

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00173

vom 17. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00173

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00173 du 17 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00173 del 17 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968, war seit dem 1. Januar 2010 als Mitarbeiterin der Y.____ angestellt und über ihre Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 9. Juli 2012 auf das Tram wartete und von einem schnell vorbeirennenden Mann von hinten nach vorne zu Boden gestossen wurde. Sie prallte mit dem Kopf auf den Boden und verlor das Bewusstsein. Der Rettungsdienst brachte sie ins Z.____ (Urk. 8/13). Die gleichentags durchgeführten computertomographischen Untersuchungen der Halswirbelsäule und des Schädels ergaben keine Hinweise für Frakturen oder strukturelle Läsionen (Urk. 8/17 und 8/54). Es wurden ein leichtes Schädelhirntrauma (Grad I nach Tönnis und Loew), rezidivierende Sturzanfälle seit 2005 und der Verdacht auf eine mit telgradige depressive Episode diagnostiziert (Urk. 8/24) und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. Juli 2012 bescheinigt (Urk. 8/15). Darüber wurde die Suva mit Schadenmeldung vom 23. Juli 2012 in Kenntnis gesetzt (Urk. 8/2), worauf sie die Heilbehandlungskosten übernahm und der Versicherung ab dem 12. Juli 2012 Taggelder ausrichtete (vgl. Urk. 8/7 und 8/8).

In der Folge nahm die Suva zahlreiche medizinische Unterlagen zu den Akten (vgl. Urk. 8/18, 8/25, 8/28, 8/32, 8/33, 8/38, 8/39 und 8/42). Die Versicherung teilte der Suva mit Schreiben vom 6. Dezember 2012 mit, sie habe am 20. August 2012 ihre Arbeit wieder aufgenommen und das Pensum entsprechend den der Suva zugesandten Arztzeugnissen allmählich wieder erhöht. Seit dem 1. Dezember 2012 sei sie wieder im angestammten Pensum von 80 % arbeitsfähig (Urk. 8/42 S. 3). Am 13. Dezember 2012 erklärte sie gegenüber einer Mitarbeiterin der Suva, es gehe ihr zwar besser, sie leide aber nach wie vor unter einer Stresssituation und habe Probleme mit der Konzentration, mit dem Lärm und der Hektik in den Trams etc. Neben dem Unfall vom 9. Juli 2012 spielten aber auch andere Faktoren mit (Umorganisation, Gerüchte, Mobbing etc. am Arbeitsplatz). Sie befinde sich in psychologischer Betreuung. Die Kosten liefen über die Krankenkasse, da sie nicht sagen könne, dass nur der Unfall an ihrem seelischen Zustand schuld sei. Seit dem 1. Dezember 2012 bestehe wieder volle Arbeitsfähigkeit. Dies gehe gut, sie sei selber erstaunt, dass sie wieder die volle Leistung bringe, auch wenn es mit der Konzentration etwas schwierig sei (Urk. 8/40).

Mit E-Mail vom 2. Mai 2013 wandte sich die Versicherte erneut an die Suva und machte geltend, sie leide weiterhin an Problemen bei der Wortfindung und an einer Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses. Ihr Hausarzt habe ihr deshalb eine neuropsychologische Abklärung bei Dr. phil. A.____ im Neuropsychologischen Ambulatorium empfohlen, für die sie um eine Kostengutsprache der Suva ersuche (Urk. 8/44). Nach dem Eingang eines entsprechenden Berichts des Hausarztes Dr. med.

B.____, Fach arzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 10. Mai 2013 (Urk. 8/45), erteilte die Suva am 23. Mai 2013 die beantragte Kostengutsprache (Urk. 8/46). Die Untersuchungen durch Dr. phil. A.____ fanden am 17. und 19. Juni statt und die neuropsychologische Beurteilung wurde am 3. Juli 2013 erstattet (Urk. 8/47 bzw. Urk. 8/50).

Am 14. Februar 2014 erklärte die Versicherte einer Mitarbeiterin der Suva telefonisch, sie habe einen neuen Unfall erlitten. Sie sei von einer Katze gebissen worden und habe eine Blutvergiftung bekommen. Betreffend die Folgen des Unfalles vom 9. Juli 2012 sei sie nicht mehr in Behandlung. Es sei nach wie vor schwierig mit der Konzentration und dies sei nicht jeden Tag gleich. Ihre Arbeit könne sie ohne Einschränkungen ausführen (Urk. 8/51).

Auf Veranlassung der Suva wurde am 26. März 2014 eine Magnetresonanztomographie mit suszeptibilitätsgewichteter Bildgebung durchgeführt (Urk. 8/58 ; vgl. auch Urk. 8/49). Überdies wurden Arztberichte aus der Zeit vor dem Unfallereignis vom 9. Juli 2012 (Urk. 8/60 und 8/63) und weitere medizinische Unterlagen (Urk. 8/64-67) beigezogen. Am 11. Dezember 2014 nahm Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Suva eine neurologische Aktenbeurteilung vor (Urk. 8/71). Dazu nahm die Versicherte am 18. März 2015 schriftlich Stellung (Urk. 8/76). Mit Verfügung vom 24. März 2015 verneinte die Suva einen weiteren Anspruch auf Versicherungsleistungen, da die Folgen des Sturzes vom 9. Juli 2012 spätestens am 1. Dezember 2012 ausgeheilt gewesen seien und eine weitere unfallbedingte Behandlung nicht mehr notwendig sei (Urk. 8/79). Dagegen liess die Versicherte am 2. April 2015 Einsprache erheben (Urk. 8/81), die am 5. Mai 2015 ergänzend begründet wurde (Urk. 8/83). In der Folge wurden die Vorbemerkungen zum streng vertraulichen Aufhebungsvertrag vom Januar 2015 betreffend das seit dem 1. Januar 2010 bestehende Arbeitsverhältnis nachgereicht (Urk. 8/88). Die Suva wies die Einsprache mit Entscheidung vom 16. Juli 2015 ab (Urk. 2 = 8/90). Einer allfälligen Beschwerde gegen diesen Entscheid entzog sie die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 S. 15).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall ereignete sich am 9. Juli 2012, weshalb die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 1.4

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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Da hinfällt jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls

genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.5

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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, 40)

E. 1.6

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 2

E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Demgegenüber ist bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden zu unterscheiden, ob es sich um psychische Fehlentwicklungen nach Unfall handelt, bei welchen die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte zu prüfen sind (sogenannte Psycho-Praxis; vgl. BGE 115 V 133), oder ob ein Schleudertrauma, eine äquivalente Verletzung der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma vorliegt, bei welchen auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten und eine gesamthafte Prüfung vorzunehmen ist (sogenannte Schleudertrauma-Praxis; vgl. BGE 134 V 109).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verweigerung weiterer Versicherungsleistungen im Wesentlichen damit, gestützt auf die Akten sei ab dem 1. Dezember

2012 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Weitere Behandlungsmassnahmen, welche eine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustands und damit eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwarten liessen, erschienen nicht indiziert. Es seien denn auch keine weiteren unfallbedingten medizinischen Behandlungsmassnahmen mehr durchgeführt oder verordnet worden. Vielmehr habe die Versicherte am 14. Februar 2014 telefonisch erklärt, betreffend den Unfall vom 9. Juli 2012 nicht mehr in Behandlung zu sein.

Selbst wenn indessen eine weitere Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Behandlungsdürftigkeit bestünde, wäre zu beachten, dass die noch geklagten Beschwerden nicht objektivierbar seien, da es an einem organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Läsion fehle und auch kein entsprechendes neurologisches Korrelat festgestellt worden sei. Die von Dr. A.____ erhobene leichte kognitive Funktionsstörung ohne

neurologisch-organische Befunde sei nach der Rechtsprechung einer psychischen Beschwerde problematisch gleichzusetzen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts U 321/06 vom 25. April 2007 E. 4.1). Bei diesem Ergebnis erübrigten sich weitere Abklärungen.

Bereits vor dem Unfall vom 9. Juli 2012 hätten psychische Beschwerden vorgelegen. Die noch bestehenden subjektiv wahrgenommenen somatischen Restbeschwerden ohne entsprechendes objektivierbares Korrelat seien im Vergleich zur vorliegenden ausgeprägten psychischen Problematik stark in den Hintergrund gerückt. Der adäquate Kausalzusammenhang sei deshalb unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall und damit nach der sogenannten Psycho-Praxis zu beurteilen. Dies müsse umso mehr gelten, als praxismässig bei einer bloss leichten traumatischen Hirnverletzung (Commotio cerebri), welche nicht den Grenzbereich einer Hirnprellung (Contusio cerebri) erreiche, der adäquate Kausalzusammenhang ebenfalls nach der sogenannten Psycho-Praxis zu beurteilen sei (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011 E. 2.1). Die Prüfung der relevanten Kriterien ergebe, dass kein adäquater Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. Juli 2012 vorhanden sei (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin den Standpunkt vertreten, auch nach dem 30. November 2012 hätten ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen, was den im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen zu entnehmen sei (Urk. 1 S. 6 und 10, je mit Hinweis auf Urk. 3/3 und 3/4). Ihre telefonische Mitteilung vom 14. Februar 2014, sie befinde sich betreffend den Unfall vom 9. Juli 2012 nicht mehr in Behandlung, bedeute nicht, dass sie damals keine Beschwerden mehr gehabt habe und heute unter keinen Beschwerden leide (Urk. 1 S. 10).

Wenn die Beschwerdegegnerin zum Schluss komme, die weiteren Therapien seien aus rein krankheitsbedingten Gründen erfolgt, würdige sie den Sachverhalt falsch und unvollständig. Die Sturzunfälle seit dem Unfall gingen je weils mit einer plötzlich auftretenden Muskelschwäche einher, was vorher nicht der Fall gewesen sei. Zudem träten sie auch öfters als vor dem Unfall auf. Die geklagten kognitiven und neuropsychologischen Beeinträchtigungen, die Übelkeit und die bifrontal betonten Kopfschmerzen hätten vor dem Unfall nicht bestanden. Auch die psychischen Beschwerden habe die Beschwerdegegnerin mit dem Hinweis ausgeklammert, sie seien schon vor dem Unfall ereignis vorhanden gewesen. Sie habe diesbezüglich nicht gewürdigt, dass die entsprechenden Beschwerden nach dem Unfall vermehrt aufgetreten seien und der Beschwerdeführerin nach dem Unfall von Anfang an eine psychotherapeutische Begleitung beziehungsweise im weiteren Verlauf sogar eine psychiatrische Behandlung empfohlen worden sei. Dass der Unfall bei dieser Ausgangslage zumindest eine teilkausale Ursache für die Beschwerden gewesen sei oder zumindest sein könnte, liege auf der Hand. Abklärungen zur Kausalität beziehungsweise zum Zusammenspiel von Vorzuständen und dem Unfall seien unterblieben (Urk. 1 S. 10 f.).

Mit dem Bericht von Dr. phil. A. ___ sei nicht nur erwiesen, dass die Beschwerdeführerin an neuropsychologischen Beschwerden leide und darüber hinaus nicht hinreichend abgeklärte und für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit relevante somatische Beschwerden bestünden, sondern auch, dass von einer weiteren Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden könne. An dieser Stelle sei zu erwähnen, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage auch die Invalidenversicherung eine umfassende

medizinische Untersuchung betreffend die Fachbereiche Allgemeine und Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie als notwendig erachtet habe (Urk. 1 S. 13). Die Adäquanzbeurteilung beziehungsweise der Fallabschluss seien angesichts der vorhandenen und zum Teil nicht hinreichend abgeklärten Behandlungsaussichten zu früh erfolgt (Urk. 1 S. 14). Selbst wenn nur noch eine kognitive Leistungsstörung bestünde, wäre nicht die sogenannte Psycho-Praxis anwendbar, sondern eine normale Adäquanzprüfung vorzunehmen und ein adäquater Kausalzusammenhang zu bejahen (Urk. 1 S. 15).

E. 3

Verdacht auf mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) - berichtete Freud- und Antriebslosigkeit bei zunehmend psychosozialen Belastungsfaktoren (beruflich, gesundheitlich) - gemäss Konsilium Psychiatrie am 09.07.2012; psychotherapeutische Begleitung empfohlen, Kontaktnummern wurden abgegeben.

Am Morgen habe die Versicherte zunächst keine Schmerzen oder Schürfwunden angegeben, weshalb sie ohne CT von der Notfallstation entlassen worden sei. Im Tagesverlauf sei es dann zu einem progredienten bifrontalen Kopfschmerz gekommen, der als holozephal bis in den Rücken strahlend beschrieben werde. Zusätzlich habe die Versicherte an progredienter Nausea ohne Emesis gelitten. Sie habe sich nur schwer konzentrieren können, sei emotional erschüttert gewesen und habe ein symmetrisches Kribbelgefühl perinasal und frontal verspürt, weshalb sie sich erneut auf der Notfallstation vorgestellt habe. Seit dem Trauma habe sie am Aufnahmetag noch drei weitere spontane Sturzepisoden erlitten, die jedoch anders verlaufen seien, als sie dies bislang erlebt habe. Bei einer Gehprobe mit Pflege und Arzt habe sie plötzlich bemerkt, dass ihre Beine schwächer würden, dass sie „wie besoffen“ sei und unsicher wie „auf einem Schiff“ laufe. Sie habe noch vier bis fünf Schritte gehen können, sei dann zusammengesackt und wieder kurzzeitig bewusstlos gewesen. Gemäss den Mitarbeitern der Unfallchirurgie seien die Augen hierbei geschlossen gewesen, nach Sekunden sei sie dann wieder reorientiert gewesen (Urk. 8/24 S. 3).

Das Schädel-CT am 9. Juli 2012 habe keine intrakranielle Blutung und keine frische ossäre Läsion ergeben. Das gleichentags erstellte CT der Halswirbelsäule habe keine Frakturen und kein prävertebrales Hämatom gezeigt. Man habe die Nausea einmalig symptomatisch mit Motilium therapiert. Die Versicherte habe hierdurch subjektiv eine Unverträglichkeit empfunden. Im Verlauf seien die Kopfschmerzen und die Nausea regredient gewesen. Die gesamte stationäre Überwachung habe sich komplikationslos gestaltet, so dass die Versicherte am 10. Juli 2012 in stabilem Zustand habe austreten können (Urk. 8/24 S. 4).

E. 3.1

Zum gesundheitlichen Vorzustand der Versicherten lässt sich den Akten entnehmen, dass sie sich am 21. November 2011 erstmals im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Z.____ vorstellte. Dort gab sie an, seit Dezember 2005 unter rezidivierenden Sturzattacken zu leiden, welche mit wenigen Ausnahmen mehrmals täglich (meist 1-2mal, maximal 25mal) aufträten. Nach einer chiropraktischen Behandlung sei sie für einige Wochen anfallsfrei gewesen. In den Jahren 2009 und 2010 sei es zu einer Zunahme der Attacken gekommen, wobei sie einer vermehrten Stressbelastung am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen sei, zuletzt im Rahmen einer Mobbingssituation. Zu einer Zunahme der Attacken sei es auch bei Schlafmangel während der Telemetrie an der D.____ gekommen. Die Attacken träten gelegentlich nach rascher Rechtsdrehung auf, einer

Bewegung, die sie beim Kopieren am Arbeitsplatz ausführen müsse. Die Attacken kämen sehr selten im Sitzen vor, nie im Liegen, und träten in Phasen der Entspannung ebenso auf wie unter Stress (Urk. 8/63 S. 1).

Während der Attacken sei die Versicherte ohne Bewusstsein, danach meist rasch reorientiert. Sie müsse den Gesprächsverlauf allerdings erfragen. Sie fange einen Sturz häufig noch mit den Händen ab. Dadurch habe sie Schmerzen an den Händen und an den Unterarmen. Meist stürze sie nach rechts. Sie schlage sich manchmal die rechte Seite des Kopfes an und habe danach Kopfschmerzen und Schwindel. Auch Abschürfungen am Rücken, Commotio cerebri und Knieschmerzen seien Sturzfolgen gewesen. Vor und nach den Stürzen habe sie gelegentlich Zuckungen der rechten oberen Extremität, wodurch Dinge aus der Hand fielen und manchmal Schwierigkeiten mit dem Trinken bestünden. Sie verneine bilaterale Myoklonien und habe auch keinen Secus sus und keinen Zungenbiss (Urk. 8/63 S. 1).

Zur Beurteilung wurde im Bericht vom 21. November 2012 festgehalten, eine sichere Zuordnung scheine nicht möglich. Eine epileptische Genese könne trotz negativem EEG nicht ausgeschlossen werden. Klinisch und im Untersuchungs ergäben sich keine Hinweise auf eine periphere oder zentrale vestibuläre Störung. Differentialdiagnostisch seien subcorticale Myoklonien zu diskutieren (Urk. 8/63 S. 2).

In einem weiteren Bericht vom 19. Januar 2012 wurde bemerkt, die Anzahl der Stürze habe sich unter Rivotril gebessert. Zuvor hätten 1-4 pro Tag stattgefunden, aktuell gebe es lediglich noch einen pro Tag. Frakturen habe sich die Versicherte bei den Stürzen nie zugezogen. Meist stürze sie mittags, sie sei aber auch schon am Morgen gestürzt. Es werde daher empfohlen, die Rivotril-Dosis neu auf den Morgen und den Abend zu verteilen und Mag nesio card einzunehmen, um die Überaktivität der Muskulatur positiv zu beeinflussen (Urk. 8/60 S. 1).

Die Versicherte selbst gab ferner an, sie habe sich bereits vor dem Unfall vom 9. Juli 2012 in psychiatrischer Behandlung befunden (Urk. 8/3 S. 2 und 8/67 S. 3 f.).

E. 3.2

Am 9. Juli 2012 erhob der Rettungsdienst seinem Einsatzprotokoll zufolge einen unauffälligen Erstbefund und stellte keine Verletzungen fest. Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Versicherte sei von hinten angerempelt und zu Boden geschubst worden. Laut Zeugen sei sie zu Boden geglitten und kurze Zeit bewusstlos gewesen (Urk. 8/13).

E. 3.3

Im Austrittsbericht des Z. ___ vom 10. Juli 2012 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (Urk. 8/24 S. 1):

1.

Leichtes Schädelhirntrauma, Grad I nach Tönnis und Loew - ätiologisch: Sturz mit Schädelprellung nach Fremdeinwirkung (Stoss) am 09.07.2012 - klinisch: bifrontal betonte Kopfschmerzen, Nausea, fokale neurologisch unauffällig - CT Schädel/HWS 09.07.2012: kein intrazerebraler Substanzdefekt, degenerative Veränderungen C7/Th1, keine Fraktur - aktuell: unauffällige Commotio-Überwachung

2.

Rezidivierende Sturzanfälle seit 2005 - ätiologisch: offen; Differentialdiagnose: negative (subkortikale) Myoklonien - Semiologie: ohne Prodromi Tonusverlust mit Sturz (Auffangen in takt, eher Armverletzungen; meist nach rechts) und Bewusstseinsverlust für wenige Sekunden, max. 1 min., rasche Reorientierung; manchmal vor und nach Attacken Zuckungen der rechten Extremitäten; kein Secessus, kein Zungenbiss - Auslöser: nur im Sitzen/Stehen, nie im Liegen - Abklärungen mit EEG, EKG, Ergometrie, MRI Schädel und HWS/BWS ohne erklärende Befunde - seit Behandlung mit Rivotril und Magnesium Reduktion der Sturzfrequenz von 2-4x/Tag auf 2-3x/Woche (fecit Prof. E.____, Schwindelsprechstunde USZ) - aktuell: Häufung der Sturzanfälle, 4 Sturzanfälle am 09.07.2012

E. 3.4

Die Versicherte wurde vom 16. bis zum 17. Juli 2012 in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Z.____ behandelt. Neben den bereits bekannten Diagnosen wurde dort neu auch die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung gestellt (Urk. 8/64 S. 1 und 8/67 S. 1). Seit dem Klinikaustritt am 10. Juli 2012 hätten die bekannten Stürze von 2-3 pro Woche auf 4-5 pro Tag zugenommen, jetzt neu mit Prodromi im Sinne eines Schwächegefühls in den Beinen und Zusammensinken/Stürzen ohne Bewusstseinsverlust (Urk. 8/64 S. 2 und 8/67 S.3). Im Rahmen der Gangprüfung habe ein entsprechendes Ereignis beobachtet werden können (Urk. 8/64 S. 2). Man habe mit der Versicherten die Möglichkeit einer psychosomatischen Komponente bei den neuerlich qualitativ und quantitativ veränderten Sturzereignissen seit dem Erleiden einer Fremdeinwirkung am 9. Juli 2012 besprochen (Urk. 8/67 S. 5).

E. 3.5

Vom 16. bis zum 23. Juli 2012 bestätigte die SOS-Ärztin Dr. F.____ der Versicherten eine unfallbedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/18).

E. 3.6

Der Hausarzt Dr. B.____ attestierte vom 9. Juli bis zum 19. August 2012 eine 100%ige, vom 20. August bis zum 31. Oktober 2012 eine 40%ige und vom 1. bis zum 30. November 2012 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit wegen Unfalls (Urk. 8/25 S. 1 bis 3, 8/28 S. 2, 8/33, 8/38 S. 3, 8/39 S. 1 und 3 sowie 8/42 S. 2). In seinem Bericht vom 7. September 2012 führte er aus, es hätten primär ein bifrontaler Kopfschmerz, Nausea, hohe Lärm- und Lichtempfindlichkeit und Koordinationsstörungen bestanden. Folgend hätten sich eine depressive Verstimmung und eine Sinnkrise entwickelt (Urk. 8/28 S. 1). In einem weiteren Bericht vom 20. November 2012 erwähnte Dr. B.____ eine nach wie vor depressive Stimmungslage, Inappetenz mit Gewichtsverlust, eine Konzentrationsverminderung und Schlafstörungen als Befunde (Urk. 8/38 S. 2). Ab dem 1. Dezember 2012 attestierte Dr. B.____ der Versicherten eine 0%ige Arbeitsunfähigkeit mit dem Hinweis „Arbeitsversuch“ (Urk. 8/42 S. 1).

In seinem Bericht vom 10. Mai 2013 erklärte Dr. B.____, die Versicherte leide als Folge des Unfalles vom 9. Juli 2012 an einer Wortfindungsstörung, dies sowohl in ihrer Muttersprache als auch in den Arbeitssprachen Deutsch, Englisch und Italienisch, was die Tätigkeit als Übersetzerin erheblich störe. Ebenso scheine das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt zu sein, was die Versicherte im Alltag als störend empfinde. Sie vergesse, wo sie ihr Handy und ihren Schlüsselbund deponiert habe oder wo sie aktuelle Dokumente einordnet habe. Diese Defizite beunruhigten die Versicherte ausserordentlich, und er bitte um eine neuropsychologische Beurteilung und um Vorschläge für weitere

Rehabilitationsmassnahmen (Urk. 8/45).

E. 3.7

Die Neuropsychologin Dr. phil. A.____ hielt in ihrem Bericht vom 3. Juli 2013 fest, das allgemeine Testleistungsniveau der Versicherten stelle sich gut durchschnittlich dar. Es entspreche insgesamt auch dem aufgrund der schulischen sowie beruflichen Aus- und Weiterbildung zu erwartenden Niveau (Urk. 8/47 S. 8 und 8/50 S. 8).

Die erhobenen Befunde deuteten aus neuropsychologischer Sicht auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich bi-fronto-subkortikaler Strukturen und tieferer Strukturen (Hirnstamm) hin. Im Vordergrund stünden qualitative Minderleistungen im Bereich der spezifischen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfunktionen, vor allem bei komplexeren Anforderungen, welche einen raschen und effizienten Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus (Shift) erforderten. Während sich der Intensitätsaspekt der Aufmerksamkeit unbeeinträchtigt darstelle, bestünden vor allem Leistungsminderungen im Bereich der sogenannten exekutiv-attentionalen Leistungen (Urk. 8/47 S. 11 f. und 8/50 S. 11 f.).

Hinzu kämen leicht verminderte Leistungen im Bereich der aufmerksamkeitsnahen Merkleistungen, insbesondere in der verbal-auditiven und visuell-räumlichen Erfassungsspanne vorwärts sowie leichte Schwierigkeiten in der komplexeren Handlungsplanung, welche zusammen mit visuellen Explorationschwierigkeiten (Zeilen verrutschen, langes Suchen-Müssen und Nicht finden von Daten etc.) zu einer leichten bis deutlichen Verlangsamung in zwei beruflichen Leistungstests (v.a. numerisch) führten (Urk. 8/47 S. 12 und 8/50 S. 12).

Erschwerend hinzu kämen eine subjektiv geklagte und äusserlich beobachtbare erhöhte Schreckhaftigkeit sowie die Provokation somatischer Beschwerden (Übelkeit und Brechreiz sowie Kollapsneigung), insbesondere bei visuell stark beanspruchenden Aufgaben, zum Beispiel bei der mentalen Rotation respektive insbesondere nach der Durchführung spezifischer visuell (und zum Teil auch akustisch) anspruchsvoller PC-Tests mit rascher und langanhaltender Darbietung von zahlreichen Einzelreizfolgen im Millisekundenbereich (Urk. 8/47 S. 12 und 8/50 S. 12).

Die von der Versicherten angegebenen kognitiven Beschwerden in ihrem beruflichen Alltag (v.a. Wortfindungsprobleme und Kurzzeitgedächtnisstörungen) seien vor dem Hintergrund der objektivierbaren vor allem konzentrativen Minderleistungen gut verständlich und erklärbar, zumal davon auszugehen sei, dass sich diese unter Mehrfachbelastung, Zeitdruck, Stress und Ablenkung noch intensivierten (Urk. 8/47 S. 12 und 8/50 S. 12).

Aus rein neuropsychologischer Sicht betrage die Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Versicherten in ihrer anspruchsvollen beruflichen Tätigkeit als Übersetzerin beim Y.____-Rat aufgrund der genannten kognitiven Leistungsminderungen theoretisch ca. 20 %. Eine allfällige weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden, unter anderem wegen der geklagten Schmerzen und insbesondere aufgrund der Sturzgefahr, welche im Vordergrund der gesamten Problematik stehe, müsse von ärztlicher Seite beurteilt und bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden (Urk. 8/47 S. 12 f. und 8/50 S. 12 f.).

Ein Beinahe-Sturzereignis während der Untersuchung (nach der Durchführung von gezielten Konzentrationstests am PC) sei in einer entspannten, angst- und konfliktfreien

Situation erfolgt, ohne erkennbares psychisches auslösendes Moment, jedoch nach längerer konzentrativer und stark visueller Beanspruchung. Es sei beim Aufstehen und Wegdrehen vom PC passiert. Gemäss Mumenthaler (Lehrbuch der Neurologie) träten Hirnstammanfälle viel fach plötzlich durch Bewegung oder Lagewechsel ausgelöst auf. Diese Beobachtung und die Angabe der Versicherten, durch die Einnahme des Antiepileptikums Rivotril habe die Anfallsfrequenz wirksam gesenkt werden können, erhärte den von psychiatrischer Seite geäusserten Verdacht auf eine Hirnstammepilepsie. Eine letztlich gültige Differentialdiagnose zu dissoziativen Krampfanfällen (ICD-10: F44.5) müsse indessen neurologisch erfolgen (Urk. 8/47 S. 13 und 8/50 S. 13).

Eine ambulante neuropsychologische Therapie mit einem gezielten Hirnleistungstraining zur Verbesserung der beschriebenen kognitiven Defizite und zum Erlernen eines besseren Umgangs mit den geklagten Beschwerden im beruflichen und privaten Alltag (Coping-Strategien) sei angesichts der guten Motivation erfolgsversprechend und aufgrund des Leidensdrucks der Versicherten auch sinnvoll. Zudem werde die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung, der Myoreflex-Therapie und der Neuro-Rehabilitation empfohlen (Urk. 8/47 S. 13 und 8/50 S. 13).

E. 3.8

Im Kurzbericht des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen des Z.____ vom 5. März 2014 wurde anamnestisch festgehalten, es komme zu Stürzen mit gleichzeitigem kurzen Bewusstseinsverlust mit einer Frequenz von 2-3 mal pro Woche. Die Stürze träten überall auf. Schwindel sei derzeit kein Problem, jedoch bestünden erhebliche Gleichgewichtsstörungen. Rivotril habe hinsichtlich der Sturzfrequenz weiterhin geholfen (Urk. 8/66).

Zur Beurteilung wurde vermerkt, die Zuordnung der Sturzereignisse bleibe offen. Die aktuelle Untersuchung habe keinen Hinweis auf einen zentral-vestibulären Ausfall ergeben. Der vom Zuweiser beschriebene vertikale Nystagmus sei bei der aktuellen Untersuchung nicht zu sehen. Man habe mit der Versicherten besprochen, dass die umfassend erfolgten neurologischen Abklärungen eine zentrale Ursache der Sturzattacken nicht bestätigen konnten, allerdings formal zum Beispiel eine Hirnstammepilepsie nicht ausschliessen. Weitere Abklärungen seien von neuro-otologischer Seite bei anamnestisch und klinisch fehlendem Hinweis auf peripher- oder zentralvestibulären Ausfall nicht erforderlich. Es werde empfohlen, die Medikation mit Rivotril angesichts der möglichen Differentialdiagnose einer Hirnstammepilepsie fortzuführen. Die Dosierung sollte allerdings nicht gesteigert und die Einnahme niedriger Dosen am Morgen angestrebt werden (Urk. 8/66 S. 2).

E. 3.9

Die magnetresonanztomographische Untersuchung des Gehirns am 26. März 2014 im Z.____ zeigte unspezifische Signalalterationen bifrontal, differentialdiagnostisch mikrovaskulär. Ansonsten ergaben sich keine Hinweise auf eine strukturelle Pathologie zerebral oder zerebellär. Unmittelbar nach der Untersuchung habe die Versicherte einen – ihr bekannten und typischen – Tonusverlust der Muskulatur erlitten. Nach vollständigem und rapidem Rückgang der Beschwerdesymptomatik sei sie nach Hause entlassen worden (Urk. 8/58).

E. 3.10

Gestützt auf die geschilderte Aktenlage gelangte Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Neurologie, am 11. Dezember 2014 zur Beurteilung, die Versicherte habe am 9. Juli 2012 keine äusseren Verletzungszeichen wie ein Hämatom oder Schürfwunden aufgewiesen. Die Kopfschmerzen und die Übelkeit, die wenige Stunden nach dem Ereignis aufgetreten seien, hätten sich innerhalb von 24 Stunden zurückgebildet. Die Computertomographie des Kopfes vom Unfalltag und eine spezialisierte Magnetresonanztomographie des Kopfes am 26. März 2012 hätten keine Hinweise auf strukturelle Hirnläsionen infolge des Sturzes vom 9. Juli 2012 ergeben. Nach eigener Ansicht der Bilddokumente gehe Dr. C.____ uneingeschränkt mit dem neuroradiologischen Befund konform (Urk. 8/71 S. 4).

Am 1. Dezember 2012 habe die Versicherte ihre Berufstätigkeit in gleichem Umfang wie vor dem Ereignis vom 9. Juli 2012 wieder aufnehmen können. Es könne davon ausgegangen werden, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt die Folgen des Kopfanpralles respektive Sturzes vom 9. Juli 2012 ausgeheilt gewesen seien (Urk. 8/71 S. 4).

Die in der neuropsychologischen Untersuchung vom Juni 2013 dargestellten Auffälligkeiten seien unspezifisch und könnten beispielsweise auch im Rahmen einer depressiven Störung auftreten. Wie ausgeführt sei im Rahmen des Sturzes vom 9. Juli 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturelle Hirnläsion als Erklärung für diese neuropsychologischen Auffälligkeiten aufgetreten (Urk. 8/71 S. 4).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist unter anderem, ob die Beschwerdegegnerin auf die Aktenbeurteilung durch Dr. C.____ abstellen durfte, gemäss welcher die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht ihre Berufstätigkeit seit dem 1. Dezember 2012 im gleichen Umfang wie vor dem Ereignis vom 9. Juli 2012 wieder ausüben kann.

E. 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 4.3

Bezüglich der Ausführungen von Dr. C.____ wurde zutreffend bemerkt, dass sie die Beschwerdeführerin zwar nicht persönlich untersuchte (Urk. 1 S. 12). Ihre Beurteilung erfolgte jedoch in Kenntnis der relevanten Akten, insbesondere nach der Einsichtnahme in die CT-Aufnahmen vom 9. Juli 2012 und die MRI-Aufnahmen vom 26. März 2012. Dr. C.____ hat ihre Einschätzung, die neuropsychologischen Befunde vom Juni 2013 seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer strukturellen Hirnläsion zu erklären, denn auch unter Verweis auf die erhobenen bildgebenden Befunde nachvollziehbar begründet. Insbesondere zog sie in Übereinstimmung mit den medizinischen Unterlagen in Betracht, die Kopfschmerzen und die Übelkeit, die wenige Stunden nach dem Unfallereignis begonnen hätten, hätten sich innerhalb von 24 Stunden zurückgebildet (Urk. 8/71 S. 4; vgl. Urk. 8/24 S. 4). In der Folge wurden Kopfschmerzen und Übelkeit während längerer Zeit nicht mehr thematisiert (vgl. Urk. 8/64 und 8/67). Einzig Dr. B.____ erwähnte in seinem Bericht vom 7. September 2012, primär hätten ein bifrontaler Kopfschmerz, Nausea, hohe Lärm- und Lichtempfindlichkeit und Koordinationsstörungen bestanden, woraus sich eine depressive Verstimmung und Sinnkrise entwickelt habe (Urk. 8/28 S. 1). Im Bericht vom 20. November 2012 hielt Dr. B.____ lediglich noch eine depressive Stimmungslage, Inappetenz mit Gewichtsverlust, eine Konzentrationsverminderung und Schlafstörungen als Befunde fest (Urk. 8/38 S. 2). Auch die Beschwerdeführerin nannte am 17. September 2012 und am 13. Dezember 2012 während ihrer Gespräche mit einer Suva-Mitarbeiterin bloss eine posttraumatische Belastungsstörung und Mühe beziehungsweise Probleme mit der Konzentration als Beschwerden (Urk. 8/30 und 8/40).

Weitere Anhaltspunkte für eine gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach dem 1. Dezember 2012, mit welchen sich Dr. C.____ – wie von Seiten der Beschwerdeführerin geltend gemacht – hätte auseinandersetzen müssen, waren im Zeitpunkt der Aktenbeurteilung nicht vorhanden. Vielmehr wurde im Bericht von Dr. phil. A.____ vom 3. Juli 2013 ausdrücklich festgehalten, die Versicherte habe erklärt, sie habe seit dem 1. Dezember 2012 bis heute das vertraglich vereinbarte 80%-Pensum wieder erfüllt (Urk. 8/47 S. 6 und 8/50 S. 6). Die erstmals mit der Einsprachebegründung vom 5. Mai 2015 vorgetragene Behauptung, die Beschwerdeführerin habe ihre Stelle inzwischen aufgrund der durch den Unfall (vom 9. Juli 2012) bedingten Beschwerden beziehungsweise die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit verloren, wurde weder den damals eingereichten (Urk. 8/83 S. 5 mit Hinweis auf Urk. 8/88 S. 3 f.) noch mit den im Beschwerdeverfahren neu beigebrachten Unterlagen (Urk. 1 S. 6 und 11, je mit Hinweis auf Urk. 3/3-5) belegt. Sie findet auch in den weiteren Akten keine Stütze. In der Auflösungsvereinbarung vom 7. Januar 2015 betreffend das Arbeitsverhältnis, wurde einleitend festgehalten, die Beschwerdeführerin sei seit längerem aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt und seit dem 7. Februar 2014 ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig, wobei leider keine Aussicht auf eine Genesung bestehe (Urk. 3/5 S. 1 und 8/88 S. 3). Daraus lässt sich entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung nicht folgern, sie habe ihre Arbeit wegen der nach dem Unfall (vom 9. Juli 2012) aufgetretenen Einschränkungen, insbesondere der Wortfindungs- und Merkstörungen, aber auch der nach dem Unfall verschlimmerten Sturzproblematik nie mehr befriedigend ausüben können (Urk. 1 S. 6). Der Vorwurf, Dr. C.____ hätte sich mit diesen Umständen in ihren Ausführungen auseinandersetzen müssen (Urk. 1 S. 11), erweist sich daher als zutreffend. Es kommt hinzu, dass die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Fachärzten aus den Bereichen

Chirurgie, Innerer Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie ausgestellt wurden (vgl. Urk. 3/3 und 3/4). Sie vermögen die neurologische Beurteilung von Dr. C.____ daher ohnehin nicht in Frage zu stellen.

E. 4.4

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die neurologische Beurteilung von Dr. C.____ abgestellt hat. Als Zwischenergebnis ist daher festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Dezember 2012 (zumindest) aus neurologischer Sicht wieder arbeitsfähig ist. Dementsprechend ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass insofern auch keine weiteren ärztlichen Behandlungsmassnahmen zur Diskussion stehen können, welche eine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermöchten.

E. 5.1

In ihrem Einspracheentscheid erkannte die Beschwerdegegnerin auch zutreffend, dass – gemäss den damals vorhanden gewesenen Akten – kein Arzt der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit für die Zeit ab dem 1. Dezember 2012 bescheinigte. Vielmehr qualifizierte ihr Hausarzt Dr. B.____ die Versicherte ausdrücklich als ab dem 1. Dezember 2012 zu 0 % arbeitsunfähig (Urk. 8/42 S. 1). Diese Beurteilung wurde auch durch den Hinweis Dr. B.____ auf einen Arbeitsversuch (Urk. 8/42 S. 1), welcher den Angaben der Versicherten zufolge zwei Wochen dauern sollte (Urk. 8/42 S. 3), nicht relativiert. Vielmehr ist entscheidend, dass sich Dr. B.____ in der Folge offenbar nie dazu veranlasst sah, eine anderslautende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vorzunehmen, namentlich der Beschwerdeführerin wieder eine (teilweise) Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (vgl. insbesondere Urk. 8/45).

E. 5.2

Erst im Beschwerdeverfahren wurde eine Bestätigung von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, vom 4. März 2013 neu eingereicht. In derselben hielt er fest, die Beschwerdeführerin sei ab dem 3. März 2013 wegen Unfalls zu 100 % arbeitsunfähig, bis die freie Fingerbeweglichkeit wieder erreicht sei, und verwies auf die Beurteilung durch die Ergotherapeutin (Urk. 3/4). Überdies wurden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. med. H.____, Facharzt FMH Chirurgie und Leitender Arzt im I.____, ab dem 10. Februar 2014 neu zu den Akten gegeben, wobei auf dem betreffenden Unfallschein ausdrücklich auf einen Schaden vom 10. bzw. 11. Februar 2014 verwiesen wurde (Urk. 3/3). Das letztgenannte Dokument weist einen derart engen zeitlichen Konnex zur Unfallmeldung vom 14. Februar 2014 (Blutvergiftung nach Katzenbiss, Urk. 8/51) auf, dass seine Relevanz für den hier zur Diskussion stehenden Unfall vom 9. Juli 2012 mehr als fraglich erscheint.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellte denn auch hinsichtlich der Arztzeugnisse von Dr. G.____ und Dr. H.____ keine substantiierten Behauptungen zur Unfallkausalität, zur unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit und zur unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. Urk. 1 und 13). Selbst wenn ohne Weiteres auf die neu eingereichten Unterlagen abzustellen wäre, vermöchten sie nichts daran zu ändern, dass zumindest zwischen dem 1. Dezember 2012 und dem 3. März 2013 und nach dem 4. März 2013 (beziehungsweise mit Bezug auf den Unfall vom Februar 2014 nach dem 27. März 2014) aus ärztlicher Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestätigt wurde, insbesondere auch keine unfallbedingte. Schliesslich wurde auch von Seiten der Beschwerdeführerin

immerhin eingeräumt, dass zwischenzeitlich keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestand (Urk. 1 S. 12). Ungeachtet dessen er geben sich aus den neu beigebrachten Dokumenten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass wegen des Unfalles vom 9. Juli 2012 nach dem 1. Dezember 2012 noch weitere ärztliche Behandlungsmassnahmen indiziert waren, von denen eine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erwarten war.

E. 5.3

Es trifft zwar zu, dass die Neuropsychologin Dr. phil. A.____ am 3. Juli 2013 eine ambulante neuropsychologische Therapie mit einem geziel ten Hirnleistungstraining zur Verbesserung der kognitiven Defizite und zum Erlernen eines besseren Umgangs mit den geklagten Beschwerden im berufli chen und privaten Alltag (Coping-Strategien) angesichts der guten Motiva tion erfolgsversprechend und aufgrund des Leidensdrucks der Versicherten auch sinnvoll erachtete. Sie empfahl zudem die Fortsetzung der psychiatri schen Behandlung, der Myoreflex-Therapie und der Neuro-Rehabilitation (Urk. 8/47 S. 13 und 8/50 S. 13). In ihren Ausführungen legte Dr. phil. A.____ indessen nicht ansatzweise dar, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Arbeitsfähigkeit zu er warten ist. Ob mit weiteren Behandlungsmassnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt werden könnte (vgl. Urk. 1 S. 13 und 14), ist nicht entscheidend und kann deshalb offen bleiben. Immerhin ist zu bemer ken, dass die Beschwerdegegnerin richtig erkannte, es seien in der Folge – soweit aus den Akten ersichtlich – keine weiteren durch den Unfall vom 9. Juli 2012 bedingten medizinischen Behandlun gs massnahmen mehr durch geführt oder angeordnet worden. Ferner habe die Beschwerdeführerin am 14. Februar 2014 selbst erklärt, betreffend den Unfall vom 9. Juli 2012 nicht mehr in Behandlung zu sein (Urk. 2 S. 6 mit Hinweis auf Urk. 8/51).

E. 5.4

Aus dem Gesagten folgt, dass mit weiteren ärztlichen Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes d.h. keine massgebliche Stei gerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten war und ist. Es wurde weder behauptet noch ist aus den vorhandenen Akten ersichtlich, dass Eingliede rungsmassnahmen der Invalidenversicherung zur Diskussion stehen. Die Beschwerdegegnerin vertrat daher zu Recht die Auffassung, die Voraussetz un gen für einen Fallabschluss seien erfüllt. Es kommt hinzu, dass selbst der Umstand einer noch laufenden beruflichen Massnahme den Fallabschluss in der Unfallversicherung nicht zu verhindern vermöchte, soweit der noch vor liegende Gesundheitsschaden nicht unfallkausal ist (vgl. das Urteil des Bun desgerichts 8C_651/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 4.3 mit Hinweisen), und einer Prüfung der Adäquanzfrage bezüglich organisch nicht ausgewiesener Gesundheitsschäden nicht im Wege steht (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_205/013 E. 3.2.4 mit Hinweisen). Es ist folglich auch nicht zu beanstan den, dass die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden und dem Unfall vom 9. Juli 2012 geprüft hat.

Bereits an dieser Stelle ist hinsichtlich der kognitiven Einschränkungen festzu halten, dass der Hinweis zutreffen mag, sie seien objektivierbar (Urk. 1 S. 15). Dies ändert indessen nichts an der Tatsache, dass es sich bei denselben gemäss der medizinischen Aktenlage nicht um objektiv ausgewiesene orga nische Unfallfolgen handelt, zumal sie nicht auf eine strukturelle Hirnläsion zurückzuführen sind (Urk. 8/71 S. 4). Es wurde auch richtig erkannt, dass Dr. phil. A.____ in ihrem neurologischen Bericht vom 3. Juli 2013 ausführte, eine

allfällige weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit der Versicherten aufgrund der somatischen Beschwerden, unter anderem wegen der geklagten Schmerzen sowie insbesondere aufgrund der (vermehrten) Sturzgefahr, welche ihres Erachtens im Vordergrund der gesamten Problematik stehe, müsse aus ärztlicher Sicht beurteilt und bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden (Urk. 8/47 S. 14 und 8/50 S. 14). Daraus allein lässt sich – entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 13 ff.) – indessen nicht folgern, es bestehe ein Abklärungsbedarf hinsichtlich somatischer Beschwerden. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass keinerlei Hinweise auf einen peripher- oder zentralves tibulären Ausfall bestanden, weshalb eine zentrale Ursache der Sturzattacken nicht bestätigt werden konnte (Urk. 8/66 S. 2), und sich aus keiner der übrigen medizinischen Unterlagen konkrete Anhaltspunkte für ein (durch den Unfall vom 9. Juli 2012 verursachtes) physisches Leiden ergeben. Es erscheinen folglich auch keine weiteren Abklärungen in diese Richtung angezeigt.

E. 6.1

Beim Fehlen organisch objektiv ausgewiesener Beschwerden ist darüber zu entscheiden, ob der adäquate Kausalzusammenhang nach den Kriterien der sogenannten Psycho-Praxis oder der sogenannten Schleudertrauma-Praxis zu prüfen ist.

Die Letztgenannte wurde auch als nach einem Schädelhirntrauma anwendbar erklärt, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Dazu gehört eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen,

Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wechsungsveränderung usw. (BGE 134 V 109 E. 6.2.1).

Bei einer bloss milden traumatischen Hirnverletzung (Commotio Cerebri), die nicht den Grenzbereich einer Contusio cerebri erreicht, ist der adäquate Kausalzusammenhang indessen nach der sogenannten Psycho-Praxis zu prüfen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2013 vom 16. August 2013 E. 4.3.2). Dieselbe ist auch anwendbar, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 98; vgl. auch Urk. 2 S. 9). Schliesslich ist sie auch bei neuropsychologischen Defiziten ohne organische Befunde, welche die Rechtsprechung den psychischen Problemen gleichgesetzt hat, die bei Dominanz als psychische Überlagerung zu betrachten sind, massgebend (vgl. das Urteil des Bundesgerichts U 321/06 vom 25. April 2007 E. 4.1 mit den dortigen Verweisen; vgl. auch Urk. 2 S. 9).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin erlitt lediglich ein leichtes Schädelhirntrauma (Grad I nach Tönnis und Loew). Die nach dem Sturzereignis vom 9. Juli 2012 aufgetretenen Kopfschmerzen und die Nausea waren bereits im Verlauf des abschliessenden stationären Aufenthaltes im Z.____regredient (Urk. 8/24 S. 4).

Demgegenüber ist zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 9. Juli 2012 wiederholt in psychiatrische Behandlung begeben musste, wobei die letzte erst einige Monate zuvor begonnen hatte (Urk. 8/3 S. 2 und 8/67 S. 3 f.). Schon im

Austrittsbericht des Z.____ vom 10. Juli 2012 wurde die Verdachtsdiagnose einer mit telgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) gestellt und das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren vermerkt (Urk. 8/24 S. 1). Auch in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Z.____, wo sich die Beschwerdeführerin vom 16. bis zum 17. Juli 2012 aufgehalten hatte, wurde der Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung mithin auf ein psychisches oder zumindest auf ein psychosomatisches Leiden geäußert (Urk. 8/64 S. 1 sowie 8/67 S. 1 und 5). In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die vor dem Unfall vom 9. Juli 2012 aufgetretenen Sturzattacken bereits früher einmal bei vermehrter Stressbelastung am Arbeitsplatz zugenommen hatten (Urk. 8/63 S. 1). Auch Dr. B.____ konstatierte eine Entwicklung in Richtung einer psychischen Problematik (Urk. 8/28 S. 1 und 8/38 S. 2).

Unter den geschilderten Umständen ist die Auffassung der Beschwerdegegnerin zu teilen, dass die subjektiv wahrgenommenen somatischen Beschwerden und die kognitiven Einschränkungen ohne entsprechendes organisch objektives Korrelat im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik stark in den Hintergrund rücken, so dass eine Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) gerechtfertigt erscheint (Urk. 2 S. 11).

E. 7.1

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

E. 7.2

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen

Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE

115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 4 42 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 7.3

Die Beschwerdeführerin wartete am 9. Juli 2012 auf das Tram, als sie von einem schnell vorbeirennenden Mann von hinten nach vorne zu Boden gestossen wurde. Sie prallte mit dem Kopf auf den Boden und verlor das Bewusstsein. Der Rettungsdienst brachte sie ins Z.____ (Urk. 8/13).

Gemäss Zeugeneingaben sei die Beschwerdeführerin zu Boden gegelitten und kurz bewusstlos gewesen (Urk. 8/13). Die Bewusstlosigkeit dauerte gemäss Angaben einer Zeugin ca. zwischen 20 und 30 Sekunden und trat zweimal ein (Urk. 8/14 S. 2). Die Beschwerdeführerin wies keine äusseren Verletzungszeichen wie ein Hämatom oder Schürfwunden auf.

Die Parteien haben vor diesem Hintergrund insoweit übereinstimmend und richtig erkannt, dass es sich maximal um einen mittelschweren Unfall handelte, wobei offen bleiben kann, ob er wie von der Beschwerdegegnerin behauptet in den Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzuordnen ist (Urk. 1 S. 15 f. und 2 S. 12).

E. 7.4

Es ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass keines der relevanten Kriterien erfüllt ist. Zu erwähnen ist insbesondere das Fehlen einer schweren oder besonderen Verletzung. Die Beschwerdeführerin zog sich lediglich ein leichtes Schädelhirntrauma zu. Bereits ab dem 20. August 2012 war sie zu mindest wieder zu 60 % arbeitsfähig (Urk. 8/28 S. 3) und konnte ab dem 1. Dezember 2012 ihre Arbeit wieder im angestammten Pensum von 80 % verrichten (Urk. 8/42 S. 1). Jedenfalls bestehen keinerlei Anhaltspunkte für eine länger andauernde physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von relevantem Ausmass, so dass in dieser Hinsicht entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 16) kein Abklärungsbedarf besteht. Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin nach dem 1. Dezember 2012 geklagten nicht organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden und dem Unfall vom 9. Juli 2012 verneint hat. Dementsprechend verneinte sie auch zu Recht einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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