

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.310 vom 26. Oktober 2016**

SO Obergericht, 2016-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.310](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.310)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.310 du 26 octobre 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.310 del 26 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei der Einspracheentscheid der Suva vom 26. Oktober 2016 vollumfänglich aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Kausalität (natürliche und adäquate) im vorliegenden Fall gegeben sei. Entsprechend sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, über die der Beschwerdeführerin von Gesetzes wegen zustehenden UVG-Leistungen (Taggelder, Heilkosten, Rente, u.s.w.) zu bestimmen.

### **E. 2**

Es sei im vorliegenden Verfahren ein gerichtliches Obergutachten einzuholen.

### **E. 3**

Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Suva vom 26. Oktober 2016 vollumfänglich aufzuheben und es sei die Suva anzuweisen, weitere Abklärungen vorzunehmen. Danach sei neu über die UVG-Ansprüche der Beschwerdeführerin zu entscheiden.

### **E. 4**

Unter o/e Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2017 (A.S. 50 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. 4. Mit Verfügung vom 7. August 2017 (A.S. 68) werden die IV-Akten betreffend die Beschwerdeführerin ediert.

### **E. 5**

Mit Verfügung vom 30. November 2017 (A.S. 79 f.) veranlasst der Präsident des Versicherungsgerichts bei Dr. med. C.\_\_\_\_ ein neurologisches Gerichtsgutachten. Das Gutachten ergeht am 5. März 2018 (A.S. 84 ff.). 6. Mit Stellungnahme vom 11. April 2018 (A.S. 121 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 5. März 2018 vernehmen. 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich 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 entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer 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 S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). 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 aufgetreten, 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).

3. Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers 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 (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen). Sowohl das

Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). 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 unbewiesen 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).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei sie vor dem Unfallereignis in keiner Art und Weise gesundheitlich eingeschränkt gewesen. Sie habe das 100%-Arbeitspensum in jeglicher Hinsicht vollumfänglich erbracht, d.h. qualitativ und quantitativ. Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ betreue die Beschwerdeführerin bereits seit längerem (insbesondere bereits vor dem Unfallereignis) und bestätige explizit, dass die heute bestehenden Beeinträchtigungen allesamt nach dem Unfallereignis aufgetreten seien. Unbestritten sei aufgrund der bestehenden medizinischen Aktenlage, dass im vorliegenden Fall ein stummer krankhafter Vorzustand bestehe. Bestritten werde jedoch, dass die heute beklagten Beschwerden/Beeinträchtigungen gänzlich nicht mehr unfallkausal sein sollten. Der einzige bislang involvierte externe Begutachter, Prof. Dr. E.\_\_\_\_, habe im Rahmen seiner Abklärung vom 9. September 2016 bestätigt, dass u.a. bildgebend auch eine «posttraumatische Einblutung» sichtbar sei. Er halte es auch für möglich, dass es sich insgesamt um ein «Mischbild» handle und dass beispielsweise bei vorbestehender zerebraler Amyloidangiopathie durch die erhöhte Vulnerabilität erleichtert traumatische Mikroblutungen entstünden. Insbesondere sei entscheidend, dass Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. September 2016 spezifisch auch zur Frage Stellung bezogen habe, ob die sichtbaren bildgebenden Abklärungsergebnisse einer «zerebralen Amyloidangiopathie» oder DD: einer Kavernomatose und zerebralen Mikroangiopathie entsprechen würden. In beiden Fällen halte der Facharzt die Befunde für «untypisch». Die

vom B.\_\_\_\_ sowie der Suva aufgeworfenen krankhaften Vorzustände entfielen damit überwiegend wahrscheinlich. Vielmehr spreche sich Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ für ein Mischbild aus. Damit sei als erstes Zwischenergebnis festzuhalten, dass als Unfallfolge u.a. eine contusio cerebri resultiere und die erlittene höhergradige Hirnverletzung auch bildgebend (Einblutung) nachgewiesen sei, weshalb die mindestens erforderliche (Teil-) Kausalität gegeben sei. Dass die bestehenden neuropsychologischen Beeinträchtigungen wiederum (zumindest teilkausal) überwiegend wahrscheinlich auf die bildgebend festgestellten Mikroblutungen zurückzuführen seien, sei mit Blick auf den Bericht von lic. phil. F.\_\_\_\_ vom 30. November 2015 klar. Damit sei auch die mindestens erforderliche Teilkausalität überwiegend wahrscheinlich zu bejahen. Sofern das Gericht wider Erwarten der Meinung sein sollte, dass die massgebende Unfallkausalität zwischen den heute noch bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 10. September 2014 gestützt auf die bestehende Aktenlage nicht rechtsgenügend nachgewiesen sei, so sei in jedem Fall festzustellen, dass zur Klärung dieser Frage weitere fachärztliche Abklärungen notwendig seien. Insbesondere könne zur Klärung dieser Frage nicht auf die Suva-internen kreisärztlichen (neurologischen) Berichte vom 23. Februar und vom 3. Oktober 2016 abgestellt werden. So seien sie nicht beweistauglich bzw. mit erheblichen Zweifeln belastet. Zudem habe die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren in Verletzung sämtlicher Verfahrensrechte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_336/2012; BGE 138 V 318 vom 13. August 2012) einseitig und ohne Benachrichtigung der Beschwerdeführerin zwei Abklärungen bei Fachärzten durchführen lassen. Neben dem externen Gutachten von Prof Dr. med. E.\_\_\_\_ sei noch einmal intern ein Suva-Neurologe mit der Beurteilung des Sachverhalts beauftragt worden. Mit Blick auf die bereits erfolgte Verletzung der Verfahrensrechte sowie zur Vermeidung weiterer Verzögerungen beantrage die Beschwerdeführerin im Rahmen des kantonalen Beschwerdeverfahrens die Anordnung einer gerichtlichen Oberbegutachtung. Sodann sei festzuhalten, dass selbst die Beschwerdegegnerin im hiermit angefochtenen Einspracheentscheid explizit anerkannt habe (vgl. S. 5 Ziff. 3a.), dass die Beschwerdeführerin ein Schädelhirntrauma erlitten habe. Daran sei sie zu behaften. Sowohl das B.\_\_\_\_ als auch die G.\_\_\_\_ hätten in ihren Berichten eine höhergradige Hirnverletzung (contusio cerebri) mit retrograder und anterograder Amnesie diagnostiziert. Die Beurteilung der Adäquanz würde also – für den Fall der Annahme eines fehlenden organischen Befunds – in jedem Fall gemäss den in BGB 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien erfolgen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, aufgrund der umfassenden Abklärungen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die noch geklagten Beschwerden der Versicherten nicht auf einem organisch hinreichend nachweisbaren Korrelat beruhen würden. Gemäss der überzeugenden Beurteilung des Neurologen, Dr. med. H.\_\_\_\_, vom 3. Oktober 2016, seien gestützt auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ akute, also durch den Unfall verursachte Mikroblutungen zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Und selbst wenn die Blutungen durch den Unfall entstanden wären, wären sie ohne klinische Bedeutung, da sie in einem bereits geschädigten Hirnareal entstanden seien. Dr. med. H.\_\_\_\_ stütze sich in seiner Beurteilung auf die bildgebenden Befunde und die im Recht liegenden medizinischen Berichte. Seine Beurteilung sei für die strittigen Belange umfassend, er gehe ausführlich auf die einspracheweise vorgebrachten Argumente ein und vermöge diese im Wesentlichen allesamt zu entkräften. An der Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ entstünden durch die Berichte der behandelnden Ärzte keine Zweifel. Keiner der involvierten Ärzte vermöge die

bestehenden Hirnläsionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. September 2014 zurückzuführen. Vielmehr werde über verschiedene Ursachen spekuliert. Aufgrund der im Einspracheverfahren eingeholten zusätzlichen Beurteilungen sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die geklagten neuropsychologischen Beeinträchtigungen nicht auf einer hirnorganischen Läsion beruhen würden. Sodann sei eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne einer namhaften Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch die ärztliche Behandlung vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu erwarten. So habe die Versicherte trotz offenbar intensivster Trainingsbemühungen die Arbeitsfähigkeit nie über 70 % steigern können, bzw. habe schliesslich ihr Pensum auf konstant 50 % reduzieren müssen. Auch gemäss dem behandelnden Neuropsychologen, lic. phil. F.\_\_\_\_, sei der Versicherten längerfristig nur noch ein 50%-Pensum in ihrer angestammten Funktion als Schulleiterin zumutbar. Psychisch fühle sie sich zudem insgesamt stabil. Somit sei von weiteren Behandlungen keine namhafte Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten. Da wie gezeigt beim Unfall keine strukturellen Veränderungen entstanden seien, würden sich in somatischer Hinsicht auch keine Ansatzpunkte bezüglich weiterer Therapien ergeben. Somit sei die Adäquanz zu prüfen. Des Weiteren sei bei psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden gemäss Rechtsprechung nach einem Unfall abzuklären, ob die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten habe. Weiter sei zu prüfen, ob die mit einer solchen Verletzung einhergehenden Beeinträchtigungen wie z.B. diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen etc. vorliegen würden. Gemäss Bundesgericht genüge ein Schädelhirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer commotio cerebri – nicht im Grenzbereich zu einer contusio cerebri – erreiche, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgericht 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2.). Im vorliegenden Fall sei höchstens ein Kriterium, jedoch nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt, weshalb die Adäquanz gemäss BGE 115 V 133 ff. zu verneinen sei. Somit sei auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den gemeldeten neuropsychologischen Beschwerden und dem Unfall vom 10. September 2014 zu verneinen. Insofern die Beschwerdeführerin geltend mache, dass unmittelbar vor dem Unfallereignis nachweisbar nicht einmal ansatzweise gesundheitliche Beeinträchtigungen vorgelegen hätten, sei anzumerken, dass sich der im Unfallversicherungsrecht geforderte überwiegend wahrscheinliche natürliche Kausalzusammenhang nicht bereits durch die Formel «post hoc, ergo propter hoc» nachweisen lasse, nach der eine gesundheitliche Schädigung als dann durch den Unfall verursacht gelte, wenn sie nach diesem aufgetreten sei (BGE 119 V 335 E.2/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C\_6/2009 vom 30. Juli 2009 E. 3). Im Übrigen könne auch gestützt auf den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Bericht von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2014 nicht von einem natürlichen Kausalzusammenhang ausgegangen werden. Dieser führe lediglich aus, dass die Mikroblutungen «am ehesten» posttraumatisch bedingt seien, sie könnten jedoch auch Ausdruck einer Amyloidangiopathie sein, was jedoch weniger wahrscheinlich sei. Er spreche im Bericht demnach vom Unfall nur als eine mögliche, nicht jedoch überwiegend wahrscheinliche Ursache. Gleich verhalte es sich mit der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beurteilung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. September 2016. Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ führe aus, dass es sich um ein Mischbild handeln könnte. Auch er spreche somit lediglich von einer möglichen (Teil-)Kausalität. 5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das

rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, die Beschwerdegegnerin habe im Einspracheverfahren in Verletzung sämtlicher Verfahrensrechte (vgl. BGE 138 V 318) einseitig und ohne Benachrichtigung der Beschwerdeführerin zwei Abklärungen bei Fachärzten durchführen lassen.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Ferner stehen der Partei Teilnahmerechte offen. Sie hat etwa den Anspruch darauf, bei einem Augenschein teilnehmen zu können (vgl. BGE 121 V 152 f.), bei Besprechungen – etwa mit einem Arbeitgeber (vgl. SVR 1998 UV Nr. 18, E.1.d) – anwesend sein zu können oder an Zeugenbefragungen teilnehmen zu können (vgl. BGE 92 I 260 f.). Gemäss Art. 44 ATSG kann der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts einen «unabhängigen Sachverständigen» mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragen. Dabei gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 109 E. 7.1; SVR 2007 IV Nr. 39 S. 132 E. 3.2).

5.2 Die Beschwerdegegnerin räumte der Beschwerdeführerin im Vorfeld zur Auftragserteilung an Dr. med. E. \_\_\_ keine Gelegenheit ein, gegen diesen Ausstands- oder Ablehnungsgründe vorzubringen. Ebenso hatte die Beschwerdeführerin keine Gelegenheit, Ergänzungsfragen an den Dr. med. E. \_\_\_ zu stellen. Damit wurde ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels aber selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal der Vertreter der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Gehörsverletzung keine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin verlangt. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

6. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin die Kausalität der von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden zum Unfallereignis vom 10. September 2014 und damit den Anspruch auf Leistungen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1 Im Bericht der J. \_\_\_ vom 17. Oktober 2014 (SA 31) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Commotio

cerebri nach Velosturz am 10. September 2014 mit/bei - retro- (ganzer Tag) und anterograder Amnesie mit Verwirrheitszuständen - nach Velosturz mit Kinnanprall, RQW von 1,5 cm - CCT und CT-HWS vom 10. September 2014: keine ossären Läsionen. -

#### **E. 10**

MTBI Amnesie mit Verwirrheitszustand

#### **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ändert nichts daran, dass die Beschwerdeführerin für die Kostenverlegung als unterliegend zu gelten hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. im Urteil 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E.5). 11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt, hatte die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ von CHF 4'611.00 zu bezahlen.

#### **E. 13**

August 2012) einseitig und ohne Benachrichtigung der Beschwerdeführerin zwei Abklärungen bei Fachärzten durchführen lassen. Neben dem externen Gutachten von Prof Dr. med. E.\_\_\_\_ sei noch einmal intern ein Suva-Neurologe mit der Beurteilung des Sachverhalts beauftragt worden. Mit Blick auf die bereits erfolgte Verletzung der Verfahrensrechte sowie zur Vermeidung weiterer Verzögerungen beantrage die Beschwerdeführerin im Rahmen des kantonalen Beschwerdeverfahrens die Anordnung einer gerichtlichen Oberbegutachtung. Sodann sei festzuhalten, dass selbst die Beschwerdegegnerin im hiermit angefochtenen Einspracheentscheid explizit anerkannt habe (vgl. S. 5 Ziff. 3a.), dass die Beschwerdeführerin ein Schädelhirntrauma erlitten habe. Daran sei sie zu behaften. Sowohl das B.\_\_\_\_ als auch die G.\_\_\_\_ hätten in ihren Berichten eine höhergradige Hirnverletzung (contusio cerebri) mit retrograder und anterograder Amnesie diagnostiziert. Die Beurteilung der Adäquanz würde also ■ für den Fall der Annahme eines fehlenden organischen Befunds ■ in jedem Fall gemäss den in BGBB 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien erfolgen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, aufgrund der umfassenden Abklärungen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die noch geklagten Beschwerden der Versicherten nicht auf einem organisch hinreichend nachweisbaren Korrelat beruhen würden. Gemäss der überzeugenden Beurteilung des Neurologen, Dr. med. H.\_\_\_\_, vom 3. Oktober 2016, seien gestützt auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ akute, also durch den Unfall verursachte Mikroblutungen zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Und selbst wenn die Blutungen durch den Unfall entstanden wären, wären sie ohne klinische Bedeutung, da sie in einem bereits geschädigten Hirnareal entstanden seien. Dr. med. H.\_\_\_\_ stütze sich in seiner Beurteilung auf die bildgebenden Befunde und die im Recht liegenden medizinischen Berichte. Seine Beurteilung sei für die strittigen Belange umfassend, er gehe ausführlich auf die einspracheweise vorgebrachten Argumente ein und vermöge diese im Wesentlichen

allesamt zu entkräften. An der Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ entstünden durch die Berichte der behandelnden Ärzte keine Zweifel. Keiner der involvierten Ärzte vermöge die bestehenden Hirnläsionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. September 2014 zurückzuführen. Vielmehr werde über verschiedene Ursachen spekuliert. Aufgrund der im Einspracheverfahren eingeholten zusätzlichen Beurteilungen sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die geklagten neuropsychologischen Beeinträchtigungen nicht auf einer hirnorganischen Läsion beruhen würden. Sodann sei eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne einer namhaften Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch die ärztliche Behandlung vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu erwarten. So habe die Versicherte trotz offenbar intensivster Trainingsbemühungen die Arbeitsfähigkeit nie über 70 % steigern können, bzw. habe schliesslich ihr Pensum auf konstant 50 % reduzieren müssen. Auch gemäss dem behandelnden Neuropsychologen, lic. phil. F.\_\_\_\_, sei der Versicherten längerfristig nur noch ein 50%-Pensum in ihrer angestammten Funktion als Schulleiterin zumutbar. Psychisch fühle sie sich zudem insgesamt stabil. Somit sei von weiteren Behandlungen keine namhafte Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten. Da wie gezeigt beim Unfall keine strukturellen Veränderungen entstanden seien, würden sich in somatischer Hinsicht auch keine Ansatzpunkte bezüglich weiterer Therapien ergeben. Somit sei die Adäquanz zu prüfen. Des Weiteren sei bei psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden gemäss Rechtsprechung nach einem Unfall abzuklären, ob die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten habe. Weiter sei zu prüfen, ob die mit einer solchen Verletzung einhergehenden Beeinträchtigungen wie z.B. diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen etc. vorliegen würden. Gemäss Bundesgericht genüge ein Schädelhirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer commotio cerebri ■ nicht im Grenzbereich zu einer contusio cerebri ■ erreiche, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgericht 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2.). Im vorliegenden Fall sei höchstens ein Kriterium, jedoch nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt, weshalb die Adäquanz gemäss BGE 115 V 133 ff. zu verneinen sei. Somit sei auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den gemeldeten neuropsychologischen Beschwerden und dem Unfall vom 10. September 2014 zu verneinen. Insofern die Beschwerdeführerin geltend mache, dass unmittelbar vor dem Unfallereignis nachweisbar nicht einmal ansatzweise gesundheitliche Beeinträchtigungen vorgelegen hätten, sei anzumerken, dass sich der im Unfallversicherungsrecht geforderte überwiegend wahrscheinliche natürliche Kausalzusammenhang nicht bereits durch die Formel «post hoc, ergo propter hoc» nachweisen lasse, nach der eine gesundheitliche Schädigung als dann durch den Unfall verursacht gelte, wenn sie nach diesem aufgetreten sei (BGE 119 V 335 E.2/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C\_6/2009 vom 30. Juli 2009 E. 3). Im Übrigen könne auch gestützt auf den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Bericht von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2014 nicht von einem natürlichen Kausalzusammenhang ausgegangen werden. Dieser führe lediglich aus, dass die Mikroblutungen «am ehesten» posttraumatisch bedingt seien, sie könnten jedoch auch Ausdruck einer Amyloidangiopathie sein, was jedoch weniger wahrscheinlich sei. Er spreche im Bericht demnach vom Unfall nur als eine mögliche, nicht jedoch überwiegend wahrscheinliche Ursache. Gleich verhalte es sich mit der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beurteilung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. September 2016. Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ führe aus, dass es sich um ein Mischbild handeln

könnte. Auch er spreche somit lediglich von einer möglichen (Teil-)Kausalität.

5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, die Beschwerdegegnerin habe im Einspracheverfahren in Verletzung sämtlicher Verfahrensrechte (vgl. BGE 138 V 318) einseitig und ohne Benachrichtigung der Beschwerdeführerin zwei Abklärungen bei Fachärzten durchführen lassen.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

Ferner stehen der Partei Teilnahmerechte offen. Sie hat etwa den Anspruch darauf, bei einem Augenschein teilnehmen zu können (vgl. BGE 121 V 152 f.), bei Besprechungen ■ etwa mit einem Arbeitgeber (vgl. SVR 1998 UV Nr. 18, E.1.d) ■ anwesend sein zu können oder an Zeugenbefragungen teilnehmen zu können (vgl. BGE 92 I 260 f.). Gemäss Art. 44 ATSG kann der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts einen «unabhängigen Sachverständigen» mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragen. Dabei gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 109 E. 7.1; SVR 2007 IV Nr. 39 S. 132 E. 3.2).

5.2 Die Beschwerdegegnerin räumte der Beschwerdeführerin im Vorfeld zur Auftragserteilung an Dr. med. E. \_\_\_ keine Gelegenheit ein, gegen diesen Ausstands- oder Ablehnungsgründe vorzubringen. Ebenso hatte die Beschwerdeführerin keine Gelegenheit, Ergänzungsfragen an den Dr. med. E. \_\_\_ zu stellen. Damit wurde ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels aber selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal der Vertreter der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Gehörsverletzung keine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin verlangt. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

6. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin die Kausalität der von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden zum Unfallereignis vom 10. September 2014 und damit den Anspruch auf Leistungen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1 Im Bericht der J.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2014 (SA 31) wurden folgende Diagnosen gestellt:

6.2 Im Bericht betreffend das triplanare, native und ergänzend auch kontrastmittelverstärkte MRI des Kopfes vom 8. Dezember 2014 und vom 16. Dezember 2014 (SA 79, S. 3) wurden folgende radiologischen Befunde festgehalten: «Bei Zustand nach älterem Schädelhirntrauma zahlreiche Hämosiderinablagerungen betont frontal im Marklager links und rechts parieto-occipital. Weitere kleine Mikroblutungen cortical sind am ehesten auch posttraumatisch bedingt. Sie könnten auch hypothetisch Ausdruck einer Amyloidangiopathie sein, was weniger wahrscheinlich ist. Die T2-w signalhyperintensen Läsionen im Marklager wiederum sind vermutlich überwiegend mikroangiopathisch bedingt, sie können aber auch zum Teil posttraumatisch bedingt sein.

Kontrastmittelaufnehmende Läsionen entsprechen vermutlich Läsionen mit Reparaturveränderungen. VK empfohlen in ca. 3 Monaten. Auf der externen Aufnahme am Unfalltag kommen unter Kenntnis des aktuellen Befundes feine Blutansammlungen subarachnoidal zur Darstellung, aber auch eine Läsion in Gyrus frontalis superior links, die älteren Datums ist (Hinweise auf ältere Traumatas?).» Radiologische Beschreibung: «Auf den nativen Aufnahmen vom 8. Dezember 2014 Nachweis von zahlreichen signalhyperintensen Läsionen, die betont im parietalen Marklager lokalisiert sind, zum Teil aber auch periventrikulär.»

6.3 Dr. med. K.\_\_\_\_ von der G.\_\_\_\_ hielt am 22. Januar 2015 fest (SA 64), die am 8. Dezember 2014 und 16. Dezember 2014 durchgeführte Magnetresonanztomographie des Schädels weise zahlreiche Hämosiderinablagerungen betont frontal und im Marklager links sowie rechts parieto-okzipital auf. Daneben fielen aber weitere kortikale und subkortikale Läsionen auf, teilweise auch kontrastmittelaufnehmend, welche ätiologisch nicht sicher zugeordnet werden könnten. Aufgrund dieser ausgedehnten magnetresonanztomographischen Auffälligkeiten habe er die Bilder auch noch mit dem neuroradiologischen Konsiliararzt besprochen, der ebenfalls der Meinung sei, dass die beschriebenen Läsionen nicht vollständig im Rahmen des Traumas interpretiert werden könnten.

6.4 Am 10. April 2015 (SA 121) wurde ein MRI des Neurokraniums gemacht, welches von den Radiologen wie folgt beurteilt wurde: Keine akute intrakranielle Blutung oder Ischämie. Ausgeprägte Hämosiderinablagerungen sowohl sulcal als auch an der cortikomedullären Junktionszone als auch sulcal in sämtlichen Hirnlappen supra- und infratentoriell mit leichter Zunahme im Vergleich zur letzten MR-Voruntersuchung (allerdings bei unterschiedlicher Technik). Eine Läsion im Gyrus frontalis superior links sei in der CT-Voruntersuchung unmittelbar nach Trauma als bereits damals älterer Defekt zu erahnen. Insgesamt könnten die Blutungsresiduen nicht genügend durch das Trauma alleine erklärt werden (keine posttraumatischen kortikalen Gliosen an den Prädilektionsstellen, vor Trauma bereits bestehender Defekt frontal links, Aussparung des Corpus callosum und der Basalganglien, kein posttraumatisches komatöses Zustandsbild, wie bei einer diffusen axonalen Scherverletzung zu erwarten gewesen wäre. Differentialdiagnostisch müsse somit in erster Linie an eine Amyloidangiopathie gedacht werden, DD anderweitige Vaskulitis.

Lediglich punktförmige mikroangiopathische Leukenzephalopathie.

6.5 Die Neurologen des B. \_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 4. Juni 2015 (SA 98, S. 2) fest, zusammenfassend halte man einen Zusammenhang der milden neuropsychologischen Störungen mit den MR-morphologisch nachgewiesenen multiplen disseminierten Mikroblutungen für plausibel. Die Ätiologie der Blutungen bleibe unklar. Differentialdiagnostisch gehe man am ehesten von cerebralen Kavernomblutungen aus, jedoch sei auch eine Amyloidangiopathie radiologisch nicht vollständig auszuschliessen. Im Rahmen der Mikroblutungen interpretiere man auch die Auffälligkeiten im EEG. Bei bislang fehlenden Anfallsereignissen in der Anamnese sehe man eine antikonvulsive medikamentöse Therapie nicht indiziert. Allerdings bestehe in Anlehnung zu den aktuellen Empfehlungen der Schweizerischen Epilepsiegesellschaft für mindestens 6 Monate keine Fahreignung, da das EEG mit der Fahreignung nicht vereinbar sei. Die Beschwerdeführerin sei informiert und mit dem Vorgehen einverstanden.

6.6 Gemäss MRI des Neurokraniums vom 26. Oktober 2015 (SA 122) zeigten sich die bekannten diversen Blutungsresiduen im Hirnparenchym in unterschiedlichen Formen (punktförmig, linear, ovalär). Verglichen zum 10. April 2015 fänden sich mehrere neue Läsionen, alle auch mit signalarmem Korrelat in T2 und FLAIR. Das Gesamtbild sei suspekt auf eine progrediente Kavernomatose, differentialdiagnostisch Vaskulitis oder Amyloidangiopathie.

6.7 Lic. phil. F. \_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP und Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. November 2015 (SA 112) eine milde neuropsychologische Störung mit Aufmerksamkeitsstörungen und reduzierter kognitiver und psychischer Belastbarkeit vermutlich bei multiplen cerebralen Mikroblutungen unklarer Ätiologie, einen Status nach Fahrradsturz am 10. September 2014 mit Commotio Cerebri / Kopftrauma sowie einen Status nach Burn-Out- Syndrom 2012. Weiter führte lic. phil. F. \_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei in jeder Hinsicht voll orientiert, zeige in den einstündigen, jeweils am späten Nachmittag stattfindenden Gesprächs- / Coachingsitzungen eine durchgängig gute, prompte Antwortreaktionsbereitschaft / Aufmerksamkeit. Sie verfüge über eine in allen Belangungen bildungsstandgerechte Sprachkompetenz. Ihr Denken sei hoch differenziert, sie verfüge über ein gutes, intaktes sach- und selbstkritisches Urteilsvermögen. Gedächtnisseitig fielen lediglich nicht unerhebliche Schwierigkeiten / Verzögerungen beim Zugriff auf Jahreszahlen, etwa den Geburtsjahren ihrer beiden Söhne auf. In psychischer Hinsicht falle bei der Versicherten eine deutlich gesteigerte Unruhe / Unrast und Angespanntheit auf. Es bestünden übersteigerte Leistungserwartungen an die eigene Person sowie eine habituell übersteigerte Verantwortungsübernahme, dazu auch eine ausgeprägte Neigung zu negativen, Stress induzierenden und steigernden negativen Eigenbeurteilungen. In den beratenden und stützenden Gesprächen / im neuropsychologischen Coaching seien mit der Beschwerdeführerin zunächst ihre fehladaptiven Erwartungshaltungen und Einstellungen sowie ihre zusätzlich hinderliche, übersteigerte Selbstüberwachung kritisch reflektiert sowie eine kritische Distanznahme und eine realitätsbezogene, adaptierte Einstellung und Handhabung zu den beruflichen und lebensalltäglichen Aufgabestellungen, im Weiteren auch Möglichkeiten und Chancen zur Nutzung regenerativer Ressourcen und Freiräume erarbeitet worden. Nach und nach sei es ihr gelungen, sich aus ihrer andauernden Selbstüberwachung und Negativbeurteilung zu befreien, sich innerlich etwas distanzierter und sachgerechter ihren nach wie vor vielgestaltigen und zehrenden beruflichen Aufgaben

und Pflichten zu widmen, sich dabei auch mehr und mehr auf das positiv Erreichte, auf ihre Erfolge zu fokussieren, gelassener mit den verbliebenen Leistungsschwächen umzugehen, Erholungsräume besser für sich zu nutzen, respektive auch zu schaffen. Mittlerweile zeige sich denn auch ihr Schlaf etwas gebessert. Sie zeige sich zuversichtlicher und stimmungstabiler, erlebe sich wieder mehr und mehr bei sich, respektive im Einklang mit sich selber.

6.8 PD Dr. med. L. \_\_\_ vom B. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 2. Dezember 2015 (SA 117, S. 2) fest, MR-tomographisch zeigten sich multiple Blutungsresiduen, im Verlauf etwas progredient, welche auf eine Kavernomatose verdächtig seien, differenzialdiagnostisch auf eine Amyloidangiopathie. Elektroenzephalographisch habe sich im Halbjahresverlauf ebenfalls eine deutliche Zunahme der cerebralen Übererregbarkeit mit aktuell wiederholt auftretenden epilepsieverdächtigen Abläufen bifrontotemporal gezeigt. Auch wenn es nach den glaubhaften Angaben der Beschwerdeführerin bislang nicht zu einem eindeutigen epileptischen Anfall gekommen sei, erkläre der aktuelle EEG-Befund einen Teil der geschilderten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Da bei dem hohen intellektuellen Niveau der Beschwerdeführerin eine grosse Kompensationsbreite von subklinischen Störungen angenommen werden könne, seien die Auswirkungen der in den Zusatzuntersuchungen belegten Störungen wahrscheinlich in Form von verminderter Stressresistenz und schneller Ermüdbarkeit zu sehen.

6.9 Die Neurologen der Versicherungsmedizinischen Abteilung der Suva, Dres. med. H. \_\_\_ und M. \_\_\_, führten in ihrer Beurteilung vom 23. Februar 2016 (SA 124) aus, im Rahmen des Fahrradunfalls vom 10. September 2014 habe sich die Versicherte neben einer Humerusfraktur links und einer Zahnverletzung auch eine Schädelverletzung zugezogen. Nach klinischen Kriterien sei von einer MTBI (mild traumatic brain injury) auszugehen mit einer antero- und retrograden Amnesie und einem passageren Verwirrheitszustand. Der GCS habe initial bei 14/15 gelegen. Am Kinn habe eine Riss Quetsch-Wunde bestanden. In der initialen Computertomographie sehe man im linken Frontalhirn eine demarkierte, also ältere Substanzläsion von ca. 10 mm Ausdehnung. Frische Verletzungsfolgen könne man jedoch weder ausserhalb des Schädels noch am knöchernen Schädel skelett noch intrakraniell erkennen. Die mit einer Verzögerung von einem Vierteljahr zum Trauma durchgeführte Magnetresonanztomographie habe den Nachweis multipler vorausgegangener kleinster Durchblutungsstörungen sowie kleinerer rundlicher Läsionen verdächtig auf Kavernome erbracht. In weiteren Magnetresonanztomographien vom 10. April 2015 und vom 26. Oktober 2015 sei eine Progredienz der kavernomverdächtigen Strukturen festgestellt worden. Hierbei sei jedoch zu beachten, dass der Kavernomnachweis bei Geräten mit höherer Feldstärke leichter gelinge, eine zahlenmässigen Zunahme der Kavernome deshalb auch hierdurch bedingt sein könnte. Als Grunderkrankung komme somit zuallererst eine hereditäre Kavernomatose in Betracht, deren Kennzeichen sowohl multiple Kavernome seien als auch eine Zunahme der Kavernome im Verlauf des Lebens. Eine hereditäre Kavernomatose komme im Rahmen eines autosomal dominanten Erbgangs zustande durch Mutation dreier Gene (CCM1, CCM2, CCM3). Ein Nachweis der Erkrankung im Blut des Betroffenen sei mit einer humangenetischen Untersuchung möglich. Da in der Magnetresonanztomographie zudem Veränderungen erkennbar seien, die für eine neurovaskuläre Erkrankung sprechen könnten, sei differentialdiagnostisch auch eine zerebrale Amyloidangiopathie für möglich erachtet worden. Die deswegen in der

B.\_\_\_\_ durchgeführte Liquoruntersuchung habe jedoch keine Bestätigung dieses Verdachts erbracht. Dies schliesse allerdings das Vorliegen dieser Erkrankung nicht gänzlich aus. Es sei nicht möglich, neben all diesen magnetresonanztomographischen Veränderungen noch Residuen des Traumas vom 10. September 2014 zu differenzieren. Die Tatsache, dass in der initialen Computertomographie jedoch keine Einblutungen erkennbar gewesen seien, spreche sehr dafür, dass die in der Magnetresonanztomographie nachweisbaren Blutresiduen nicht traumatischer Natur seien, sondern primär auf die beiden diskutierten Erkrankungen zurückgingen, die familiäre Kavernomatose oder die zerebrale Amyloidangiopathie. Damit sei davon auszugehen, dass die bei der Versicherten vorliegenden neuropsychologischen Beeinträchtigungen nicht überwiegend wahrscheinlich Folge des Traumas vom 10. September 2014 seien.

6.10 Im Bericht vom 4. April 2016 (SA 146) führte lic. phil. F.\_\_\_\_ aus, die Einschränkungen, insbesondere ihre lebens- und berufsalltäglichen Gedächtnisschwierigkeiten, beständen gegenwärtig unverändert fort und würden die Beschwerdeführerin nach wie vor zu einem erheblichen und ermüdenden Kontroll- und Arbeitsmehraufwand zwingen. Im November 2015 seien bei ihr eine MRI- und eine EEG-Kontrolluntersuchung durchgeführt worden. In ersterer seien bei ihr deutlich mehr Mikroblutungen als noch bei der zuletzt erfolgten Untersuchung gefunden worden, im EEG sei dann ebenfalls eine deutliche Verschlechterung der Hirnströme mit nun neu auch einzelnen epileptoiden Potentialen festgestellt worden, welche bei der Beschwerdeführerin kein subjektives Korrelat, etwa in einer Akzentuierung der subjektiv erlebten Beschwerden, aufwies. Seit Anfang 2016 arbeite sie nun zu 70 % in der ihr angestammten Funktion / Position als Schulleiterin und diese 70 % Beanspruchung erweise sich nun bereits nach wenigen Wochen als zu hoch / zu viel. Sie bewege sich mit dieser Auslastung bereits mittelfristig erneut auf eine mentale / psychische Erschöpfung zu, was auch angesichts der oben erwähnten, aktuellen Belege für eine sowohl hirnstrukturelle als auch eine hirnfunktionelle Befundverschlechterung doch Besorgnis auslösen müsse. Längerfristig wäre dem klinischen Verlaufseindruck folgend aus Sicht des Referenten für die Beschwerdeführerin lediglich eine 50 bis maximal 60 % Tätigkeit in ihrer angestammten Funktion als Schulleiterin verträglich, respektive zumutbar. Entgegen der im Vorbericht noch geäusserten Zuversicht könne bei der Beschwerdeführerin leider nicht mehr mit der Wiederaufnahme einer vollzeitigen Arbeitstätigkeit gerechnet werden.

6.11 Im Bericht des N.\_\_\_\_ vom 27. April 2016 (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 55, S. 7) betreffend die neuropsychologischen Untersuchungen vom 5. April und 20. April 2016 wurde ausgeführt, das Ausmass der objektivierbaren neuropsychologischen Beeinträchtigungen sei als leicht zu beurteilen und betreffe vor allem die Aufmerksamkeitskapazität (geteilte Aufmerksamkeit) und das kognitive Monitoring. In Berufen mit hohen Anforderungen, wie das bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, müsse bei dieser Ausprägung jedoch von einer mindestens mittelgradigen Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag ausgegangen werden. Die tatsächliche Arbeitsfähigkeit sei bei der als Schulleiterin tätigen Beschwerdeführerin daher mit maximal 50 % festzusetzen, da die ständig erforderliche Kompensation dieser Funktionsdefizite die Reserven belaste, die für die Bewältigung der Vielzahl von kognitiven Aufgaben normalerweise zur Verfügung stünden.

6.12 Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie, Naturheilverfahren, Spezielle Schmerztherapie, hielt in seinem Bericht vom 17. Juni 2016 (SA 153, S. 11) fest, die

Beschwerdeführerin sei vor dem Unfall vom 10. September 2014 in seiner Behandlung gewesen. Die nachfolgend aufgeführten schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen seien alle nach dem Unfall vom 10. September 2014 aufgetreten:

6.13 Der behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin, Dr. med. O.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Juni 2016 (IV-Nr. 53) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig F33.1 sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung nach schwerem Velounfall 2014. Die Beschwerdeführerin leide an einer Erschöpfungsdepression mit Freudlosigkeit, Interessenverlust und Verminderung des Antriebes. Weiter bestünden ein vermindertes Selbstvertrauen und pessimistische Zukunftsperspektiven. Sie leide unter dieser Symptomatik seit dem Velounfall. Die posttraumatische Belastungsstörung finde sich in der Furcht vor der Erinnerung des Unfalls und der Vermeidung von Stichworten und Orten, die Erinnerungen des ursprünglichen Traumas hervorrufen würden. Wenn die Erinnerungen auftauchen, komme es phasenweise zu starken psychischen Reaktionen wie Angst, Panik, körperlicher Enge und Schweissausbrüchen und Zunahme der Depression. Es habe sich im Verlaufe der Therapie gezeigt, dass die Beschwerdeführerin nicht wirklich mehr als 50 % arbeitsfähig sei. Wie weit organische, cerebrale Folgeschäden durch den Unfall bestünden, müsse durch die neurologischen Untersuchungen abgeklärt werden. Psychiatrisch bestehe aufgrund der oben beschriebenen Symptomatik ein direkter Zusammenhang zum Unfall.

6.14 Dr. med. habil. P.\_\_\_\_, Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 55, S. 5) aus, in der klinischen Untersuchung sei eine etwas reduzierte Geruchswahrnehmung aufgefallen. Ansonsten seien die Hirnnerven regelhaft gewesen. Die Koordination inkl. monopodalem Hüpfen sei regelhaft gewesen. Der Trizeps-Sehnenreflex sei links betont gewesen. Ebenso der Trömmnerreflex links positiv, der Bizepssehnenreflex und der Brachioradialisreflex seien seitengleich gewesen. An der Fingerspitze des Fingers II rechts habe sie eine Taubheit beklagt. Ansonsten regelhafte Berührungsempfindung. Keine Paresen. Aufgrund der deutlichen Einschränkungen in der Kommunikation, Aufmerksamkeit und Konzentration sei erneut eine neuropsychologische Testung durchgeführt worden. Anmerken möchte er, Dr. med. P.\_\_\_\_, noch, dass eine einmalige Vorstellung der Beschwerdeführerin im September 2009 bei ihm stattgefunden habe, während derer sie eine Taubheit im Gesicht und den Fingern der linken Hand beklagt habe, die rezidivierend aufgetreten sei und bis zu einer Stunde gedauert hätten. Vermutlich habe es sich damals schon um eine Kavernomblutung gehandelt, die diese Symptome verursacht habe. Aus seiner Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %.

6.15 Im neuroradiologischen Konsil vom 9. September 2016 (SA 165) hielt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, die im vorliegenden Kontext relevanten Befunde seien multiple hypointense Läsionen auf den suszeptibilitätsgewichteten Bildgebungen. Insbesondere erwähnenswert sei die grösste dieser Läsionen im Bereich der weissen Substanz frontal links. Hier sei zu erwähnen, dass im initialen posttraumatischen CT an dieser Stelle bereits eine im Wesentlichen hypodense und demarkierte Läsion bestehe ohne raumfordernden Effekt und ohne perifokales Ödem, sodass es sich hierbei bereits um eine vorbestehende Läsion handle. Erwähnenswert sei weiterhin, dass im anteriorenkranio-lateralen Anteil fraglich eine millimetergrosse hyperdense Signalalteration bestehe, die möglicherweise zusätzlichem akutem Blut entsprechen könnte. Somit sei zumindest diese Läsion bereits partiell vorbestehend mit möglicherweise minimaler akuter posttraumatischer Einblutung. Die weiteren Läsionen seien retrospektiv im initialen CT nicht eindeutig abgrenzbar. Weiterhin

erwähnenswert sei, dass diese Läsionen im Verlauf progredient seien. So trete beispielsweise eine Läsion temporal rechts auf zwischen dem 8. Dezember 2014 und dem 10. April 2015, und beispielsweise eine Läsion parietal rechts trete auf zwischen dem 10. April 2015 und dem 26. Oktober 2015. Somit sei klar, dass einige dieser Läsionen im Verlauf neu aufträten und damit nicht in direktem Zusammenhang mit dem Unfall stünden. Diese multiplen Läsionen der suszeptibilitätsgewichteten Bildgebung seien atypisch, da die meisten in radiärer Anordnung entlang der perivaskulären Räume lokalisiert seien. Weiterhin bestehe fraglich eine diskrete superfizielle Siderose im Bereich des Sulcus frontalis superior beidseits linksbetont sowie im Bereich des Sulcus centralis linksseitig. Erwähnenswert sei, dass keine Suszeptibilitätsläsionen im Bereich der Basalganglien bestünden und nur sehr wenige Läsionen infratentoriell lokalisiert seien. Diese Läsionen hätten nicht das charakteristische Bild von Kavernomen. Als weiterer Befund bestehe ein erweiterter Virchow Robin-█scher Raum im Bereich des Striatum auf der rechten Seite im Sinne einer Normvariante. Ausserdem bestehe eine leichtgradige mikrovaskuläre Enzephalopathie. Der vorliegende Befund entspreche nicht einer typischen zerebralen Amyloidangiopathie, da es insgesamt relativ wenige Mikroblutungen in lobärer Lokalisation gebe und auch wenig Leukenzephalopathie bestehe. Dennoch seien die beschriebenen Läsionen vereinbar mit einer atypischen Manifestation einer zerebralen Amyloidangiopathie. Wie oben beschrieben sei zumindest die grösste und damit am besten beurteilbare Läsion frontal links bereits vorbestehend, und im Verlauf träten neue Läsionen auf, die damit nicht direkt im Zusammenhang mit dem Unfall stünden. Der überwiegende Anteil der beschriebenen Läsionen sei radiär angeordnet entlang der perivaskulären Räume. Diese Konfiguration sei untypisch für eine Kavernomatose. Als Differenzialdiagnose komme eher noch eine Vaskulitis in Frage, wobei hierfür zum Zeitpunkt der Begutachtung keine klinischen Argumente vorlägen. Wie oben bereits beschrieben, bestehe eine geringgradige mikroangiopathische Leukenzephalopathie. Diese sei im Verlauf nicht wesentlich progredient. Wie oben beschrieben sei die grösste Läsion bereits im unmittelbar posttraumatischen CT zumindest grossteils konstituiert und somit vorbestehend. Fraglich bestehe eine kleine akute millimetergrosse Einblutung. Es sei daher möglich, dass es sich um vorbestehende Läsionen handle mit dementsprechend erhöhter Vulnerabilität für eine zusätzliche posttraumatische Mikroblutung. Erwähnenswert sei, dass die beschriebenen Läsionen teilweise für eine zerebrale Amyloidangiopathie atypisch seien. Es wäre daher möglich, dass es sich um ein Mischbild handle und dass beispielsweise bei vorbestehender zerebraler Amyloidangiopathie durch die erhöhte Vulnerabilität erleichtert traumatische Mikroblutungen bestünden. Wie bereits diskutiert seien die Läsionen im Verlauf progredient und somit zumindest teilweise nicht mit dem Unfall assoziiert, was ein zusätzliches Argument für eine bereits vorbestehende Pathologie sei.

6.16 In der neurologischen Beurteilung der Suva Versicherungsmedizin vom 3. Oktober 2016 (SA 167) führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, in der kranialen Computertomographie vom Unfalltag seien keine Verletzungsfolgen an den Schädelweichteilen, an den knöchernen Schädelstrukturen und intrakraniell nachweisbar. Frontal links sei eine keilförmige, subkortikale Parenchymläsion mit einer Ausdehnung von ca. 12 x 6 x 6mm, scharf begrenzt erkennbar und somit älteren Datums. Es fänden sich multiple erweiterte perivaskuläre Räume (Virchow-Robin-█sche Räume). Eine kleine Basalganglienverkalkung im linken Pallidum sowie eine Asymmetrie der Seitenventrikel als Anlagevariante seien ohne pathologische Bedeutung. Weder intra- noch extrakraniell lägen somit computertomographisch erkennbare Kontusionsläsionen oder traumatische Einblutungen

vor. Am 8. Dezember 2014 sei erstmals eine kraniale Magnetresonanztomographie durchgeführt worden. Diese habe am Rande der im Computertomogramm erkennbaren linksfrontalen Läsion fraglich eine «im antero-kranio-lateralen Anteil millimetergrosse hyperdense Signalalteration, die frischem, akutem Blut entsprechen könnte», erbracht. Allein hierauf gründe der neuroradiologische Konsiliararzt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ seine Diagnose einer traumabedingten Einblutung. Weitere Argumente für durch den Unfall hervorgerufene intrakranielle Einblutungen könne er nicht darlegen. Im Gegensatz zur eigenen Beurteilung sehe der neuroradiologische Konsiliararzt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ die erheblichen Veränderungen in den magnetresonanztomographischen Bildern als Hinweis für eine atypische Amyloidangiopathie und werte sie nicht im Sinne einer familiären Kavernomatose. Dem eingeholten neuroradiologischen Konsil von Herrn Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ könne entnommen werden, dass er eine mögliche, millimetergrosse Einblutung in die bereits früher existente Läsion frontal links nicht als akute Traumafolge für «möglich» halte. Eine klinische Bedeutung käme ihr dennoch nicht zu, da sie nicht im vitalen Hirngewebe, sondern einer vorgeschädigten Stelle lokalisiert sei. Die Überlegung, dass eine zerebrale Amyloidangiopathie die Entstehung von Mikroblutungen trotz fehlender Schwere des Traumas fördern könnte, werde in der medizinischen Literatur für möglich erachtet. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit hierfür läge jedoch erst dann vor, wenn eine Blutung an typischer traumatischer Prädilektionsstelle stattfinden würde. Hierzu zählten beispielsweise der Kortex der Frontalpole und die frontobasalen Hirnwindungen sowie die Pole der Temporallappen. Genau dort liessen sich bei der Versicherten aber keine Einblutungen nachweisen. Es sei zudem noch einmal betont, dass die initial durchgeführte kraniale Computertomographie keinerlei Einblutungen oder andere Traumafolgen erbracht habe. Selbst für den möglichen Fall, dass das Trauma dort tatsächlich zu einer Einblutung geführt habe, wäre sie ohne klinische Bedeutung, da sie in einem bereits geschädigten Hirnareal entstanden sei.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen des extern hinzugezogenen Arztes, Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, speziell Neuroradiologie, vom 9. September 2016 (SA 165) sowie von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, vom 3. Oktober 2016 (SA 167) ab. Die Rechtsprechung hat den Berichten von versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen sowie von ständigen Vertrauensärzten eines Versicherungsträgers stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt jedoch praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu. 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). Solche Zweifel können sich namentlich aus einem nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes ergeben. Der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung genügt in diesem Zusammenhang nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

Strittig ist im vorliegenden Fall aus medizinischer Sicht im Wesentlichen, ob die festgestellten Mikroblutungen im Hirn der Beschwerdeführerin und die in diesem Zusammenhang geltend gemachten neuropsychologischen Beeinträchtigungen wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal

zum Unfallereignis vom 10. September 2014 sind. Diesbezüglich ist die vorliegende medizinische Aktenlage teilweise widersprüchlich:

Im Bericht der G.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2015 (SA 64) wurde ausgeführt, es bestünden starke Beeinträchtigungen durch Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, das HWS-MRT habe keine Nervenkompressionen ergeben. Im Schädel-MRT vom 8. und 16. Dezember 2014 zeigten sich Hämosiderin-Ablagerungen, daneben (sub)kortikale Läsionen (Mikroblutungen), ätiologisch nicht sicher zuzuordnen und nicht vollständig im Rahmen des Traumas zu interpretieren. Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie, Naturheilverfahren, Spezielle Schmerztherapie, hielt in seinem Bericht vom 17. Juni 2016 (SA 153, S. 11) fest, die Beschwerdeführerin sei vor dem Unfall vom 10. September 2014 in seiner Behandlung gewesen. Die schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen seien alle nach dem Unfall vom 10. September 2014 aufgetreten. Die Neurologen der Versicherungsmedizinischen Abteilung der Suva, Dres. med. H.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_, führten in ihrer Beurteilung vom 23. Februar 2016 (SA 124) aus, die Tatsache, dass in der initialen Computertomographie jedoch keine Einblutungen erkennbar gewesen seien, spreche sehr dafür, dass die in der Magnetresonanztomographie nachweisbaren Blutresiduen nicht traumatischer Natur seien, sondern primär auf die beiden diskutierten Erkrankungen zurückgingen: Die familiäre Kavernomatose oder die zerebrale Amyloidangiopathie. Dr. med. E.\_\_\_\_, Neuroradiologie, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 9. September 2016 (SA 165) aus, der MRT-Befund sei für eine zerebrale Amyloidangiopathie nicht typisch, aber mit einer atypischen Manifestation vereinbar. Eine Kavernomatose wäre ebenfalls untypisch, während für eine Vaskulitis die klinischen Argumente fehlten. Die grösste Läsion sei vorbestehend, während im Verlauf nach dem Unfall weitere Läsionen aufgetreten seien, was für eine Erkrankung vor dem Unfall spreche. Fraglich liege eine millimetergrosse akute Einblutung vor. Denkbar sei ein Mischbild vorbestehender Läsionen mit erhöhter Vulnerabilität für traumatische Mikroblutungen. Schliesslich hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Suva Versicherungsmedizin, in seiner Aktenbeurteilung vom 3. Oktober 2016 (SA 167) fest, mangels Traumafolgen im CT vom Unfalltag sei eine Unfallkausalität der von Dr. med. E.\_\_\_\_ postulierten akuten Einblutung nicht nachvollziehbar. Zudem würden die Blutungen nicht dort auftreten, wo sie bei einem Unfalltrauma zu erwarten wären.

Im Lichte der vorgehend aufgeführten und teilweise einander entgegenstehenden Arztberichte erscheint die Natur der Einblutungen noch nicht hinreichend geklärt zu sein. Dies insbesondere deshalb, weil sich die von der Suva veranlassten Aktenbeurteilungen ■ extern durch Dr. med. E.\_\_\_\_ sowie versicherungsintern durch Dr. med. H.\_\_\_\_ ■ einander teilweise widersprechen. Auch wenn die Mikroblutungen unbestrittenermassen teilweise vorbestehend waren, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden, ob der Unfall vom 10. September 2014 nicht zumindest eine Teilkausalität für das Bestehen der noch geklagten Beschwerden darstellt, zumal wie vorgehend ausgeführt, bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Solche zumindest geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ von der Suva Versicherungsmedizin liegen demnach vor. Somit kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, ein Gerichtsgutachten zu veranlassen.

8. Das neurologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 5. März 2018 (A.S. 84 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Die Beurteilung

stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat.

Dr. med. C. \_\_\_ setzt sich gestützt auf die Akten sehr eingehend mit dem Verlauf nach dem Unfall sowie den entgegenstehenden Arztberichten auseinander und begründet seine Schlussfolgerungen überzeugend: Aus neurologischer Sicht könne festgehalten werden, dass sich im Rahmen des Velounfalles vom 10. September 2014 eine Commotio cerebri zugetragen habe, in diesem Zusammenhang sei insbesondere auf den Austrittsbericht der interdisziplinären Notfallstation des B. \_\_\_ vom 11. September 2014 zu verweisen, der diese Diagnose als ersten Punkt aufführe. Im Zusammenhang mit der retrospektiven Beurteilung von Unfallereignissen sei immer die Echtzeitdokumentation als sehr wichtig einzustufen, dies ergebe sich auch in der aktuellen Beurteilung bei der Beschwerdeführerin, wonach die Notfallmediziner eindeutig eine Commotio cerebri diagnostiziert hätten. Etwas ungewöhnlich beim initialen Verlauf sei die deutliche Amnesie anterograd und retrograd gewesen, diese könne aber ohne weiteres auch funktionell und somit psychogen bedingt gewesen sein, ein gewisses Argument dafür sei die von der Beschwerdeführerin noch aktuell beschriebene Fluktuation der Gedächtnisfunktionen am Unfalltag. Die Diskrepanz zwischen der Dauer der Bewusstlosigkeit und der posttraumatischen Amnesie sei nicht weiter erstaunlich oder ungewöhnlich und könne bei den meisten Schädelhirnverletzungen angetroffen werden, egal ob es sich um eine Commotio cerebri oder um eine Contusio cerebri handle. In Bezug auf die Echtzeitdokumente halte er auch das initiale CT des Kopfes vom 10. September 2014 am B. \_\_\_ für sehr wichtig. Hier würden keine abnormen intrakraniellen Befunde beschrieben, somit keine Blutungen und keine sonstigen parenchymatösen Läsionen. Dies sei einerseits wichtig, weil somit keine relevanten posttraumatischen intrakraniellen Blutungen beschrieben worden seien, auch wenn dies später in einer retrospektiven Beurteilung der Bilder als möglich eingestuft worden sei. Auch die später beschriebene Läsion frontal links sei im initialen CT-Befund nicht erwähnt worden, so dass diese zweifelsohne nicht sehr prominent gewesen und sicherlich nicht in Zusammenhang mit dem Velounfall vom selben Tag zu interpretieren sei. Wenn der neuroradiologische Gutachter Prof Dr. med. E. \_\_\_ am 9. September 2016 über eine fragliche kleine akute millimetergrosse Einblutung in der unmittelbaren posttraumatischen CT-Untersuchung berichte, so handle es sich hierbei ganz offensichtlich nicht um einen eindeutigen und relevanten abnormen Befund. Im weiteren Verlauf sei es dann trotz dieser initial eindeutig gestellten Diagnose einer Commotio cerebri zu einer gewissen diagnostischen Verwirrung gekommen auf Grund der MRI-Befunde und der sich daraus durchaus nachvollziehbar ergebenden Beurteilung der Kopfverletzung im Rahmen des Velounfalles vom 10. September 2014 als Contusio cerebri. Retrospektiv müsse diese Interpretation als Contusio cerebri aber klar abgelehnt werden, die im MRI nachweisbaren Veränderungen seien mit Sicherheit bereits zum Grossteil vorbestehend gewesen vor dem Unfall vom 10. September 2014. Für diese Interpretation spreche auch die Tatsache, dass die zerebralen MRI-Veränderungen im weiteren Verlauf anlässlich der Kontrollen zugenommen hätten und somit sicherlich nicht als rein und ausschliesslich unfallkausal eingestuft werden könnten. Diese Interpretation unterstütze auch der neuroradiologische Gutachter Prof Dr. med. E. \_\_\_, der am ehesten von einer atypischen zerebralen Amyloidangiopathie ausgehe. Diese Diagnose sei zweifelsohne ungewöhnlich, nach dem die zerebrale Amyloidangiopathie zumeist erst bei Personen über 55 Jahren in Erscheinung trete und zwar typischerweise mit lobären zerebralen Blutungen, was bei der Beschwerdeführerin bis anhin offenbar nicht eindeutig der Fall gewesen sei. Die Hypothese

des neuroradiologischen Gutachters Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, wonach es sich möglicherweise um ein Mischbild handle mit einer erhöhten Vulnerabilität der zerebralen Gefässe auf Grund der zerebralen Amyloidangiopathie, sei seines Erachtens in der Literatur nicht erwähnt und bestätigt worden. Die Literatur beinhalte nur wenige Fallberichte über traumatisch bedingte intrazerebrale Blutungen bei Patienten mit vorbestehender zerebraler Amyloidangiopathie. Auch wenn man dieser Hypothese des neuroradiologischen Gutachters Prof Dr. med. E.\_\_\_\_ folgen möchte, so müsse hier doch einschränkend festgehalten werden, dass die Diagnose der zu Grunde liegenden Enzephalopathie bei der Beschwerdeführerin unklar sei, trotz der bisher durchgeführten Abklärungen sei die Verdachtsdiagnose einer atypischen zerebralen Amyloidangiopathie daher nicht als gesichert zu betrachten. Vor diesem Hintergrund einer unsicheren Diagnose erscheine die Hypothese von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, wonach es sich möglicherweise um ein Mischbild handle, als doch recht gewagt und konstruiert und finde wie bereits erwähnt in der Literatur keine entsprechende Unterstützung. Dies werde im Wesentlichen auch damit erhärtet, dass die Beschwerdeführerin im initialen CT des Kopfes vom Unfalltag keine relevante intrakranielle Blutung gezeigt habe und somit diese Hypothese eines Mischbildes lediglich möglich erscheine.

Wie Dr. med. C.\_\_\_\_ sodann weiter korrekt anmerkt, vermöchten die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, wonach der Velounfall vom 10. September 2014 bei ihr zu einem Einschnitt geführt habe, insbesondere in Bezug auf die kognitiven Funktionen, alleine die Unfallkausalität nicht zu begründen. Das Prinzip des «post hoc, ergo propter hoc» kann in der Beurteilung der Unfallkausalität von Ereignissen bekanntermassen alleine nicht genügen, um den Zusammenhang zwischen dem Unfall und den posttraumatischen Beschwerden ausreichend zu begründen (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Dementsprechend ist auch der Bericht von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2016 (SA 153) nicht weiterführend, worin dieser argumentiert, sämtliche Beschwerden seien erst nach dem Unfall aufgetreten. Weiter führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin berichte zwar durchaus glaubhaft, bis zum Unfallereignis vom 10. September 2014 kognitiv absolut nicht eingeschränkt gewesen zu sein. Das Vorliegen einer direkt traumatisch bedingten zerebralen Schädigung als Ursache dieser abrupten kognitiven Verschlechterung auf Grund des Unfalles vom 10. September 2014 halte er aber für lediglich möglich und nicht sehr wahrscheinlich. Auch sei im posttraumatischen Verlauf durchaus mit einer Verbesserung dieser Beschwerden zu rechnen gewesen, wie dies von der Beschwerdeführerin aktuell im Übrigen auch angegeben werde. Daher könne es aus neurologischer Sicht als wahrscheinlich angesehen werden, dass die Beschwerdeführerin sich von den Unfallfolgen in Bezug auf eine Schädelhirntraumatisierung spätestens ein Jahr nach dem Unfall wiederum vollständig erholt gehabt habe. Somit könne davon ausgegangen werden, dass der Status quo sine ein Jahr nach dem Unfall wieder erreicht gewesen sei. Demnach habe aus neurologischer Sicht auch zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides der SUVA vom 26. Oktober 2016 keine unfallkausale Schädigung im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems mehr bestanden. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung zeige jedenfalls keine relevanten abnormen Befunde und stehe damit in guter Übereinstimmung zu den neurologischen Voruntersuchungen beispielsweise am B.\_\_\_\_. Im Vergleich zur letzten vorliegenden neurologischen Untersuchung durch Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2016 fänden sich aktuell auch keine relevanten Differenzen in der klinisch-neurologischen Untersuchung, die von ihm beschriebenen diskreten abnormen Befunde am linken Arm

könnten aktuell nicht mehr nachgewiesen werden. Aktuell könnten daher keine klaren traumatisch bedingten Schäden am zentralen oder peripheren Nervensystem als Folge des Unfalles vom 10. September 2014 festgestellt werden. Aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Die vom behandelnden Neurologen Dr. med. P.\_\_\_\_ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit werde von diesem offenbar mit den neuropsychologischen Einschränkungen begründet, dies möge für seine Funktion als behandelnder Neurologe durchaus zutreffend erscheinen, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei dieses Vorgehen allerdings nicht zulässig, weil die Neuropsychologie als eigenes klinisches Fach die Arbeitsfähigkeit separat zu beurteilen habe. Gestützt auf seine Erwägungen vermögen schliesslich auch die Schlussfolgerungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu überzeugen. Gemäss Dr. med. C.\_\_\_\_ könnten die Diagnose der Amyloidangiopathie und die von der versicherten Person angegebenen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 10. September 2014 zugeordnet werden. Es lägen unfallfremde Beschwerden vor, das Krankheitsbild der zerebralen Amyloidangiopathie habe bei der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall vom 10. September 2014 vorgelegen. Aktuell handle es sich bei der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich nicht mehr um ein Mischbild, die vom neuroradiologischen Gutachter Prof Dr. med. E.\_\_\_\_ formulierte Hypothese eines Mischbildes sei bei der Beschwerdeführerin nicht klar nachzuweisen und nachzuvollziehen und finde insbesondere kein entsprechendes Korrelat in der Literatur. Das Zutreffen dieser Hypothese eines Mischbildes sei somit aus versicherungsmedizinischer neurologischer Sicht lediglich als möglich, aber nicht als wahrscheinlich einzustufen. Wenn man dieser Hypothese eines Mischbildes zumindest partiell folgen wolle, so könne man der Beschwerdeführerin durchaus eine etwas protrahierte Rekonvaleszenz nach dem Unfall vom 10. September 2014 im Ausmass von zwölf Monaten zugestehen bis zur Erreichung des Status quo sine.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar ist. Es ist demnach davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht noch geklagten Beschwerden spätestens ein Jahr nach dem Unfall vom 10. September 2014 nicht mehr als unfallkausal anzusehen sind. An diesem Beweisresultat vermögen auch die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, der Gutachter sei von der falschen Annahme ausgegangen, dass vor dem Unfallereignis 2013 eine erhebliche Depression mit 12-monatiger Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Es habe jedoch lediglich eine Teilarbeitsunfähigkeit bestanden. Zudem habe Dr. med. C.\_\_\_\_ die Ehescheidung kurzerhand ins Unfalljahr versetzt und versucht, dies mit als Grund für die bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen anzuführen. Die Scheidung sei aber bereits im Jahr 2012 erfolgt. Der Beschwerdeführerin ist zwar insofern Recht zu geben, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ in den angesprochenen Punkten von einem unzutreffenden Sachverhalt ausgegangen ist. Es ist aber nicht ersichtlich, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ aufgrund dieser falschen Annahmen zu einer unzutreffenden Beurteilung gelangt ist. Es sind denn auch nur Nebenpunkte, die aus somatisch-neurologischer Sicht nicht von Belang sind. Auch im Lichte dessen kann demnach vollumfänglich auf das Gutachten abgestellt werden.

9. Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, die neuropsychologischen und psychischen Beeinträchtigungen seien unfallkausal. Auch der behandelnde Psychiater der

Beschwerdeführerin, Dr. med. O.\_\_\_\_, vertrat in seinem Bericht vom 23. Juni 2016 (IV-Nr. 53) die Ansicht, psychiatrisch bestehe aufgrund der oben beschriebenen Symptomatik ein direkter Zusammenhang zum Unfall. Zudem hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Gutachten fest, eine gewisse psychische Fehlverarbeitung des Velounfalles sei seines Erachtens möglich und denkbar.

9.1 Vorweg ist festzuhalten, dass es offenbleiben kann, ob die kognitiven Störungen natürlich unfallkausal sind. Denn nach der Rechtsprechung ist es zulässig, eine Leistungspflicht des Unfallversicherers zu verneinen und die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den nicht objektivierbaren Beschwerden besteht, offenzulassen mit der Begründung, ein allfälliger natürlicher Kausalzusammenhang wäre nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

9.2 Die Beschwerdeführerin bringt vor, vorliegend sei von einer Commotio cerebri im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri auszugehen, weshalb die Schleudertrauma-Praxis anzuwenden sei. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden. Entscheidend für die Beurteilung der aufgeworfenen Frage sind in erster Linie die von den Ärzten initial festgestellten Befunde und Schlussfolgerungen. So wurde im B.\_\_\_\_ (Bericht vom 11. September 2014; SA 16) angesichts unauffälliger radiologischer Befunde der zweithöchste Wert auf der Glasgow Coma Scale (GCS) von 14/15 Punkten angenommen, was einer leichten Commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung entspricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_236/2016 vom 11. April 2016 E. 5.2.2; vgl. z.B. [flexikon.doccheck.com/de/Glasgow\\_Coma\\_Scale](http://flexikon.doccheck.com/de/Glasgow_Coma_Scale)). Dies wurde denn auch im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ (E. II. 8. hiervor) schlüssig dargelegt.

Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

9.3 Bei der Adäquananzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquananz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;

- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstufen ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

9.4 Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1, SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26; 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2, SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83). Bezüglich des vorliegenden Unfallereignisses ist von folgendem Geschehensablauf ■ soweit aktenmässig rekonstruierbar ■ auszugehen (SA 11, 16, 34): Die Beschwerdeführerin ist mit dem Velo in eine Tramschiene gefahren und dann kopfvoran auf den Boden gefallen. Sie hat einen Velohelm getragen. An den Unfallhergang hat die Beschwerdeführerin keine Erinnerung.

Bei der Qualifikation der Unfallschwere nicht zu berücksichtigen sind die durch das Ereignis verursachten Verletzungen. Der vorliegende Unfall ist unter den gegebenen Umständen den mittelschweren Ereignissen und mit Blick auf die Kasuistik innerhalb des mittleren Bereichs präzisierend den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_768/2008 vom 3. Juni 2009 sowie U 59/04 vom 9. September 2005). Bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_487/2009 vom 7. Dezember 2009).

9.5 Dem Unfall ist zwar eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspochen. Er hat sich jedoch nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er ■ objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc) ■ von besonderer Eindrücklichkeit, zumal darauf hinzuweisen ist, dass jedem Unfallereignis eine gewisse Eindrücklichkeit anheim ist. Die Beschwerdeführerin hat auch keine Verletzungen von besonderer Schwere und insbesondere keine Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich korrekt ausführte, wurden der Beschwerdeführerin neben den ärztlichen Untersuchungen zur Behandlung der Schulter eine Physiotherapie verordnet sowie eine rhythmische Massage. Das Bundesgericht hat im Urteil 8C\_13/2008 vom 1. Oktober 2008 E. 3.2.3. das Vorliegen des Kriteriums verneint, da eine ambulante Physiotherapie und ein einmonatiger stationärer Rehabilitationsaufenthalt sowie hausärztliche Kontrollen nicht zur Annahme einer fortgesetzten spezifischen, belastenden Behandlung genügen. Angesichts der meist ambulanten Behandlungen der Beschwerdeführerin ist das Kriterium im vorliegenden Fall zu verneinen.

Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.6). Das Kriterium ist somit zu verneinen.

Zum Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwei Monate nach dem Unfall wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehrte (vgl. SA 34) und seither teilzeitlich tätig war. Sie vermochte aber das Pensum nicht über 50 % zu steigern. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu nachvollziehbar ausgeführt hat, kann im vorliegenden Fall aber nicht von einem ausgeprägten Vorliegen des Kriteriums gesprochen werden. So hat die Beschwerdeführerin zwar versucht, zu ihrer bisherigen Tätigkeit als Schulleiterin zurückzukehren, hat jedoch keinen Versuch unternommen, beispielsweise von der Tätigkeit als Führungskraft abzukommen und eine weniger beanspruchende (leidensangepasste) Tätigkeit, insbesondere als Lehrperson, aufzunehmen. Damit ist das Kriterium der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zwar erfüllt, nicht jedoch in ausgeprägter Weise.

Somit ist höchstens eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen.

10. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 28. April 2016 und Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

11.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ändert nichts daran, dass die Beschwerdeführerin für die Kostenverlegung als unterliegend zu gelten hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. im Urteil 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E.5).

11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt, hatte die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_ von CHF 4'611.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder eine Parteientschädigung zugesprochen noch Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Suva hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 4'611.00 zu bezahlen.

#### Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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