Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. Oktober 2023 (725 23 88 / 246)

Unfallversicherung

Die in den neu beigebrachten medizinischen Berichten festgestellten Befunde sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen rechtfertigen vorliegend keine Revision im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG der ursprünglichen rechtskräftigen Leistungsablehnung.

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiberin Katja Wagner
Parteien	**A.____,** Beschwerdeführerin, vertreten durch Erich Züblin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach, 4001 Basel gegen **Baloise Versicherung AG**, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Elisabeth Ruff Rudin, Advokatin, Dufourstrasse 49, 4010 Basel
Betreff	Leistungen

A.a Die 1982 geborene A.____ arbeitete als Lehrerin an der Sekundarschule in X.____ und war in dieser Eigenschaft bei der Baloise Versicherung AG (Baloise) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Der Schadenmeldung UVG vom 11. September 2012 zufolge fiel die Versicherte am 21. Juni 2012 (recte: 21. Juli 2012) während einer Reitstunde vom Pferd und konnte daraufhin nicht mehr aufstehen. Hierbei zog sie

sich eine Prellung der Lendenwirbelsäule (LWS) und der linken Schulter zu. Gemäss einer ersten Magnetresonanztomographie (MRI) vom 16. August 2012 konnten keine Nachweise einer traumatischen Läsion, keine Fraktur und kein traumatisches Ödem im Bereich der LWS und unteren Brustwirbelsäule (BWS) ausgemacht werden. Als Befunde wurden ein Wirbelkörperhämangiom in BWK (Brustwirbelkörper) 12 und LWK (Lendenwirbelkörper) 2, eine T1-Signalerhöhung im Bandscheibenfach BWK 12/LWK 1, entsprechend einer Kalzifikation, und ein diskretes flächiges Ödem im Bereich der Grundplatte BWK 12 erhoben. Eine Höhenminderung der Zwischenwirbelräume konnte nicht festgestellt werden. Im Rahmen einer weiteren MRT-Bildgebung vom 9. Januar 2013 wurde eine Höhenminderung der Bandscheibe BWK12/LWK1 erhoben, die bei T1-Gewichtung eine auffällig hohe Signalintensität zeigte. Als mögliche Ursachen wurden eine Einblutung, die allerdings frischeren Datums sein müsste, sowie differentialdiagnostisch intradiskale Kalzifikationen (die röntgenologisch nicht nachgewiesen werden könnten) angeführt. Die Baloise anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen.

A.b Im Dezember 2016 wurde der Baloise ein Rückfall gemeldet. In diesem Zusammenhang teilte die Versicherte der Baloise mit, dass sie seit August 2016 wieder bei Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, in Behandlung sei. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse verneinte die Baloise mit Schreiben vom 17. März 2017 einen Leistungsanspruch. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass die geltend gemachten Beschwerden gemäss Beurteilung ihrer beratenden Ärztin nicht mehr auf das Ereignis vom 21. Juli 2012 zurückzuführen seien.

A.c Mit Schreiben vom 22. Dezember 2021 gelangte die Versicherte, vertreten durch Erich Züblin, Advokat, an die Baloise. Darin machte sie namentlich unter Hinweis auf eine aktuelle MRT-Untersuchung vom 9. Februar 2021 sowie eine diesbezügliche ärztliche Stellungnahme von PD Dr. med. C.____, FMH Radiologie, im Wesentlichen geltend, dass sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer strukturellen Gesundheitsstörung leide, die auf das damalige Ereignis zurückzuführen sei. Ferner ersuchte sie um erneute Prüfung der Leistungspflicht sowie um Kostengutsprache für die notwendigen medizinischen Massnahmen. Die Baloise nahm dieses Schreiben als Gesuch um Wiedererwägung entgegen und kam mit Schreiben vom 6. Januar 2022 zum Schluss, dass die Voraussetzungen einer Wiedererwägung nicht erfüllt seien. In einem weiteren Schreiben vom 26. April 2022 ersuchte die Versicherte um prozessuale Revision des rechtskräftigen Entscheids vom 17. März 2017 mit der Begründung, dass die neuen medizinischen Beurteilungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine diffuse monosegmentale Traumatisierung der Bandscheibe BWK 12/LWK 1 belegen würden. Mit darauffolgender Verfügung vom 15. Juni 2022 lehnte die Baloise eine (erneute) Leistungspflicht mit der Begründung ab, dass die Voraussetzungen einer prozessualen Revision nicht erfüllt seien. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2023 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte mit Eingabe vom 20. März 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 15. Februar 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihren Entscheid vom

17. März 2017 einer prozessualen Revision zu unterziehen und der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. Juli 2012 zu erbringen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 15. Februar 2023 aufzuheben und festzustellen, dass die Voraussetzungen einer prozessualen Revision betreffend den Entscheid vom 17. März 2017 erfüllt seien; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass die vertrauensärztliche Beurteilung, auf welche sich die Leistungsablehnung vom 17. März 2017 gestützt habe, sich als offensichtlich falsch erweise. Aufgrund der radiologischen Beurteilung durch PD Dr. C.____ würden neue Tatsachen vorliegen, deren Beibringung zuvor nicht möglich gewesen sei. Erst durch diese radiologische Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung der MRT vom 9. Februar 2021 sei aufgezeigt worden, dass die Befunde gemäss den damaligen MRT mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den Anfang einer rein unfallbedingten Beschwerdeprogredienz dargestellt hätten.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Juni 2023 schloss die Baloise auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdiensts. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat.

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). 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 Ursa-

che gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, zu deren Beantwortung die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – auf ärztliche Erkenntnisse angewiesen ist. Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c, 123 V 98 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener 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 weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb).

3.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen nach Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (ATSG) in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Der Begriff "neue Tatsachen oder Beweismittel" ist bei der (prozessualen) Revision gleich auszulegen wie bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Juli 2018, 8C_148/2018, E. 5.1, vom 26. März 2010, 9C_764/2009, E. 3.1, in: SVR 2010 IV Nr. 55 S. 169, und vom 13. Februar 2013, Urteil 9C_955/2012, E. 3.1).

4.2 Neu sind demnach Tatsachen, die sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheides verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind (vgl. BGE 134 III 669 E. 21, 127 V 353 E. 5b, Urteil des Bundesgerichts vom 8. Dezember 2011, 8C_434/2011, E. 7.1, in: SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63).

4.3 Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlich verlangten Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist (Urteile des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 7.2 und vom 27. September 2016, 8C_464/2016, E. 6.1 mit Hinweis).

4.4 Neue medizinische Expertisen, die im Verfahren, das zur früheren Verfügung geführt hat, keine gravierende und unvertretbare Fehldiagnose feststellen, erfüllen das Kriterium der Erheblichkeit nicht. Aufgrund der Symptome lassen sich Krankheiten oft nicht klar voneinander abgrenzen. Es wäre nicht sinnvoll, wenn jede im Nachhinein korrigierte Diagnose eine Revision

begründen könnte, zumal der erhobene Krankheitsbefund nicht grundlegend für das Mass der Arbeits(un)fähigkeit und damit die Beurteilung des Invaliditätsgrades ist (Urteil vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 7.3).

4.5 Die neuen Tatsachen oder Beweismittel im oben umschriebenen Sinn sind innert 90 Tagen nach deren Entdeckung geltend zu machen; zudem gilt eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt (Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG] vom 20. Dezember 1968 in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 8. Dezember 2011, 8C_434/2011, E. 3 mit Hinweisen; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 53 ATSG, Rz. 38 ff.). Die relative 90-tägige Frist beginnt erst zu laufen, wenn bei der Partei eine sichere Kenntnis über die neue erhebliche Tatsache oder das entscheidende Beweismittel vorhanden ist (KIESER, a.a.O., Art. 53 ATSG, Rz. 40 f., mit weiteren Hinweisen).

5.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen leistungsablehnenden Mitteilung vom 17. März 2017 präsentierte sich die Aktenlage wie folgt:

5.2 Eine im Anschluss an das Unfallereignis erstellte MRT der LWS vom 13. August 2012 ergab folgende Befunde: Harmonische Lordose der LWS. Regelrechtes Alignement. Keine Wirbelkörperhöhenminderung. Wirbelkörperhämangiom in BWK 12 und LWK 2. Keine Höhenminderung der Zwischenwirbelräume. T1-Signalerhöhung im Bandscheibenfach BWK 12/LWK 1, entsprechend einer Kalzifikation. Diskretes flächiges Ödem im Bereich der Grundplatte BWK 12. Keine Spinalkanalstenose. Keine Einengung der Neuroforamina. Keine Diskushernie. Unauffällige Darstellung der kleinen Wirbelgelenke, der paravertebralen Muskulatur sowie des umliegenden Weichteilmantels. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten, dass sich keine Nachweise einer traumatischen Läsion, keine Fraktur und kein traumatische Ödem im Bereich der LWS und unteren BWS ausmachen lassen würden. Als mögliche Schmerzursache käme eine Kalzifizierung im Bandscheibenfach BWK 12/LWK 1 mit schmalem randständigem Ödem in der Grundplatte BWK 12, möglicherweise im Rahmen einer Chondrokalzinose, in Frage.

5.3 Am 9. Januar 2013 erfolgte eine weitere MRT. In diesem Zusammenhang wurde eine Höhenminderung der Bandscheibe BWK 12/LWK 1 erhoben, die bei T1-Gewichtung eine auffällig hohe Signalintensität zeigte. In Betracht kämen dafür differentialdiagnostisch intradiskale Kalzifikationen (die röntgenologisch nicht nachgewiesen werden könnten) oder eine Einblutung, die allerdings frischeren Datums sein müsste. Anhand der T2-gewichteten Aufnahmen bestünden keine Zeichen einer degenerativen dehydrativen Diskopathie. Der Befund sei mit einem vorderen oberen Kantenödem LWK1 mit begleitender Konturunschärfe und inhomogener Verdickung des vorderen Längsbandes kombiniert, so dass ein Status nach Kontusion/Infraktion der Vorder-/Oberkante LWK 1 mit der Differentialdiagnose eines durch eine Fehlbelastung hervorgerufenen Kantenödems vorliegen dürfte. Insofern sei eine traumatische Ätiologie des Diskusbefundes BWK 12/LWK 1 am wahrscheinlichsten. Der übrige Befund am lumbalen Achsenskelett und an der unteren BWS sei normal. Eine Voruntersuchung zur vergleichenden Beurteilung liege nicht vor.

5.4 Im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Rückfall nahm der Behandler Dr. B.____ am 6. Februar 2017 zu zahlreichen Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung. Zu den bisherigen und vorgesehenen Behandlungsmassnahmen hielt er fest, dass er der Patientin in einer einzigen letztjährigen Konsultation eine Verordnung für neun Sitzungen Physiotherapie ausgestellt sowie zusätzlich medikamentöse Analgesie mit Voltaren retard (2x75mg) verschrieben habe. Es sei vereinbart worden, dass die Patientin sich im Falle einer ungenügenden Verbesserung erneut melde. Eine Kontaktaufnahme habe bisher aber nicht mehr stattgefunden. Zur Frage, ob die aktuellen Beschwerden auf das Unfallereignis vom 21. Juli 2012 zurückzuführen seien führte er aus, dass in der MRT der thorakolumbalen Wirbelsäule vom 9. Januar 2013 sich eine Läsion der Bandscheibe TH 12/L 1 gefunden habe. Ferner sei ein vorderes oberes Kantenödem im LWK 1 mit begleitender Konturunschärfe und inhomogener Verdickung des vorderen Längsbandes beschrieben worden. Eine dehydrative degenerative Diskopathie habe anhand der T2-gewichteten Aufnahmen nicht nachgewiesen werden können. Somit müssten diese Befunde als posttraumatisch interpretiert werden. Insofern seien die Beschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen. Auch die Frage, ob es sich bei den aktuellen Beschwerden ausschliesslich um Unfallfolgen handle, wurde seitens Dr. B.____ positiv beantwortet.

5.5 Am 27. Februar 2017 legte die Beschwerdegegnerin das Dossier ihrer beratenden Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (D), vor. Diese kam zum Schluss, dass die aktuelle Beschwerdesymptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Trauma zurückzuführen sei. Bereits in der MRI vom 13. August 2012 wie auch in derjenigen vom 9. Januar 2013 seien im Bereich BWK 12/LWK 1 Kalzifikationen beschrieben worden. In der Bildgebung vom 13. August 2012 zeige sich kein traumatisches Ödem (Bone bruise). Das im MRI beschriebene Kantenödem sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar. Dies könne auch durch eine Fehlbelastung hervorgerufen werden.

6.1 Im Zusammenhang mit dem Revisionsgesuch erweisen sich die folgenden Berichte als von Relevanz:

6.2 Eine MRT vom 10. Februar 2021 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 9. Januar 2013 eine progrediente Osteochondrose BWK 12/LWK 1 mit gemischt ödematös fettigen Abschlussplattenveränderungen im Sinne einer leichtgradigen Aktivierung und zunehmender ventraler spondylotischer Abstützreaktion degenerativer Natur. Ferner wurde eine beginnende Chondrose der Bandscheibe LWK 4/5 mit medianem Anulus fibrosus-Einriss und flacher medianer Protrusion ohne Neurokontakt erhoben. Am 23. April 2021 führte Dr. med. Ursula Heim, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, zu den erhobenen Befunden aus, dass die Patientin durch die Beschwerdesymptomatik weiterhin invalidisierend schmerzgeplagt sei. Dies schränke die Patientin sowohl im Alltag als auch in den sportlichen Aktivitäten weiterhin deutlich ein. Als therapeutische Massnahmen würden die Applikation eines Neurodol Tissugel Pflasters lokal sowie ein segmentales Muskelaufbautraining zur Verbesserung der muskulären Stabilisation des thorakolumbalen Übergangs empfohlen.

6.3 Mit Beurteilung vom 25. September 2021 äusserte sich PD Dr. C.____ zuhanden der Rechtsschutzversicherung der Versicherten zur vorliegenden Angelegenheit. Zunächst nahm er zu den der Leistungsablehnung zugrundeliegenden MRT Stellung. Die MRT-Bildgebung vom 13. August 2012 zeige auf der Höhe BWK 12/LWK 1 eine diffuse Signalerhöhung in der T1-Wichtung sowie eine Höhenminderung im Vergleich zu den angrenzenden Bandscheiben. In der starken T2-Gewichtung zeige sich ebenfalls eine diffuse moderate Signalverminderung des Nucleus pulposus (innere Masse der zwischen den Wirbelkörpern gelegenen Bandscheiben). Die Höhenminderung sei ebenfalls dokumentiert. Subchondral unter der Bodenplatte des BWK 12 zeige sich ein lineares, bandförmiges Knochenmarksödem, relativ scharf begrenzt, betreffend die posterioren 50% der Bodenplatte. Bei starker Vergrösserung und entsprechender Fensterung zeigt sich ein Anulus fibrosus-Riss in der vorderen Zirkumferenz. Es handle sich um einen monosegmentalen Befund, die angrenzenden und weiteren Bandscheibensegmente seien völlig unauffällig und im Rahmen der Norm abgebildet. Die diffuse Signalerhöhung in der T1-Wichtung weise auf eine diffuse Hämorrhagie (vermehrtes Ausströmen von Blut) im Nucleus pulposus hin. Dazu passend finde sich eine Verminderung der Signalintensität in der starken T2-Gewichtung. Das subchondrale Knochenmarksödem unter der Bodenplatte BWK 12 sei als Kontusionsödem zu werten, die diskrete, flaue Signalerhöhung im vorderen Anulus fibrosus als initiale Anulus fibrosus-Läsion. Die Höhenminderung der Bandscheibe weise auf eine Schädigung hin. Es fänden sich keine chronischen, degenerativen Zeichen. In der MRT-Untersuchung vom 9. Januar 2013 persistiere die Signalerhöhung der Bandscheibe in der T1-Wichtung auf der Höhe BWK 12/LWK 1. Sie sei diffus, umfasse die gesamte Bandscheibe und sei homogener als auf der Voruntersuchung. Die Signalminderung in der T2-Gewichtung sei ebenfalls reproduziert. Es zeige sich eine zunehmende Höhenminderung der Bandscheibe im Vergleich zur Voruntersuchung. Das Kontusionsödem unter der Bodenplatte BWK 12 habe sich vollständig zurückgebildet. Es würden sich Verdickungen des Ligamentums longitudinale anterius auf Höhe des vorderen Anulus fibrosus sowie ein entzündliches Knochenmarksödem der Vorderkante des LWK 1 deckplattennahe finden. Es zeige sich weiterhin eine unauffällige Abbildung der übrigen und angrenzenden Bandscheiben. Hinsichtlich der aktuellen Bildgebung vom 9. Februar 2021 kam PD Dr. C.____ zum Schluss, dass das Bandscheibensegment BWK 12/LWK 1 im vorderen Drittel vollständig aufgebraucht sei. Es würden sich erosive Konturen der Deckplatte LWK 1 und der Bodenplatte BWK 12 zeigen. Subchondral zeige sich eine weitgehend fettige Degeneration des Knochenmarks, im Randbereich auch eine entzündliche Komponente. Ferner bestünden osteophytäre/spondylophytäre Abstützreaktionen am Vorderrand der beiden Wirbelkörper, eine deutliche Verdickung des Ligamentums longitudinale anterius auf Bandscheibenhöhe sowie eine moderate posteriore Bandscheibenprotrusion Richtung Spinalkanal. Die angrenzenden Bandscheiben seien alle regelrecht abgebildet, es handle sich weiterhin um einen monosegmentalen Befund. Ferner würden sich eine beginnende Chondrose mit Anulus fibrosus-Riss auf der Höhe L4/5, somit im unteren LWS-Bereich, sowie eine mediale Bandscheibenprotrusion/beginnende Hernierung zeigen.

Die Frage, ob in den MRI-Untersuchungen vom 13. August 2012 und 9. Januar 2013 Hinweise auf eine stattgehabte strukturelle Läsion im Segment BWK 12/LWK 1 bestünden, beantwortete PD Dr. C.____ dahingehend, dass die Signalerhöhung der Bandscheibe der BWK 12/LWK 1 und die Signalminderung in der T2-Gewichtung mit hoher Wahrscheinlichkeit durch eine diffuse

Hämorrhagie bedingt seien. Grundsätzlich wären kleine Verkalkungen als Ursache auch denkbar, diese seien jedoch auf der konventionellen Aufnahme vom 9. Januar 2013 nicht sichtbar. Des Weiteren finde sich in der Untersuchung vom 13. August 2012 ein Knochenmarksödem direkt unterhalb der Bodenplatte des BWK 12, hinweisend auf ein Kontusionsödem. Auf der Erstuntersuchung würden sich ein initialer Anulus fibrosus-Riss und eine initiale Höhenminderung der Bandscheibe zeigen. Alle angrenzenden Bandscheiben seien vollständig innerhalb der Norm, es handle sich um einen monosegmentalen Befund. Ferner würden sich keine osteoreaktiven oder chronischen Veränderungen ausmachen lassen, so dass der Zusammenhang mit dem stattgehabten Trauma hochwahrscheinlich sei. Die relativ rasche Progredienz der Bandscheibenläsion fünf Monate später, am 9. Januar 2021, sei ebenfalls sehr typisch für eine posttraumatische Bandscheibenschädigung, die im Allgemeinen eine rasche Progredienz der sekundär degenerativen Veränderungen aufweise. PD Dr. C.____ bejahte ferner die Frage nach einem kausalen Zusammenhang der progredienten Osteochondrose BWK 12/LWK 1 mit der strukturellen Läsion.

6.4 Am 20. Juli 2022 nahm PD Dr. C.____ zuhanden des Rechtsvertreters der Versicherten erneut zur medizinischen Sachlage Stellung. Nach nochmaliger Kommentierung der dokumentierten MRT-Befunde (vgl. hierzu ausführlich die Stellungnahme vom 20. Juli 2022, S. 2 f.), bekräftigte er seine Schlussfolgerung, wonach sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Gesamtbild einer diffusen monosegmentalen Traumatisierung der Bandscheibe BWK 12 und LWK 1 ergebe. Sowohl die jeweiligen strukturellen Veränderungen der Untersuchungen vom 13. August 2012 und 9. Januar 2013 sowie der Verlauf über fünf Monate und danach über neun Jahre (MRT vom 9. Februar 2021) seien dahingehend richtungsweisend. Bildgebend bestehe kein Hinweis auf eine degenerative Vorschädigung des Segments. Es fänden sich weder reaktive Veränderungen in der direkten Umgebung (Knochenmark, Knochen) noch in der weiteren Nachbarschaft (angrenzende Bandscheibensegmente). Die Verlaufsuntersuchungen würden eine sich rasch ausbildende sekundäre Osteochondrose mit starker Progredienz im Verlauf dokumentieren, was typisch für eine posttraumatisch ausgelöste Bandscheibenschädigung sei. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass Mikroverkalkungen im Bandscheibenfach möglich, jedoch nicht bewiesen seien. Diese könnten auch früh posttraumatisch auftreten. Die Diagnose einer Chondrokalzinose stehe damit auf wackligen Beinen. Es würde auch keine richtungsweisenden Befunde für eine solche Diagnose geben. Die dokumentierten Veränderungen betreffend das Bandscheibenfach könnten alternativ hämorrhagisch oder durch metabolische Veränderungen der Proteoglykane des Nukleus pulposus erklärt und als posttraumatischer Zustand eingeordnet werden.

7.1 Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, mit den vorstehend zitierten Beurteilungen von PD Dr. C.____ würden erhebliche neue Tatsachen vorliegen, deren Beibringung zuvor nicht möglich gewesen sei. Erst die radiologische Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung der MRT vom 9. Februar 2021 habe gezeigt, dass die Befunde gemäss den damaligen MRT mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den Anfang einer rein unfallbedingten Beschwerdeprogredienz gezeigt hätten. Damit erweise sich die vertrauensärztliche Beurteilung vom 27. Februar 2017 bzw. der gestützt darauf ergangene Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 17. März 2017 als offensichtlich falsch. Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber

im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass das Revisionsgesuch verspätet erfolgt sei. Ausgangspunkt zur Festsetzung der 90-tägigen Frist bilde das MRT vom 9. Januar 2021, wobei die Frist durch den Bericht des Kantonsspitals Y.____ vom 23. April 2021 ausgelöst worden sei. Sollte erst der Bericht von PD Dr. C.____ vom 25. September 2021 rechtsgenügliche Kenntnis über die geltend gemachten neuen Tatsachen gebracht haben – was die Beschwerdeführerin zu beweisen habe – bleibe festzuhalten, dass die prozessuale Revision erst mit Schreiben des Rechtsvertreters vom 26. April 2022 geltend gemacht worden sei, somit klarerweise nicht innerhalb der 90-tägigen Frist. Als neues Beweismittel gelte das MRT vom 9. Februar 2021. Dies erbringe für sich genommen als neue Tatsache einzig den Beweis, dass die Beschwerdeführerin im Bereich BWK 12/LWK 1 an einer progredienten Chondrose leide, die degenerativer Natur sei, wie auch dem MRT-Bericht vom 10. Januar 2021 zu entnehmen sei. Damit fehle es am Nachweis von neuen Tatsachen, die den der Leistungsabweisung vom 17. März 2017 zugrundeliegenden Sachverhalt als eindeutig falsch darstellen lassen könnten. Das MRT von 2021 erbringe auch keinen Nachweis über allfällige fehlerhafte Feststellungen zum MRT 2012. PD Dr. C.____ nehme eine andere Bewertung der bereits bekannten MRT-Bildgebungen von 2012 und 2013 vor, die im Jahr 2021 aus seiner Sicht zu einer anderen Einschätzung der Frage der Unfallkausalität führe. Damit würden keine neuen Tatsachen bzw. Beweismittel vorliegen. Alsdann wäre die Beschwerdeführerin spätestens im Jahr 2017 verpflichtet gewesen, die Frage der Unfallkausalität weiter abklären zu lassen. Sie habe jedoch die Leistungseinstellung und damit die Verneinung der Unfallkausalität akzeptiert. Insbesondere fehle es am Nachweis, was im Jahr 2017 feststellbar gewesen sei.

7.2 Was vorab die Rechtzeitigkeit des Revisionsgesuchs anbelangt, so beginnt die relative 90-tägige Revisionsfrist praxisgemäss zu laufen, sobald bei der Partei eine sichere Kenntnis über die neue erhebliche Tatsache oder das entscheidende Beweismittel vorhanden ist (vgl. E. 4.5 hiervor). In Würdigung der vorstehend dargelegten medizinischen Aktenlage kommt dieser Zeitpunkt vorliegend grundsätzlich auf den durch PD Dr. C.____ verfassten Bericht vom 25. September 2021 zu liegen. Erst seine Beurteilung lieferte aus Sicht der Beschwerdeführerin rechtsgenügliche Kenntnis über den medizinischen Sachverhalt, sodass er Grundlage für die geltend gemachten neuen Tatsachen bilden konnte. Beim MRT-Befund vom 9. Februar 2021 bzw. dem hierzu ergangenen Bericht von Dr. E.____ vom 23. April 2021 handelt es sich demgegenüber um ein Abbild bzw. um eine Darlegung des aktuellen Gesundheitszustands der Versicherten. Die darin enthaltenen Ausführungen bildeten noch keine hinreichende Basis für Sachverhaltsfeststellungen zur gesundheitlichen Situation, die geeignet wären, die ursprüngliche Beurteilung von Dr. D.____ vom 27. Februar 2017 infrage zu stellen. Zu berücksichtigen gilt es nun aber, dass sich der Rechtsvertreter der Versicherten daraufhin zwar mit Schreiben vom 22. Dezember 2021 innerhalb einer Frist von 90 Tagen an die Beschwerdegegnerin wandte. Das besagte Schreiben wurde jedoch weder als Gesuch um prozessuale Revision betitelt noch äusserte es sich inhaltlich zu den hierfür erforderlichen Voraussetzungen nach Art. 53 Abs. 1 ATSG. Erst mit Schreiben vom 26. April 2022 wurde explizit um prozessuale Revision ersucht, nachdem die Beschwerdegegnerin zuvor bereits mit Schreiben vom 6. Januar 2022 mitgeteilt hatte, dass sie eine (weitere) Leistungspflicht unter dem Titel einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG ablehne. Dem Revisionsgesuch konnte wohl schon aus diesem Grund kein Erfolg beschieden sein. Die Frage, wie es sich mit der Rechtzeitigkeit des Revisionsge-

suchs im Detail verhält bzw. ob die Beschwerdeführerin allenfalls aus ihren Darlegungen im Schreiben vom 22. Dezember 2021 etwas zu ihren Gunsten ableiten könnte, braucht vorliegend jedoch nicht abschliessend beantwortet zu werden. Auch können Weiterungen zur Frage unterbleiben, wie der Umstand mit Blick auf die Rechtzeitigkeit des Gesuchs zu werten ist, dass die Beschwerdeführerin nicht alle medizinischen Beurteilungen, die im Vorfeld an die Stellungnahme von PD Dr. C.____ vom 25. September 2021 ergangen sind, beigebracht hat. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, scheitert das Revisionsbegehren ohnehin (auch) an den materiellen Voraussetzungen.

7.3.1 Fraglich, letztlich aber nicht entscheidend, ist zunächst, ob die medizinischen Darlegungen von PD Dr. C.____ als neue Tatsachen im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG gewertet werden können. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.2 hiervor), handelt es sich dann um neue Tatsachen, wenn sie sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheids verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Vorliegend wurden mit der von PD Dr. C.____ anhand der ursprünglichen MRT-Bildgebungen beschriebenen Signalerhöhung in der T1-Wichtung bzw. der Höhenminderung der Bandscheibe BWK 12/LWK 1 und dem Knochenmarksödem keine neuen Befunde erhoben, die zum damaligen Zeitpunkt nicht schon bereits bekannt gewesen waren. Wie die Beschwerdegegnerin ferner zutreffend ausführt, erbringt die aktuellste MRT-Bildgebung vom 9. Januar 2021 für sich genommen als neue Tatsache einzig den Beweis, dass die Versicherte im Bereich BWK 12/LWK 1 an einer progredienten Chondrose leidet, die degenerativer Natur ist. Die Beschwerdeführerin stellt sodann selbst in Frage, dass gestützt auf die damalige Befundlage eine Traumatisierung der Bandscheibe hätte nachgewiesen werden können. Vielmehr bekräftigt sie wiederholt, dass erst die radiologische Gesamtbeurteilung neun Jahre nach dem Unfallereignis gezeigt habe, dass die damaligen Befunde den Anfang einer unfallbedingten Beschwerdeprogredienz dargestellt hätten. Entsprechend diesen Ausführungen könnten die Beurteilungen von PD Dr. C.____ wohl zumindest als neue Beweismittel qualifiziert werden. Als revisionsbegründende Beweismittel werden auch solche anerkannt, die dem Beweis von Tatsachen dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil der gesuchstellenden Person unbewiesen geblieben sind (vgl. E. 4.2 hiervor).

7.3.2 Soweit das Gesuch in diesem Sinne nicht ausschliesslich auf Befunden basiert, die gegebenenfalls erst nach der Leistungsablehnung vom 17. März 2017 entstanden sind (vgl. E. 7.3.1 hiervor), ist festzuhalten, dass mit der nachträglichen Berücksichtigung von Tatsachen und Beweisen allenfalls der Sachverhalt korrigiert werden kann. Hierbei ist jedoch in Erinnerung zu rufen, dass bei einer Revision unbeachtlich ist, ob ein neuer Experte nunmehr zu einem anderen Ergebnis gelangt, mithin das Neue sich im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist (vgl. E. 4.3 hiervor). Genau dies trifft indessen auf den vorliegenden Fall zu. In der ersten MRT vom 13. August 2012 wurde als mögliche Schmerzursache eine Kalzifikation im Bandscheibenfach BWK 12/LWK 1 mit schmalem randständigem Ödem beschrieben. Hierbei wurde bekräftigt, dass sich keine Nachweise einer traumatischen Läsion und keine Fraktur ausmachen lassen würden (vgl. E. 5.2 hiervor). Demgegenüber wurde in der MRT vom 9. Januar 2013 eine Höhenminderung der Bandscheibe BWK 12/LWK 1 sowie im Rahmen der T1-Gewichtung eine

auffällig hohe Signalintensität erhoben. Differentialdiagnostisch wurden unter anderem erneut intradiskale Kalzifikationen als mögliche Ursache für diesen Befund angeführt. PD Dr. C.____ äusserte sich in diesem Zusammenhang dahingehend, dass die Signalerhöhung im Bandscheibenfach mit hoher Wahrscheinlichkeit durch eine Hämorrhagie bedingt sei, obwohl eine solche auf der MRT-Bildgebung vom 13. August 2012 gemäss echtzeitlicher medizinischer Beurteilung gerade nicht ausgemacht werden konnte. Genauso wenig konnte im Rahmen der MRT vom 13. August 2012 entgegen seinen Darlegungen eine Höhenminderung erhoben werden. Eine nähere Begründung für seine Interpretationen lässt sich seinen Ausführungen im Weiteren nicht entnehmen. Sodann führte PD Dr. C.____ ebenfalls kleine Verkalkungen als alternative Ursache für die Höhenminderung an, verneinte diese Möglichkeit dann aber mit dem Hinweis, dass entsprechende Verkalkungen auf der Aufnahme vom 9. Januar 2013 nicht sichtbar seien. An einer anderen Stelle seiner Beurteilung räumte er jedoch selbst ein, dass die Bildqualität nur mittelgradig gut und die Mittel- und Kontrastauflösung deutlich schlechter als in der Voruntersuchung vom 13. August 2012 seien. Im Wesentlichen vor diesem medizinischen Hintergrund sowie der Tatsache, dass es sich um einen monosegmentalen Befund handelt, schloss er auf eine stattgehabte strukturelle Läsion bzw. eine posttraumatische Bandscheibenschädigung. Am 20. Juli 2022 bekräftigte er seine Schlussfolgerungen, wobei er erneut einräumte, dass auch Mikroverkalkungen im Bandscheibenfach möglich, jedoch nicht bewiesen seien, weshalb die Diagnose einer Chondrokalzinose auf wackligen Beinen stehe. Die Veränderungen im Bandscheibenfach könnten alternativ hämorrhagisch oder durch metabolische Veränderungen der Proteoglykane des Nukleus pulposus erklärt und als posttraumatischer Zustand eingeordnet werden (vgl. E. 6.4 hiervor). Die Beurteilung von PD Dr. C.____ stellt damit im Ergebnis eine abweichende Interpretation des medizinischen Sachverhalts dar, die einer unterschiedlichen Ausübung des medizinischen Ermessens zuzuschreiben ist, wobei deren Ursache namentlich in den divergierenden Bildgebungen vom 13. August 2012 und 9. Januar 2013 gründen dürfte. Hierbei fehlt es aber an der revisionsrechtlichen Erheblichkeit der angerufenen Tatsachen oder Beweismittel. Rechtsprechungsgemäss bildet ein neues Gutachten – vorliegend die neuen ärztlichen Berichte – noch keinen Revisionsgrund, soweit es lediglich eine von der früheren Expertise bzw. Beweisgrundlage abweichende Meinung vertritt. Es muss vielmehr den Fehler in der früheren Beweisgrundlage eindeutig ("indiscutable") oder mit "überlegenen Gründen" aufzeigen, damit es einen Revisionsgrund bilden könnte (Urteile des Bundesgerichts vom 20. März 2017, 9F_9/2016, E. 2.4 und vom 6. November 2012, 8F_9/2012, E. 3 sowie E. 4.4 hiervor). In Abweichung zu Dr. D.____ gelangte PD Dr. C.____ unter Berücksichtigung des zwischenzeitlichen Verlaufs zur Auffassung, dass es sich beim Beschwerdebild der Versicherten um eine posttraumatische Bandscheibenläsion handelt. Wie sich anhand der vorstehenden Darlegungen ergibt, kann aus seinen Ausführungen aber nicht geschlossen werden, dass Dr. D.____ zwingend zu einem anderen Ergebnis hätte gelangen müssen. Hinzu tritt, dass die MRT-Bildgebung vom 9. Februar 2021 lediglich eine progrediente Chondrose und damit einen degenerativen Befund im Bereich BWK 12/LWK 1 dokumentiert. Auch daraus lassen sich keine Schlussfolgerungen dergestalt ziehen, die den der Leistungsabweisung vom 17. März 2017 zugrundeliegenden Sachverhalt als eindeutig falsch erscheinen lassen könnten, wie die Beschwerdegegnerin ebenfalls richtig erkannte.

7.3.3 Schliesslich fehlt es aber insbesondere auch am Nachweis, dass die Beibringung der neuen Tatsachen oder Beweismittel nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt möglich war (vgl. E. 4.1 hiervor). Die Beschwerdeführerin argumentiert wiederholt, dass PD Dr. C.____ unter anderem aufgrund des mittlerweile neunjährigen Verlaufs im Anschluss an das Unfallereignis zu abweichenden Schlussfolgerungen gelangt sei. Dies sagt aber noch nichts darüber aus, ob die bei PD Dr. C.____ veranlasste Beurteilung nicht schon zu einem viel früheren Zeitpunkt, unter Umständen auch bei einer anderen Fachperson, hätte eingeholt und beigebracht werden können. Die Beschwerdeführerin äussert sich in keiner Weise zu dieser für eine prozessuale Revision zentrale Voraussetzung. Auch den Ausführungen von PD Dr. C.____ lässt sich nicht entnehmen, wie sich die diesbezügliche Situation in medizinischer Hinsicht präsentiert.

8. Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich mit den in den neu aufgelegten Berichten festgestellten Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen eine Revision der rechtskräftigen Leistungsablehnung vom 17. März 2017 nicht rechtfertigen lässt. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Februar 2023 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.