

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/33 vom 24. Februar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_33

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/33 du 24 février 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/33 del 24 febbraio 2020

Regeste

Art. 43 Abs. 1 ATSG: Die Verneinung sämtlicher Unfallfolgen gestützt auf die rechtliche Adäquanz kann erst dann in Frage kommen, wenn das Vorliegen struktureller Unfallfolgen und deren Auswirkungen ausreichend abgeklärt worden ist. Die vorliegende medizinische Aktenlage erweist sich als zu ungenügend, um die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Leistungseinstellung beurteilen zu können. Der angefochtene Einspracheentscheid ist in Verletzung der Untersuchungspflicht ergangen, weshalb er als rechtswidrig aufzuheben und an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung der strukturellen objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2020, UV 2018/33).

Volltext

Entscheid vom 24. Februar 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2018/33 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andres Büsser, Marktgasse 20, 9000 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Lischer, Zemp & Partner, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei der Kantonalen Arbeitslosenkasse angemeldet und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert, als sie am 1. November 2015 als Insassin eines Autos einen Verkehrsunfall erlitt (Suva-act. 1 und 7). Am 2. November 2015 begab sich die Versicherte auf die Notfallstation der Klinik B.____ (vgl. Suva-act. 24 i.V.m. 27). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma wurde festgehalten, dass die Versicherte von sich aus über sofort nach dem Unfall aufgetretene Kopfschmerzen, Nackenschmerzen und Übelkeit berichtet habe. Auf Nachfrage habe sie auch Schwindel bejaht. Überdies seien zehn Stunden nach dem Unfall Schmerzen im Ohr aufgetreten und die Versicherte beklage eine Zittrigkeit beider Hände (Suva-act. 27 S. 2). Weiter wurde dokumentiert, dass die Versicherte nach eigener Aussage nach dem Unfallereignis unter einem psychischen Schock gestanden habe (Suva-act. 27 S. 1). Am 6. November 2015 stellte sich die Versicherte wegen einer ausgeprägten Gleichgewichtsstörung, eines Taubheitsgefühls in der rechten Gesichtshälfte und in den rechten Extremitäten, einer Schwäche im rechten Arm und Bein und Kopfschmerzen notfallmässig bei Dr. med. C.____, Neurologie FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, vor (Suva-act. 16). Dr. C.____ attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. z.B. Suva-act. 38). Im klinisch-neurologischen

Befund fielen Dr. C. ___ eine nach rechts positive Hallpike-Lagerungsprobe, Schwankungen im Romberg-Versuch und bei der Durchführung der erschwerten Gangproben eine Fallneigung nach rechts, eine Arm- und Beinparese rechts distal betont M4+, eine leichte Hemispastik rechts, eine Hemihypästhesie rechts, eine Druckdolenz im oberen HWS-Bereich paravertebral und eine erhebliche Nackenmuskulaturverspannung auf (Suva-act. 16 S. 1). Elektroneurographisch ergaben sich keine Hinweise auf eine periphere Nervenwurzelläsion als Ursache der Arm- und Beinparese (Suva-act. 15 und 16 S. 1). Eine SSEP (somatosensibel-evozierte Potentiale)-Untersuchung lieferte keine Anhaltspunkte für eine Läsion der spinalothalamischen Bahnen (Suva-act. 13 und 16 S. 1). In einer gleichentags im Röntgeninstitut D. ___ durchgeführten MRT-Untersuchung des Neurokraniums zeigten sich mit Ausnahme einer Fenestration in der Arteria basilaris, die der untersuchende Radiologe allerdings als Normvariante interpretierte, keine Auffälligkeiten (Suva-act. 18). Mit Schreiben vom 9. November 2015 teilte die Suva der Versicherten mit, dass sie für die Folgen des Unfalls Versicherungsleistungen (Heilbehandlungen und Taggelder) erbringen werde (Suva-act. 3). Am ___ November 2015 kam es zu einer Zunahme der Hypästhesie ab C3-Dermatom rechts und einer erheblichen Verschlimmerung der Nacken- und Hinterkopfschmerzen (Suva-act. 16 S. 2). In einer gleichentags im D. ___ durchgeführten kontrastmittelunterstützten MR-Angiographie der Halsarterien kam im Bereich der Konfluenz von den beiden Arteriae vertebrales zur Arteria basilaris eine unklare Strukturalteration mit fraglich auch intraartikulärer Zweiteilung zur Darstellung, sodass der untersuchende Radiologe nicht mit Sicherheit zwischen einer Normvariante des Konfluenz und einer anlässlich des Schleudertraumas aufgetretenen Dissektion lokal unterscheiden konnte, weshalb er bei entsprechender Klinik eine angiographische Weiterabklärung empfahl (Suva-act. 17). Noch am gleichen Tag wurde in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) ein Notfallkonsil durchgeführt, in dessen Rahmen die behandelnden Ärzte die Diagnose HWS-Beschleunigungstrauma stellten (Suva-act. 10 S. 1) und eine CT-Untersuchung des Neurokraniums sowie eine CT-Angiographie der hirnversorgenden Gefässe extra- und intrakraniell in die Wege leiteten (Suva-act. 31). Aufgrund der durchgeführten CT-Untersuchungen sowie der bisherigen radiologischen Untersuchungen gingen die behandelnden Ärzte des KSSG von einer Fenestrierung der proximalen Arteria basilaris im Sinne einer Anlagevariante aus, während sie keine Hinweise auf eine Gefässdissektion oder eine intrakranielle Blutung erkannten (Suva-act. 10 S. 1 und 4). Da bei den kernspintomographischen Aufnahmen bisher keine blutungssensitiven Sequenzen verwendet worden waren, meldeten die Ärzte die Versicherte jedoch zum sicheren Ausschluss einer strukturellen Ursache der Symptomatik ergänzend für eine zerebrale MRT-Untersuchung an (Suva-act. 10 S. 4). Die unter Einsatz blutungssensitiver Sequenzen durchgeführte MRT-Untersuchung des Neurokraniums vom 20. November 2015 brachte eine fraglich kleine punktförmige Hämosiderinablagerung im Putamen links zur Darstellung. Als Differentialdiagnose nannten die untersuchenden Radiologen eine Verkalkung (Suva-act. 32). Hinsichtlich dieses MRT-Befundes hielt Dr. C. ___ in einem Bericht vom 30. November 2015 fest, dass es sich am ehesten um Einblutungen im Rahmen des Schädel-Hirn-Traumas handle, da sich bei der Schädel-CT-Untersuchung keine Hinweise auf Verkalkungen im Hirnstammbereich beidseits ergeben hätten (Suva-act. 16 S. 2). Demzufolge nannte er als Diagnosen ein Schädel-Hirn-Trauma mit petechialen Einblutungen im Putamengebiet links und HWS-Beschleunigungstrauma vom 1. November 2015 mit posttraumatischem Hemisyndrom rechts, posttraumatischer Zervikobrachialgie

rechtsbetont, posttraumatischem Lagerungsschwindel vom rechten posterioren Bogengang ausgehend, posttraumatischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, posttraumatischer Migräne-Exazerbation und posttraumatischem asthenischem Syndrom sowie eine unklare Strukturalteration im Bereich der Konfluenz von den beiden Arteria vertebralis zur Arteria basilaris mit intraartikulärer Zweiteilung am ehesten als Normvariante (Suva-act. 16 S. 1). Eine MRT-Verlaufsuntersuchung vom 10. Dezember 2015 zeigte einen unverändert umschriebenen kleinen Signalabfall im Globus pallidus links ohne Nachweis einer frischen Blutung (Suva-act. 28). Am 17. Februar 2016 berichtete Dr. C.____, dass die Versicherte weiterhin unter erheblichen Nackenschmerzen rechtsbetont, einer Schwäche im rechten Arm und einer Gleichgewichtsstörung leide. Im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung habe sich bisher lediglich eine leichte Reduktion der Nackenverspannung ergeben. Problematisch seien die Spannungskopfschmerzen und häufigen Migräneattacken, wobei nun die Medikation angepasst werde. Weiterhin bestehe auch eine erhebliche Antriebsminderung und eine gedrückte Stimmungslage, die im Rahmen des posttraumatischen asthenischen Syndroms aufgetreten sei. Erfreulicherweise habe sich im Verlauf eine weitere Reduktion der Ataxie eingestellt (Suva-act. 41). In einer Stellungnahme vom 1. März 2016 äusserte Kreisärztin med. pract. E.____, Fachärztin für Chirurgie, Zweifel daran, ob von einem Schädel-Hirn-Trauma mit Mikroblutung auszugehen sei, und empfahl diesbezüglich eine weitere Abklärung (Suva-act. 42). Eine biomechanische Kurzbeurteilung des Unfallereignisses durch die Z.____ vom 9. März 2016 ergab, dass die Heckkollision dazu geführt habe, dass das Fahrzeug, in welchem sich die Versicherte befunden habe, eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung erfahren habe, die unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h gelegen haben dürfte (Suva-act. 51 S. 4). Weiter wurde in der Kurzbeurteilung festgehalten, dass es aus biomechanischer Sicht aufgrund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen schwierig zu entscheiden sei, ob die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung erklärbar seien. Eine technische Unfallanalyse könnte die Grundlage für eine biomechanische Beurteilung verbessern (Suva-act. 51 S. 6). Am 13. April 2016 fand ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Y.____ statt. Im Assessmentbericht vom 21. April 2016 wurde als Diagnose eine HWS-Distorsion QTF Grad II genannt. Als aktuelle Probleme wurden eine erhebliche Symptomausweitung, bewegungs- und belastungsabhängige verstärkte Dauerschmerzen in der rechten Nackenpartie mit Schmerzausstrahlungen bis in den proximalen Vorderarm rechts mit teilweisem Taubheitsgefühl im Bereich des Hypothenars und Kleinfingers rechts, bewegungs- und belastungsabhängige Kreuzschmerzen mit leichtem Taubheitsgefühl im rechten Bein, intermittierende, teilweise auch in Abhängigkeit zu den Nackenschmerzen sich manifestierende, vom Hinterhaupt ausgehende und bis in beide Augenpartien sich ausbreitende Kopfschmerzen, teilweise begleitet durch Nausea ohne Erbrechen, ein dauerhafter Tinnitus rechts, ein intermittierendes Trümelgefühl mit Schwarzwerden vor den Augen beim sich Bücken, bei raschen Kopfdrehbewegungen oder bei raschem Aufstehen, ein wechselnd ausgeprägtes Zittern der rechten Hand, eine vermehrte Vergesslichkeit und teilweise beschwerdebedingte Ein- und Durchschlafstörungen angegeben (Suva-act. 62 S. 1 f.). Weiter wurde festgehalten, dass bei der Versicherten für aktive Bewegungs- und Trainingsübungen nur ein sehr mässiger Zugang bestehe. Die Versicherte habe sowohl in den Hebe- und Tragetests als auch in den probeweise instruierten Übungen nur eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt, wobei die minimale

Performance erreicht worden sei. In Anbetracht deutlicher Anzeichen einer allgemeinen Dekonditionierung werde ein aktiveres Vorgehen empfohlen mit aktiver Physiotherapie. Die Versicherte habe sich derzeit noch keine konkreten Gedanken über die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit gemacht, würde aber eine Wiederaufnahme in der bisherigen, körperlich nicht sehr belastenden Tätigkeit zumindest in einem Teilzeitpensum befürworten. Aus medizinisch-rehabilitativer Sicht würde diesem Ansinnen nichts im Wege stehen (Suva-act. 62). In einer Stellungnahme vom 28. April 2016 hielt med. pract. E.____ fest, dass die Arbeitsunfähigkeit anhand der objektivierbaren Befunde sicher nicht mehr ausgewiesen sei. Sofern auch die neurologische Beurteilung keine unfallbedingten strukturellen Läsionen ergebe, sei die Fallterminierung empfohlen (Suva-act. 63). Mit Schreiben vom 2. Mai 2016 informierte die Suva die Versicherte darüber, dass die Taggelderleistungen ab dem 4. Mai 2016 eingestellt würden, da von einer zumutbaren 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Suva-act. 64). Nach einem Einwand der durch Rechtsanwalt Dr. iur. A Büsser, St. Gallen, vertretenen Versicherten (Suva-act. 69) teilte die Suva dieser am 27. Mai 2016 mit, dass sie bei ihren Spezialisten eine neurologische Beurteilung in Auftrag gegeben habe (Suva-act. 70) Am 14. Juni 2016 gab Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Suva, ein neuroradiologisches Konsil bei Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Radiologie FMH, speziell Neuroradiologie, in Auftrag (Suva-act. 72). In seiner Beurteilung vom 21. Juni 2016 hielt Prof. G.____ fest, dass in allen vorliegenden Untersuchungen (MRT Neurokranium vom 6. November 2015, MRT der HWS und MR-Angiographie vom __ November 2015, CT Schädel und HWS vom __ November 2015, MRT Neurokranium vom 20. November 2015 und MRT Neurokranium vom 10. Dezember 2015) konsistent ein millimetergrosser Suszeptibilitätsartefakt im Pallidum links nachweisbar sei. Dieser sei aufgrund der Lokalisation atypisch für eine posttraumatische Läsion. Ausserdem stehe die Läsion co-lokalisiert mit einem Gefäss und entspreche wahrscheinlich einer dysmorphen Verkalkung. Eindeutig posttraumatische Veränderungen seien nicht nachweisbar (Suva-act. 76). In einem Bericht zu einer MRT-Verlaufsuntersuchung des Neurokraniums nativ vom 29. Juni 2016 hielten die untersuchenden Radiologen fest, dass die in der MRT vom 20. November 2015 beschriebene Hämosiderinablagerung im Putamen links nicht abgrenzbar sei (Suva-act. 85). Gestützt auf das neuroradiologische Konsil von Prof. G.____ kam Dr. F.____ in seiner neurologischen Beurteilung vom 5. Juli 2016 zum Schluss, dass bilddiagnostisch keine posttraumatischen Veränderungen am Hirngewebe nachweisbar seien. Zusammenfassend sei daher festzustellen, dass sich die Versicherte durch den Unfall vom 1. November 2015 überwiegend wahrscheinlich eine Distorsion der HWS Grad I gemäss der QTF-Klassifikation zugezogen habe. Die leichte Distorsion dürfte zwischenzeitlich abgeheilt sein. Die zuletzt dokumentierten Beschwerden könnten nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Eine unfallbedingte Verletzung der hirnzuführenden Gefässe habe die Versicherte durch den Unfall nicht erlitten (Suva-act. 78, v.a. S. 4 ff.). Mit Verfügung vom 7. Juli 2016 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 11. Juli 2016 ein, da die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und die Adäquanz nach Prüfung der massgebenden Kriterien zu verneinen sei (Suva-act. 79). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 8. August 2016 Einsprache, mit welcher sie zur Hauptsache geltend machte, sie sei bisher weder unabhängig noch vollständig medizinisch abgeklärt worden (Suva-act. 83). Ab dem 23. September 2016 begab sich die Versicherte in

psychotherapeutische Behandlung zu H.____, Psychotherapeut, und in psychiatrische Behandlung zu Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Suva-act. 89). In einem Bericht vom 15. November 2016 führten Dr. I.____ und Psychotherapeut H.____ aus, dass die Versicherte an starken Kopfschmerzen leide, gegen die kein Schmerzmittel wirke, und über lauten, metallischen, beidseitigen Tinnitus mit Schlafstörungen klage. Auch habe sich bei der Versicherten eine vor dem Unfall nie gekannte Kraftlosigkeit ausgebreitet und die frühere Lebensfreude sei verschwunden. Die Versicherte werde tagelang von Trauergefühlen begleitet, was auf eine mittelschwere depressive Störung als direkte Folge des Unfalls mit Schleudertrauma hinweise. Dies sei eine somatopsychische Komponente des Dauerschmerzes. Die somatopsychischen, langanhaltenden seelischen Beschwerden seien typisch für die Art des von der Versicherten erlittenen Beschleunigungstraumas der HWS und der Schädelbasis. Die chronisch posttraumatischen Kopfschmerzen würden ständig dem Gehirn gemeldet, was reflektorisch zu Minderdurchblutungen in gewissen Gehirnregionen führen könne. Gefässverletzungen könnten vorkommen und würden meist erst später entdeckt. Dies führe bei der Versicherten vermutlich zu einem neuropathischen Schmerz. Eine Rückkehr in den Arbeitsprozess sei erst nach erfolgreicher Schmerztherapie möglich (Suva-act. 89; vgl. ferner Suva-act. 101). In ihrem Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2016 wies die Suva die Einsprache vom 8. August 2016 ab und bestätigte ihre Leistungseinstellung per 11. Juli 2016 (Suva-act. 90). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die anwaltlich vertretene Versicherte beim Versicherungsgericht am 26. Januar 2017 Beschwerde und beantragte insbesondere die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens zur Beurteilung der Kausalitätsfrage (Suva-act. 92). Mit Eingabe vom 28. Februar 2017 teilte die Suva dem Versicherungsgericht mit, dass sie ihren Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2016 aufhebe und die Sache zwecks weiterer medizinischer Abklärungen ins Verwaltungsverfahren zurücknehme (Suva-act. 94). Mit Schreiben vom 8. März 2017 kündigte die Suva dem Rechtsvertreter der Versicherten an, dass sie ein Gutachten in Auftrag geben werde und ihn noch zwecks Zusatzfragen kontaktieren werde (Suva-act. 100). Mit Entscheid vom 11. April 2017 schrieb das Versicherungsgericht das bei ihm anhängig gemachte Verfahren ab (Suva-act. 112). In der Folge holte die Suva entgegen ihrer Ankündigung kein Gutachten, jedoch Berichte bei der Hausärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Gesundheitszentrum K.____ (Suva-act. 118, 131 und 135), dem Psychotherapeuten H.____ (Suva-act. 118 S. 4) und Dr. C.____ (Suva-act. 121 und 118 S. 5) ein. Sodann gab die Suva eine kursorische Untersuchung in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG in Auftrag, die keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Ursache der angegebenen Schwindelbeschwerden ergab. Für den Fall von weiterhin anhaltenden, stark belastenden Tinnitusbeschwerden empfahlen die Ärzte eine Zuweisung an eine Tinnitusklinik (Suva-act. 126). In einer Stellungnahme vom 20. September 2017 hielt med. pract. E.____ fest, dass sich in den diversen Bildgebungen und klinischen Untersuchungen keine Hinweise auf unfallbedingte strukturelle Läsionen ergeben hätten. Es finde sich ein bunter Strauss an Symptomen. Im Vordergrund stünden psychische Beschwerden. Demnach sei davon auszugehen, dass durch die Fortsetzung der Therapien keine namhafte Verbesserung mehr zu erreichen sei. Folglich sei von einem Endzustand auszugehen, der unter grosszügiger Auslegung der Gesamtsituation per Sommer 2017, sprich 1.5 Jahre nach dem Trauma, anzunehmen sei (Suva-act. 136). Am 28. September 2017 verfügte die Suva die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 1. Oktober 2017, da die geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar

seien und die Adäquanz nach der Prüfung der massgebenden Kriterien zu verneinen sei (Suva-act. 137). Gegen diese Verfügung erhob die anwaltlich vertretene Versicherte am 3. Oktober 2017 Einsprache (Suva-act. 141; für weitere im Einspracheverfahren eingereichte Arztzeugnisse vgl. ebenfalls Suva-act. 141). In einer ärztlichen Aktenbeurteilung vom 28. Oktober 2017 kam med. pract. E.____ zum Schluss, dass an ihrer früheren Beurteilung festzuhalten sei. Es sei von einem Endzustand auszugehen, da durch die weitere Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erzielen sei (Suva-act. 147). Mit Einspracheentscheid vom 3. April 2018 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen den Einspracheentscheid die aufschiebende Wirkung (Suva-act. 160). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Büsser, am 7. Mai 2018 Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte, der Einspracheentscheid vom 3. April 2018 sei aufzuheben, es sei ein unabhängiges polydisziplinäres Gutachten zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs und ihrer medizinisch-funktionalen Leistungsfähigkeit einzuholen und ihr seien die gesetzlichen Leistungen (Taggeld, Rente, Integritätsentschädigung, Heilbehandlung) jeweils ab dem gesetzlichen Zeitpunkt im gesetzmässigen Umfang zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Weiter beantragte die Beschwerdeführerin, dass der Beschwerde die aufschiebende Wirkung beizugeben sei. Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die eingestellten Taggeldleistungen sofort seit dem Einstellungsdatum vom 1. Oktober 2017 wieder und weiterhin zu erbringen (act. G 1 S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Juni 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde inklusive Abweisung des Antrags auf Erteilung der aufschiebenden Wirkung (act. G 5). Mit Entscheid vom 17. September 2018 wies das Versicherungsgericht das Gesuch der Beschwerdeführerin um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab (act. G 7). Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 8). Mit Eingabe vom 6. Januar 2020 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht zu einer MRT-Verlaufsuntersuchung vom 14. November 2019 ein (act. G 9 i.V.m. 9.2), in welchem die untersuchenden Radiologen stationäre Suszeptibilitätsartefakte im Globus pallidus beidseits sowie punktförmige Suszeptibilitätsartefakte im Hippocampus rechts mehr als links, am ehesten Verkalkungen entsprechend (differentialdiagnostisch alt posthämorrhagisch), sowie eine stationäre Fenestration der Arteria basilaris als Normvariante, im Übrigen weiterhin ein altersentsprechend normales Kernspintomogramm beschrieben hatten (act. G 9.2). Weiter legte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. C.____ vom 9. Dezember 2019 ins Recht, in welchem dieser nach Kenntnis der erneuten MRT-Untersuchung weiterhin die Ansicht vertreten hatte, dass von petechialen Einblutungen beim Unfall vom 1. November 2015 auszugehen sei (act. G 9.1). Erwägungen Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend steht ein Unfall vom 1. November 2015 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 1. November 2015 erbrachten Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht per 1. Oktober 2017 eingestellt und den Anspruch auf weitere Leistungen der

Unfallversicherung verneint hat (vgl. Suva-act. 137 und 160). Die Beschwerdegegnerin hat die Leistungseinstellung im Wesentlichen damit begründet, dass die noch beklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien, weshalb zu prüfen sei, ob sie in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stünden, was sie schliesslich verneint hat (Suva-act. 137 i.V.m. 160). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 117 V 376 E. 3a mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 112 V 32 f. E. 1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine selbständige Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b und 118 V 291 f. E. 3a mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, wobei die Rechtsprechung für Fälle mit einem erlittenen Schleudertrauma, Schädel-Hirn-Trauma oder einer äquivalenten Verletzung eigene Beurteilungskriterien herausgebildet hat (BGE 127 V 103 E. 5b/bb; zur Schleudertraumapraxis vgl. BGE 117 V 359 und 134 V 109; zur Psychopraxis vgl. BGE 115 V 140). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt sie erst dann wieder, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des

Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2002, U 14/2000, E. 3c mit Hinweis). Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität der Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2 mit Hinweis; zum Ganzen Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Zunächst ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das Vorliegen organisch struktureller Unfallfolgen zu Recht verneint hat. Die Beschwerdeführerin geht von organischen Unfallfolgen aus, wobei sie sich insbesondere auf die Feststellungen von Dr. C. ___ beruft, wonach eine MRT-Untersuchung mit einer Hämosiderin-empfindlichen Sequenz punktförmige Hämosiderin-Ablagerungen im Putamen links gezeigt habe und es sich dabei am ehesten um Einblutungen im Rahmen des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas handle (act. G 1 S. 7). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen unfallkausalen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG [Elektroenzephalogramm]) bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen; vgl. ferner BGE 134 V 121 f. E. 9). Bei der Beschwerdeführerin sind mehrere bildgebende Abklärungen erfolgt. In der unter Einsatz blutungssensitiver Sequenzen durchgeführten MRT-Untersuchung des Neurokraniums nativ vom 20. November 2015 haben die untersuchenden Radiologen eine fraglich kleine punktförmige Hämosiderinablagerung im Putamen links entdeckt, wobei sie differentialdiagnostisch eine

Verkalkung in Erwägung gezogen haben. Ansonsten haben sie keine auffälligen Befunde festgestellt (Suva-act. 32). Eine MRT-Verlaufskontrolle des Neurokraniums vom 10. Dezember 2015 hat erneut einen kleinen Signalabfall im Globus pallidus links gezeigt (Suva-act. 28). Prof. G. ___ hat in seinem neuroradiologischen Konsil vom 21. Juni 2016 ebenfalls bestätigt, dass sowohl in der MRT-Untersuchung des Neurokraniums vom 20. November 2015 als auch in derjenigen vom 10. Dezember 2015 eine kleine punktförmige Läsion mit Suszeptibilitätsartefakten im Pallidum links nachweisbar gewesen sei. Überdies hat er festgehalten, dass bereits auf den Bildern der ersten nach dem Unfall durchgeführten MRT-Untersuchung des Neurokraniums vom 6. November 2015 ein millimeter-grosses Suszeptibilitätsartefakt im Pallidum links sichtbar gewesen sei und dass auch das CT des Schädels vom ___ November 2015 eine sehr diskrete Läsion nativ im Bereich des Pallidums links korrelierend zum beschriebenen Befund in den MRT's sichtbar gemacht habe (Suva-act. 76 S. 1). Warum die Unregelmässigkeiten im Pallidum links in den Berichten zur MRT-Untersuchung vom 6. November 2015 und CT-Untersuchung vom ___ November 2015 keine Erwähnung gefunden haben, ist unklar (vgl. Suva-act. 18 und 31). Jedenfalls hat Prof. G. ___ in sämtlichen posttraumatisch angefertigten MRT-Bildern einen Suszeptibilitätsartefakt im Pallidum links erkannt und auch die untersuchenden Radiologen haben zumindest in den MRT-Untersuchungen vom 20. November und 10. Dezember 2015 eine solche Signalalteration entdeckt (Suva-act. 28 und 32). Zudem hat auch die MRT-Verlaufsuntersuchung vom 14. November 2019 punktförmige Suszeptibilitätsartefakte im Putamen gezeigt (act. G 9.2). Zusammenfassend besteht bei der Beschwerdeführerin demnach zweifellos eine strukturelle, bildgebend objektivierbare Unregelmässigkeit im Putamen links. Weiter ist nun aber zu prüfen, ob die radiologisch objektivierbare Unregelmässigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen ist. Während der behandelnde Neurologe Dr. C. ___ von unfallkausalen Einblutungen ausgeht (vgl. Suva-act. 16 S. 2; act. G 9.1), nimmt der versicherungsinterne Neurologe Dr. F. ___ aufgrund einer in Auftrag gegebenen Einschätzung beim Neuroradiologen Prof. G. ___ unfallfremde Kalkablagerungen an (Suva-act. 76 i.V.m. 78 S. 4 ff.). An sich erscheint die Einschätzung von Dr. G. ___, wonach die Lokalisation der Artefakte für eine unfallkausale Läsion atypisch sei und die Co-Lokalisierung mit einem Gefäss für eine Kalkablagerung spreche (vgl. Suva-act. 76), schlüssig, zumal sie im Ergebnis auch von Dr. F. ___ (vgl. Suva-act. 78 S. 4 ff.), med. pract. E. ___ (vgl. Suva-act. 42) sowie den Radiologen der MRT-Untersuchung vom 14. November 2019 (vgl. act. G 9.2) geteilt wird. Allerdings hat sich Prof. G. ___ nicht zur entgegengesetzten Meinung von Dr. C. ___ geäussert (vgl. Suva-act. 76), wonach im durchgeführten CT keine Kalkablagerungen sichtbar gewesen seien, weshalb am ehesten von petechialen Einblutungen im Rahmen des Unfalls auszugehen sei (vgl. Suva-act. 16 S. 2). Um die Schlüssigkeit einer ärztlichen Einschätzung beurteilen zu können, ist es bedeutsam, dass ein Arzt sich zu den abweichenden Auffassungen äussert. Dies gilt vorliegend umso mehr, als dass keiner der Ärzte mit Gewissheit sagen kann, ob es sich bei den in den MRT-Untersuchungen sichtbaren Auffälligkeiten um Verkalkungen oder posttraumatische Veränderungen handelt. Ausserdem ist die Begründung von Dr. C. ___, wonach keine anderweitigen sichtbaren Kalkablagerungen vorlägen, was für unfallkausale Folgen im Putamen links spreche (Suva-act. 16 S. 2), ebenfalls gewissermassen einleuchtend. Dazu kommt, dass auch die untersuchenden Radiologen im Bericht zur MRT-Untersuchung vom 20. November 2015 in erster Linie von Hämosiderinablagerungen ausgegangen sind, während sie Kalkablagerungen lediglich als Differentialdiagnose aufgeführt haben (Suva-act. 32).

Insofern ist es für die Beurteilung der strukturellen Unfallfolgen wichtig zu wissen, ob Prof. G. ___ das Fehlen von anderweitigen Verkalkungen bestätigen kann und inwiefern mangelnde weitere Verkalkungen seiner Meinung nach für oder gegen die Unfallkausalität der im Putamen links sichtbaren Auffälligkeiten sprechen. Hierbei kann möglicherweise auch die erst nach Verfügungserlass durchgeführte MRT-Untersuchung vom 14. November 2019 weitere Erkenntnisse bringen, da diese anscheinend auch im Hippocampus Unregelmässigkeiten zur Darstellung gebracht hat (vgl. act. G 9.2). Dieser MRT-Untersuchungsbericht sollte Prof. G. ___ demnach vorgelegt werden. Im Übrigen hat Prof. G. ___ bei seiner Beurteilung auch noch keine Kenntnis des Untersuchungsberichts zur MRT vom 29. Juni 2016 gehabt (Suva-act. 85 S. 4). Vermutungsweise haben ihm auch die Berichte von Dr. C. ___ nicht vorgelegen. Insofern hat Prof. G. ___ seine Beurteilung nicht auf eine vollständige Aktenlage stützen können. Bevor posttraumatische Unfallrestfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können, drängt sich nach dem Gesagten eine Nachfrage bei Prof. G. ___ auf. Bei dieser Gelegenheit soll Prof. G. ___ auch noch danach gefragt werden, ob er die häufig geäusserte ärztliche Ansicht teilt, wonach es sich bei der in den bildgebenden Abklärungen sichtbaren Fenestrierung der proximalen Arteria basilaris um eine Anlagevariante/Normvariante handle (vgl. Suva-act. 18, 85 und 10 S. 1 und 4; act. G 9.2; zu diesbezüglichen Unklarheiten vgl. Suva-act. 17) sowie ob zwischen dieser Fenestrierung und den Artefakten im Putamen links ein Zusammenhang bestehen könnte. Schliesslich sollte Prof. G. ___ auch noch Auskunft darüber geben, welche gesundheitlichen Auswirkungen die sichtbaren Unregelmässigkeiten im Putamen bzw. eine Dissektion der Arteria basilaris im Falle einer unfallkausalen Genese überhaupt zeitigen könnten und inwiefern diese therapierbar wären. Die Kenntnis darüber ist insbesondere im Falle der Annahme einer unfallkausalen Läsion im Putamen links bzw. der Arteria basilaris sehr bedeutsam. Nach Eingang der Rückmeldung von Prof. G. ___ sollte Dr. C. ___ sodann die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt werden. Je nach Rückmeldung der Ärzte können sich weitere Abklärungen aufdrängen. Weiter ist bisher gänzlich ungeklärt geblieben, ob dem von der Beschwerdeführerin subjektiv beklagten Tinnitus objektivierbare Ursachen zu Grunde liegen. Zwar hat in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG am __ 2017 eine Untersuchung stattgefunden, in welcher die untersuchenden Ärzte keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Ursache der angegebenen Schwindelbeschwerden gefunden haben (vgl. Suva-act. 126). Bezüglich des Tinnitus haben die untersuchenden Ärzte in der Beurteilung jedoch lediglich festgehalten, dass mit der Beschwerdeführerin mögliche Coping-Strategien besprochen worden seien und dass bei persistierenden Tinnitusbeschwerden und starker psychischer Belastung eine Zuweisung an eine Tinnitusklinik erwogen werden könne (Suva-act. 126 S. 2, unten). Folglich geht aus dem Bericht nicht hervor, inwiefern dem Tinnitus organische Ursachen zu Grunde liegen könnten bzw. inwiefern er objektivierbar sein könnte. Eine diesbezügliche Nachfrage bei den Ärzten des KSSG oder eine anderweitige diesbezügliche Abklärung ist angezeigt. Sollte der Tinnitus auf einer objektivierbaren Ursache beruhen, stellt sich sodann natürlich auch die Frage nach der Unfallkausalität dieser Ursache und nach den dadurch bedingten Einschränkungen. Zusammenfassend erweist sich die vorliegende medizinische Aktenlage als ungenügend, um die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Leistungseinstellung beurteilen zu können. Die Verneinung sämtlicher Unfallfolgen gestützt auf die rechtliche Adäquanz kann erst dann in Frage kommen, wenn das Vorliegen struktureller Unfallfolgen und deren Auswirkungen ausreichend abgeklärt worden ist (vgl. E. 2.2). Eine Auseinandersetzung mit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen

Adäquanzprüfung ist somit aktuell nicht angezeigt. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nach dem Gesagten in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen, weshalb er als rechtswidrig aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen ist. Da von einer Rückfrage bei Prof. G.____ und anschliessend bei Dr. C.____ sowie einer Abklärung der Tinnitusbeschwerden wesentliche Erkenntnisse zur Frage der strukturellen Unfallfolgen zu erwarten sind, besteht vorerst keine Notwendigkeit, die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens anzuordnen bzw. ein solches gerichtlich einzuholen. Wie bereits erwähnt, könnten sich jedoch nach Einholung der genannten Auskünfte weitere Abklärungen zu den strukturellen oder allenfalls auch zu den somatisch nicht objektivierbaren Unfallfolgen aufdrängen (vgl. E. 3.4 f.). Schliesslich ist noch festzuhalten, dass auf den von der Beschwerdeführerin beantragten Beizug der Akten des vor dem Versicherungsgericht durchgeführten Verfahrens UV 2017/9 in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (zum Antrag vgl. act. G 1 S. 2). Denn die Vorakten der Suva enthalten bereits zahlreiche Aktenstücke des im versicherungsgerichtlichen Verfahren UV 2017/9 durchgeführten Schriftenwechsels in Kopie. Aufgrund dieser Aktenstücke ist anzunehmen, dass durch einen weiteren Aktenbeizug keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse für das vorliegende Verfahren gewonnen werden könnten, zumal das Versicherungsgericht das Verfahren UV 2017/9 mit Entscheid vom 11. April 2017 als gegenstandslos abgeschlossen hat (Suva-act. 112). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der in dem Einspracheentscheid angeordnete Entzug der aufschiebenden Wirkung auch dann weiterhin gilt, wenn ein erst- oder letztinstanzliches Gerichtsurteil den entsprechenden Einspracheentscheid aufhebt und die Sache zur neuen Entscheidung an die Verwaltung bzw. den Versicherungsträger zurückweist. Mithin entfaltet die Leistungseinstellung nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung auch während der Dauer der infolge der Rückweisung vorzunehmenden Überprüfung ihre Wirkung, obwohl formell keine leistungseinstellende Verfügung bzw. kein leistungseinstellender Einspracheentscheid mehr vorliegt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juli 2007, U 115/06, E. 6.2 ff. mit Hinweisen). Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 235 E. 6.2). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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