

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00102

vom 21. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00102 du 21 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00102 del 21 agosto 2018

Erwägungen

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 hat sich am 25. August 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

Gemäss Art.

E. 1.3

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. 1.4

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a). 1. 5

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). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 10. März 2017 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 28. April 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen über den 31. August 2013 hinaus weiter zu erbringen (S. 2 Ziff. 1 und 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2017 schloss die Zürich auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 12. September 2017 nahm die Beschwerdeführerin die Möglichkeit einer freigestellten Vernehmlassung wahr (Urk. 12), wohingegen die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 9. Oktober 2017 ausdrücklich auf eine weitere Stellungnahme verzichtete (Urk. 16). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 16. Oktober 2017 mitgeteilt (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) aus, bei der Beschwerdeführerin sei initial eine Comotio Cerebri mit retrograder Amnesie für die Minuten vor dem Sturz und anterograder Amnesie für die Stunden nach dem Sturz diagnostiziert worden. Bildgebend hätten sich keine traumata assoziierten Pathologien ergeben, die umfangreichen neurologischen Abklärungen keine relevanten Unfallfolgen. Im Verlauf hätten tägliche Kopfschmerzen sowie ein postkontusionelles Syndrom mit Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und subjektiv empfundenem verlangsamtem Denken persistiert. Ein Jahr nach

dem Unfall habe Dr. C.____ über eine deutliche Verbesserung der Kopfschmerzsymptomatik berichtet (Urk. 2 S. 7 Ziff. 8.b). Im Rahmen einer neurologischen Begutachtung habe Dr.

D.____

gestützt auf einen blanden Befund eine Migräne diagnostiziert und die Unfallkausalität für die nach dem 31. August 2013 bestehenden Beschwerden verneint, was angesichts der medizinischen Aktenklage mit durchgehend neurologisch blandem Befund nachvollziehbar erscheine (S. 7 f. Ziff. 8.c). Auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 31. August 2013 bestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 25. August 2012 sei zu verneinen und zwar unabhängig davon, ob die Adäquanz nach der sogenannten Psychopraxis oder nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt werde (S. 8 f. Ziff. 9.a). Im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. August 2013 habe die Beschwerdeführerin vollzeitig ein Hotelpraktikum absolviert und die Kopfschmerzen hätten sich deutlich verbessert. Einem Fallabschluss stehe damit nichts entgegen (S. 9 Ziff. 9.b). Der Unfall sei als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen (S. 9 Ziff. 9.c). Die für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges massgebenden Kriterien seien nicht in der geforderten gehäuften oder auffallenden Weise erfüllt (S. 10 Ziff. 10.a). Insbesondere seien die Kriterien einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung sowie einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit zu verneinen (S. 10 Ziff. 10.b und 10.c), dasjenige der erheblichen Beschwerden sei - wenn überhaupt - nicht besonders ausgeprägt erfüllt (S. 11 Ziff. 10.b). Zusammenfassend sei maximal ein Kriterium erfüllt, was zur Verneinung der Adäquanz im Leistungszeitpunkt führen müsse (S. 11

unten).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, gemäss den echtzeitlichen medizinischen Akten sei das Fahrrad der Beschwerdeführerin beziehungsweise das Vorderrad bei hoher Geschwindigkeit nach links weggerutscht, was zum Sturz auf die linke Körperseite geführt habe. Rein physikalisch könne dieser Sturz nicht in hohem Bogen erfolgt sein. Entsprechend sei am Kopf der Beschwerdeführerin auch keine relevante Prellmarke beziehungsweise Rissquetschwunde verifizierbar gewesen (S. 3 Ziff. 2.c). Unbestritten sei, dass die unmittelbaren Beschwerden bis ein Jahr nach dem Unfall auf den Fahrradsturz zurückzuführen seien (S. 5 Ziff. 4.a). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin hätten Dr.

E.____ und die Psychologin F.____ in ihrem neuropsychologischen Bericht vom 22. Dezember 2016 nicht die Unfallkausalität bejaht (S. 5 Ziff. 4.c). Der massgebliche Zeitraum zur Beurteilung der Kriterien sei der Zeitraum ab Unfall bis zum Fallabschluss per 31. August 2013. Fakt sei, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zeitraum ihr Studium abgeschlossen und ein vollschichtiges Hotelpraktikum absolviert habe. Dass hierfür besondere Anstrengungen notwendig seien, werde nicht in Abrede gestellt. Es ändere aber nichts daran, dass vorliegend die Kriterien nicht in der geforderten Weise erfüllt seien und die Adäquanz damit zu verneinen sei (S. 6 Ziff. 5.d).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, sie sei nicht bloss mit dem Velo umgefallen, sondern beim sehr eindrücklichen Unfall im hohen Bogen durch die Luft geflogen und ohne Helm direkt auf dem Kopf gelandet, dies ohne sich abzustützen (S. 10 Rz 44). Zeugen vor Ort hätten eine Bewusstlosigkeit von jedenfalls nicht unbeträchtlicher Dauer bestätigt (S. 10 Rz 45) und die Ärzte des Spitals B.____ seit dem Sturz bestehende, stärkste drückende Kopfschmerzen, eine retrograde Amnesie für die Minuten vor dem Sturz sowie eine anterograde Amnesie für die Stunden nach dem Sturz beschrieben (S. 10 Rz 46). Schon allein aufgrund der langen anterograden Amnesie liege wenigstens eine Comotio im Grenzbereich zur Contusio vor (S. 10 Rz 47). Alle fünfzehn beigezogenen Ärzte, mit Ausnahme der versicherungsinternen Ärzte Dr.

D.____ und Dr. G.____, hätten aus medizinischer Sicht sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität des Unfalles vom 25. August 2013 für die Kopfschmerzen und die kognitiven Leistungsdefizite der Beschwerdeführerin bejaht und im Unfall auch das einzige auslösende Ereignis gesehen. All diese Ärzte hätten den Heilungsverlauf zwar als eher lang und eher atypisch, aber als bestehend angesehen, die Heilungschancen bis zum heutigen Tag als bestehend beurteilt und weitere Therapien empfohlen (S. 27 f. Rz 109). Für fortwährende Unfallfolgen bestehe Deckung durch die Unfallversicherung (S. 29 Rz 114), eine Leistungseinstellung sei weder zulässig noch zu

rechtfertigen (S. 29 Rz 115).

Zu den einzelnen Adäquanzkriterien führte die Beschwerdeführerin aus, der Unfall sei in die Kategorie der mittelschweren Unfälle im mittleren Bereich einzustufen (S. 30 Rz 117). Da sie nicht einfach vom Velo gestürzt, sondern in hohem Bogen mit der Fahrtgeschwindigkeit des Velos durch die Luft geflogen und mit dieser Geschwindigkeit kopfvoran auf den Boden geprallt sei, wobei der Kopf die erste Aufprallenergie habe aufnehmen müssen, sei das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit erfüllt (S. 30 f. Rz

120). Durch die persistierenden, aussergewöhnlich heftigen neurologischen und neuropsychologischen Probleme seien die bildgebend nach dem heutigen Stand der Medizin nicht erfassbaren Verletzungen schwer und von besonderer Art (S. 31 Rz 121). Weder die Ärzte des Spitals B.____ noch ihr Hausarzt Dr. H.____ , Dr.

G.____ , Dr. I.____

oder Dr. J.____ hätten dauerhaft wirksam helfen können. Erst nach Ablauf von fast einem Jahr habe Dr. C.____ Hilfe leisten können und ihr Zustand habe sich ab der verschriebenen Medikamente verbessert (S. 31 Rz 122). Belastend sei auch, dass sie nur mit Gehörschutz in normaler Umgebung funktionieren könne, dadurch aber gleichzeitig isoliert werde. In der Arbeitswelt und im sozialen Umfeld brauche sie eine geschützte Umgebung (S. 31 Rz 124). Sie leide durch den Unfall unter immer wiederkehrenden starken Kopfschmerzen, reduzierter Kognition, allgemeiner Konzentrationsschwäche, einer jedenfalls auf kurze Zeitfenster limitierten Konzentrationsfähigkeit, zeitlich stark reduzierten Aktivitätsphasen beziehungsweise Einsatzzeiten und einem übergrossen Schlafbedürfnis (S. 32 Rz 128). Diese Beschwerden würden den Lebensalltag bis heute erheblich beeinträchtigen. Ein Sozialleben unter der Woche komme nach wie vor nicht in Frage - sie wäre am nächsten Tag wegen der Kopfschmerzen nicht arbeitsfähig (S. 32 Rz 129). Aufgrund der ersten Heilungserfolge durch Dr. C.____ seien diverse frühere Behandlungsversuche rückblickend als Fehlbehandlungen zu werten (S. 34 Rz 136). Für den schwierigen Heilungsverlauf spreche allein schon die Tatsache, dass sie bald fünf Jahre nach dem Unfall noch immer unter erheblichen Beschwerden leide und der Heilungsverlauf nach wie vor nicht abgeschlossen sei (S. 34 Rz 141). Sie habe zwar ihre Ausbildung an der Hotelfachschule K.____ abgeschlossen und ein Praktikum im Hotel L.____ absolviert. Dabei habe sie aber die Studienzeit bei den Prüfungen verlängert und die ab Ende 2012 unter erleichterten Bedingungen abgelegten Prüfungen gestreckt (S. 35 Rz 147). Noch heute liege eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit vor (S. 36 Rz 152).

Mit Eingabe vom 12. September 2017 (Urk. 12) führte die Beschwerdeführerin ergänzend aus, vom 13. Juni bis 22. Juli 2017 sei sie stationär in der Klinik für Neurologie in M.____ behandelt worden (S. 2 Rz 4), wobei die Ärzte eine Arbeitsfähigkeit von 30% attestiert hätten (S. 3 Rz 12). Die Beschwerdegegnerin lasse in der Beschwerdeantwort sodann jegliche Auseinandersetzung mit den Argumenten der Beschwerde vermissen, sondern gehe in keiner Art und Weise auf die Sachverhaltsdarstellungen ein (S. 3 Rz 14).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist damit, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 31. August 2013 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, mithin der rechtsgenügende Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 25. August 2012. 3. 3.1

Vom 25. bis 26. August 2012 war die Beschwerdeführerin im Spital B.____ hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 26. August 2012 (Urk. 9/Z M3) diagnostizierten die Ärzte eine Commotio cerebri (S. 1) und hielten fest, das Fahrrad der Patientin sei bei hoher Geschwindigkeit nach links weggerutscht, dabei sei sie mit Kopfanprall auf die linke Körperseite gestürzt. Sie habe keinen Helm getragen. Eine mögliche Bewusstlosigkeit könne weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Seit dem Sturz leide die Patientin an stärksten drückenden Kopfschmerzen. Es bestehe eine retrograde Amnesie für die Minuten

vor dem Sturz sowie eine anterograde Amnesie für die Stunden nach dem Sturz. Es sei weder zu Übelkeit noch zu Erbrechen gekommen. Die röntgenologische Untersuchung habe einen normalen Befund ergeben. Unter Dafalgan sei es zu einer Regredienz der Kopfschmerzen gekommen. Die Patientin sei nach unauffälliger Commotio-Überwachung schmerzfrei und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 2). 3.2

Am 7. Dezember 2012 führte der Hausarzt Dr. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei bekannter Diagnose (Urk. 9/ZM2 Ziff. 1.a) aus, es bestünden persistierende Kopfschmerzen und teils Konzentrationsprobleme sowie Verspannungen im Nacken mit leicht eingeschränkter Beweglichkeit der HWS nach links. Die Beschwerdeführerin klage über vermehrte orthostatische Beschwerden und verlangsamtes Denken. Er empfehle gymnastische Übungen für die HWS (Ziff. 1.b). Vom 25. August 2012 bis 9. September 2012 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, vom 10. bis 16. September 2012 eine solche von 50 % (Ziff. 3). 3.3

Dr.

G.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2012 folgende Diagnosen (Urk. 9/ZM10 S. 1): - sogenannte neurovegetative Irritationsbereitschaft mit Tendenz zu - arterieller Hypotonie inklusive orthostatischen Beschwerden - kalten Akren - prolongiertem Dermographismus am oberen Thorax - Commotio cerebri am 25. August 2012 - ursächlich Sturz mit dem Velo in schlüpfrigem Gelände mit Aufprall auf die linke Körper-/Kopfseite - anterograde Amnesie von weniger als einer Stunde Dauer - CT des Kopfes (Spital B.____) ohne Befund - protrahierter Verlauf mit zervikaler muskulärer Dysbalance, diffuser druckförmiger Zephalea sowie intellektueller Verlangsamung, Konzentrationsschwierigkeiten etc. - aktuelles Kontroll-MRI des Kopfes normal - neurovaskulärer Ultraschallstatus juvenil, insbesondere kein Hinweis für einen Status nach traumatisch induziertem prolongiertem Vasospasmus mit/ohne Dissektion

Nach ersten Untersuchungen im Sanitätszelt sei eine Einweisung ins Spital B.____ veranlasst worden. Am Kopf seien keine relevanten Prellmarken beziehungsweise Rissquetschwunden verifizierbar gewesen (S. 2 oben). Infolge des Sturzes sei es zu einer Schädel-Hirn-Prellung und einer HWS - Whiplash -Seitwärts-Traumatisierung mit protrahierter Manifestation, einschliesslich einschliessenden stechenden Kopfschmerzen, zervikaler muskulärer Dysbalance und reduzierter Belastbarkeit beziehungsweise reduziertem Intellekt gekommen. Erstere hätten sich in ein diffuses Druckgefühl im Kopf transformiert, letztere Beschwerden würden persistieren (S. 3 f.). Die aktuellen Abklärungen hätten keine relevanten Unfallfolgen ergeben, insbesondere keinen traumatisch induzierten prolongierten Vasospasmus mit/ohne Dissektion auf der makrovaskulären Ebene extrakraniell und intrakraniell im Bereich der Hirnbasis, und keine protrahierte intrakranielle Pathologie, insbesondere Status nach Veneneinriss mit subduraler Sickerblutung, Kontusionsmarke etc. Klinisch seien nebst der zervikalen muskulären Dysbalance sogenannte neurovegetative Irritationszeichen verifizierbar. Diesbezüglich betroffene Patienten würden erfahrungsgemäss akzentuierter und protrahierter auf Schädel-Hirn-Prellungen, HWS - Whiplash -Bewegungen etc. reagieren. In den nächsten Wochen sei mit einer langsamen Regredienz der Unfallfolgen zu rechnen (S. 4). 3.4

In seinem Bericht vom 11. Juli 2013 (Urk. 9/ZM11) nannte Dr. C.____, Facharzt für Neurologie, folgende Diagnosen (S. 1): - chronischer posttraumatischer Kopfschmerz nach leichtem Schädelhirntrauma (IHS-Code 5.2.2) - postkommotionelles Syndrom nach

diffusem Schädelhirntrauma durch Fahrradsturz vom 25. August 2012 - Neigung zur Konstitution - traumabedingte Einschlafstörungen

Einerseits fände sich ein typisches posttraumatisches chronisches Kopfwie mit typischerweise wenigen Migränesymptomen wie Phonophobie. Verstärkungsfaktor sei sicherlich das postkommotionelle Syndrom, das sich vor allem als Behinderung in der Konzentration, als verminderte Ausdauer beziehungsweise erhöhtes Erholungsbedürfnis

äußere. Das postkommotionelle Syndrom sei recht typisch ausgeprägt.

Nackenbeschwerden und Gleichgewichtsprobleme hätten sich erholt. Das Einschlafen sei auch deutlich besser geworden. Weitere Abklärungen seien derzeit nicht notwendig, allenfalls könne ein EEG angeschlossen werden, weil es gelegentlich zu einer Art Denkpause kommen könne, die aber wahrscheinlich schmerzbedingt sei (S. 3). 3.5

Am 13. September 2013 führte Dr. C.____ bei unveränderten Diagnosen aus, die Kopfschmerzen seien deutlich besser geworden, allerdings könne die Patientin immer noch nicht ihr gewohntes Leben führen. Die Akutmedikation mit Xefo bewähre sich, der Schlaf sei immer noch ungenügend. Unter Venlafaxin sei der Gesamtverlauf erfreulich (Urk. 9/ZM13). 3.6

Dr. N.____, Facharzt für Neurologie, Beratender Arzt der Beschwerdeführerin, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 7. Januar 2014 (Urk. 9/ZM14) aus, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen des Unfallereignisses vom 25. August 2012 eine leichte traumatische Hirnverletzung (Comotio cerebri) erlitten. Die Amnesie vor und nach dem Unfallereignis sowie die Bewusstlosigkeit nach dem Trauma würden die Diagnosen stützen. Eine relevante intrakranielle Verletzung habe unfallnah mittels einem CT ausgeschlossen werden können. Nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung würden die Beschwerden in der Regel im Verlauf von Tagen oder Wochen abnehmen. In seltenen Fällen brauche es Monate, bis die Beschwerden abgeklungen seien. Regelmäßig würden die Beschwerden mit dem Heilungsprozess innert zirka eines Jahres aber vollständig und ohne bleibende Folgen verschwinden. Im vorliegenden Fall könne bei fehlendem Nachweis von strukturellen Läsionen von einer vollständigen Ausheilung und damit per Ende August 2013 von einem Status quo sine ausgegangen werden. Die noch bestehenden Kopfschmerzen seien basierend auf dem aktuellsten Bericht Folge eines Analgetikaübergebrauchs. Die anfänglich vorhandenen Nackenschmerzen liessen sich sturzbedingt im Sinne einer vorübergehenden muskulären Dysbalance erklären. Es könne davon ausgegangen werden, dass die unfallbedingten Nackenschmerzen zum Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine Ende August 2013 folgenlos abgeklungen seien (S. 2). 3.7

Dr. C.____ hielt am 28. März 2014 fest, in der Folge des Fahrradsturzes mit seitlichem Kopfanprall sei es zu einem persistierenden postkommotionellen Syndrom gekommen. Typisch für dieses Syndrom sei das Leiden an Reizüberflutung sowie verstärkte Ermüdbarkeit. Insgesamt sei die Prognose gut, doch brauche die Beschwerdeführerin noch weitere Zeit zur weiteren Erholung. Dies erkläre, dass ihre Leistungen bis heute nicht konstant seien und nur mit grossem Aufwand an Medikamenten, Therapien und Erholungszeit auf genügendem Niveau gehalten werden könnten (Urk. 9/ZM15 S. 1 f.). Des Weiteren seien Schwierigkeiten mit simultan auszuführenden Tätigkeiten typisch. Es sei bestens bekannt, dass das persistierende postkommotionelle Syndrom über die Zeit sehr unterschiedlich verlaufen könne mit starker individueller Luktuation. Es bestehe kein Medikationsübergebrauchskopfschmerz, denn die Anzahl eingenommener

Kopfschmerzattackenmedikamente liege unter 15 für NSAR und unter 10 für Triptane , also unter der für die Diagnose eines Medikationsübergebrauchs kopfschmerz es notwendigen Anzahl Medikamenteneinnahmen (S. 2). 3.8

Am 26. August 2014 erstattete Dr.

D.____, Facharzt für Neurologie, im Rahmen einer bidisziplinären Begutachtung ein neurologisches Gutachten (Urk. 9/ZM16/S. 1-17) zuhanden der Beschwerdeführerin. Dabei diagnostizierte er Migräne, differenzial diagnostisch einen Analgetika-Kopfschmerz. Weiter führte er bezüglich der Diagnosen aus, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem (S. 10 Ziff. 4). Der erhobene neurologische Befund sei in allen Teilen regelrecht ausgefallen. Aktenkundig sei bislang eine kausale Assoziation des Kopfschmerzsyndroms mit dem Unfall im August 2012 postuliert worden. Das Unfallereignis vom August 2012 sei ohne eine ärztlich dokumentierte namhafte Verletzung einhergegangen, insbesondere seien keine Kopfverletzungen dokumentiert und die seinerzeitige zerebrale Bildgebung sei unauffällig gewesen. Ausweislich des echtzeitlichen Erstberichts sei auch die Annahme einer mit dem Velosturz assoziierten Bewusstseinsstörung spekulativ. Eine stattgehabte Commotio cerebri könne also allenfalls als möglich erachtet werden. Unterstelle man dennoch eine Commotio cerebri, sei diese jedoch nicht geeignet, mit hinreichender biologischer Plausibilität zu dauerhaften Beschwerden zu führen (S. 10 Ziff. 5). Insbesondere seien auch die reklamierten kognitiven Beeinträchtigungen nicht in einen plausiblen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom August 2012 zu bringen. Auch bestehe kein hinreichender Evidenzbeleg für einen Kausalzusammenhang von chronischen Kopfschmerzen mit stattgehabten leichtgradigen Schädelhirntraumata. Allenfalls sei hier also eine Zufallsassoziation mit einer Migräne zu diskutieren, angesichts der verordneten Polypharmakotherapie zudem an einen zumindest anteiligen Analgetika-Kopfschmerz zu denken, somit zunächst eine konsequente Entgiftung und Entwöhnung anzustreben und zu empfehlen. Eine jemals stattgehabte, anhaltende, unfallbedingte Auslenkung des gesundheitlichen Status quo ante sei anamnestisch, aktenkundig und anhand des hiesigen Befundes nicht wahrscheinlich, biologisch nicht plausibel und vor allem nicht anhand unfallbedingter struktureller Läsionsbefunde belegt. Die aktenkundige Attestierung eines unfallkausalen Kopfschmerzsyndroms sei somit nicht haltbar, da diese der Evidenzlage der wissenschaftlichen Medizin widerspreche und zudem nicht gegen die Diagnosen einer Migräne und eines Analgetika-Kopfschmerzes sowie deren Behandelbarkeit ausreichend abgewogen worden sei. Insbesondere sei die Einlassung, die gesamte von der Versicherten reklamierte Symptomatik

repräsentiere ein typisches Folgebild des stattgehabten Unfalls, nicht mit epidemiologischer Evidenz untermauert und somit irreführend und unbelegt (S. 11). Eine unfallbedingte Gesundheitsstörung sei nicht wahrscheinlich. Die unfallunabhängige Migräne beziehungsweise der Analgetika-Kopfschmerz seien eigenständige biologische Entitäten ohne Kausalbezug zu Verletzungsereignissen und zudem einfach und gut behandelbar. Eine lege artis durchgeführte Therapie der reklamierten Zephalgien sei derzeit nicht zu erkennen (es werde kein Kopfschmerzkalender geführt, die anamnestisch ineffektive Medikation werde nicht revidiert, eine migränespezifische Therapie erfolge nicht; S. 12 Ziff. 4).

Mag. rer. nat.

O.____ , Neuropsychologe,

hielt in seinem neuropsychologischen Teilgutachten vom 26. August 2014 (Urk. 9/ZM16/18-35) fest, es bestehe kein klinischer oder testpsychologischer Anhalt für eine kognitive Störung (S. 11 Ziff. 4). Ausweislich der erhobenen klinischen und testpsychologischen Befunde sei keine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit gegeben. Für die reklamierten Klagen finde sich kein ausreichendes Korrelat. Der klinische Befund sei regelrecht, die testpsychologischen Ergebnisse würden - damit übereinstimmend - ebenfalls nicht für eine namhafte kognitive Einschränkung sprechen. Das Unfallereignis vom August 2012 biete darüber hinaus auch keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine wesentliche zerebrale Verletzung, die dauerhafte kognitive Störungen begründen könne. Die Erstdokumentation lasse allenfalls die Diagnose einer möglichen Commotio cerebri zu. Für derartige Ereignisse ergebe sich jedoch aus der analysierten Datenlage der evidenzbasierten Medizin kein Anhalt für einen Kausalbezug mit kognitiven Störungen (S. 12 Ziff. 5). Eine jemals stattgehabte relevante Änderung des kognitiven Status prä ante sei nicht hinreichend wahrscheinlich (S. 12 Ziff. 6.3). Eine biologisch plausible kognitive Beeinträchtigung sei nicht wahrscheinlich (S. 13 Ziff. 4). 3.9

Mit Schreiben vom 5. Januar 2015 hielt Dr. C.____

bezüglich des Gutachtens von Dr.

D.____

fest, eine Hirnerschütterung sei in erster Linie eine klinische Diagnose. Dazu gehöre, dass in der aktuell üblichen Bildgebung keine fokalen Hirngewebeverletzungen erkennbar seien. Die Kausalität sei mit dem Unfallhergang und den augenblicklich einsetzenden obigen Symptomen gegeben. Die Erholung erfolge mehr oder weniger linear, im Laufe der Zeit würden sich immer mehr Patienten erholen. Allerdings seien nach einem Jahr immer noch 10 bis 15 % der Betroffenen in der einen oder anderen Art und Weise am Leiden (Urk. 9/Z83 S. 1 f. Ziff. 1). Massgeblich sei der Zustand der Beschwerdeführerin selber als individuelle Person. Die Diskussion der vor dem Unfall vorhandenen überdurchschnittlichen kognitiven und sozialen Eigenheiten der Beschwerdeführerin fehle im Gutachten von Dr.

D.____ . Es sei auch nicht berücksichtigt worden, dass die Beschwerdeführerin noch ein Durchhaltevermögen von zirka drei Stunden habe und es danach zu einem deutlichen Leistungsabfall komme. Die neuropsychologische Untersuchung sei nach zirka dreieinhalb Stunden beendet gewesen und habe den Leistungsabfall testpsychologisch nicht erfassen können. Die Beschwerdeführerin sei zudem während der Untersuchung unter dem Einfluss der Medikamente gestanden, welche ihre Leistungsfähigkeit verbessert hätten (S. 2 Ziff. 2). Es handle sich vorliegend nicht um Migräne, sondern um einen posttraumatischen Kopfschmerz. Die verschriebenen Schmerzmittel würden bewusst als fixe Dosierung eingesetzt und nicht nach Bedarf. Die Kriterien eines Medikations-Übergebrauchs-Kopfschmerzes seien damit nicht erfüllt (S. 2 f. Ziff. 3). Es gebe zahlreiche Studien, die sich mit dem postkommotionellen Syndrom und dem chronischen Verlauf über Monate bis Jahre befassen würden. Diese seien vom Gutachter Dr.

D.____

jedoch in keiner Weise erwähnt oder diskutiert worden (S. 3). 3.10

Am 20. Oktober 2015 führte Dr. C. ___ bei unveränderten Diagnosen aus, seit der letzten Kontrolle am 4. November 2014 sei einiges besser geworden. Die Beschwerdeführerin habe ihre Ausbildung abgeschlossen und versuche nun im Gesundheitswesen selbständig Fuss zu fassen. Durch diese neuberufliche Ausrichtung sei es ihr möglich, sich recht gut an die immer noch vorhandenen gesundheitlichen Probleme anzupassen. Die täglichen Kopfschmerzen seien verschwunden. Letzthin habe sie Venlafaxin beziehungsweise Xefo vergessen und die Kopfschmerzen seien regredient gewesen. In gewissen Situationen sei nun aber nicht mehr das Kopfweh störend, sondern beispielsweise sehr starke Lichtkontraste. Es komme dann relativ schnell zu einer Reizüberflutung, Einbruch der Leistungsfähigkeit und Entwicklung von Kopfschmerzen. Wichtig für eine gute Lebensqualität sei ein ruhiger Kurs und strikte neun Stunden Schlaf. Den noch sei dies kein Vergleich zur Lebensqualität vor dem Unfall, als viel mehr möglich gewesen sei. Es fehle immer noch ein Teil der Energie. Bei Stress situationen würden Wortfindungsstörungen beziehungsweise Schwierigkeiten bei Fremdsprachen auftreten (Urk. 9/ZM17 S. 1). Insgesamt bestehe ein erfreulicher, posttraumatischer Verlauf, nicht zuletzt durch die Flexibilität der Beschwerdeführerin. Es sei nicht erstaunlich, dass auch mehr als drei Jahre nach dem Unfall die Leistung noch gesteigert werden könne. Ob das Gesamtniveau von vor dem Unfall erreicht werden könne, sei allerdings ungewiss. Mit etwas weniger Gesamtleistung könne die Patientin aber auch gut umgehen und leben (S. 2). 3.11

Dr. P. ___ , Facharzt für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. April 2016 (Urk. 9/ZM18) chronische, posttraumatische Spannungskopfschmerzen bei Status nach Sturz mit dem Fahrrad am 25. August 2012 mit Commotio cerebri mit wahrscheinlich mehrminütiger Bewusstlosigkeit. Geblieben von diesem Unfall sei ein ständig erhöhtes Schlafbedürfnis, Kopfschmerzen, eine ausgeprägte Überempfindlichkeit auf Lärm und teilweise auch auf Licht, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten sowie weitere psychologische Defizite (S. 1). Hauptsächlich unter Belastung komme es zu Kopfschmerzen, welche einige Merkmale einer Migräne aufweisen würden, so dass von einer traumatisch aktivierten Migräne auszugehen sei. Andererseits würden auch kognitive Schwierigkeiten bestehen, so dass eine minimale Hirnschädigung nicht ausgeschlossen sei. Zur Klärung werde eine eingehende neuropsychologische Untersuchung empfohlen (S. 2). Die maximal mögliche Arbeitsfähigkeit betrage momentan vermutlich 30 % (S. 1 f.). 3.12

Der behandelnde Psychiater Dr. Q. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2016 (Urk. 9/ZM20) aus, der Sturz vom Velo mit anschliessender Bewusstlosigkeit habe richtigerweise zur Diagnose einer Commotio cerebri geführt. Im Zusammenhang mit den fort bestehenden Symptomen sei die Hypothese aufgestellt worden, dass als Ursache der Kopfschmerzen auch ein Medikamentenübergebrauch infrage kommen könne (S. 1). Aus medizinischer Sicht sei dies klar zu verneinen. Die Beschwerdeführerin habe die Medikamentenkombination erst am 1. Juli 2013 in therapeutischen und damit absolut normalen und vertretbaren Dosierungen verschrieben erhalten. Am 31. August 2013 könne daher noch keine Entwicklung eines schmerzmittelinduzierten Kopfwehs möglich sein. Für ein solches wäre auch die Frist bis zum Sommer 2014 noch zu kurz. Die von der Beschwerdeführerin eingenommenen Medikamente Venlafaxin und Xefo als oft langjährig einzunehmende Medikamente bei depressiven und/oder an rheumatischen Erkrankungen leidenden Patienten seien nicht dazu angetan, Kopfschmerzen zu induzieren (S. 2). Trotz Konsultation von mehreren Ärzten habe bis zum 17. Juli 2013 eine wirksame Therapie gefehlt. Dabei könne

die bis zum 16. Juli 2014 andauernde Medikationseinnahme mit den beklagten Nebenwirkungen einer ständigen, leichten Verstopfung und Gewichtszunahme vor dem Hintergrund der üblichen Therapien bei leichten Schädel-Hirn-Traumata nicht als leicht eingestuft werden. Ebenso erscheint die Verwendung eines Gehörschutzes therapeutisch angezeigt, aber belastend. Insgesamt müsse nach vier Jahren aus medizinischer Sicht von einem schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen ausgegangen werden. Allein aufgrund des im Sommer 2013 absolvierten mehrmonatigen Praktikums könne nicht darauf geschlossen werden, dass die Beschwerden nicht erheblich seien, da diese Leistung nur bei praktisch vollständigem Verzicht auf ein Sozialleben abends und an den Wochenenden möglich gewesen sei. Aus medizinischer Sicht unbestritten seien die immer noch erheblichen Beschwerden im Sinn der oben genannten Symptome, die auch dazu führten, dass die Beschwerdeführerin bis heute auf ein soziales Leben, das diesen Namen verdiene, und auch auf eine angemessene Karriere verzichten müsse (S. 3). Schliesslich bestehe auch eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit. Sie arbeite zu 35 % an einem praktisch geschützten Arbeitsplatz und gehe eine gewisse Zeit einem eigenen Projekt nach. Auf dem freien Arbeitsmarkt wäre es kaum möglich, in ihrem angestammten Beruf oder in einer zumutbaren Verweistätigkeit ein Erwerbseinkommen zu erzielen (S. 4). 3.13

Am 6. Dezember 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Institut für Neuropsychologische Diagnostik und Bildgebung neuropsychologisch untersucht. In ihrem Untersuchungsbericht vom 23. Dezember 2016 hielten Dr.

E.____, Leiter Neuropsychologie, und F.____, Psychologin, fest, die Beschwerdeführerin verfüge über ein durchschnittliches allgemeines kognitives Leistungsniveau (Gesamt-IQ:103, Verbal-IQ:95, Handlungs-IQ:114) mit einer signifikanten Asymmetrie zu Gunsten handlungsgebundener Anforderungen. Die Stärken fänden sich in der Verarbeitungsgeschwindigkeit, dem verbalen Lernen sowie der figuralen Ideenproduktion. Im Vordergrund der neuropsychologischen Untersuchung würden leichte, unspezifische attentionale Minderleistungen stehen. Bei initial überdurchschnittlichen Leistungen in Aufgaben zu Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit habe die Beschwerdeführerin im späteren Verlauf der Untersuchung leichte Beeinträchtigungen gezeigt, was auf eine verminderte Belastbarkeit hingewiesen habe. Im Übrigen habe die neuropsychologische Untersuchung durchgehend unauffällige Ergebnisse ergeben. Die Leistungen im Bereich des anterograden episodischen Gedächtnisses für verbale und figurale Inhalte, der visuellen Wahrnehmung wie auch der visuell-konstruktiven Leistungen seien durchschnittlich bis überdurchschnittlich. Weiter gebe es keine Anzeichen eingeschränkter visuo-motorischer Leistungen. Aus dem aktuellen neuropsychologischen Leistungsprofil würden sich keine qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ableiten lassen. Aufgrund der Fatigue-Symptomatik, der reduzierten Belastbarkeit sowie des erhöhten Schlafbedarfs sei jedoch von quantitativen beziehungsweise zeitlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine Quantifizierung der zeitlichen Einschränkungen sei aufgrund der vorliegenden Befunde nicht möglich. Angestrebt werden solle ein Pensum, bei welchem genügend Erholungszeiten möglich seien, damit dieses langfristig beibehalten werden könne (S. 6). Die im Untersuchungsverlauf mit der Zeit auftretenden Leistungseinbussen seien möglicherweise Ausdruck einer zunehmenden Erschöpfung und Minderbelastbarkeit und würden die Verdachtsdiagnose auf unspezifische Leistungseinbussen erlauben, die mit fatigueverdächtigem Verlauf und verminderter Belastbarkeit auftreten würden. Differenzialdiagnostisch sei abzuklären, ob

die beschriebenen Beschwerden auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma zurückzuführen seien (S. 6 f.). Die im Verlauf beschriebenen Beschwerden würden einem atypischen Verlauf nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma entsprechen (S. 7). 3.14

In einem Kostengutsprachege such für eine psychosomatische Rehabilitation vom 2. März 2017 (Urk. 9/ZM22) nannten die Ärzte der Klinik R.____ folgende Diagnosen (S. 1): - organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma - bei Zustand nach Commotio cerebri am 25. August 2012 - protrahierter Heilungsverlauf mit Symptompersistenz (Fatigue , Lärm-, Schmerz- und emotionale Hypersensitivität, kognitiv Leistungsver min derung) - langdauernde Behandlung mit NSAR - Anpassungsstörung mit Angst- und Depressionssymptomen sowie zwang hafter Überkompensation der kognitiven Symptome

Die bis zur Commotio cerebri am 25. August 2012 stets psychisch gesunde, sehr leistungsfähige und intelligente junge Frau leide seither an einem psychoorga nischen Syndrom, welches sich initial durch starkes Kopfw eh manifestiert habe. Heute würden kognitive Symptome wie Konzentrations- und Aufmerksam keits probleme, Lärm- und Schmerzempfindlichkeit sowie eine Hypersomnie im Vor der grund stehen. Emotional bestehe eine erhöhte Labilität, Reizbarkeit, eine ver minderte Belastbarkeit und eine verminderte Frustrationstoleranz. Angesichts des ungewöhnlich langen postkommotionellen Verlaufes, welcher nur eine langsame Verbesserung zeige und mit objektivierbaren kognitiven Einbussen einhergehe, sei eine intensive stationäre Rehabilitation angezeigt. Angesichts der bereits lange andauernden NSAR Behandlung sei auch eine medikamentöse Umstellung ange zeigt, da die Gefahr einer schmerzmittelinduzierten Kopfw ehproblematik bestehe. Eine Intensivierung der Behandlung sei angesichts der drohenden Stagnation des Heilungsverlaufes und der damit verbundenen Gefahr einer weiteren beruflichen und sozialen Desintegration notwendig (S. 2). 4. 4.1

Vorliegend ist unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten auch ausge wiesen , dass die nach wie vor geklagten Beschwerden kein organisches Korrelat aufweisen. Denn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit appara tiven/bild ge ben den Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E 2 mit Hinweis). Die anlässlich der Erstun tersuchung im Spital B.____

am 25. August 2012 durchgeführten röntgenolo gischen Untersuchungen ergaben einen normalen Befund (E. 3.1) und auch ein im Oktober 2012 veranlasstes Kontroll-MRI des Kopfes ergab keine Auffällig keiten (E. 3.3).

Bei allfälligen natürlich unfallkausalen verbliebenen Schädigungen, wozu auch die seit dem Unfall am 25. August 2012 geklagten Kopfschmerzen, die ausge prägte Überempfindlichkeit auf Lärm und teilweise auch auf Licht, Konzen tra tions - und Gedächtnisschwierigkeiten sowie weitere psychologische Defizite ge hö ren (vgl. E. 3.11), ist daher die Adäquanz gesondert zu prüfen (vgl. vor steh end E. 1.4). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weite rungen zur natürlichen Kausalität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_70/2009 vom 31. Juli 2009 E. 3 mit Hinweisen). 4.2

Die Beschwerdeführerin beanstandete den Fallabschluss per Ende August 2013 als verfrüht (vgl. vorstehend E. 2.2) . Ein Fallabschluss ist dann vorzunehmen, wenn von einer

Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann. In diesem Zeitpunkt ist der Fall somit unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteile des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014, E. 3, und 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014, E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109, E. 4.3). Der Fallabschluss und die Prüfung der Adäquanz setzen sodann lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013, E. 5.2, und 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012, E. 3.2.2).

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per Ende August 2013, mithin gut ein Jahr nach dem Unfall, ein. In diesem Zeitpunkt arbeitete die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen im Rahmen eines halbjährigen Praktikums in einem Pensum von 100 % im Hotel L.____ in Zürich (Urk. 2 S. 11 Ziff. 10.c, Urk. 9/Z115 S. 12 Ziff. 7). Dass dabei ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen wäre, wurde nicht geltend gemacht, und ist aufgrund der Akten auch nicht anzunehmen. Die Tatsache, dass sie dafür jede andere Aktivität und jeden Sozialkontakt rigoros ausschloss und all ihre Kraft und Zeit in dieses Praktikum steckte (vgl. E. 3.12), vermag an der im Sommer beziehungsweise Herbst 2013 bestehenden vollständigen Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern. Auch dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach Abschluss des Studiums auf lediglich 30 bis 35 % eingeschätzt wurde (E. 3.11-12), spricht nicht gegen die damals bestehende vollständige Arbeitsfähigkeit. Entsprechend ist die von der Beschwerdegegnerin per Ende August 2013 vorgenommene Adäquanzprüfung nicht zu beanstanden. 4.3

Zu beurteilen ist weiter, ob die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis oder der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (sogenannte Psycho-Praxis) zu beurteilen ist. Die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt sich bei einem erlittenen Schädelhirntrauma nach der Rechtsprechung nur dann, wenn dieses mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri liegt, nicht hingegen, wenn der Schweregrad bei einer Commotio cerebri (milde traumatische Hirnverletzung) liegt.

Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzer Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit nach 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April

2016, E. 4.2, sowie 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011, E. 2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Gemäss den echtzeitlichen medizinischen Akten hat die Beschwerdeführerin eine *Commotio cerebri* erlitten, wobei am Kopf keine relevanten Prellmarken beziehungsweise Rissquetschwunden verifizierbar gewesen waren (E. 3.1, E. 3.3). Strukturelle Veränderungen oder Mikroblutungen wurden nicht gefunden. Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin keine Verletzung im Grenzbereich zu einer *Contusio cerebri* erlitten hatte. Dem steht auch die von der Beschwerdeführerin mehrfach geltend gemachte Bewusstlosigkeit unmittelbar nach dem Unfall nicht entgegen, gehört eine solche doch zum Beschwerdebild einer *Commotio cerebri*. Von einer *Contusio cerebri* oder einer Verletzung im Grenzbereich einer solchen ging denn auch keiner der mit dem Fall betrauten Ärzte aus. Auch Dr.

G.____, welcher in seinem Bericht zwar von einer Schädel-Hirn-Prellung sprach, nannte in der Diagnoseliste lediglich eine *Commotio cerebri* (E. 3.3).

Dementsprechend wäre eine Prüfung der Adäquanz nach der Psycho-Praxis gerechtfertigt. Die Adäquanz ist jedoch bereits nach der für die versicherten Personen günstigeren Schleudertrauma-Praxis (BGE 117 V 359) zu verneinen, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. 5. 5. 1

Im Hinblick auf die Prüfung der Adäquanz ist zunächst der Unfall nach seiner Schwere zu qualifizieren, welche sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften bestimmt (vgl. vorstehend E. 1.4). Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass es sich beim Unfallereignis vom 25. August 2012 um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt (Urk. 2 S. 9 lit. c). Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, der Unfall sei als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren (Urk. 1 S. 30 Rz 118 f.).

Aus dem Austrittsbericht des Spitals B.____ vom 26. August 2012 ergibt sich bezüglich des Unfallhergangs es, dass das Velo der Beschwerdeführerin am 25. August 2012 bei hoher Geschwindigkeit nach links wegrutschte, die Beschwerdeführerin auf die linke Körperseite stürzte und mit dem Kopf am Boden anprallte (E. 3.1). Die Beschwerdeführerin führte in der Beschwerde ergänzend dazu aus, gemäss den Zeugen sei sie in hohem Bogen durch die Luft geflogen, wobei der Aufschlag am Boden direkt auf den Kopf und ohne Abstützung erfolgt sei (Urk. 1 S. 30 Rz 117). Nachdem die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen keinen Helm trug (Urk. 1 S. 4 Rz 11) und weder relevante Prellmarken noch Rissquetschwunden festgestellt worden waren (E. 3.1, E. 3.3), erscheint die Darstellung des Unfallherganges in der Beschwerde mindestens als fraglich. Ein Sturz vom Fahrrad, ohne Beteiligung weiterer Verkehrsteilnehmer, insbesondere ohne Zusammenstoss mit einem Auto,

und ohne Zusammenprall mit einem Hindernis, ist objektiv betrachtet maximal als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen. Damit wäre die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges nur dann zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1 mit Hinweisen). 5. 2

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist dabei, dass jedem mindestens mittelschweren

Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet.

Der Unfall ereignete sich so, dass das Fahrrad ohne Fremdeinwirkung wegrutschte und die Beschwerdeführerin in der Folge auf die linke Körperseite fiel und mit dem Kopf auf den Boden prallte. Dabei handelte es sich um einen normalen Sturz vom Fahrrad ohne besonders dramatische Begleitumstände. Eine besondere Eindrücklichkeit kann darin nicht gesehen werden.

Auch wenn die Beschwerdeführerin nach dem Unfall zur Beobachtung eine Nacht im Spital verbrachte, kann aus objektiver Sicht nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Was das Kriterium der « fortgesetzt spezifische n , belastende n ärztliche n Behand lung » betrifft, wurde die Beschwerdeführerin medikamentös behandelt, im Juli 2013 zu einer Craniosakraltherapie

angemeldet (vgl. Urk. 9/ZM11 S. 3) und absolvierte Sitzungen bei einem Psychotherapeuten (vgl. Urk. 9/ZM12 Ziff. 5). Insgesamt kann dies noch nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden.

Zum Kriterium der «erheblichen Beschwerden» ist festzuhalten, dass nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden adäquanzrelevant sein können (BGE 124 V 109 E. 10.2.4). Gemäss den Angaben von Dr. C.____ hatten sich die Nackenbeschwerden und die Gleichgewichtsprobleme im Juli 2013 erholt, am 13. September 2013 waren gemäss seinen Ausführungen auch die Kopfschmerzen deutlich besser geworden. Nach wie vor ausgewiesen waren Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, reduzierte Belastbarkeit und Ausdauer sowie ein erhöhtes Erholungsbedürfnis (E. 3.3-3.5). Beeinträchtigungen der Alltagsgestaltung und des Soziallebens sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin für die Beurteilung des Kriteriums der «erheblichen Beschwerden» nicht relevant.

Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Der Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach sich die ersten Heilungserfolge erst mit der Behandlung durch Dr. C.____ eingestellt hätten und die früheren Behandlungsversuche rückblickend als Fehlbehandlungen zu werten seien, kann nicht gefolgt werden, nachdem die früheren Behandlungen weder zu einer Verschlimmerung der Situation noch zu Komplikationen geführt haben.

Ohne Weiteres zu verneinen sind erhebliche Komplikationen, wohingegen der schwierige Heilungsverlauf zu bejahen ist, nachdem die Beschwerdeführerin auch mehr als fünf Jahre nach dem Unfall immer noch in ärztlicher Behandlung ist. 5. 3

Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien nur dasjenige des schwierigen Heilungsverlaufes sowie der erheblichen Beschwerden als erfüllt gelten können. Da somit lediglich zwei der massgebenden Kriterien erfüllt sind und dabei keines in ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach wie vor bestehenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 25. August 2012 zu verneinen. Damit ist es nicht zu beanstanden, dass die

Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per Ende August 2013 eingestellt hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2017 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Philipp Perren - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannKübler-Zillig

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krank heiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

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