

SO_GERICHTE VSBES.2015.244 vom 24. August 2015

SO Obergericht, 2015-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.244

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.244 du 24 août 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.244 del 24 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Versicherte A.____, geb. 1973 (fortan: Beschwerdeführerin), war bei der Firma B.____ AG als Betriebsmitarbeiterin angestellt und auf Grund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva; fortan: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Suva-Akten [Suva-Nr.] 2). 1.2 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 3. Mai 2013 (Suva-Nr. 1) stürzte die Beschwerdeführerin am 25. April 2013 bei sich zu Hause auf der Treppe vor dem Haus, wobei sie sich Verletzungen (Verstauchung/Verdrehung, Prellung) am Ellenbogen rechts und am Gesicht rechts zuzog. Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung (Suva-Nrn. 2). 1.3 Nachdem ein Telefoninterview vom 28. Juni 2013 ergeben hatte, dass die Beschwerdeführerin wegen Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Hand weiterhin vollständig arbeitsunfähig war (Suva-Nr. 10), holte die Beschwerdegegnerin medizinische Berichte ein (Suva-Nr. 16 - 21) und führte am 20. August 2013 eine nochmalige telefonische Befragung durch (Suva-Nr. 23). Am 29. Oktober 2013 fand ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik C.____ statt (Suva-Nr. 43). Am 2. Dezember 2013 ging bei der Beschwerdegegnerin schliesslich das Arzzeugnis UVG des Hausarztes Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, datiert vom 29. April 2013, mit Ergänzung vom 29. November 2013 (Suva-Nr. 54) ein. Die Neurologisch-neurochirurgische Poliklinik des Spitals E.____ erstattete der Beschwerdegegnerin einen Bericht vom 14. Januar 2014 (Suva-Nr. 57) und einen Zusatzbericht (Suva-Nr. 62). 1.4 Die Beschwerdegegnerin legte das Dossier dem Kreisarzt Dr. med. F.____ vor. Dieser erklärte am 25. März 2014, es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht sei daher von einer weiteren Behandlung auch keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (Suva-Nr. 69).

E. 2

a) Es seien der Beschwerdeführerin auch über den 30. Juni 2014 hinaus die (vollen) Taggelder sowie die Kosten der Heilbehandlung zu bezahlen. b) Eventualiter: Es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10 % und einem unfallbedingten Integritätsschaden von mindestens 5 % zzgl. eines Verzugszinses von 5 % ab wann rechtens zu bezahlen.

E. 2.5

2.5.1 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b S. 360, mit Hinweisen). 2.5.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind

vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

2.5.3 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis).

2.5.4 Für den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet sowie in den Schlussfolgerungen des Experten begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3. 3.1 Die Beschwerdegegnerin hat im Einspracheentscheid ausgeführt, aus den ärztlichen Berichten ergebe sich, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat beruhten. Die durch Dr. med. I. ___ im HNO-Teilgutachten der Begutachtungsstelle G. ___ vom 28. Januar 2015 audiometrisch festgestellte Senke bei 6000 Hz sehe der Gutachter lediglich differentialdiagnostisch als

posttraumatisch im Rahmen einer Contusio cochleae. Damit sei ein Kausalzusammenhang zwischen dieser klinisch festgestellten Senke und dem Unfallereignis vom 25. April 2013 lediglich als möglich bzw. ein Zusammenhang der klinisch, mittels Reintonaudiogramm festgestellten Beschwerden mit der lediglich vermuteten Commotio cochleae nur als möglich erachtet. Die Tinnitus-Beschwerden entsprächen einem subjektiven Tinnitus, wofür kein organisches Substrat nachweisbar sei. Schliesslich seien auch das in den Akten festgehaltene zervikozepale Syndrom bzw. Zervikalgie und Zephalgie keine strukturellen Veränderungen. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geklagten, organisch nicht nachweisbaren Beschwerden sei zu verneinen.

3.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass der Tinnitus, die Schlaflosigkeit, die Nacken- und Kopfschmerzen sowie die Konzentrationsstörungen in keinem rechtsgenügenden Zusammenhang zum Unfallereignis vom 25. April 2013 stünden. Sie macht geltend, es bestünden organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen. Der HNO-Gutachter Dr. med. I. ___ von der Begutachtungsstelle G. ___ halte in seinem Gutachten vom 28. Januar 2015 in Bezug auf den Tinnitus und die Schlafstörungen fest, dass sich in dem am 21. Januar 2015 durchgeführten Audiogramm Senke beidseits bei 6000 Hz finden lasse. Diese sei im Voraudiogramm aus dem Jahr 2003 und im Hörtest aus dem Jahr 2013 noch nicht vorgefunden worden. Diesen Befund ordne der Gutachter dem Sturz mit Schädel-Kontusion vom 25. April 2013 zu, zumal die Hyperakusis sich in einer beidseits erniedrigten Unbehaglichkeitsschwelle zeige. Die Schlafstörungen bildeten Folgen des Tinnitus. Der Gutachter sehe die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung als erfüllt an und gehe von einem unfallbedingten Integritätsschaden von 10 % aus.

4. Den medizinischen Unterlagen lassen sich insbesondere die folgenden für die Beurteilung des strittigen Anspruchs relevanten Aussagen entnehmen:

4.1 Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. D. ___ führt im Arzteugnis UVG (datiert vom 29. April 2013, Suva-Nr. 54 S. 1) aus, die Beschwerdeführerin habe am 25. April 2013 einen Stolpersturz auf den rechten Ellenbogen erlitten und ihn gleichentags aufgesucht. Als objektiver Befund habe sich initial eine Schwellung (DD Gelenkserguss) am rechten Ellbogen gezeigt, regredient innert Wochenfrist. Diagnostiziert werden eine Ellbogenkontusion rechts und ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. In der Ergänzung vom 29. November 2013 (Suva-Nr. 54 S. 2) erklärt Dr. med. D. ___, die Beschwerdeführerin habe am Abend des 25. April 2013 einen Stolpersturz mit Aufprall auf den rechten Ellbogen erlitten. Bei der Erstkonsultation seien vor allem eine starke Schmerzreaktion auf die Palpation und eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung aufgefallen. Die initial vermutete Fraktur des Processus Coronoideus habe im CT nicht bestätigt werden können. Bei der Folgekonsultation habe die Beschwerdeführerin erstmals erwähnt, auch den Kopf angeschlagen zu haben. Objektiv seien keine Prellmarken oder Verletzungen sichtbar gewesen. Die Hauptbeschwerden hätten initial in einem Kopfgeräusch und einem Gefühl, wie «Luft im Hirn» zu haben, bestanden. Die Latenz zwischen Unfall und Auftreten der ersten unspezifischen Befindlichkeitsstörungen habe rund 24 Stunden betragen. Der weitere Verlauf sei gekennzeichnet gewesen durch Kopfschmerzen, Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schwächegefühl usw. Der Hauptgrund für diesen unerfreulichen Verlauf liege seines, D. ___s, Erachtens in der belastenden Arbeitsplatzsituation.

4.2 Eine CT des rechten Ellbogengelenks vom 2. Mai 2013 ergab keine Hinweise für eine Fraktur oder Fehlstellung im Ellbogen und distalen Humerus (Suva-Nr. 19).

4.3 Eine MRT und MRA (TOF) der Neurocraniums vom 3. Juni 2013 zeigte eine regelrechte Darstellung des Hirnparenchyms ohne Hinweise auf eine

stattgehabte intrazerebrale Blutung, kein umschriebenes Epi- oder Subduralhämatom, keinen Nachweis einer intrazerebralen Raumforderung, keinen Hinweis auf ein Aneurysma, das > 5 mm wäre sowie keine Zeichen einer akuten Sinusitis (Suva-Nr. 20).

4.4 Dr. med. J. ____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, diagnostiziert in seinem Bericht an Dr. med. D. ____, vom 18. Oktober 2013 (Suva-Nr. 37) einen teilweise kompensierten Tinnitus links sowie einen Status nach Tympanoplastik rechts. Das Reintonaudiogramm ergab normale Hörschwellen beidseits. In der Beurteilung hält Dr. med. J. ____ fest, es liege ein teilweise kompensierter Tinnitus links vor. Die Untersuchung ergebe keinen Hinweis auf eine ernsthafte Erkrankung des Hörsystems. In Bezug auf die Kopfschmerzen sei eventuell eine neurologische Beurteilung sinnvoll.

4.5 Im Bericht der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des E. ____ vom 14. Januar 2014 (Suva-Nr. 57) werden ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom und ein Status nach Sturz mit Ellbogen- und Kopfanprall am 25. April 2013 diagnostiziert. In der Beurteilung halten die Ärztinnen fest, bei unauffälliger MRI-Untersuchung des Neurocraniums mit TOF-MRA habe man aktuell kein organisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden. Die klinisch-neurologische Untersuchung sei nur eingeschränkt verwertbar. Anamnestisch hätten sich seitens einer HNO-ärztlichen Abklärung ebenso keine Auffälligkeiten ergeben.

4.6 Der Kreisarzt Dr. med. F. ____ äusserte am 25. März 2014 die Ansicht, es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht sei von einer weiteren Behandlung deshalb auch keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (Suva-Nr. 69).

4.7 Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule in zwei Ebenen und Dens vom 29. April 2014 (Suva-Nr. 77) ergeben keine Fraktur, keine Spondylolisthese, keine Verbreiterung des prävertebralen Weichteilschattens, eine leichte Osteochondrose im Segment HWK 4/5 und HWK 5/6 (mit kleinen dorsalen osteophytären Anbauten) sowie eine regelrechte Abbildung der Atlantoaxialgelenke.

4.8 In seiner Beurteilung vom 21. Oktober 2014 (Suva-Nr. 97) führt der Kreisarzt Dr. med. F. ____ nach einer Zusammenfassung der Aktenlage aus, es seien keine strukturell objektivierbaren Folgen nachgewiesen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25. April 2013 zurückzuführen seien. Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht sei somit von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten.

4.9 Das von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G. ____ vom 29. April 2015 (Suva-Nr. 102 S. 3 ff.) umfasste ein psychiatrisches, ein rheumatologisches und ein Hals-Nasen-Ohren-ärztliches Teilgutachten.

4.9.1 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte zum Ergebnis, es liege keine schwere psychiatrische Erkrankung vor. Erfüllt seien die diagnostischen Kriterien für psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54). Diese Diagnose führe zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Suva-Nr. 102 S. 42, 45).

4.9.2 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. L. ____, Facharzt FMH Rheumatologie, stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne solche Auswirkung diagnostizierte er eine chronische, diffuse und unspezifische Zervikalgie und Zephalgie. Die Ellbogenkontusion rechts vom 25. April 2013 bezeichnete er als folgenlos abgeheilt (Suva-Nr. 102 S. 24).

4.9.3 Der HNO-Teilgutachter Dr. med. I. ____ hielt fest, die Beschwerdeführerin berichte über einen seit dem Unfall bestehenden tieffrequenten Tinnitus, welchen sie im Kopf wahrnehme. Sie beschreibe ein Brummen, welches sie ständig höre (Suva-Nr. 102 S. 29 ff.). In der Nacht habe sie deshalb Ein- und Durchschlafprobleme. Zudem habe sie Schmerzen im Kopf-, Schulter- und

Nackenbereich, weiter leide sie an Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Für die Beschwerdeführerin stünden die Schmerzen sowie der Tinnitus im Vordergrund. Eine Hörminderung liege nicht vor, im Rahmen des Tinnitus bestehe jedoch eine gewisse Hyperakusis. Als objektiver Befund zeige sich im Tonaudiogramm links bis 4000 Hz eine Normalakusis, eine Senke von 25 dB bei 6000 Hz. Rechts pancochleär bestehe eine leichte Schalleitungskomponente von 5-15 dB. Die Hörschwelle liege zwischen 250 und 4000 Hz bei 5,20 dB. Senke von 45 dB bei 6000 Hz. Die Unbehaglichkeitsschwelle liege links bei durchschnittlich 70 dB, rechts zwischen 75 und 85 dB. Beidseits normales Tympanogramm. Der Tinnitus werde im Kopf wahrgenommen, er habe eine Frequenz von ca. 250 Hz, es sei leider nicht möglich, die Lautheit zu bestimmen. In der Beurteilung führt Dr. med. I.____ aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein posttraumatischer chronischer dekompenzierter Tinnitus mit Schlafstörungen sowie Konzentrationsproblemen. Die Beschwerdeführerin sei ein halbes Jahr nach dem Unfall HNO-ärztlich untersucht und beurteilt worden. Mittels Schädel-MRI habe eine retrocochleäre Störung ausgeschlossen werden können. Die durchgeführten insbesondere medikamentösen Therapien hätten leider zu keiner Verbesserung der Problematik geführt. Da vor ca. 15 Jahren eine Ohroperation durchgeführt worden sei, lägen Voraudiogramme vor. Wenn man das Audiogramm von 2003 mit dem Hörtest von Dr. med. J.____ von 2013 und dem aktuell durchgeführten Audiogramm vergleiche, falle neu eine Senke beidseits bei 6000 Hz auf. Dieser Befund sei typisch für eine chronische Lärmbelastung oder eine traumatische Innenohrschädigung (Contusio cochleae). Da bei der Beschwerdeführerin eine schädigende Lärmbelastung nicht zu eruieren sei, komme differenzialdiagnostisch der Sturz mit Schädel-Kontusion vom 25. April 2013 als Ursache dieses Befundes in erster Linie infrage (im Sinne einer Contusio cochleae). Die Hyperakusis zeige sich in einer beidseits erniedrigten Unbehaglichkeitsschwelle. Somit fänden sich Befunde, welche den geklagten Tinnitus als überwiegend wahrscheinlich posttraumatisch erklärten. Sicherlich sei der Verlauf mit Chronifizierung respektive Zunahme des Geräusches und schlussendlich Dekompensation der Situation nicht die Regel. Hier spielten weitere Faktoren im Sinne einer erheblichen Symptom-Ausweitung eine wesentliche Rolle. Die Prognose sei schwierig abzuschätzen, sie erscheine jedoch aufgrund des Verlaufs sowie früherer Beurteilungen eher ungünstig. Bei dekompenziertem Tinnitus sei primär eine psychologisch/psychiatrische Behandlung indiziert. Zu diagnostizieren sei ein posttraumatischer dekompenzierter Tinnitus mit Ein- und Durchschlafstörungen, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen sowie beidseits audiometrischem Nachweis einer Senke bei 6000 Hz, DD posttraumatisch im Rahmen einer Contusio cochleae. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, sei die Arbeit am bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr zumutbar, da dort ständig durch die Maschinen verursacht störende Nebengeräusche bestünden und der Arbeitsplatz somit für die Beschwerdeführerin zu laut und nicht mehr zumutbar sei. In einer dem HNO-Leiden angepassten Tätigkeit bestehe dagegen keine Einschränkung. Aufgrund des Tinnitus und der Hyperakusis sei ein Arbeitsplatz im Lärm resp. mit vielen Nebengeräuschen ungeeignet. Ein absolut stiller Arbeitsplatz sei ebenfalls nicht geeignet, da in Ruhe der Tinnitus vermehrt störe, ein leiser Pegel an Nebengeräuschen sei optimal. Gemäss Tabelle 13 Integritätsentschädigung der Suva liege bei der Beschwerdeführerin ein sehr schwerer Tinnitus vor, was einem Integritätsschaden von 10 % entspreche. 5. 5.1 Gestützt auf die vorstehend zitierten medizinischen Unterlagen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G.____, welches den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 2.5.4 hiervor) gerecht wird, lässt sich zunächst

festhalten, dass die beim Unfall vom 25. April 2013 erlittenen Verletzungen am rechten Ellenbogen respektive Arm folgenlos ausgeheilt und nicht geeignet sind, einen Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin für die Zeit nach dem 30. Juni 2014 zu begründen. Weiter besteht keine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Strittig und zu prüfen ist dagegen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen für den Tinnitus, die Kopfschmerzen und die damit zusammenhängenden Beschwerden hat.

5.2 Zur unfallversicherungsrechtlichen Behandlung eines Tinnitus, insbesondere zur Beurteilung der Kausalität, hat sich das Bundesgericht im Urteil BGE 138 V 248 unter ausführlicher Bezugnahme auf die medizinische Lehre eingehend geäußert. Es hielt fest, in der medizinischen Lehre werde als Tinnitus ein regelmässiges, mehr oder weniger dauernd vorhandenes, in einem Ohr oder beiden Ohren lokalisiertes diffus im Kopf empfundenes Geräusch definiert. Die Patienten verwendeten Bezeichnungen wie Pfeifen, Rauschen, Sausen, Läuten, Brummen usw. (BGE 138 V 248 E. 5.7.1 S. 253). Unterschieden werde zwischen objektivem und subjektivem Tinnitus. Der sog. objektive Tinnitus bezeichne ein Ohrgeräusch, welches aufgrund pathologisch-anatomischer Veränderungen entsteht und grundsätzlich auch für Aussenstehende - allenfalls mit technischen Hilfsmitteln - hörbar wird. Meist handle es sich um gefässreiche Missbildungen, Tumore oder um muskulär bedingte Schallgeräusche. Der subjektive, resp. besser «nicht objektive» Tinnitus werde einzig durch den Betroffenen gehört und stelle die weitaus häufigste Form dar (BGE 138 V 248 E. 5.7.2 S. 254). Der Schweregrad eines (subjektiven) Tinnitus werde nicht mittels objektiver Messungen, sondern ausschliesslich aufgrund der Angaben der betroffenen Person und deren subjektiv empfundenen Beeinträchtigung festgelegt. Das zeige nicht nur, dass keine Untersuchungsergebnisse gewonnen werden können, welche der allgemeinen Umschreibung der Objektivierbarkeit (vgl. E. II. 2.4 hiervor) genügen. Vielmehr erhelle auch, dass der nur so bestimmbare Schweregrad keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine organische Unfallfolge als Ursache des Tinnitus bieten kann (BGE 138 V 248 E. 5.9.2 S. 257). Zusammenfassend ergebe sich, dass keine medizinisch gesicherte Grundlage bestehe, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Auch lässt sich nicht vom Schweregrad eines Tinnitus auf eine organische Unfallfolge als Ursache schliessen. Das schliesst zwar nicht aus, dass ein Tinnitus in einer organischen Unfallfolge begründet sein kann. Es besteht aber keine Rechtfertigung, bei einem Tinnitus, welcher im Einzelfall nicht nachgewiesenermassen auf eine solche Unfallfolge zurückzuführen sei, auf das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung zu verzichten. Anders zu verfahren, würde kausalrechtlich einer sachlich und rechtlich nicht begründbaren Bevorteilung des Tinnitus gegenüber anderen organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerdebildern entsprechen (BGE 138 V 248 E. 5.10 S. 257 f.).

5.3 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, ist vorliegend von einem subjektiven Tinnitus im Sinne der vorstehenden Unterscheidung auszugehen. Es liegt kein Tinnitus vor, der grundsätzlich auch für Aussenstehende - allenfalls mit technischen Hilfsmitteln - hörbar wird. Vielmehr leitet der Gutachter Dr. med. I.____ den von ihm angenommenen Tinnitus und dessen Schwere aus den Angaben der Beschwerdeführerin ab. Diese beschreibe ein Brummen, das sie ständig höre. Der Gutachter hält ausdrücklich fest, es sei nicht möglich, die Lautheit des Ohrgeräuschs zu bestimmen (IV-Nr. 102 S. 30). Es ist somit von einem subjektiven Tinnitus auszugehen, welcher einer separaten Adäquanzprüfung unterliegt. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Gutachter Dr. med. I.____ gestützt auf das durch ihn vorgenommene Audiogramm und dessen Vergleich mit den früheren Tests aus den

Jahren 2003 und 2013 zum Ergebnis gelangt, die Beschwerdeführerin habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Innenohrschädigung (Contusio cochleae) erlitten. Ob ein Audiogramm, das definitionsgemäss ebenfalls nicht unabhängig von den Angaben der betroffenen Person erstellt werden kann, als objektive Methode anzusehen ist, kann offenbleiben, denn der entsprechende Nachweis bezieht sich nicht auf die Tinnitus-Symptomatik. Weder führt eine Contusio cochleae zwingend zu einem Tinnitus noch lässt sich dieser, wie es für einen objektiven Tinnitus vorausgesetzt wird, allenfalls mit technischen Hilfsmitteln auch für Dritte hörbar machen. Daher ist in Bezug auf die Tinnitus-Symptomatik eine separate Adäquanzprüfung vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_96/2015 vom 19. Mai 2015 E. 3.4, wo in einer gleichgelagerten Konstellation mit festgestellter Innenohrschädigung ebenfalls ein subjektiver Tinnitus angenommen und eine Adäquanzprüfung durchgeführt wurde). Die Kopf- und Nackenschmerzen und die übrigen beklagten Symptome lassen sich ebenfalls keinen bildgebend nachweisbaren Befunden zuordnen. Es handelt sich auch insoweit um organisch nicht (hinreichend) nachweisbare Beschwerdebilder, die einer separaten Adäquanzprüfung zu unterziehen sind.

5.4 Massgebender Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung ist der Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG. Die medizinischen Akten lassen den Schluss zu, dass dieser Zeitpunkt spätestens am 30. Juni 2014 erreicht war.

5.5 Zum Hergang des Unfalls vom 25. April 2013 wird in der Unfallmeldung vom 3. Mai 2013 (Suva-Nr. 1) ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei bei sich zu Hause auf der Treppe vor dem Haus gestürzt und habe sich am Ellbogen rechts sowie am Gesicht rechts verletzt (Verstauchung/Verdrehung, Prellung). In der Notiz über das Telefongespräch mit einer Person von der Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 23) wird festgehalten, die Beschwerdeführerin habe erklärt, sie habe am 25. April 2013 zur Arbeit gehen wollen und bemerkt, dass sie etwas vergessen habe. Sie sei deshalb zurückgeeilt. Im Treppenhaus habe sie das Gleichgewicht verloren und sei unverhofft die Treppe aufwärtsgehend nach vorne gestürzt. Dabei habe sie mit dem Kopf (Stirnoberkante), der rechten Hand und dem rechten Ellbogen auf der Treppe aufgeschlagen. Die bei der Adäquanzbeurteilung zu berücksichtigende Schwere des Unfalles ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 3.1). Nicht zu berücksichtigen sind beispielsweise die erlittenen Verletzungen. Das geschilderte Ereignis (Sturz auf der Treppe aufwärts mit Anschlagen von Stirn, Hand und Ellbogen) ist in diesem Zusammenhang den leichten Unfällen zuzuordnen, denn die damit einhergehenden Kräfte sind vergleichsweise gering. Dies führt zur Verneinung der Adäquanz.

5.6 Wenn man den Unfall vom 25. April 2013 stattdessen den mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten zuordnen wollte, wäre die Adäquanz zu bejahen, falls vier der relevanten Kriterien erfüllt sind. Dies trifft nicht zu, und zwar selbst dann, wenn die Prüfung nach der – tendenziell eher zu einer Bejahung führenden - Rechtsprechung zu den Folgen eines Schleudertraumas, eines Schädel-Hirntraumas oder eines adäquanzrechtlich gleichgestellten Verletzungsmechanismus (BGE 134 V 109) geprüft wird: Der Vorfall vom 25. April 2013 weist weder dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindrücklichkeit auf. Die erlittenen Verletzungen waren weder besonders schwer noch von besonderer Art (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.). Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich. Die Arbeitsunfähigkeit beschränkt sich auf die angestammte Tätigkeit, während eine angepasste Tätigkeit ohne Einschränkung zumutbar ist, so dass dieses Kriterium ebenfalls entfällt. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht

schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 8.5). Solche Gründe sind nicht ersichtlich. Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung kann beispielsweise dann vorliegen, wenn die versicherte Person sich mehrfach einem längeren stationären Aufenthalt unterziehen musste. Im Fall der Versicherten fand am 1. November 2013 ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik C.____ statt (Suva-Nr. 43). Zu einer stationären Behandlung kam es nicht. Das Kriterium ist nicht erfüllt. Damit kann offen bleiben, ob Dauerschmerzen im Sinne der Rechtsprechung gegeben sind, denn dieses Kriterium wäre jedenfalls nicht in besonderer Ausprägung erfüllt. Liegt somit höchstens eines der massgebenden Kriterien vor, und dies nicht in ausgeprägter Form, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 25. April 2013 und den über den 30. Juni 2014 hinaus andauernden Beschwerden zu verneinen. 5.7 Selbst wenn man die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 25. April 2013 und den organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren, über den 30. Juni 2014 hinaus fortbestehenden Beschwerden bejahen wollte, wäre ein Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen: Die Folgen eines Schädel-Hirntraumas sind nach der Rechtsprechung den psychosomatischen Beschwerdebildern zuzuordnen (BGE 136 V 279). Deren invalidisierende Wirkung beurteilt sich nach der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung. Eine Beurteilung anhand der dort statuierten Indikatoren führt zur Verneinung einer Invalidität: Eine relevante psychische oder somatische Komorbidität liegt nicht vor. Die Beschwerdeführerin befand sich während des relevanten Zeitraums in keiner psychiatrischen Behandlung. Die somatisch orientierten Behandlungen blieben ohne greifbaren Erfolg, waren aber auch nicht von hoher Intensität. Eingliederungsbemühungen sind für den relevanten Zeitraum (abgesehen von gescheiterten Arbeitsversuchen beim bisherigen Arbeitgeber) nicht dokumentiert, wobei die Beschwerdeführerin inzwischen am 1. Januar 2016 wieder eine Anstellung im Rahmen von 100 % angetreten hat (vgl. die Eingabe vom 21. März 2016 und den Arbeitsvertrag vom

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat im Einspracheentscheid ausgeführt, aus den ärztlichen Berichten ergebe sich, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat beruhten. Die durch Dr. med. I.____ im HNO-Teilgutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 28. Januar 2015 audiometrisch festgestellte Senke bei 6000 Hz sehe der Gutachter lediglich differentialdiagnostisch als posttraumatisch im Rahmen einer Contusio cochleae. Damit sei ein Kausalzusammenhang zwischen dieser klinisch festgestellten Senke und dem Unfallereignis vom 25. April 2013 lediglich als möglich bzw. ein Zusammenhang der klinisch, mittels Reintonaudiogramm festgestellten Beschwerden mit der lediglich vermuteten Commotio cochleae nur als möglich erachtet. Die Tinnitus-Beschwerden entsprächen einem subjektiven Tinnitus, wofür kein organisches Substrat nachweisbar sei. Schliesslich seien auch das in den Akten festgehaltene zervikozepale Syndrom bzw. Zervikalgie und Zephalgie keine strukturellen Veränderungen. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geklagten, organisch nicht nachweisbaren Beschwerden sei zu verneinen.

3.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass der Tinnitus, die Schlaflosigkeit, die Nacken- und Kopfschmerzen sowie die Konzentrationsstörungen in keinem rechtsgenügenden Zusammenhang zum Unfallereignis vom 25. April 2013 stünden. Sie macht geltend, es

bestünden organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen. Der HNO-Gutachter Dr. med. I.____ von der Begutachtungsstelle G.____ halte in seinem Gutachten vom 28. Januar 2015 in Bezug auf den Tinnitus und die Schlafstörungen fest, dass sich in dem am 21. Januar 2015 durchgeführten Audiogramm Senke beidseits bei 6000 Hz finden lasse. Diese sei im Voraudiogramm aus dem Jahr 2003 und im Hörtest aus dem Jahr 2013 noch nicht vorgefunden worden. Diesen Befund ordne der Gutachter dem Sturz mit Schädel-Kontusion vom 25. April 2013 zu, zumal die Hyperakusis sich in einer beidseits erniedrigten Unbehaglichkeitsschwelle zeige. Die Schlafstörungen bildeten Folgen des Tinnitus. Der Gutachter sehe die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung als erfüllt an und gehe von einem unfallbedingten Integritätsschaden von 10 % aus.

4. Den medizinischen Unterlagen lassen sich insbesondere die folgenden für die Beurteilung des strittigen Anspruchs relevanten Aussagen entnehmen:

4.1 Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. D.____ führt im Arztzeugnis UVG (datiert vom 29. April 2013, Suva-Nr. 54 S. 1) aus, die Beschwerdeführerin habe am 25. April 2013 einen Stolpersturz auf den rechten Ellenbogen erlitten und ihn gleichentags aufgesucht. Als objektiver Befund habe sich initial eine Schwellung (DD Gelenkserguss) am rechten Ellbogen gezeigt, regredient innert Wochenfrist. Diagnostiziert werden eine Ellbogenkontusion rechts und ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. In der Ergänzung vom 29. November 2013 (Suva-Nr. 54 S. 2) erklärt Dr. med. D.____, die Beschwerdeführerin habe am Abend des 25. April 2013 einen Stolpersturz mit Aufprall auf den rechten Ellbogen erlitten. Bei der Erstkonsultation seien vor allem eine starke Schmerzreaktion auf die Palpation und eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung aufgefallen. Die initial vermutete Fraktur des Processus Coronoideus habe im CT nicht bestätigt werden können. Bei der Folgekonsultation habe die Beschwerdeführerin erstmals erwähnt, auch den Kopf angeschlagen zu haben. Objektiv seien keine Prellmarken oder Verletzungen sichtbar gewesen. Die Hauptbeschwerden hätten initial in einem Kopfgeräusch und einem Gefühl, wie «Luft im Hirn» zu haben, bestanden. Die Latenz zwischen Unfall und Auftreten der ersten unspezifischen Befindlichkeitsstörungen habe rund 24 Stunden betragen. Der weitere Verlauf sei gekennzeichnet gewesen durch Kopfschmerzen, Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schwächegefühl usw. Der Hauptgrund für diesen unerfreulichen Verlauf liege seines, D.____s, Erachtens in der belastenden Arbeitsplatzsituation.

4.2 Eine CT des rechten Ellbogengelenks vom 2. Mai 2013 ergab keine Hinweise für eine Fraktur oder Fehlstellung im Ellbogen und distalen Humerus (Suva-Nr. 19).

4.3 Eine MRT und MRA (TOF) der Neurocraniums vom 3. Juni 2013 zeigte eine regelrechte Darstellung des Hirnparenchyms ohne Hinweise auf eine stattgehabte intrazerebrale Blutung, kein umschriebenes Epi- oder Subduralhämatom, keinen Nachweis einer intrazerebralen Raumforderung, keinen Hinweis auf ein Aneurysma, das > 5 mm wäre sowie keine Zeichen einer akuten Sinusitis (Suva-Nr. 20).

4.4 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, diagnostiziert in seinem Bericht an Dr. med. D.____ vom 18. Oktober 2013 (Suva-Nr. 37) einen teilweise kompensierten Tinnitus links sowie einen Status nach Tympanoplastik rechts. Das Reintonaudiogramm ergab normale Hörschwellen beidseits. In der Beurteilung hält Dr. med. J.____ fest, es liege ein teilweise kompensierter Tinnitus links vor. Die Untersuchung ergebe keinen Hinweis auf eine ernsthafte Erkrankung des

Hörsystems. In Bezug auf die Kopfschmerzen sei eventuell eine neurologische Beurteilung sinnvoll.

4.5 Im Bericht der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des E.____ vom 14. Januar 2014 (Suva-Nr. 57) werden ein zervikozepales Schmerzsyndrom und ein Status nach Sturz mit Ellbogen- und Kopfanprall am 25. April 2013 diagnostiziert. In der Beurteilung halten die Ärztinnen fest, bei unauffälliger MRI-Untersuchung des Neurocraniums mit TOF-MRA habe man aktuell kein organisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden. Die klinisch-neurologische Untersuchung sei nur eingeschränkt verwertbar. Anamnestisch hätten sich seitens einer HNO-ärztlichen Abklärung ebenso keine Auffälligkeiten ergeben.

4.6 Der Kreisarzt Dr. med. F.____ äusserte am 25. März 2014 die Ansicht, es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht sei von einer weiteren Behandlung deshalb auch keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (Suva-Nr. 69).

4.7 Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule in zwei Ebenen und Dens vom 29. April 2014 (Suva-Nr. 77) ergeben keine Fraktur, keine Spondylolisthese, keine Verbreiterung des prävertebralen Weichteilschattens, eine leichte Osteochondrose im Segment HWK 4/5 und HWK 5/6 (mit kleinen dorsalen osteophytären Anbauten) sowie eine regelrechte Abbildung der Atlantoaxialgelenke.

4.8 In seiner Beurteilung vom 21. Oktober 2014 (Suva-Nr. 97) führt der Kreisarzt Dr. med. F.____ nach einer Zusammenfassung der Aktenlage aus, es seien keine strukturell objektivierbaren Folgen nachgewiesen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25. April 2013 zurückzuführen seien. Aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht sei somit von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten.

4.9 Das von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 29. April 2015 (Suva-Nr. 102 S. 3 ff.) umfasste ein psychiatrisches, ein rheumatologisches und ein Hals-Nasen-Ohren-ärztliches Teilgutachten.

4.9.1 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte zum Ergebnis, es liege keine schwere psychiatrische Erkrankung vor. Erfüllt seien die diagnostischen Kriterien für psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54). Diese Diagnose führe zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Suva-Nr. 102 S. 42, 45).

4.9.2 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. L.____, Facharzt FMH Rheumatologie, stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne solche Auswirkung diagnostizierte er eine chronische, diffuse und unspezifische Zervikalgie und Zephalgie. Die Ellbogenkontusion rechts vom 25. April 2013 bezeichnete er als folgenlos abgeheilt (Suva-Nr. 102 S. 24).

4.9.3 Der HNO-Teilgutachter Dr. med. I.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin berichte über einen seit dem Unfall bestehenden tieffrequenten Tinnitus, welchen sie im Kopf wahrnehme. Sie beschreibe ein Brummen, welches sie ständig höre (Suva-Nr. 102 S. 29 ff.). In der Nacht habe sie deshalb Ein- und Durchschlafprobleme. Zudem habe sie Schmerzen im Kopf-, Schulter- und Nackenbereich, weiter leide sie an Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Für die Beschwerdeführerin stünden die Schmerzen sowie der

Tinnitus im Vordergrund. Eine Hörminderung liege nicht vor, im Rahmen des Tinnitus bestehe jedoch eine gewisse Hyperakusis. Als objektiver Befund zeige sich im Tonaudiogramm links bis 4000 Hz eine Normalakusis, eine Senke von 25 dB bei 6000 Hz. Rechts pancochleär bestehe eine leichte Schallleitungskomponente von 5-15 dB. Die Hörschwelle liege zwischen 250 und 4000 Hz bei 5,20 dB. Senke von 45 dB bei 6000 Hz. Die Unbehaglichkeitsschwelle liege links bei durchschnittlich 70 dB, rechts zwischen 75 und 85 dB. Beidseits normales Tympanogramm. Der Tinnitus werde im Kopf wahrgenommen, er habe eine Frequenz von ca. 250 Hz, es sei leider nicht möglich, die Lautheit zu bestimmen. In der Beurteilung führt Dr. med. I. ___ aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein posttraumatischer chronischer dekomensierter Tinnitus mit Schlafstörungen sowie Konzentrationsproblemen. Die Beschwerdeführerin sei ein halbes Jahr nach dem Unfall HNO-ärztlich untersucht und beurteilt worden. Mittels Schädel-MRI habe eine retrocochleäre Störung ausgeschlossen werden können. Die durchgeführten insbesondere medikamentösen Therapien hätten leider zu keiner Verbesserung der Problematik geführt. Da vor ca. 15 Jahren eine Ohroperation durchgeführt worden sei, lägen Voraudiogramme vor. Wenn man das Audiogramm von 2003 mit dem Hörtest von Dr. med. J. ___ von 2013 und dem aktuell durchgeführten Audiogramm vergleiche, falle neu eine Senke beidseits bei 6000 Hz auf. Dieser Befund sei typisch für eine chronische Lärmbelastung oder eine traumatische Innenohrschädigung (Contusio cochleae). Da bei der Beschwerdeführerin eine schädigende Lärmbelastung nicht zu eruieren sei, komme differenzialdiagnostisch der Sturz mit Schädel-Kontusion vom 25. April 2013 als Ursache dieses Befundes in erster Linie infrage (im Sinne einer Contusio cochleae). Die Hyperakusis zeige sich in einer beidseits erniedrigten Unbehaglichkeitsschwelle. Somit fänden sich Befunde, welche den geklagten Tinnitus als überwiegend wahrscheinlich posttraumatisch erklärten. Sicherlich sei der Verlauf mit Chronifizierung respektive Zunahme des Geräusches und schlussendlich Dekompensation der Situation nicht die Regel. Hier spielten weitere Faktoren im Sinne einer erheblichen Symptom-Ausweitung eine wesentliche Rolle. Die Prognose sei schwierig abzuschätzen, sie erscheine jedoch aufgrund des Verlaufs sowie früherer Beurteilungen eher ungünstig. Bei dekomensiertem Tinnitus sei primär eine psychologisch/psychiatrische Behandlung indiziert. Zu diagnostizieren sei ein posttraumatischer dekomensierter Tinnitus mit Ein- und Durchschlafstörungen, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen sowie beidseits audiometrischem Nachweis einer Senke bei 6000 Hz, DD posttraumatisch im Rahmen einer Contusio cochleae. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, sei die Arbeit am bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr zumutbar, da dort ständig durch die Maschinen verursacht störende Nebengeräusche bestünden und der Arbeitsplatz somit für die Beschwerdeführerin zu laut und nicht mehr zumutbar sei. In einer dem HNO-Leiden angepassten Tätigkeit bestehe dagegen keine Einschränkung. Aufgrund des Tinnitus und der Hyperakusis sei ein Arbeitsplatz im Lärm resp. mit vielen Nebengeräuschen ungeeignet. Ein absolut stiller Arbeitsplatz sei ebenfalls nicht geeignet, da in Ruhe der Tinnitus vermehrt störe, ein leiser Pegel an Nebengeräuschen sei optimal. Gemäss Tabelle 13 Integritätsentschädigung der Suva liege bei der Beschwerdeführerin ein sehr schwerer Tinnitus vor, was einem Integritätsschaden von 10 % entspreche.

E. 4

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 5

5.1 Gestützt auf die vorstehend zitierten medizinischen Unterlagen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G.____, welches den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 2.5.4 hiervor) gerecht wird, lässt sich zunächst festhalten, dass die beim Unfall vom 25. April 2013 erlittenen Verletzungen am rechten Ellenbogen respektive Arm folgenlos ausgeheilt und nicht geeignet sind, einen Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin für die Zeit nach dem 30. Juni 2014 zu begründen. Weiter besteht keine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Strittig und zu prüfen ist dagegen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen für den Tinnitus, die Kopfschmerzen und die damit zusammenhängenden Beschwerden hat.

5.2 Zur unfallversicherungsrechtlichen Behandlung eines Tinnitus, insbesondere zur Beurteilung der Kausalität, hat sich das Bundesgericht im Urteil BGE 138 V 248 unter ausführlicher Bezugnahme auf die medizinische Lehre eingehend geäußert. Es hielt fest, in der medizinischen Lehre werde als Tinnitusein regelmässiges, mehr oder weniger dauernd vorhandenes, in einem Ohr oder beiden Ohren lokalisiertes diffus im Kopf empfundenes Geräusch definiert. Die Patienten verwendeten Bezeichnungen wie Pfeifen, Rauschen, Sausen, Läuten, Brummen usw. (BGE 138 V 248 E. 5.7.1 S. 253). Unterschieden werde zwischen objektivem und subjektivem Tinnitus. Der sog. objektive Tinnitus bezeichne ein Ohrgeräusch, welches aufgrund pathologisch-anatomischer Veränderungen entsteht und grundsätzlich auch für Aussenstehende - allenfalls mit technischen Hilfsmitteln - hörbar wird. Meist handle es sich um gefässreiche Missbildungen, Tumore oder um muskulär bedingte Schallgeräusche. Der subjektive, resp. besser «nicht objektive» Tinnitus werde einzig durch den Betroffenen gehört und stelle die weitaus häufigste Form dar (BGE 138 V 248 E. 5.7.2 S. 254). Der Schweregrad eines (subjektiven) Tinnitus werde nicht mittels objektiver Messungen, sondern ausschliesslich aufgrund der Angaben der betroffenen Person und deren subjektiv empfundenen Beeinträchtigung festgelegt. Das zeige nicht nur, dass keine Untersuchungsergebnisse gewonnen werden können, welche der allgemeinen Umschreibung der Objektivierbarkeit (vgl. E. II. 2.4 hiervor) genügen. Vielmehr erhelle auch, dass der nur so bestimmbar Schweregrad keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine organische Unfallfolge als Ursache des Tinnitus bieten kann (BGE 138 V 248 E. 5.9.2 S. 257). Zusammenfassend ergebe sich, dass keine medizinisch gesicherte Grundlage bestehe, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Auch lässt sich nicht vom Schweregrad eines Tinnitus auf eine organische Unfallfolge als Ursache schliessen. Das schliesst zwar nicht aus, dass ein Tinnitus in einer organischen Unfallfolge begründet sein kann. Es besteht aber keine Rechtfertigung, bei einem Tinnitus, welcher im Einzelfall nicht nachgewiesenermassen auf eine solche Unfallfolge zurückzuführen sei, auf das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung zu verzichten. Anders zu verfahren, würde kausalrechtlich einer sachlich und rechtlich nicht begründbaren Bevorteilung des Tinnitus gegenüber anderen organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerdebildern entsprechen (BGE 138 V 248 E. 5.10 S. 257 f.).

5.3 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, ist vorliegend von einem subjektiven Tinnitus im Sinne der vorstehenden Unterscheidung auszugehen. Es liegt kein Tinnitus vor, der grundsätzlich auch für Aussenstehende - allenfalls mit technischen Hilfsmitteln - hörbar wird. Vielmehr leitet der Gutachter Dr. med. I.____ den von ihm angenommenen Tinnitus und dessen Schwere aus den Angaben der Beschwerdeführerin ab. Diese beschreibe ein

Brummen, das sie ständig höre. Der Gutachter hält ausdrücklich fest, es sei nicht möglich, die Lautheit des Ohrgeräuschs zu bestimmen (IV-Nr. 102 S. 30). Es ist somit von einem subjektiven Tinnitus auszugehen, welcher einer separaten Adäquanzprüfung unterliegt.

Daran ändert der Umstand nichts, dass der Gutachter Dr. med. I.____ gestützt auf das durch ihn vorgenommene Audiogramm und dessen Vergleich mit den früheren Tests aus den Jahren 2003 und 2013 zum Ergebnis gelangt, die Beschwerdeführerin habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Innenohrschädigung (Contusio cochleae) erlitten. Ob ein Audiogramm, das definitionsgemäss ebenfalls nicht unabhängig von den Angaben der betroffenen Person erstellt werden kann, als objektive Methode anzusehen ist, kann offenbleiben, denn der entsprechende Nachweis bezieht sich nicht auf die Tinnitus-Symptomatik. Weder führt eine Contusio cochleae zwingend zu einem Tinnitus noch lässt sich dieser, wie es für einen objektiven Tinnitus vorausgesetzt wird, allenfalls mit technischen Hilfsmitteln auch für Dritte hörbar machen. Daher ist in Bezug auf die Tinnitus-Symptomatik eine separate Adäquanzprüfung vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_96/2015 vom 19. Mai 2015 E. 3.4, wo in einer gleichgelagerten Konstellation mit festgestellter Innenohrschädigung ebenfalls ein subjektiver Tinnitus angenommen und eine Adäquanzprüfung durchgeführt wurde).

Die Kopf- und Nackenschmerzen und die übrigen beklagten Symptome lassen sich ebenfalls keinen bildgebend nachweisbaren Befunden zuordnen. Es handelt sich auch insoweit um organisch nicht (hinreichend) nachweisbare Beschwerdebilder, die einer separaten Adäquanzprüfung zu unterziehen sind.

5.4 Massgebender Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung ist der Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG. Die medizinischen Akten lassen den Schluss zu, dass dieser Zeitpunkt spätestens am 30. Juni 2014 erreicht war.

5.5 Zum Hergang des Unfalls vom 25. April 2013 wird in der Unfallmeldung vom 3. Mai 2013 (Suva-Nr. 1) ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei bei sich zu Hause auf der Treppe vor dem Haus gestürzt und habe sich am Ellbogen rechts sowie am Gesicht rechts verletzt (Verstauchung/Verdrehung, Prellung). In der Notiz über das Telefongespräch mit einer Person von der Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 23) wird festgehalten, die Beschwerdeführerin habe erklärt, sie habe am 25. April 2013 zur Arbeit gehen wollen und bemerkt, dass sie etwas vergessen habe. Sie sei deshalb zurückgeeilt. Im Treppenhaus habe sie das Gleichgewicht verloren und sei unverhofft die Treppe aufwärtsgehend nach vorne gestürzt. Dabei habe sie mit dem Kopf (Stirnoberkante), der rechten Hand und dem rechten Ellbogen auf der Treppe aufgeschlagen.

Die bei der Adäquanzbeurteilung zu berücksichtigende Schwere des Unfalles ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufes mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 3.1). Nicht zu berücksichtigen sind beispielsweise die erlittenen Verletzungen. Das geschilderte Ereignis (Sturz auf der Treppe aufwärts mit Anschlagen von Stirn, Hand und Ellbogen) ist in diesem Zusammenhang den leichten Unfällen zuzuordnen, denn die damit einhergehenden Kräfte sind vergleichsweise gering. Dies führt zur Verneinung der Adäquanz.

5.6 Wenn man den Unfall vom 25. April 2013 stattdessen den mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten zuordnen wollte, wäre die Adäquanz zu bejahen, falls vier der relevanten Kriterien erfüllt sind. Dies trifft nicht zu, und zwar selbst

dann, wenn die Prüfung nach der ■ tendenziell eher zu einer Bejahung führenden - Rechtsprechung zu den Folgen eines Schleudertraumas, eines Schädel-Hirntraumas oder eines adäquanzrechtlich gleichgestellten Verletzungsmechanismus (BGE 134 V 109) geprüft wird:

Der Vorfall vom 25. April 2013 weist weder dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindrücklichkeit auf. Die erlittenen Verletzungen waren weder besonders schwer noch von besonderer Art (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.). Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich. Die Arbeitsunfähigkeit beschränkt sich auf die angestammte Tätigkeit, während eine angepasste Tätigkeit ohne Einschränkung zumutbar ist, so dass dieses Kriterium ebenfalls entfällt. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 8.5). Solche Gründe sind nicht ersichtlich. Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung kann beispielsweise dann vorliegen, wenn die versicherte Person sich mehrfach einem längeren stationären Aufenthalt unterziehen musste. Im Fall der Versicherten fand am 1. November 2013 ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik C.____ statt (Suva-Nr. 43). Zu einer stationären Behandlung kam es nicht. Das Kriterium ist nicht erfüllt. Damit kann offen bleiben, ob Dauerschmerzen im Sinne der Rechtsprechung gegeben sind, denn dieses Kriterium wäre jedenfalls nicht in besonderer Ausprägung erfüllt. Liegt somit höchstens eines der massgebenden Kriterien vor, und dies nicht in ausgeprägter Form, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 25. April 2013 und den über den 30. Juni 2014 hinaus andauernden Beschwerden zu verneinen.

5.7 Selbst wenn man die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 25. April 2013 und den organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren, über den 30. Juni 2014 hinaus fortbestehenden Beschwerden bejahen wollte, wäre ein Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen: Die Folgen eines Schädel-Hirntraumas sind nach der Rechtsprechung den psychosomatischen Beschwerdebildern zuzuordnen (BGE 136 V 279). Deren invalidisierende Wirkung beurteilt sich nach der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung. Eine Beurteilung anhand der dort statuierten Indikatoren führt zur Verneinung einer Invalidität: Eine relevante psychische oder somatische Komorbidität liegt nicht vor. Die Beschwerdeführerin befand sich während des relevanten Zeitraums in keiner psychiatrischen Behandlung. Die somatisch orientierten Behandlungen blieben ohne greifbaren Erfolg, waren aber auch nicht von hoher Intensität. Eingliederungsbemühungen sind für den relevanten Zeitraum (abgesehen von gescheiterten Arbeitsversuchen beim bisherigen Arbeitgeber) nicht dokumentiert, wobei die Beschwerdeführerin inzwischen am 1. Januar 2016 wieder eine Anstellung im Rahmen von 100 % angetreten hat (vgl. die Eingabe vom 21. März 2016 und den Arbeitsvertrag vom

E. 6

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2015 (A.S. 31 ff.) auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. 5. Mit Schreiben vom 9. Dezember 2015 (A.S. 43) lässt die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und –verbeiständung zurückziehen. Am 18. Januar 2016 reicht ihr Rechtsvertreter seine Kostennote ein (A.S. 47 f.). Am 21. März 2016 lässt die

Beschwerdeführerin schliesslich einen Arbeitsvertrag zwischen ihr als Arbeitnehmerin und der H.____ AG, [...], als Arbeitgeberin vom 7. Januar 2016 (gültig ab 1. Januar 2016) einreichen (A.S. 50). 6. Am 10. Oktober 2017 findet vor dem Versicherungsgericht die öffentliche Verhandlung statt, bei der die Beschwerdeführerin und ihr Vertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, erscheinen. Der Vertreter der Beschwerdegegnerin, Rechtsanwalt Beat Frischkopf, ist hingegen nicht anwesend. Ihm ist das Erscheinen denn auch freigestellt worden. Anlässlich der öffentlichen Verhandlung wiederholt und begründet Rechtsanwalt Wyssmann die mit Beschwerde vom 25. September 2015 gestellten Rechtsbegehren. Ergänzend hält er fest, die Beschwerdeführerin sei seit anfangs Jahr wieder voll arbeitsfähig. Die Invalidität an sich stehe kaum noch zur Debatte. Das Leistungsgesuch bei der IV-Stelle sei denn auch zurückgezogen worden. Es gehe vorliegend eigentlich nur noch um eine Integritätsentschädigung. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin nach dem 30. Juni 2014. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 24. August 2015 eingetreten ist (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich / Basel / Genf 2015, Art. 52 N 60). 2. 2.1 Der Unfallversicherer gewährt seine Leistungen – sofern das Gesetz nichts anderes bestimmt – bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). Der Versicherte hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern er infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Es handelt sich dabei um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher

Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Unfallversicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 193 E. 2 S. 195) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc» (wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem auftritt) nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während bei einem Schleudertrauma, einer äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie einem Schädel-Hirntrauma auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

2.4 Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge - als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung - wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251).

E. 7

Januar 2016). Die Beschwerdeführerin lebt in langjähriger, tragfähiger Ehe und bezeichnet die Partnerschaft und die Beziehung zu den Kindern als gut. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. K. ___ attestierte gewisse regressive Persönlichkeitsanteile wie ein labiles Selbstwertgefühl, eine Abhängigkeit von Lob von Dritten, Aggressionshemmung, Konfliktvermeidung und ein hohes Unabhängigkeitsbedürfnis sowie ein Rückzugsverhalten (IV-Nr. 102 S. 43, 45). Erhebliche Ressourcen ergeben sich aus dem sozialen Kontext, die Beschwerdeführerin lebt in langjähriger, als glücklich geschilderter Ehe und bezeichnet den Kontakt zu den Kindern (geb. 1999 und 2001) als gut. Unter dem Aspekt der Konsistenz ist

aufgrund der Schilderungen im Rahmen der psychiatrischen Exploration durch Dr. med. K.____ von einer weitgehend gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus auszugehen. Dagegen ist der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck eher gering. Insgesamt ist eine invalidisierende Einschränkung auch unter diesem Aspekt zu verneinen.

6. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht die erbrachten Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung) zu Recht mit dem 30. Juni 2014 eingestellt und einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung verneint hat. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

7. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

8. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Ingold

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