehen.

#### **E. 5**

).

#### **E. 5.1**

Damit verbleibt als möglicher unfallbedingter Grund für die noch geklagten Beschwerden die erlittene HWS-Distorsion. Hierzu ist indes anzumerken, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 15. März 2016 erstmals am 1. April 2016 einen Arzt aufgesucht hat. Der von ihr beschriebene Schwindel und die Übelkeit am Abend des Unfalltages ( Urk. 1 S. 3 unten f.) sind nicht dokumentiert und das Vorliegen von Nackenbeschwerden innerhalb von 72 Stunden ebenso wenig. Die Rechtsprechung verneint bei solchen Verhältnissen grundsätzlich die Kausalität zwischen einem Unfall und einem später geklagten buntten Beschwerdebild (Urteil des Bundesgerichts 8C\_484/2011 vom 23. November 2011 E. 7 mit Hinweisen). Indessen erscheinen die Angaben der Beschwerdeführerin mit Wiederaufnahme der Arbeit unter Schmerzen und späterer Vorstellung beim Arzt als plausible. Wenn also vom Auftreten von Nackenschmerzen innerhalb von 72 Stunden ausgegangen und ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht würde, ergäbe sich Folgendes.

#### **E. 5.2**

Beim vorliegenden Unfall handelt es sich im Lichte der Rechtsprechung um einen mittelschweren im Grenzbereich zu leicht. Die Beschwerdeführerin fuhr in eine Mulde, überschlug sich mehrfach, bevor sie heftig auf die rechte Körperseite prallte. Dieser Vorgang ist vergleichbar mit einem äusserst wichtigen Drehsturz eines Skifahrers mit heftigem Aufschlag des Kopfes auf der Piste (Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 10) oder einem Unfall, bei dem eine Skifahrerin von einem Snowboarder angefahren und in die Luft geworfen wurde und auf Rücken sowie Kopf stürzte (Urteil des Bundesgerichts U

369/05 vom 23. November 2006 E. 7.1 und 7.2.1). Eine Einordnung im eigentlichen mittleren Bereich nahm das Bundesgericht etwa in Fällen vor, da ein Versicherter von einem anderen Skifahrer von hinten angefahren wurde, stürzte, sich mehrmals überschlug und eine Zeitlang benommen liegen blieb (Urteil des Bundesgerichts 8C\_53/2011 E. 4.1.1) oder bei einem Skifahrer, der nach einem Sturz beim Skifahren mit der rechten Gesichtshälfte auf der gefrorenen Piste aufschlug und danach einige Zeit bewusstlos liegen blieb (Urteil des Bundesgerichts U 63/07 vom 7. Februar 2008 E. 3.2 ; vgl. zur Kasuistik

weiter Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2014 vom 15. Januar 2015 E. 4.1.1 ). Solche Verhältnisse liegen offen kundig nicht vor.

### **E. 5.3**

Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs dann zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise oder aber vier Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_394/2022 vom 8. November 2022 E. 5.5.2 mit Hinweisen ).

Der Katalog dieser Kriterien lautet (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130): -

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

### **E. 5.4**

Die Beschwerdeführerin monierte die von der Beschwerdegegnerin verneinte adäquate Kausalität ( Urk. 2 S. 16) beschwerdeweise zu Recht nicht. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls lagen nicht vor. Der Sturz war mit einer erheblichen Krafteinwirkung auf die Beschwerdeführerin verbunden, indes ist jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen . Der Skisturz war nach der Aktenlage nicht besonders geartet und die Beschwerdeführerin konnte anschliessend aufstehen und mit dem Auto nach Hause fahren. Die erlittenen Verletzungen waren nicht von besonderer Schwere oder Art. Auch schloss sich keine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung an. Die Behandlung war (respektive ist) zwar von einer gewissen Dauer, indessen kann diese nicht als belastend im Sinne der Rechtsprechung gefasst werden, es sind keine besonderen Auffälligkeiten aktenkundig. Die Beschwerdeführerin klagt wohl über Beschwerden, die Erheblichkeit derselben ist indes nicht aussergewöhnlich. Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht erkennbar und wurde auch nicht geltend gemacht. Erhebliche Komplikationen ergaben sich im Heilverlauf nicht, es persistierten im Wesentlichen die HWS-Beschwerden und es entwickelte sich eine psychische Fehlentwicklung ( Urk. 13/36/53 ). Die Beschwerdeführerin war während längerer Zeit nicht erwerbstätig , nahm dann aber wieder eine Arbeitstätigkeit zu 50 % auf ( Urk. 39 S. 12). Damit ist dieses Kriterium höchstens in einfacher Form gegeben.

Zusammenfassend können allenfalls die Kriterien erhebliche Beschwerden und erhebliche Arbeitsunfähigkeit in einfacher Form als gegeben erachtet werden. Dies genügt für die Annahme der adäquaten Kausalität nicht , weshalb die Beschwerdegegnerin nicht mehr leistungspflichtig ist.

### **E. 6**

Für die von der Beschwerdegegnerin beantragte Androhung einer reformatio in peius ( Urk. 49 S. 3) besteht kein Raum. Vorwegzuschicken ist, dass das Gericht praxisgemäss nur mit Zurückhaltung eine Schlechterstellung androht, falls der Verwaltungsentscheid offensichtlich unrichtig war und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_953/2010 vom 29. April 2011 E. 7.1 ). Die offensichtliche Unrichtigkeit ist schon deshalb nicht gegeben, weil der Gerichtsgutachter einen unfallkausalen Gesundheitsschaden nicht mit Gewissheit ausschliessen konnte, sondern die medizinischen Umstände - wenn auch begründet - anders interpretierte. Sodann war eine Leistungserbringung infolge HWS-Distorsion jedenfalls nicht offensichtlich unrichtig. Die praxis gemässe Leistungseinstellung nach sechs Monaten bei

Lumboischialgien und Verhältnissen ohne unfallkausal nachweisbare Verletzungen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 4.2.1) ist weiter nicht zu beanstanden.

Damit hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass die Leistungserbringung bis 14. September 2016 nicht zu beanstanden ist, der Beschwerdeführerin anschliessend indes keine Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr zustehen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 7**

Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die Kosten privat eingeholter Gutachten respektive Berichte zu vergüten, soweit die Parteipexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c; RKUV 2000 Nr. U 362 S. 44 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts I 591/06 vom 15. Dezember 2006 E. 5.1). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) festgehalten (Urteil des Bundesgerichts I

1008/06 vom 24. April 2007 E. 3.1; vgl. auch: Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Rz 27 ff. zu Art. 45).

Der Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ vom 23. September 2022 ( Urk. 51/5) war für die Entscheidungsfindung nicht von Relevanz, weshalb der Beschwerdeführerin die hier für angefallenen Kosten von Fr. 600.-- ( Urk. 50 S. 6) nicht zu ersetzen sind. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier -  
Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. 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-Fonti

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