Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

8C 269/2016

Urteil vom 10. August 2016

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichterin Heine, Bundesrichter Wirthlin,
Gerichtsschreiberin Hofer.

Verfahrensbeteiligte
A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter,
Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35, 3011 Bern,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung (Kausalzusammenhang),

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 10. März 2016.

Sachverhalt:

A.
Der 1963 geborene A._____ arbeitete seit Februar 2009 bei der B._____ AG. In dieser Eigenschaft war er bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 23. August 2012 erlitt er mit seinem Personenwagen einen Selbstunfall in einem Parkhaus. Dabei zog er sich Quetschungen an Brustbein, Rippen und Schulter zu (Schadenmeldung UVG vom 29. August 2012). Ab dem 24. August 2012 begab er sich in die Behandlung des Dr. C._____, Chiropraktor SCG ECU. Die Mobiliar erbrachte Versicherungsleistungen. Dr. C._____ behandelte A._____ auch am Morgen des 31. Oktober 2012. Im weiteren Tagesverlauf verspürte der Versicherte sensomotorische Ausfälle im Bereich der linken Hand und des Armes sowie "Trümmel". Er begab sich daher in die Notfallstation des Spitals D._____. Weil die Röntgenuntersuchung keine ossäre Läsion zeigte und das CT keinen Nachweis für eine Dissektion ergab, wurde er vorerst wieder nach Hause entlassen. Am Abend desselben Tages suchte A._____ infolge Zunahme der Beschwerden erneut die Notfallstation auf. Diesmal zeigte das CT mit Kontrastmittel einen segmentalen Carotis-Interna-Verschluss mit vertebrobasilärer
Ischämie. Er wurde daher zur Überwachung in die Intensivpflegestation des Spitals E._____ verlegt. Nach dem Austritt wurde eine stationäre Rehabilitation in U._____ durchgeführt. Am 23. November 2012 teilte die Mobiliar A._____ mit, dass sie ab dem 31. Oktober 2012 keine Kosten mehr übernehmen werde. Daran hielt sie mit Verfügung vom 5. Dezember 2012 fest. Im Rahmen des Einspracheverfahrens liess die Mobiliar den Versicherten durch PD Dr. med. F._____, Leiter Notfall- und Konsilteam an der neurologischen Poliklinik des Spitals G._____, interdisziplinär abklären (Gutachten vom 15. September 2014). Mit Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2014 bestätigte der Unfallversicherer die verfügte Leistungsablehnung.

B.
Die von A._____ dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des

Kantons Zürich mit Entscheid vom 10. März 2016 ab.

C.
A._____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids sei die Mobiliar zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen.

Die vorinstanzlichen Akten wurden eingeholt. Ein Schriftenwechsel wurde nicht durchgeführt.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen oder es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Das Bundesgericht prüft indessen, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), nur die geltend gemachten Vorbringen, falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 236 E. 1 S. 236; 140 V 136 E. 1.1 S. 137 f.).

1.2. Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.
Streitig und zu prüfen ist, ob der Unfallversicherer die Unfallkausalität verneinen durfte mit der Folge, dass er für die erlittene Ischämie und deren Folgen nicht einzustehen hat.

2.1. Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze über die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Behandlung von Unfallfolgen (Art. 10 UVG) zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG), 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 S. 172; 118 V 286 E. 3b S.292 f.), zutreffend dargelegt. Gleiches gilt für den Unfallbegriff (Art. 4 ATSG) und das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.3.1 S. 79). Darauf kann verwiesen werden.

2.2. Hervorzuheben ist, dass die Grundsätze zum Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit auch gelten, 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 auf Grund 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. Damit eine solche 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 rechnet noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der Arzt oder die Ärztin 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 S. 38; 118 V 183 E. 2b S. 284, je mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

2.3. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung setzt stets voraus, dass zwischen dem

Unfallereignis und dem eingetretenen Gesundheitsschaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111; 129 V 177 E. 3.1 f. S. 181 ff.). 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 Kausalzusammenhanges nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene Störung entfiele (Conditio sine qua non; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Bei organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität im Übrigen weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

2.4. Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf (die zuvor nicht bestanden) und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) degenerativer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C 816/2009 E. 4.3; Urteil 8C 423/2012 vom 26. Februar 2013 E. 5.4), und zwar selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht 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, U 180/93 E. 3b, und 1992 Nr. U 142 S. 75, U 61/91 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 nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. 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 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C 901/2009 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C 816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen.

3.

3.1. Gemäss Schreiben des behandelnden Chiropraktors, Dr. C._____, an die Mobiliar vom 9. November 2012 und dessen Bericht vom 14. August 2012 stand der Beschwerdeführer bereits ab dem 29. Dezember 2011 wegen starker Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule in der sagitalen Ebene (funktionelle Blockierung C5/C6) und mässiger Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule (funktionelle Blockierung L5/S1) bei ihm in Behandlung (manuelle Therapie, Kryotherapie, Weichteiltechniken). Am 9. Februar 2012 konnte er in besserem Zustand entlassen werden. Am Tag nach dem Autounfall vom 23. August 2012 begab sich der Versicherte wegen Schmerzen in der Region der Halswirbelsäule und im oberen rechten Rippenbereich erneut in die Behandlung des Dr. C._____. Dieser erhob am 24. August 2012 praktisch die selben Befunde wie im Rahmen der früheren Behandlungen (vgl. die Berichte vom 14. August und 6. November 2012). Der Chiropraktor bestätigte auch, dass der Versicherte seit Jahren intermittierend unter Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich sowie in der unteren LWS gelitten habe. Die Röntgenbilder vom 5. September 2012 zeigten mässige degenerative Veränderungen auf dem Niveau C5/C6. Frakturen waren nicht zu erkennen (Bericht des Dr. C._____ vom 6. November 2012). Der Chiropraktor behandelte den Beschwerdeführer am 24., 28. und 31. August 2012 auf dem Niveau C5/C6 mit Druckpunkten im Nacken- und Schulterbereich, ohne dass es zu einer wesentlichen Besserung kam. Am 14. und 19. September sowie am 9. Oktober 2012 ging es dem Patienten dann aber doch besser (Bericht vom 7. Mai 2013). Am 24. und 31.

Oktober wurde der Beschwerdeführer wieder wegen Verspannungen und Beschwerden auf dem Niveau C5/C6 manipuliert. Bei der Konsultation am frühen Morgen des 31. Oktober 2012 klagte er über stärkere Verspannungen im oberen Bereich der Halswirbelsäule (Berichte vom 6. November 2012 und 7. Mai 2013). Im Verlaufe jenes Tages verspürte der Beschwerdeführer ein Schwächegefühl des linken Armes und bekundete Mühe mit der Feinmotorik. Da es ihm immer schlechter ging, begab er sich schliesslich in die Notfallklinik.

3.2. Laut dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten unter Federführung von PD Dr. med. F._____ vom 15. September 2014 erlitt der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2012 einen cerebrovaskulären ischämischen Insult im Mediastromgebiet rechts, mit einem fast vollständig regredienten, faziobrachial betonten sensomotorischen Hemisyndrom links mit leicht bis mittelschweren residuellen kognitiven Minderleistungen und erhöhter Ermüdbarkeit (ätiologisch: Dissektion der Arteria carotis interna rechts).

4.
Das kantonale Gericht ging gestützt auf die medizinischen Unterlagen, insbesondere die Schlussfolgerungen des Neurologen Prof. Dr. med. H._____, Dr. sc. techn. Dipl. El. Ing. ETH und Facharzt FMH für Neurologie (Bericht vom 28. Februar 2014), und des PD Dr. med. F._____ (Gutachten vom 15. September 2014) davon aus, dass der Hirninfarkt nach Verschluss und Dissektion der Arteria carotis vom 31. Oktober 2012 nicht in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Selbstunfall im Parkhaus vom 23. August 2012 stand. Laut den Angaben des Versicherten gegenüber den Ärzten des Spitals D._____ (Bericht vom 31. Oktober 2012) und den medizinischen Gutachtern (Gutachten vom 15. September 2014 S. 12) kollidierte er mit dem Fahrzeug in einem Parkhaus bei rund 5 bis 10 km/h mit dem Randstein. Dabei schlug er mit dem Brustbein am Lenkrad auf. Gegen einen direkten Zusammenhang dieses Ereignisses mit der Karotisdissektion und anschliessenden Ischämie sprechen laut Vorinstanz insbesondere das lange Zeitintervall seit dem Unfallereignis, der Ort der Schmerzlokalisation (initiale Schmerzen im Bereich der oberen rechten Rippen und in der Region der Halswirbelsäule, jedoch keine Kopfschmerzen) sowie die Lokalisation und das Ausmass
des erlittenen Traumas (Kontusion des Thoraxes). Dies wird vom Beschwerdeführer auch letztinstanzlich nicht beanstandet.

5.
Zu fragen ist jedoch, ob die am Morgen des 31. Oktober 2012 durchgeführte chiropraktische Manipulation durch den Unfall vom 23. August 2012 bedingt war. In diesem Fall wären auch allfällige medizinische Komplikationen im Sinne von mittelbaren Unfallfolgen mitversichert (Art. 6 Abs. 3 UVG).

5.1. Das kantonale Gericht hat dazu gestützt auf die Berichterstattung des Dr. C._____ vom 14. August, 6. November 2012 und 7. Mai 2013 erwogen, der Beschwerdeführer habe sowohl vor als auch nach dem Unfallereignis vom 23. August 2012 an den weitgehend gleichen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen von Hals- und Lendenwirbelsäule gelitten. Zwar sei es denkbar, dass die Beschwerden durch den Unfall vorübergehend intensiviert worden seien. Bereits ab dem 14. September 2012 sei es dem Beschwerdeführer indessen offenbar wieder besser gegangen. Am 22. September 2012 habe er nach einer langjährigen Pause wieder an einem Laufanlass teilgenommen. Bei dieser Sachlage vermag laut Vorinstanz die Beurteilung des Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Chirurgie und Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, vom 30. Januar 2013 zu überzeugen, wonach spätestens vier bis fünf Wochen nach dem Bagatellereignis vom 23. August 2012 der Status quo ante vel sine wieder erreicht gewesen sein dürfte. Die vom Versicherten während der chiropraktischen Behandlung vom 31. Oktober 2012 geklagten stärkeren Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule und die an jenem Tag offenbar aufgetretenen intensiven Kopf- und Nackenschmerzen lassen laut den
vorinstanzlichen Erwägungen nicht auf unfallbedingte Beschwerden schliessen. Laut PD Dr. med. F._____ könnten diese als Symptome für eine bereits bestehende Dissektion interpretiert werden. Das kantonale Gericht gelangte daher zum Schluss, dass der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens Ende September 2012 erreicht war. Folglich sei die chiropraktische Manipulation vom 31. Oktober 2012 nicht im Rahmen einer unfallspezifischen Heilbehandlung erfolgt. Sie könne somit nicht als mitversicherte mittelbare Unfallfolge betrachtet werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

5.2. Der Beschwerdeführer wendet ein, die Beschwerdegegnerin habe bis am 2. November 2012, als sie vom Hirninfarkt erfahren habe, keine Einwände gegen die chiropraktische Behandlung erhoben.

Mit Verfügung vom 5. Dezember 2012 habe sie lediglich eine Kostenübernahme für die notfallmässige Behandlung vom 31. Oktober 2012, nicht aber für die Behandlung beim Chiropraktor abgelehnt. Dies habe sie mit dem die Einsprache abweisenden Dispositiv des Einspracheentscheids vom 12. Dezember 2014 bestätigt.
Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass einzig die Folgen des am 31. Oktober 2012 erlittenen Hirninfarkts Gegenstand der Verfügung vom 5. Dezember 2012 und des Einspracheentscheids vom 12. Dezember 2014 bilden.

5.2.1. Eine Leistungspflicht für den erlittenen Hirninfarkt gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG setzt eine im Rahmen einer unfallbedingten Heilbehandlung eingetretene Schädigung voraus. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit (E. 2.4 hiervor). Weitere Behandlungen stellen dann keine unfallbedingten Heilbehandlungen mehr dar, für deren Folgen der Unfallversicherer leistungspflichtig wäre.

Die Beschwerdegegnerin teilte Dr. C._____ in Beantwortung seiner Mahnung für die Rechnung vom 23. Oktober 2012 betreffend die Behandlungen vom 24. August bis 9. Oktober 2012 mit Schreiben vom 6. Februar 2014 mit, dass aufgrund der Beurteilung ihres behandelnden Arztes spätestens vier bis fünf Wochen nach dem Unfallereignis vom Status quo ante vel sine auszugehen sei. Spätere Therapien könnten nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. August 2012 zurückgeführt werden. Die Kosten für die nach Ende September 2012 durchgeführten Behandlungen würden daher nicht übernommen. In der Folge beglich die Mobiliar gemäss den unbestrittenen Feststellungen des kantonalen Gerichts die Rechnungen für die bis am 19. September 2012 vorgenommene Chiropraktik.

Der Umstand, dass die Mobiliar ihre Leistungspflicht gegenüber dem Chiropraktor ab Oktober 2012 abgelehnt hat, steht mit der Verfügung vom 5. Dezember 2012 nicht im Widerspruch. Eine Anerkennung der Leistungspflicht für die von Dr. C._____ durchgeführte Heilbehandlung bis 30. Oktober 2012 war damit nicht verbunden. Aufgrund der erhobenen Einsprache wurde das Verwaltungsverfahren erst durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, welcher die urprüngliche Verfügung ersetzt (BGE 132 V 368 E. 6.1 S. 275). Im Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2014 prüfte die Mobiliar den geltend gemachten Leistungsanspruch des Versicherten unter verschiedenen Titeln und kam dabei zum Schluss, dass dieser zu Recht abgelehnt wurde. Sie wies die Einsprache daher im Dispositiv ab. Aus dem Umstand, dass die Einsprache nicht "im Sinne der Begründung" abgewiesen wurde, vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Auch wenn nur eine Bindung an das Dispostiv, nicht aber an die Erwägungen des Entscheids besteht, muss für die genaue Ermittlung des Inhalts und der Tragweite eines Dispositivs oft auf die Erwägungen abgestellt werden (BGE 116 II 738 E. 2a S. 743 f. mit Hinweisen). Aus den Erwägungen des Einspracheentscheids ergibt sich, dass
und aus welchen Gründen die Mobiliar Leistungen für das Ereignis vom 31. Oktober 2012 abgelehnt hat.

5.2.2. Die mit der Erbringung von Leistungen gegenüber dem Chiropraktor anerkannte (unfallbedingte) Leistungspflicht durch die Mobiliar ist im hier zu beurteilenden Zusammenhang insofern von Belang, als diese für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls vom 23. August 2012 für den von Dr. C._____ behandelten Gesundheitsschaden die Beweislast trägt (vgl. E. 2.4 hiervor).

5.3.

5.3.1. Der Beschwerdeführer führt aus, seine Teilnahme am Laufanlass vom 22. September 2012 vermöge das Erreichen des Status quo sine vel ante nach dem Unfallereignis vom 23. August 2012 nicht zu beweisen. Zu Dr. C._____ habe er sich nicht zur allgemeinen Kräftigung und Fitness, sondern zur Behandlung von HWS-Beschwerden nach dem Autounfall mittels Manipulationen auf Höhe C2/3 und C5/6 begeben. Auch wenn keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei er durch die Bewegungseinschränkung der HWS seit dem 23. August 2012 vor allem bei der Arbeit am Schreibtisch und Computer beeinträchtigt gewesen.

5.3.2. Ob eine Behandlung durch den Chiropraktor (vgl. Art. 10 Abs. 1 lit. a UVG) unfallbedingt war, beurteilt sich in Berücksichtigung des gesamten Sachverhalts. Die Teilnahme am Laufanlass kann im Rahmen der Gesamtbeurteilung gestützt auf die medizinischen Unterlagen allenfalls ein Indiz darstellen.

Laut den vom Versicherten gegenüber dem medizinischen Gutachter gemachten Angaben zum

Ereignis vom 23. August 2012 verspürte er unmittelbar danach Schmerzen im Brustbein und der rechten Thoraxhälfte. Gegenüber Dr. C._____ klagte er am 24. August 2013 über Schmerzen in der HWS Region und im oberen Rippenbereich. Nach der Behandlung vom 24. Oktober 2012 traten zunehmend Schmerzen im Schulterbereich rechts mit Ausstrahlung in Nacken und Hinterkopf auf. Da der Versicherte seit Ende Oktober 2012 an zunehmenden Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf litt, vereinbarte er am 31. Oktober 2012 einen erneuten Termin beim Chiropraktor. An diesem Tag hatte sich der Schmerz bereits beim Aufstehen in Stirn- und Ohrbereich ausgebreitet. Im Gutachten vom 15. September 2014 wird die Frage, ob die chiropraktischen Behandlungen ab Mitte Oktober 2012 noch unfallbedingt waren oder ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Status quo ante vel sine auszugehen sei, wie er auch ohne das Unfallereignis vom 23. August 2012 vorgelegen oder sich eingestellt hätte, wie folgt beantwortet: Der Versicherte habe sich bereits vor diesem Trauma in chiropraktischer Behandlung befunden. Die Frequenz der Behandlungen sei jedoch möglicherweise leicht
höher gewesen als vor dem Bagatellunfall. Eine Arbeitsunfähigkeit habe nicht bestanden. Der Versicherte habe auch seine Hobbys weiterhin voll ausüben können. Abgesehen von den Schmerzen, die letztlich zur Konsultation beim Chiropraktor geführt hätten, sei von einem Status quo ante vel sine auszugehen. Was für Schmerzen gemeint sind, lässt sich dem Gutachten allerdings nicht mit Klarheit entnehmen. Aus dem Gesamtkontext heraus dürfte es sich dabei wohl um die anfänglich geklagten Schmerzen im kontusionierten Bereich von Brustbein, oberen Rippen und Schulter handeln. Aus den Berichten des Chiropraktors ergibt sich, dass dieser den Versicherten einzig im HWS-Bereich auf Höhe C5/C6 behandelt hat. Dies spricht dafür, dass die kontusionsbedingten Beschwerden von selber wieder abheilten. Nach Ansicht des Vertrauensarztes der Mobiliar, Dr. med. I._____, vermochte das Unfallereignis vom 23. August 2012 nur vorübergehend (während vier bis fünf Wochen) Beschwerden im HWS-Bereich zu begründen. Nach diesem Zeitpunkt weiterhin bestehende, dem bisherigen Zustand entsprechende Beschwerden, oder geraume Zeit später erneut aufgetretene Blockaden lassen sich seiner Ansicht nach nicht mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden
Wahrscheinlichkeit diesem Ereignis anlasten (Protokoll vom 13. Februar 2013). Diese Auffassung steht im Einklang mit den Angaben des Dr. C._____. Danach war der Beschwerdeführer bereits vor dem 23. August 2012 nicht beschwerdefrei (Bericht vom 14. August 2012). Nach der erneuten Behandlung ging es ihm ab dem 14./19. September 2012 wieder besser (Bericht vom 7. Mai 2012). In diese Zeit fällt auch die Teilnahme am Laufanlass vom 22. September 2012.

5.4. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass zwischen dem Unfallereignis vom 23. August 2012 und den behandelten Folgen bereits Ende September/Anfang Oktober kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestand. Damit entfällt nach diesem Zeitpunkt die Haftung für schädigende Folgen einer Behandlung nach Art. 6 Abs. 3 UVG.

6.

6.1. Es ist daher von einer "krankheitsbedingten" Heilbehandlung auszugehen. In diesem Zusammenhang ist zu fragen, ob die chiropraktische Manipulation vom 31. Oktober 2012 an sich einen Unfall im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG darstellt. Nach den Feststellungen der Vorinstanz erfolgte die chiropraktische Behandlung auf dem Niveau C5/C6 mit Druckpunkten im Nacken- und Schulterbereich. Eine solche Behandlung weiche vom medizinisch Üblichen nicht erheblich ab, noch berge sie objektiv betrachtet grosse Risiken in sich. Die Lösung einer funktionellen Blockierung auf der Höhe C5/C6 sei nicht mit unüblichen oder ungewöhnlichen Risiken verbunden. Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler oder ein regelwidriges Verhalten des Chiropraktors lägen nicht vor. Dies führte das kantonale Gericht zum Schluss, dass die chiropraktische Manipulation durch Dr. C._____ keinen ungewöhnlichen äusseren Faktor im Sinne des gesetzlichen Unfallbegriffs (Art. 4 ATSG) darstellt.

6.2. Der Beschwerdeführer bringt vor, der Chiropraktor habe ihm vor der Behandlung vom 31. Oktober 2012 mitgeteilt, dass er ihn nun auf Höhe C2/C3 mit mehr Kraft manipulieren werde. Obwohl er gegenüber Dr. C._____ bereits anlässlich der vierten Behandlung nach dem Unfallereignis stärkere Schmerzen im Bereich der HWS erwähnt habe, habe dieser sich entschieden, die Stelle weiter zu behandeln. Am Morgen des 31. Oktober 2012 habe er den Chiropraktor vor der Behandlung auf Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausdehnung auf Stirn und Ohrbereich hingewiesen. Aufgrund der geschilderten Beschwerden hätte Dr. C._____ die HWS nicht ohne vorgängige Abklärung der Symptome durch einen Facharzt weiter (und stärker) manipulieren dürfen. Durch die unter den gegebenen Umständen nicht indizierte Manipulation an der Halswirbelsäule sei die Schädigung mit konsekutivem Hirnschlag im Sinne einer ungewöhnlichen äusseren Einwirkung verursacht worden.

6.3. Eine Behandlung auf dem Niveau C2/C3 lässt sich den Stellungnahmen des Dr. C._____ nicht entnehmen. Die Frage, ob entgegen den Angaben des Chiropraktors objektive Hinweise darauf bestünden, dass nicht nur die Wirbel C5/C6 manipuliert worden seien, konnten die Gutachter nicht beantworten. Sie wiesen aber darauf hin, dass bei jeder Manipulation am Hals die Blutgefässe gedehnt würden. Somit könne jegliche Manipulation der HWS zu einer Dissektion der Arteria carotis interna führen (Gutachten vom 15. September 2014 S. 28). Weiter gehen die Gutachter aufgrund des klaren zeitlichen Zusammenhangs zwischen der Manipulation durch den Chiropraktor und dem anschliessenden Auftreten von neurologischen Symptomen davon aus, dass durch die chiropraktische Manipulation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Arteria carotis interna verletzt wurde. Entweder sei eine bereits vorbestehende Dissektion verstärkt worden oder es habe sich während der Behandlung eine Dissektion ereignet. Anlässlich der Manipulation (Zug an der Gefässwand der Arteria carotis interna) habe sich ein Gerinnsel an der (möglicherweise vorgeschädigten) Gefässwand gelöst (Embolie) und zu einem Hirnschlag geführt. Hinweise auf eine programmwidrige Manipulation fanden die
Gutachter jedoch nicht. Ob der Chiropraktor eine allenfalls bereits vorhandene Dissektion aufgrund der vom Patienten geschilderten Symptome hätte erkennen können, lässt sich laut den Gutachtern retrospektiv nicht eruieren. Insbesondere fehlen Angaben darüber, ob und wie der Versicherte damals die Beschwerden dem Chiropraktor geschildert hatte. Gemäss Gutachten liegt höchstwahrscheinlich eine schicksalhafte Komplikation einer chiropraktischen Massnahme und nicht eine programmwidrige Behandlung vor. Auf diese fachärztliche Beurteilung ist abzustellen. Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, er sei nicht über die Gefahr der beabsichtigten Manipulation informiert worden und habe kein entsprechendes Einverständnis geäussert. Das ist indessen nicht Thema des vorliegenden Prozesses und vermag auch nicht die vorgenommene Behandlung als solche als ungewöhnlich im Sinne des Unfallbegriffs erscheinen zu lassen. Anhaltspunkte dafür, dass im Rahmen der chiropraktischen Massnahme in grober Weise nicht sachgerecht vorgegangen worden wäre, lassen sich den medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Ein unfallversicherungsrechtlich relevanter Behandlungsfehler ist nicht ausgewiesen. Es bleibt somit dabei, dass Versicherer und Vorinstanz einen
Unfall zu Recht verneint haben.

7.
War somit bereits vor der Konsultation vom 31. Oktober 2012 der Status quo ante vel sine erreicht, so dass die weitere Behandlung krankheitsbedingt war, und lässt sich dem Chiropraktor kein Vorwurf machen, liegt weder eine Folge einer unfallbedingten Heilbehandlung vor, noch erfüllte die Manipulation selbst den Unfallbegriff. Die Beschwerdegegnerin hat daher den Leistungsanspruch zu Recht abgelehnt. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

8.
Die Gerichtskosten werden dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 10. August 2016

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Hofer