

BGer 8C 419/2019 vom 14. August 2019

Bundesgericht, 2019-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_419_2019

FR: TF 8C 419/2019 du 14 août 2019

IT: TF 8C 419/2019 del 14 agosto 2019

Regeste

Unfallversicherung (Kausalzusammenhang) | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich 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 und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

E. 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).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzte, indem sie die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 31. Oktober 2017 schützte. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob die erhobenen Hirnläsionen auf das Unfallereignis vom 30. Dezember 2013 zurückzuführen sind.

E. 2.2

Das kantonale Gericht legte die gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze, namentlich zum Erfordernis eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden im Allgemeinen (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438; 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181) sowie zum Dahinfallen der Leistungspflicht bei Erreichen des Status quo sine vel ante korrekt dar. Gleiches gilt für die beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). Darauf wird verwiesen. Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE

137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber zwar nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

E. 3.1

Das Kantonsgericht führte im angefochtenen Entscheid aus, es habe bereits in seinem Beschluss vom 3. Mai 2018 festgehalten, dass das Gutachten der Klinik D._____ vom 14. Juni 2017 mit Blick auf die Frage des Wegfalls jeglicher unfallkausaler Folgen nicht in allen Belangen überzeuge. Es habe daher bei der Klinik D._____ ergänzende Fragen gestellt. Die Antwort sei in Form eines gerichtlichen Aktengutachtens vom 3. August 2018 ergangen. Diesem mass die Vorinstanz volle Beweiskraft bei. Danach stehe fest, dass die ursprünglich bereits im Mai 2014 bildgebend dokumentierten Auffälligkeiten nicht durch den erlittenen Unfall bedingt seien, sondern ausschliesslich auf eine vorbestehende Erkrankung - entweder in Form einer Amyloidangiopathie oder einer Cavernomatose - zurückzuführen seien. Der Gerichtsgutachter habe mithin nachvollziehbar auch eine allfällige Teilkausalität des Unfalls bezüglich der Beschwerden der Versicherten verneint. Es lägen keine zwingenden Gründe vor, welche ein Abweichen von den Schlussfolgerungen im gerichtlichen Aktengutachten rechtfertigen würden. Hinsichtlich der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden verneinte die Vorinstanz sodann ausgehend von einem lediglich leichten Unfall einen adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, es beständen weiterhin organische Unfallfolgen in Form von bildgebend erstellten Hirnschädigungen. Der Beweis des Status quo sine vel ante sei nicht erbracht und die Leistungseinstellung der Suva damit zu Unrecht erfolgt. Sie bestreitet insbesondere die Beweiskraft der Gutachten der Klinik D._____ und rügt eine ungenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Indem die Vorinstanz auf nicht beweiskräftige Beurteilungen abgestellt und auf die Einholung eines neuroradiologischen Gutachtens verzichtet habe, habe sie Bundesrecht verletzt.

E. 4.1

Das Gutachten der Klinik D._____ vom 14. Juni 2017 basiert auf Untersuchungen in den Fachgebieten Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie/Psychosomatik sowie Wirbelsäulen- und Knieorthopädie. Die Experten erhoben folgende Gesundheitsschäden: leichte-mittelschwere kognitive Störung, Neurasthenie, zerviko-zephalas Schmerzsyndrom sowie Kopfschmerz bei Schmerzmittelübergebrauch (DD: chronische Spannungskopfschmerzen). Zusammenfassend hielten sie fest, dass sich bedingt durch den Unfall vom 30. Dezember 2013 keine strukturellen Folgen am Nervensystem oder Bewegungsapparat nachweisen liessen. Auch fänden sich keine Hinweise auf eine daraus resultierende psychische Erkrankung. Die im Vordergrund stehende leichte-mittelschwere kognitive Störung und die Neurasthenie seien unfallunabhängig, wobei die Ätiologie der kognitiven Störung aktuell unklar bleiben müsse. Zumindest teilweise beruhe sie auf einem

organischen Substrat. Differenzialdiagnostische Überlegungen gingen in Richtung einer cerebralen Amyloidangiopathie mit assoziierter Neurodegeneration, die für einen Teil der Defizite verantwortlich sein könnte. Die Gutachter führten aus, aufgrund der verfügbaren Dokumentation habe beim Unfall vom 30. Dezember 2013 kein Kopfanprall stattgefunden. Es habe keine Bewusstseinsstörung und insbesondere keine Gedächtnisstörung bestanden, mithin habe keine Amnesie vorgelegen. In keinem der initial erstellten medizinischen Dokumente seien sichere Symptome einer hirntraumatischen Beteiligung angegeben worden. Insbesondere seien keine Symptome dokumentiert, die gehäuft nach traumatischer Hirnschädigung (oft als postcommotionelles Syndrom) auftreten könnten. Demnach sei es beim Unfall vom 30. Dezember 2013 nicht zu einer traumatischen Hirnbeteiligung gekommen und folglich bestehe aus psychiatrischer und neurologischer Sicht keine Grundlage für die Entwicklung von organisch bedingten kognitiven Beeinträchtigungen oder eine Entwicklung von Beschwerden, die im Verlauf nach einem postcommotionellen Syndrom manifest werden könnten. In Bezug auf die neurologischen Verhältnisse würden die Insignien einer höhergradigen Hirnverletzung fehlen. Wären die im MRI gesichteten Signalauffälligkeiten wirklich durch eine Hirnverletzung im Rahmen des erlittenen Unfalls entstanden, so wäre der dokumentierte Verlauf nicht möglich gewesen. Aufgrund der MR-Auffälligkeiten und des neuropsychologischen Profils beständen aber Hinweise, dass eine zum Unfall konkomittierende Erkrankung bestehen könnte. Phänomenologisch sei eine Amyloidangiopathie und ein rechts-temporales Kavernom mit DVA (Deep Venous Anomaly) am Wahrscheinlichsten. Unwahrscheinlich sei dagegen, dass die Signalauffälligkeiten "shearing-injuries" (Scherverletzungen) entsprächen.

E. 4.2

Aufgrund der gutachterlichen Aussagen, dass eine zum Unfall konkomittierende Erkrankung bestehen könnte, erachtete die Vorinstanz die Frage einer allfälligen Teilursächlichkeit des Unfalls für die geklagten Beschwerden als unklar beantwortet. Sie unterbreitete deshalb der Gutachterstelle ergänzende Fragen. Diese erstattete am 3. August 2018 ein Aktengutachten unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich erfolgten MRI-Abklärung vom 7. Juli 2017 sowie neuerer Konsultationsberichte der behandelnden Neurologin vom 6. und 12. Juli 2018. Aus dem Aktengutachten geht hervor, dass anhand eines Vergleichs der MRI-Bilder im Zeitraum zwischen dem 22. September 2015 und dem 7. Juli 2017 zumindest sechs neue Suszeptibilitäten festgestellt worden seien. Es scheine in der Zwischenzeit wahrscheinlicher geworden zu sein, dass sich bei der Explorandin eine Epilepsie entwickelt habe, die allerdings nicht restlos gesichert sei. Nach dem zur Debatte stehenden Unfall hätten MRI-Auffälligkeiten zugenommen, die vormals fälschlicherweise als unfallkausale Scherverletzungen interpretiert worden seien. Bereits im Gutachten vom 14. Juni 2017 sei darauf hingewiesen worden, dass es sich um untypische radiologische Zeichen von Scherverletzungen handle. Dass sich noch Jahre später von neuem unfallbedingte "shearing injuries" bilden würden, falle ausser Betracht. Es sei unverständlich, dass die behandelnde Neurologin diesen Umstand in ihrem Bericht nicht diskutiert habe. Die im Gutachten vom 14. Juni 2017 gemachte Aussage, wonach ein zum Unfall konkomittierende Erkrankung bestehen könnte, sei dahingehend zu verstehen, dass die Explorandin Hirnveränderungen entweder in Form einer Amyloidangiopathie oder einer Cavernomatose aufweise, die unfallunabhängig seien. Die bildgebenden MRI-Befunde vom 27. Mai 2014 seien ausschliesslich auf eine vorbestehende Erkrankung zurückzuführen. Erstmals detektierte Suszeptibilitäten im MRI vom 27. Mai 2014 und eine objektive Zunahme derselben unfallfern im Zeitraum zwischen dem 22. September 2015 und dem 7.

Juli 2017 würden auf einen unfallunabhängigen Hirnprozess hindeuten. Theoretisch könne sich eine Hirnschädigung zwar auch ohne direkten Kopfanprall ereignen, so beispielsweise bei Hochgeschwindigkeitstraumata mit der Folge starker Beschleunigungskräfte. Dies sei bei dem erlittenen Unfall aber klarerweise nicht anzunehmen. Im hier vorliegenden Fall mit einer niedrigen Geschwindigkeitsveränderung im Umfang von 10 bis 15 km/h müsse sich zwingend ein Kopfanprall ereignen, um eine Hirnverletzung zu verursachen. Es könne somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass die beschriebenen Veränderungen nicht durch den Unfall bedingt seien.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin macht zunächst geltend, beim Aktengutachten vom 3. August 2018 handle es sich entgegen der Einschätzung der Vorinstanz nicht um ein Gerichtsgutachten. Dieser Auffassung ist beizupflichten. Das kantonale Gericht stellte bei den von der Suva im Verwaltungsverfahren beauftragten Gutachtern lediglich Rückfragen resp. ergänzende Fragen. Von einem Gerichtsgutachten im Sinne eines Obergutachtens kann somit nicht die Rede sein. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Antworten unter dem Titel "Aktengutachten" ergingen. Auf das Ergebnis hat die Qualifikation als Administrativgutachten aber letztlich keinen Einfluss, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

E. 5.2.1

Die Beschwerdeführerin beanstandet hauptsächlich, dass das Aktengutachten vom 3. August 2018 von einem Neurologen erstellt worden sei, obwohl die neuroradiologische Beurteilung der Bildgebung im Zentrum stehe. Dr. med. E. _____, Facharzt FMH für Neurologie, begründe seine Schlussfolgerung der fehlenden Unfallkausalität alleine mit neuroradiologischen Überlegungen. Hierfür fehle ihm aber die erforderliche Fachkompetenz. Hinzu komme, dass sich vor Dr. med. E. _____ zahlreiche Radiologen zur Frage der Unfallkausalität der Hirnverletzungen geäußert und eine Progredienz der Befunde über mehrere Jahre hinweg verneint hätten.

E. 5.2.2

Aus der neuroradiologischen Beurteilung der Dr. med. F. _____, Fachärztin FMH für diagnostische Neuroradiologie, vom 7. Juli 2017 ergibt sich, dass sich im gleichentags angefertigten MRI des Schädels im Vergleich zur Voruntersuchung vom 22. September 2015 weitestgehend vorbestehende, vereinzelt aber auch neue kortikale/subkortikale disseminierte Mikroblutungen zeigten. Darauf Bezug nehmend wies Dr. med. E. _____ in seinem Aktengutachten vom 3. August 2018 darauf hin, das am 7. Juli 2017 angefertigte Schädel-MRI habe sowohl gemäss befundender Radiologin wie auch nach Befundung durch den Referenten zumindest sechs neue Suszeptibilitäten gezeigt, die sich somit im Zeitraum vom 22. September 2015 bis 7. Juli 2017 entwickelt haben müssten. Da es sich um den gleichen Hirnscanner mit 3 Tesla Feldstärke und die gleiche Methodik handle, falle eine höhere Sensitivität der zweiten Untersuchung zur Detektion derartiger Veränderungen ausser Betracht. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin legte der neurologische Gutachter dar, wo er diese Suszeptibilitäten genau sah, nämlich rechts temporal (Bilder 193-209/702), links okzipital (Bilder 201-213/702), rechts temporo-okzipital (Bilder 253-269/702), rechts frontal parasagittal (zwei Suszeptibilitäten, Bilder 425-445/702) und rechts okzipital (Bilder 317-333/702). Festzuhalten ist somit, dass nicht nur der neurologische Gutachter, sondern auch die Neuroradiologin Dr. med. F. _____ eine Zunahme von Suszeptibilitäten erkannte. Eine Diskrepanz ist diesbezüglich nicht

ersichtlich, was die Beschwerdeführerin zu übersehen scheint. Auch der von der Suva konsiliarisch befragte Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt FMH für Radiologie (Schwerpunkt diagnostische Neuroradiologie), hielt in seiner Beurteilung vom 24. September 2015 fest, dass ein allfälliger Nachweis grössenprogredienter oder neu aufgetretener Microbleeds in einer Verlaufsbildgebung ein Hinweis für eine familiäre Kavernomatose und gegen posttraumatische Microbleeds wäre. Dr. med. H. _____, Facharzt FMH für Neuroradiologie, führte in seiner Beurteilung zum MRI-Befund vom 22. September 2015 aus, aufgrund des Status nach Schädelhirntrauma könnten traumatisch bedingte Mikrohämorrhagien in Betracht gezogen werden. Ohne diese Traumaanamnese sei aufgrund der vorwiegend kortikalen Lokalisationen der Mikrohämorrhagien in praktisch allen Hirnlappen auch eine Amyloidangiopathie in Betracht zu ziehen (was aber aufgrund des Alters etwas untypisch sei). Dr. med. E. _____ konnte sich demnach auf verschiedene neuroradiologische Beurteilungen abstützen und diese in seine eigene Einschätzung einfließen lassen. Die Versicherte vermag im Übrigen nicht überzeugend darzulegen, weshalb dieser Arzt als Neurologe nicht über die erforderliche Fachkompetenz verfügen soll, um die bildgebenden Befunde richtig zu deuten und die Frage einer Unfallkausalität zu beantworten. Ausserdem fällt auf, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme zur vorgesehenen Begutachtung zwar auch eine psychiatrische, nicht aber eine neuroradiologische Abklärung verlangte. Desgleichen forderten sie auch im Rahmen ihrer Stellungnahme zu den gerichtlichen Rückfragen an die Gutachterstelle keine ergänzende gutachterliche Beurteilung in der Fachdisziplin Neuroradiologie.

E. 5.2.3

Wenn sich die Vorinstanz nach dem Gesagten nicht veranlasst sah, weitere Abklärungen in Form eines neuroradiologischen Gutachtens zu veranlassen, so ist darin keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) oder des Anspruchs auf rechtliches Gehör bzw. Beweisabnahme (Art. 29 Abs. 2 BV) zu erblicken (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b S. 94).

E. 5.3

Anders als die Beschwerdeführerin glauben machen will, verneinte Dr. med. E. _____ eine Unfallkausalität sodann nicht allein mit der Zunahme von Suszeptibilitäten. Vielmehr begründete er seine Schlussfolgerungen eingehend und nachvollziehbar auch unter Bezugnahme auf den Unfallhergang (fehlender Kopfanprall; geringe Geschwindigkeitsänderung) und den dokumentierten Verlauf der Beschwerden (vgl. E. 4 hiavor). So führte er im Gutachten vom 14. Juni 2017 aus, dass der gezeigte Verlauf nicht möglich gewesen wäre, wenn die im MRI gesichteten Signalauffälligkeiten wirklich durch eine Hirnverletzung im Rahmen des Unfalls entstanden wären. Solche Verletzungen würden quasi immer zu einem Syndrom mit schwerwiegenden kognitiven Einschränkungen, teils andauerndem Koma, Verhaltensauffälligkeiten mit deliranten Phänomenen führen, was meist ohne Diskussion zu einem Spitalaufenthalt mit intensivmedizinischer Betreuung führe. Dies sei hier nachgewiesenermassen nicht der Fall gewesen. Auch fehle der typische zeitliche Verlauf einer Hirnverletzung mit zeitnah zum Ereignis schweren Defiziten und oft neuropsychiatrischen Auffälligkeiten in der Akutphase mit Erholung derselben bis zu einem allfälligen Plateau in den darauf folgenden Monaten.

E. 5.4

Im Weiteren setzte sich Dr. med. E. _____ einlässlich mit den vorhandenen medizinischen Berichten auseinander. In Bezug auf den Bericht des Dr. med. I. _____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 25. Juli 2014 hielt der neurologische Gutachter fest, dort werde ausser Acht gelassen, dass keine Elemente in der zeitechten Dokumentation für die Annahme einer traumatischen Hirnverletzung sprächen (kein Kopfanprall, keine Bewusstseinsstörung, keine Amnesie, keine Symptome eines postcommotionellen Syndroms). Es müsse davon ausgegangen werden, dass Dr. med. I. _____ die initiale Dokumentation nach dem Unfall nicht zur Verfügung gestanden habe. Dr. med. E. _____ betonte zudem, dass die von Dr. med. I. _____ gestellte Diagnose eines leichten, aber relevanten Schädelhirntraumas nicht mit den im MRI gesichteten Mikrohämorrhagien vereinbar und die Diagnose nicht zulässig sei, da man in diesem Fall von einer schweren traumatischen Hirnverletzung sprechen müsste. Hinsichtlich der neuroradiologischen Beurteilung des Dr. med. H. _____ vom 22. September 2015 hielt Dr. med. E. _____ fest, darin werde richtig darauf hingewiesen, dass das Befunden von MRI entscheidend von der klinischen Fragestellung abhängt. In diesem Fall sei in der Fragestellung eine schwere Hirnverletzung genannt worden, welche hier aber gerade nicht existiere. Die Diagnose einer schweren Hirnverletzung sei im Übrigen eine klinische Diagnose und das MRI könne bestenfalls bestätigend wirken.

E. 5.5

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erweisen sich die Gutachten der Klinik D. _____ auch hinsichtlich der Frage einer allfälligen Teilursächlichkeit als klar und schlüssig. So hielt Dr. med. E. _____ unmissverständlich fest, dass keine durch den Unfall bedingte Hirnverletzung angenommen werden könne. Der Unfall habe auch nicht einen vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert. Vielmehr seien die bildgebenden Befunde ausschliesslich auf eine vorbestehende Erkrankung zurückzuführen (vgl. Aktengutachten vom 3. August 2018, Fragen 2 und 3 S. 7 und 9). Damit verneinte er jegliche Teilkausalität zwischen dem Unfall und den in den MRI gesichteten Hirnläsionen. In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 30. Dezember 2013 geklagten Beschwerden wiesen die Gutachter der Klinik D. _____ ausserdem darauf hin, dass die Versicherte bereits in den Jahren 2007/2008 unter vergleichbaren Beschwerden gelitten habe. Wenngleich damals eine andere Belastung zugrunde gelegen habe, dürfte es sich um ein vergleichbares Muster handeln, wie die Versicherte auf Belastungen reagiere.

E. 5.6

Die Beweiskraft der Gutachten der Klinik D. _____ wird auch nicht durch das im vorinstanzlichen Verfahren eingereichte neurochirurgische Parteigutachten der Prof. Dr. med. J. _____, vom 25. September 2018 erschüttert, wie die Vorinstanz zutreffend ausführte. Die Gutachterin bejaht die Unfallkausalität im Wesentlichen damit, dass der erlittene Unfallmechanismus für das ohne Kopfanprall erlittene Trauma typisch sei. Sie setzt sich indessen nicht mit den diesbezüglichen anderslautenden Ausführungen des Dr. med. E. _____ auseinander. Dieser wies darauf hin, dass beim Unfall vom 30. Dezember 2013 lediglich eine geringe Geschwindigkeitsänderung stattgefunden habe. Seine Überlegungen decken sich mit den unfallanalytischen Daten. Das kantonale Gericht hat entsprechend zu Recht festgehalten, dass Dr. med. E. _____ seine Schlussfolgerungen im Gegensatz zu Prof. Dr. med. J. _____ schlüssig und nachvollziehbar begründet habe. Letztere stellt im Weiteren eine Befundverschlechterung in den MRI-Aufnahmen zwischen 2014 und 2018 zwar in Frage. Sie weist dabei aber einzig darauf hin, dass bei einem

Vergleich von MRI-Aufnahmen immer auch das Gerät und die unterschiedlichen Aufnahmeparameter berücksichtigt werden müssten. Genau dies hat aber Dr. med. E._____ getan, wies er doch explizit darauf hin, dass die zu vergleichenden MRI-Bilder mit demselben Hirnscanner, mit der gleichen Feldstärke und mittels identischer Methodik aufgenommen worden seien (vgl. E. 5.2.2). Insgesamt ergeben sich aus dem Parteigutachten der Prof. Dr. med. J._____ keine Aspekte, die gegen die Zuverlässigkeit des Administrativgutachtens sprechen würden (vgl. E. 2.2 hiervor).

E. 5.7

Schliesslich hat das kantonale Gericht überzeugend begründet, weshalb auch das Kurzgutachten des Hausarztes vom 11. November 2018 nicht geeignet ist, die umfassende und ausführliche Expertise der Klinik D._____ ernsthaft in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 7.3 des angefochtenen Entscheids). Es hielt unter anderem zu Recht fest, dass das Kurzgutachten inhaltlich nicht zu überzeugen vermag, zumal die MRI-Aufnahmen vom Juli 2017 offenbar nicht berücksichtigt wurden. Ausserdem ist die Kritik des Hausarztes, das Gutachten der Klinik D._____ sei formal ungenügend, mit Blick auf die umfangreichen Abklärungen und die schlüssigen Ausführungen nicht nachvollziehbar.

E. 5.8

Zusammenfassend ist die Vorinstanz zu Recht zum Schluss gelangt, dass das Gutachten der Klinik D._____ vom 14. Juni 2017 und die ergänzende Stellungnahme vom 3. August 2018 die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine beweistaugliche medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllen. Es bestehen keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen würden. Mit ihren Vorbringen vermag die Beschwerdeführerin die vorinstanzliche Beweiswürdigung nicht als bundesrechtswidrig auszuweisen. Demnach steht fest, dass die in den MRI gesichteten Hirnläsionen nicht auf das Unfallereignis vom 30. Dezember 2013 zurückzuführen sind.

E. 6

Gegen die vorinstanzliche Verneinung der Unfalladäquanz in Bezug auf die über den 31. Oktober 2017 hinaus geklagten organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden erhebt die Versicherte zu Recht keine Einwände. Es scheint zwar zumindest fraglich, ob das Ereignis vom 30. Dezember 2013 (Tramauffahrunfall mit einer Geschwindigkeitsänderung von unterhalb oder knapp innerhalb des Bereiches von 10-15 km/h gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 15. Dezember 2014) lediglich als leichter Unfall einzustufen ist. Darüber muss hier aber nicht abschliessend befunden werden, da auch bei Annahme eines mittelschweren Unfalls an der Grenze zu den leichten Unfällen - wovon die Suva in ihrem Einspracheentscheid vom 17. November 2017 ausgegangen ist - kein anderes Ergebnis resultieren würde. Wie die Suva nämlich richtig ausführte, ist unter Ausklammerung der unfallfremden Beschwerden, so auch der Hirnläsionen, keines der massgeblichen Adäquanzkriterien erfüllt. Folglich hat es beim angefochtenen Entscheid sein Bewenden.

E. 7

Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 65 BGG). Die Gerichtskosten werden der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG).