

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00234 vom 24. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00234 du 24 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00234 del 24 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

S. 5 f.). Die Helsana Unfall AG verfügte am 25. Februar 2016 (Urk. 9/135) die Leistungseinstellung per 28. Februar 2015 unter Verneinung weiterer Leistungsansprüche. Die dagegen am 18. März 2015 (Urk. 9/138) erhobene und am 11. Mai 2015 (Urk. 9/141) sowie 1. Juni 2015 (Urk. 9/143) ergänzte Einsprache wies sie mit Entscheid vom 15. Oktober 2015 (Urk. 2) ab.

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). Dem entsprechend 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).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich in den Jahren 2010 bis 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines 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 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 entfielen

(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).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Vom 10. bis 30. April 2012 erfolgte ein weiterer Aufenthalt in der Klinik C.____ (Urk. 10/36) zur Rehabilitation der beim ersten Unfall erlittenen Schädigungen. Nach weiteren Behandlungen und anhaltend attestierter Arbeitsunfähigkeit holte die Helsana Unfall AG das Gutachten der Medas

E.____ vom 2. Februar 2015 (Urk. 10/96) ein. In der Folge stürzte die Versicherte im Februar 2015 erneut und verletzte sich an der linken Schulter (Urk.

E. 2

S. 11). Die Kausalität der drei Unfälle sei nicht mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (S. 18).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung per 28. Februar 2015 damit, gemäss polydisziplinärem Gutachten bestünden aus rheumatologischer Sicht keine objektivierbaren Befunde, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Aus otorhinolaryngologischer Sicht hätten sich ebenfalls keine objektivierbaren Hinweise für eine zentrale oder periphere vestibuläre Funktionsstörung gefunden. Aus neurologischer Sicht leide die Beschwerdeführerin an wechselhaften Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden ohne fassbare neurogene Ursache (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin kritisierte das Medas-Gutachten in verschiedener Hinsicht und mass diesem keinen Beweiswert zu (Urk. 1 S. 11 ff.). Sollte von einer fehlenden somatischen Grundlage beziehungsweise einer fehlenden Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Einschränkungen ausgegangen werden, wäre die Kausalität aufgrund der „HWS-Praxis“ zu prüfen und zu bejahen (Urk. 16 S. 5 ff.).

E. 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte des B.____, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten mit Bericht vom 27. Dezember 2010 (Urk. 10/5/2) einen Verdacht auf Entwicklung eines

postcommotionellen Syndroms bei Zustand nach Comotio cerebri. Sie beschrieben eine Bewusstlosigkeit sowie eine retrograde Amnesie für das Sturzereignis bei Glasgow-Coma-Scale (GCS) 15 bei Eintritt am 26. Dezember 2010. Die Ärzte führten aus, Computertomographien des Schädels sowie der Halswirbelsäule (HWS), Thorax und Abdomen hätten keine ossären Verletzungen und keine parenchymatösen Läsionen gezeigt. Nach Ausschluss einer Fraktur, Organläsion oder intracraniellen Blutung sei die stationäre Aufnahme erfolgt. Nach un auffälliger Überwachung, im Verlauf gebesserten Kopfschmerzen und gebesserter Schwindelsymptomatik sei die Entlassung nach Hause erfolgt.

E. 3.2.1

Dr. F.____, leitender Arzt an der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des B.____, wo die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des Unfallchirurgen vom 3. bis 4. Januar 2011 hospitalisiert gewesen war, schilderte mit Austrittsbericht vom 5. Januar 2011 (Urk. 10/3) eine anterograde Amnesie vom Unfall bis zur Einlieferung in die Klinik, wobei bereits im Rettungswagen und auf dem Weg vereinzelt Episoden erinnerlich seien. Unmittelbar nach dem Sturz habe eine Bewusstlosigkeit unklarer Dauer bestanden. Auf der Station der Unfallchirurgie habe die Beschwerdeführerin erstmalig Schwindel bemerkt. Zusätzlich habe eine Gangunsicherheit bestanden. Dr. F.____ diagnostizierte einen Zustand nach Schädelhirntrauma mit Gehirnerschütterung, einen posttraumatischen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, einen Zustand nach Migräne ohne Aura sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische vestibuläre Migräne (Urk. 10/3).

Die klinische Untersuchung – so der Arzt – habe einen gutartigen Lagerungsschwindel bei Kanalolithiasis des rechten und hinteren linken posterioren Bogenkanals ergeben, welcher eindeutig posttraumatisch aufgetreten sei. Durch wiederholte Lagerungsmanöver habe der Lagerungsschwindel vollständig beseitigt werden können. Dennoch hätten weiterhin eine Gangunsicherheit sowie eine Fallneigung bestanden. Ein MRI zum Ausschluss einer zentralen Läsion (wegen ungekreuzter Doppelbilder und einer sensiblen Hemisymptomatik) habe keine Auffälligkeiten gezeigt.

Eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung schloss Dr. F.____ mit grosser Wahrscheinlichkeit aus. Dennoch gehe er angesichts der neu aufgetretenen peripheren leichten Hörstörung links von einer Contusio

labyrinthi aus.

E. 3.2.2

Im Bericht vom 18. März 2011 (Urk. 10/9) über die Nachkontrolle vom 2. März 2011 hielt Dr. F.____ fest, eine Schädigung der Otolithenorgane (Schwindel) sei nicht nachweisbar. Bei unauffälligem MR und unauffälligen vestibulären Tests komme eine höchstwahrscheinlich posttraumatisch ausgelöste vestibuläre Migräne in Betracht.

E. 3.2.3

Im Bericht vom 2. September 2011 (Urk. 10/19) über die Konsultation vom 31. August 2011 erwähnte Dr. F.____ ergänzend eine geklagte, seit dem Sturz bestehende Störung bei Bewegung des rechten Beines, welches bei wiederholter Bewegung auch mit Hüftschmerzen verbunden sei.

E. 3.3

Die Ärzte der Klinik

D.____, welche die Hüftproblematik mittels MRI-Bildgebung abgeklärt hatten, diagnostizierten im Bericht vom 8. Dezember 2011 (Urk. 10/28) persistierende Hüftbeschwerden rechts bei schwerer Insertions tendinopathie und Partialruptur der Glutaeus minimus - Sehne sowie Reizung der Bursa trochanterica und eine leichte Coxarthrose rechts. Sie empfahlen eine operative Revision der Sehnenansätze.

E. 3.4

Dr. G.____ beschrieb mit Bericht vom 10. Juli 2012 (Urk. 10/46) auf Wunsch der Beschwerdeführerin die Folgen des Unfalls vom 7. November 2011 im Sinne von Sehschwierigkeiten und Müdigkeit.

E. 3.5

Dr. H.____, Spezialärztin für Neurologie FMH, welche die Beschwerdeführerin konsiliarisch untersucht hatte, diagnostizierte mit Bericht vom 19. Juli 2012 (Urk. 10/49) ein leichtes Sulcus - Ulnaris -Syndrom links nach Prellung des Ellenbogens am 24. März 2012. Sie berichtete von einer traumatischen Auslösung des Syndroms.

E. 3.6

Dr. I.____, Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 29. Januar 2013 (Urk. 10/66) über die neurologische Verlaufskontrolle aus, es bestehe weiterhin die Gleichgewichtsproblematik seit dem ersten Unfall im Dezember 2010, zu der seit dem zweiten Unfall vom November 2011 noch ungeklärte, eher diffuse Sehstörungen hinzugekommen seien. Ätiologisch hätten diese nicht zugeordnet werden können. Offenbar seien nun auch erhebliche psychoreaktive Störungen dazugekommen, sicher gehörten die aufgetretenen Zuckungen (und wahrscheinlich auch ein Teil der Gleichgewichtsstörungen) dazu.

E. 3.7.1

Im Gutachten der Medas

E.____ vom 2. Februar 2015 (Urk. 10/96), welches auf Teilgutachten in den Fachgebieten Rheumatologie, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankungen und Neurologie basiert, beschrieben die Ärzte (S. 49 f.), dass sämtliche beteiligten Gutachter durch ihre Untersuchungen keine objektivierbaren Befunde hätten erheben können, welche die Arbeitsfähigkeit als Versicherungsfachfrau einschränken würden.

Eine nennenswerte zentrale Gleichgewichtsstörung liege nicht vor, auf jeden Fall nicht in einem Grade, welcher die Arbeitsfähigkeit einschränke.

Kognitive Einschränkungen bestünden nicht, die intellektuellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin seien voll intakt. Eine neuropsychologische Testung habe die Beschwerdeführerin am Vortag aus diffusen Gründen abgesagt. Auf einen zweiten Termin sei verzichtet worden, da die Beschwerdeführerin unterdessen ihre intakten kognitiven Fähigkeiten gezeigt habe und da keine volle Kooperation bei den Untersuchungen festgestellt worden sei. Im beigezogenen neuropsychologischen Bericht von J.____, Fachpsychologin für Klinische Psychologie FSP, Klinik K.____, vom 6. April 2015 habe sich ein Mischbild von Beschwerden gezeigt. Die Beschwerdeführerin biete ein Mischbild aus affektiver und kognitiver Leistungsminderung, wie es im Rahmen von postkommotionellen und Schmerzsyndromen häufig beobachtet werde. Im Vordergrund

stehe eine erheblich reduzierte Belastbarkeit, begleitet von Reizbarkeit und depressiver Verstimmung, wobei sie persönlichkeitsbedingt trotz auftretender Körpersymptome (Zuckungen) offenbar immer wieder zur Selbstüberforderung neige. Im kognitiven Bereich seien ein deutlich herabgesetztes Arbeitstempo, eine beeinträchtigte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung mit eingeschränkter Informationsaufnahmekapazität sowie mit rasch einsetzender Ermüdung feststellbar. Eine eigentliche Gedächtnisstörung liege nicht vor, doch bestehe eine Lern- und Gedächtnisschwäche, wie sie für depressiv Verstimmte typisch sei. Gemäss den Medas -Gutachtern hätten die meisten hier zitierten Einschränkungen bei der klinischen Beobachtung nicht mehr vorgelegen.

In psychiatrischer Hinsicht hielten die Gutachter fest, die Persönlichkeitsauffälligkeiten der Beschwerdeführerin liessen am ehesten an eine Persönlichkeitsstörung denken. Eine unfallbedingte Persönlichkeitsänderung könne angesichts fehlender Hirnschädigung und eindeutig fehlender Depression nicht diagnostiziert werden. Eine Persönlichkeitsstörung könne vorliegen, diese müsste definitionsgemäss schon seit der Adoleszenz bestanden haben. Der in den Akten im Jahre 2008 belegte Versuch, ein Krankheitsattest zu erlangen mit Vorgabe ähnlicher Beschwerden, wie sie heute geklagt würden, könnte ein Hinweis in Richtung Persönlichkeitsstörung sein. Die Beschwerdeführerin habe aber andererseits auch belegt, dass sie durch diese in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Denn sie habe ja in den neun Monaten vor dem ersten Unfall ein volles Arbeitspensum als Versicherungsfrau mit gutem Einkommen erzielen können.

E. 3.7.2

Die Gutachter stellten keine Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zu mutbaren Arbeitsfähigkeit. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten sie folgende Diagnosen (S. 50): -

Status nach Schädel-Hirn-Trauma (MTBI) bei Sturz am 26. Dezember 2010 und Status nach Schädelprellung (Schlag durch Schranke) am 11. November 2011 -

wechselhafte Kopfschmerzen, wahrscheinlich multifaktoriell (teils posttraumatisch, teils migräniform) -

wechselhafte Schwindelbeschwerden, wahrscheinlich multifaktoriell ohne fassbare neurogene Ursache -

Status nach unfallbedingtem benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel -

Chronifiziertes zervikales Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung, beidseits, linksbetont mit und bei initialer Segmentdegeneration C4/5, C5/6 sowie mässiggradig C6/7 -

Chronifiziertes

thorakolumbales Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung, rechtsbetont mit/bei fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1 und Spondylarthrosen L4-S1 -

Myoarthropathie beidseits bei kranioandibulärer Dysfunktion -

Zustand nach Unfall vom 24. März 2012 mit Sturz und Kontusion des linken Ellenbogens und der linken Hüfte -

akutenkundig posttraumatisches Kubitaltunnel-Syndrom links (Sulcus-Ulnaris-Syndrom) -

Status nach Partialruptur der Gluteus minimus-Sehne sowie Reizung der Bursa trochanterica

E. 3.7.3

Zur Kausalität hielten die Ärzte fest (S. 51 f.), bei den ersten beiden Unfällen handle es sich um solche, bei welchen direkt der Kopf, indirekt auch die Halswirbelsäule beteiligt gewesen seien. Es seien heute nicht mehr eindeutig direkte kognitive, psychische, neurologische Einschränkungen aus diesen Unfällen her mehr eruierbar. Höchstens mit dem Grade der Möglichkeit könnte man einen Teil der Schwindelbeschwerden diesen Unfällen zuordnen.

Beim Unfall vom 26. März 2012 handle es sich um ein Sturzereignis auf die linke Körperseite mit Ellbogen- und Hüftverletzungen. Es lägen Residuen vor, die allenfalls aus diesem Unfall aufgefasst werden könnten, aber höchstens mit dem Grade der Möglichkeit.

E. 3.8

Im neuropsychologischen Konsilium vom 9. Juni 2015 (Urk. 10/98/3) führte

L.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, aus, bei sonst unauffälligen kognitiven Leistungen zeigten sich leichte bis mittelschwere Auffälligkeiten bei Aufmerksamkeits- und bei verbalen Gedächtnisanforderungen, im Sprachausdruck und bei der psychomentalen Dauerbelastbarkeit. Die Befunde könnten als leichte kognitive Störung eingeordnet werden. Bezüglich Ätiologie sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bis zum Schädelhirntrauma mit Contusio

labyrinthi am 26. Dezember 2010 alle kognitiven Anforderungen in ihrem Beruf als Versicherungsberaterin zu bewältigen in der Lage gewesen sei (S.

6).

Mit den vorliegenden kognitiven Störungen könne die Beschwerdeführerin die komplexen Anforderungen ihrer angestammten beruflichen Tätigkeit nicht mehr bewältigen. Zumutbar wäre ihr eine Arbeitstätigkeit mit einfacheren kognitiven Anforderungen (S. 6 f.).

E. 4.1

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 28. Februar 2015 an verschiedenen Beschwerden litt. Die Medas-Gutachter nannten Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, ein zervikales Schmerzsyndrom, ein thorakolumbales Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung, eine Myoarthropathie beidseits, ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom sowie einen Status nach Partialruptur der Glutaeus minimus-Sehne (E. 3.7.2). In neuropsychologischer Hinsicht ging L.____ von einer leichten kognitiven Störung aus (E. 3.8). Daneben thematisierte die Beschwerdeführerin das Vorliegen von Hüftbeschwerden (Urk. 1 S. 17).

E. 4.2

Vorwegzuschicken ist, dass die beim neuerlichen Sturz im Februar 2015 zugezogenen Schulterverletzungen nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden. Die Beschwerdeführerin war zu jenem Zeitpunkt nicht mehr bei der A.____ AG tätig und demgemäss auch nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin versichert. Entsprechend reichte sie auch keine Unfallmeldung ein.

E. 4.3.1

Organisch ausgewiesen ist vorweg der Status nach Partialruptur der Glutaeus minimus-Sehne. Hierzu führte der begutachtende Rheumatologe aus, er habe keine

muskuläre Atrophie der Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur und auch keine Hinweise für eine Glutealinsuffizienz gefunden. Das Gangbild sei von der Beschwerdeführerin einzig durch die angegebenen Schwindelsensationen mit der damit verbundenen Gangunsicherheit als gestört gezeigt worden ohne diesbezüglich typische Hinkmuster (Urk. 10/96 S. 44).

Dr. F.____ kritisierte diese Einschätzung mit der Begründung, dass keine objektiven Parameter verwendet worden seien (Urk. 9/141/3 S. 2).

Auch wenn es sich vorweg um eine klinische Einschätzung handelt, ist doch nicht erkennbar, inwiefern sich die Schädigung – bei bekannter Klinik - nach über vier Jahren noch auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Bürotätigkeit auswirken sollte, nachdem sich die Problematik unter chiropraktischer Therapie bereits Anfang 2013 gebessert gezeigt hatte (Bericht von Dr. I.____ vom 29. Januar 2013 S. 3). Die Knochenstrukturen zeigten sich beim aktuellen Röntgen sodann altersentsprechend ohne wesentliche Coxarthrosezeichen (Urk. 10/96/2).

Die nach Erlass des Einspracheentscheids eingeleiteten Untersuchungen zeigten beidseits Insertionstendinopathien der Gluteus

minimus - Sehnen mit assoziierten kleinen ossären Ausrissfragmenten am Tochanter

major. Die Gelenke zeigten sich nur minimal degeneriert und ohne Nekrose (Bericht der Klinik M.____ vom 9. Oktober 2015, Urk. 3/4). Als Therapie wurde eine operative Sanierung thematisiert, angesichts des Aufwandes aber nicht uneingeschränkt empfohlen (Bericht der Klinik

N.____ vom 13. Oktober 2015, Urk. 3/5). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde dabei nicht erwähnt.

E. 4.3.2

In Bezug auf das Sulcus - Ulnaris -Syndrom verwies der begutachtende Rheumatologe auf eine seitengleiche und unauffällige Trophik (unter anderem der Arme/Hände) ohne relevante Umfangsdifferenzen (Urk. 10/96 S. 44). Die Beschwerdeführerin berichtete anlässlich der Begutachtung nicht von Problemen mit dem Ellenbogen (Urk. 10/96 S. 33 f.). Bei der Untersuchung des Bewegungsapparates zeigten sich keine funktionellen Ellenbogenbeschwerden (Urk. 10/96 S.

38), indes berichtete sie über eine Sensibilitätsstörung inklusive der zwei ulnaren Finger sowie eine Gefühlsverminderung in allen Fingerspitzen (Urk. 10/96 S. 39). Dies führt indes nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 10/96 S. 40), was angesichts der diskret geschilderten Problematik plausibel erscheint.

E. 4.3.3

Inwiefern die Myoarthropathie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte, ist nicht ersichtlich. Soweit sich die Beschwerdeführerin diese Schädigung beim Unfall mit der Garagen-Schranke zugezogen hat und damit erst überhaupt relevant wäre, zeigte sich bei der gutachterlichen Untersuchung ein diskret bogenförmiges Ausweichen nach rechts, kein Knacken im Kiefergelenk bei nur geringen Dolenzen bei Palpation (Urk. 10/96 S. 39). Eine Arbeitsunfähigkeit als kaufmännische Angestellte ist nicht ersichtlich.

E. 4.3.4

Zu den Rückenbeschwerden (zervikales und thorakolumbales Schmerzsyndrom) ist zu bemerken, dass diese degenerativer Art sind und eine Unfallkausalität nicht erkennbar ist. Die Gutachter erkannten klinisch und bildgebend keine strukturellen Veränderungen, die unfalltypisch sind. Im Vordergrund standen weitgehend altersentsprechende degenerative Veränderungen im mittleren und unteren HWS-Abschnitt ohne beschleunigte Progredienz im bildgebenden Verlauf (Urk. 10/96 S. 44). Auch echtzeitlich (jeweils nach den Unfällen) hatten sich keine entsprechenden Pathologien erhärten lassen (E. 3.1, Urk. 10/64 S. 2 oben)

E. 4.3.5

Auch die Schwindelbeschwerden konnten nicht bildgebend nachgewiesen werden. Dr. F.____ thematisierte hierzu am 5. Mai 2014 (Urk. 9/141/3) als Grund für die Schwindelbeschwerden einen übermässigen Verlust von Otokonien bei noch intakten Haarzellen (im Ohr). Er schloss sich der Beurteilung der Gutachter insofern an, dass aufgrund der normalen Testbefunde die Rezeptorzellen in den Gleichgewichtsorganen beidseits intakt seien. Er bemängelte indessen, dass der Otokonieverlust (mithin eine somatische Ursache) im Gutachten nicht diskutiert worden sei (S. 1).

Hierzu ist anzumerken, dass Dr. F.____ nach seiner selber zitierten Aussage im Gutachten (Urk. 10/96 S. 24 und Urk. 10/9) ausgeführt hatte, dass der isolierte Verlust von Otokonien als eigenständige Erkrankung bisher nicht beschrieben worden sei, also auf einer Hypothese beruhe, welche erst noch wissenschaftlich nachgewiesen werden müsse.

Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend unbestrittenermassen nicht der Fall. Eine organische Genese der Schwindelsymptomatik ist daher lediglich möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Anzumerken bleibt, dass auch die echtzeitlichen Abklärungen keine Schädigung der Otolithenorgane gezeigt hatten (E. 3.2.2) und alle apparativen Gleichgewichtsuntersuchungen (im Januar 2011) unauffällig waren (Urk. 10/19 S. 2).

E. 4.3.6

Unbestrittenermassen finden sich in den Akten auch keine Hinweise auf eine organische Genese der Kopfschmerzen und des später erwähnten Zitterns . Alle dies bezüglichen Abklärungen blieben ohne bildgebend darstellbares Resultat.

E. 4.3.7

Betreffend Knieproblematik rechts schilderten die Gutachter ergussfreie, band stabile Verhältnisse und eine seitengleich unauffällige Bewegungsamplitude. Rein klinisch schlossen sie eine relevante Kniepathologie aus (Urk. 10/96 S. 44). Die behandelnde Ärztin für Orthopädie O.____ berichtete am 9. November 2014 (Urk. 10/93) von einem während der gutachterlichen Untersuchung erlittenen Unfall, als die Beschwerdeführerin auf den Boden gestürzt sei und sich eine Distorsion des rechten Kniegelenkes zugezogen habe. Unter Therapie seien die Schmerzen fast vollständig vergangen, der Einbeinstand mit Armhilfe möglich. Bei dieser Ausgangslage und dem Fehlen widersprechender Arztberichte ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ersichtlich.

E. 4.4

Damit ergibt sich, dass die drei relevanten Unfälle zu keinen organisch nachweisbaren, bleibenden Schädigungen führten, welche über den 28. Februar 2015 hin aus Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte haben.

E. 5

3

Zwischen den Parteien herrscht Einigkeit, dass es sich bei dem vorliegend im Vordergrund stehenden ersten Unfall um einen mittelschweren im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt (Urk. 2 Ziff.

E. 5.1.1

Zu prüfen bleibt die Kausalität der ausgewiesenen Pathologien, namentlich der Schwindelproblematik, der Kopfschmerzen und der neuropsychologischen Einschränkungen. Diese wurden von den behandelnden Ärzten als posttraumatisch nach erlittener milder traumatischer Hirnverletzung interpretiert.

Hierzu ergibt sich, dass die nach dem ersten Unfall (Sturz auf Kopf) erstbehandelnden Ärzte eine Commotio cerebri diagnostizierten (E. 3.1). Bei Klinikeintritt zeigte sich ein GCS von 15 und die Ärzte hielten fest, dass – nach retrograder Amnesie – bereits im Rettungswagen und auf dem Weg vereinzelt Episoden erinnerlich seien (Urk. 10/3). Von einer Contusio (statt Commotio) labyrinthi war erstmals im Bericht des B.____ (Dr. F.____) vom 5. Januar 2011 (Urk. 10/3) die Rede. Dies aufgrund der neu aufgetretenen pantonalen leichten Hörstörung links.

Beim zweiten Unfall (Garagen-Schranke) verspürte die Beschwerdeführerin lediglich Schwindel und Übelkeit. Sie erlitt eine Prellmarke am Kopf und wegen eines pathologischen Armhalteversuches mit Absinken des Armes, Doppelbildern und Fallneigung erfolgte die weitere Diagnostik, welche bildgebend unauffällig blieb. Die behandelnde Orthopädin O.____ schloss auf ein Schädel-Hirn-Trauma (Urk. 10/64 S. 2). Beim dritten Unfall (Ausrutschen in der Ikea) war der Kopf nicht beteiligt.

E. 5.1.2

Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der GCS von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 7.2 mit Hinweisen).

Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri - nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri - erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der

Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten. Die Contusio cerebri ist eine fokale Gewalteinwirkung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 5.1.3

Die Beschwerdeführerin zeigte bei Klinikeintritt einen GCS von 15, strukturelle Veränderungen oder Mikroblutungen im Gehirn wurden nicht gefunden. Damit ist ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin im Sinne der Rechtsprechung eine Contusio cerebri bzw. labyrinthi erlitt. Der adäquate Kausalzusammenhang ist somit nicht nach den Regeln der Schleudertraum-Praxis zu prüfen, sondern nach denjenigen für psychogene Fehlentwicklungen nach Unfall gemäss

BGE 115 V 133 (vgl. oben erwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2).

E. 5.2

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 Eindringlichkeit des Unfalles; - 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 gehäuft 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 442 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. 5.4

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass je dem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Im Rahmen dieses Kriteriums wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet

(Urteil des Bundesgerichts 8C_114/2018 vom 22. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen).
Besonders dramatische Begleitumstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Unfälle waren objektiv betrachtet auch nicht besonders eindrücklich. Am heftigsten zeigte sich noch der erste Unfall mit Sturz auf den Hinterkopf, doch war auch diesem nichts Spezielles eigen, die Beschwerdeführer in stürzte einfach rückwärts.

Beim ersten Unfall erlitt die Beschwerdeführerin eine *Commotio cerebri* ohne weitgehende nachweisbare somatische Pathologien im Kopfbereich. Dabei handelt es sich nicht um eine schwere Verletzung oder eine solche besonderer Art im Sinne der Rechtsprechung. Auch die Sehnenverletzung in der Hüfte fällt nicht in diese Kategorie. Beim zweiten Unfall zog sich die Beschwerdeführerin eine Prellmarke am Kopf zu und es wurde gar nur der Verdacht auf eine *Commotio cerebri* gestellt. Beim dritten Unfall erlitt die Beschwerdeführerin schliesslich eine Prellung des Ellenbogens mit leichter

Sulcus - Ulnaris -Syndrom. Auch dies stellt keine schwere Verletzung dar. Besondere Umstände sind nicht ersichtlich. Sodann liegen keine Anhaltspunkte vor, dass die relativ geringen Gesundheitsschädigungen geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen

In den Akten finden sich keine Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen. Die somatischen Verletzungen heilten – mit Ausnahme der Hüfte, welche nicht saniert wurde, aber auch keine Arbeitsunfähigkeit verursacht - zeitgerecht ab. Die Beschwerdeführerin war trotzdem lange und an verschiedenen Orten in Behandlung, dabei ging es jedoch im Wesentlichen um die Kopfschmerz- und Schwindelproblematik so wie die neuropsychologischen Auffälligkeiten. Diese werden indes rechtsprechungsgemäss nicht in die Prüfung mit einbezogen (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Anzeichen von körperlichen Dauerschmerzen sind vorliegend nicht ersichtlich. Die somatisch begründbaren Beschwerden in Hüfte und Ellenbogen klangen zeitgerecht ab und die Kopfschmerzen werden – da nicht organisch nachweisbar – nicht in die Prüfung mit einbezogen.

Der Beschwerdeführerin wurde schliesslich seit dem ersten Unfall durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, doch basierte diese auf ihren subjektiven Angaben respektive auf der geklagten Schwindelsymptomatik, welche nicht objektivierbar ist. Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist deshalb ebenfalls nicht gegeben.

E. 5.5

Nach dem Gesagten ist keines der erforderlichen Kriterien erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und den drei Unfällen zu verneinen ist. Demgemäss kann offen bleiben, ob die natürliche Kausalität gegeben ist. Der Beschwerdeführerin stehen nach dem 28. Februar 2015 keine Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr zu, erreichen doch auch die organisch bedingten Einschränkungen unbestrittenermassen kein leistungsbegründendes Niveau. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demgemäss als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Helsana Versicherungen AG - 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 dem 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub/Sonderegger

E. 10

und Urk. 16 S. 6 Ziff. 15). Dies ist angesichts der Rechtsprechung, welche ähnliche Konstellationen entsprechend fasst, nicht zu beanstanden (so etwa Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 344/02 vom 10. Oktober 2003 und U 59/04 vom 9. September 2005). Die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges wäre somit dann zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1 mit Hinweisen).

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