

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00181 vom 28. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00181

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00181 du 28 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00181 del 28 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

und Urk. 8/24). Die Suva kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Mit Verfügung vom 3. Februar 2016

s stellte sie die Leistungen per 29. Februar 2016 ein (Urk. 8/ 71). Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 22. Juni 2017 ab (Urk. 8/ 109 = Urk. 2).

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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

E. 1.2.1

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 bloße 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. 1.2.2

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

E. 1.2.3

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 zu kommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zu nächst 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).

E. 1.2.4

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.) 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 8. August 2017 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei ihr eine Suva-Rente und eine Integritätsentschädigung

zuzusprechen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 13. September 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Mit Eingabe vom 16. November 2017 (Urk. 10) reichte die Beschwerdeführerin in u.a. das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, in Auftrag gegebene pol ydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 11. August 2017 ein (Urk. 11/4) . Mit Verfügung vom 20. November 2017 wurde der Beschwerdegegnerin Frist zur Stellungnahme zu den eingereichten Unterlagen angesetzt (Urk. 12). Mit Eingabe vom 13. Dezember 2017 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Stellungnahme ein (Urk. 14), welche der Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 15). Mit Eingabe vom 18. Dezember 2017 (Urk. 16) reichte die Beschwerdeführerin den Vorbescheid der IV-Stelle vom 15. Dezember 2017 ein (Urk. 17) .

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, der Unfall vom 3. September 2014 habe keine organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen hinterlassen. Die gemäss BGE 115 V 133 für mittelschwere Unfälle verlangten Kriterien seien nicht erfüllt, jedenfalls nicht in gehäufter oder aus geprägter Weise. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen bzw. organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 3. September 2014 sei somit zu verneinen. Die Adäquanzprüfung sei nicht zu früh erfolgt, da im Zeitpunkt der Leistungseinstellung aus somatischer Sicht keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen sei (Urk. 2 S. 4 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, das Fehlen von pathologischen Veränderungen schliesse posttraumatische kleinere Läsionen im Gehirn nicht aus. Auch eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) könne zu langandauernden Störungen und einem post-komotionellen Syndrom führen, welches Monate oder Jahre bestehe und in 10-20 % der Fälle persistiere. Die nach wie vor bestehenden kognitiven Störungen könnten sowohl durch eine posttraumatische Belastungsstörung wie auch organisch durch Residuen der MTBI bedingt sein. Der ablehnende Entscheid der Beschwerdegegnerin betreffend Invalidenrente und Integritätsentschädigung sei verfrüht erfolgt. Die Heilbehandlung sei noch keineswegs abgeschlossen (Urk. 1).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin aus, eine anhaltende, auf den Unfall zurückzuführende körperliche Schädigung habe aufgrund der Abklärungen nicht nachgewiesen werden können. Es handle sich demnach um psychische bzw. organisch nicht nachweisbare Beschwerden. Von den einschlägigen Adäquanzkriterien sei kein einziges auch nur in einfacher Form gegeben. Die Adäquanz sei demnach zu verneinen. Die Behandlung möge zwar noch fort dauern, sei aber nicht aufgrund von unfallkausalen Beschwerden indiziert (Urk. 7 S. 4 ff.).

E. 2.4

In ihrer Eingabe vom 16. November 2017 machte die Beschwerdeführerin geltend, gemäss dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebene(n) polydisziplinäre(n) Gutachten des Z.____ vom 11. August 2017 stehe das vorliegende Beschwerdebild überwiegend wahrscheinlich ursächlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 3. September 2014. Unfallfremde Ursachen seien nicht gefunden worden. Nach dem sich im Sommer 2017 eine deutliche Verbesserung ergeben habe, sei die Einstellung der Leistungen seitens der Beschwerdegegnerin per 29. Februar 2016 verfrüht erfolgt (Urk. 10 S. 3 f.).

E. 2.5

In ihrer Stellungnahme vom 13. Dezember 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, auch aus dem Gutachten des Z.____ vom 11. August 2017 ergäben sich keine Diagnosen, die als organisch ausgewiesene Unfallfolgen im Sinne der Rechtsprechung gelten würden (Urk. 14).

E. 3

. September 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 3.1

Im Austrittsbericht des Stadtsitals A.____ vom 21. September 2014 betreffend die Konsultation vom 3. September 2014 wurden die folgenden Diagnosen gestellt : - Commotio cerebri am 03.09.2014 - RQW hochfrontal 2 cm

Es wurde ein GCS von 15 festgehalten. Nach 24h GCS-Überwachung habe sich ein unauffälliger neurologischer Verlauf gezeigt. Die craniale Computertomographie (CCT) habe keinen Hinweis auf eine intrakranielle Blutung ergeben und es hätten keine ossären Läsionen bestanden (Urk. 8/25).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie FMH, nannte in seinem Bericht vom 10. Februar 2015 die Diagnose eines Verdachts auf Schädelprellung. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 3. September 2014 eine ganze Reihe von Symptomen, die sich von der Beschreibung her zum Teil schlecht zuordnen liessen und zum völlig unauffälligen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund kontrastierten. Von der Beschreibung des Unfallereignisses her denke man am ehesten an eine Schädelprellung, allenfalls an ein leichtgradiges Schädel-Hirntrauma (Urk. 8/17).

E. 3.3

Am 16. Februar 2015 wurde ein MRI des Schädels durchgeführt. Dieses ergab keine intrakranielle Blutung und keine Traumafolgen zerebral (Urk. 8/27).

E. 3.4

Dr. med. C.____, FMH für Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten stellte in seinem Bericht vom 17. September 2015 die Diagnosen eines Tinnitus beidseits sowie einer leichten altersentsprechenden sensorineuralen Schwerhörigkeit beidseits. Er hielt fest, es bestünden keine Anhaltspunkte für eine peripher vestibuläre Genese des Schwindels. Die Elektronystagmografie sei unauffällig ausgefallen und ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel liege nicht vor (Urk. 8/57).

E. 3.5

D.____, Dipl. Psychologin FH, Psychotherapeutin FSP und SVG, nannte in ihrem Bericht vom 17. Dezember 2015 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, ICD-10 F.43.1 (Urk. 8/63).

E. 3.6

Im Bericht der Rehabilitationsklinik E.____ vom 16. Dezember 2015 betreffend die neurologische Untersuchung vom 20./21. Oktober 2015 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - DD Contusio

capitis, leichte traumatische Hirnverletzung - Riss-Quetsch-Wunde hochfrontal 2 cm - Tinnitus beidseits - Mittelschwere neuropsychologische Störung mit im Vordergrund stehen der Verlangsamung und Defiziten in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilfunktionen und Verhaltensauffälligkeiten (erhöhte Erschöpfbarkeit und Überforderung, betonter körperlicher Ausdruck der berichteten Symptome mit u.a. motorischer Unruhe) ätiologisch am ehesten im Rahmen psychischer Faktoren und einer kognitiven Dekonditionierung

Es wird aufgeführt, das Ausmass der geschilderten Beschwerden und Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden, der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen aus somatischer Sicht nicht erklären. Aus neurologischer, neuropsychologischer und therapeutischer Sicht ergebe sich gemäss den Untersuchungsbefunden kein Hinweis auf eine organische Ursache der beklagten Beschwerden. Fokal neurologische Ausfälle lägen nicht vor. Die Beschwerdeführerin zeige sich aber in psychopathologischer Weise deutlich auffällig. In Übereinstimmung mit dem voruntersuchenden Neurologen sei davon auszugehen, dass es bei dem Unfall am ehesten zu einer Schädelprellung gekommen sei, eine leichte traumatische Hirnverletzung sei aber nicht ausgeschlossen. Die gezeigten neuropsychologischen Defizite seien psychisch bedingt, zum Teil durch Dekonditionierung (Urk. 8/66).

E. 3.7

Dr. med. F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie FMH, nannte in ihrem Bericht vom 25. März 2016 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/113) - Organisches Psychosyndrom nach Hirnverletzung (ICD-10 F07.2) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

E. 3.9

In dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 11. August 2017 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 11/4 S. 82): 1. St. n. Arbeitsunfall vom 03.09.2014 mit - leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri) - leichter Abknickverletzung der HWS (Distorsionstrauma) - protrahiertem postcommotionellem Beschwerdebild - posttraumatische Cephalaea - unsystematisierte Schwindelbeschwerden - kognitive Beschwerden - ausgeprägte psychophysische Erschöpfbarkeit - Tinnitus 2. Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1) - mittelgradig kompensiert 3. Hyperakusis (ICD-10: H93.2) 4. Leichte neuropsychologische Störung mit im Schwerpunkt subkortikalen, frontomesialen und linksfrontalen Hirnfunktionsschwächen 5. Neurasthenie oder Fatigue (ICD-10 F48.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein temporäres Schmerzsyndrom (ICD-10: K07.6) genannt.

Dr. med. I.____, FMH für Neurologie, führte im neurologischen Gutachten vom 3. August 2017 aus, die Beschwerdeführerin habe am 3. September 2014 bei der Ausübung ihrer Tätigkeit als Metallbauerin einen Arbeitsunfall erlitten. Auf einer Leiter stehend sei ihr eine Metallstange auf den Kopf geprallt, worauf sie zu Boden gegangen sei. Anlässlich der Exploration seien ihre Angaben bezüglich Bewusstseinsverlust unsicher gewesen, jedoch habe sie klar eine amnestische Lücke angegeben. Fremdanamnistisch sei ein posttraumatischer Verwirrtheits- und Benommenheitszustand verzeichnet worden. Die Beschwerdeführerin sei hospitalisiert worden. In den Akten seien die Angaben bezüglich einer cerebralen

Verletzungsbeteiligung uneinheitlich. Der Neurologe Dr. B.____ und die Rehaklinik E.____ seien am ehesten von einer stattgehabten Schädelprellung ausgegangen, eine leichte traumatische Hirnverletzung bzw. Commotio cerebri sei bloss als möglich eingestuft bzw. als nicht sicher auszuschliessen. Demgegenüber habe der Neurologe Dr. G.____ dezidiert die Diagnose einer durchgemachten leichten traumatischen Hirnverletzung und eines leichten HWS-Distorsionstraumas gestellt. Unter Berücksichtigung der Anamnese und des Austrittsberichts des erstbehandelnden Spitals A.____ sei übereinstimmend mit Dr. G.____ die Diagnose einer durchgemachten leichten traumatischen Hirnverletzung zu stellen. Im Bericht der erstbehandelnden Ärzte sei klar die Diagnose einer beim Unfall vom 3. September 2014 erlittenen Commotio cerebri gestellt worden, dem entsprechend sei die Beschwerdeführerin während 24 Stunden einer Commotio-Überwachung unterzogen worden. Es sei ein Kopfanprall dokumentiert worden, ferner initiale Beschwerden mit Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel. Unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Daten sei auch die von Dr. G.____ gestellte Diagnose eines leichten HWS-Distorsionstraumas nachvollziehbar im Sinne eines erlittenen Abknickmechanismus infolge der Schädelprellung durch die Eisenstange. Die Beschwerdeführerin beklage einen protrahierten posttraumatischen Beschwerdeverlauf mit chronischen Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, unsystematisierten Schwindelbeschwerden, kognitiven

Einschränkungen sowie ausgeprägter psychophysischer Erschöpfbarkeit.

Bildmorphologisch hätten im Bereich des Gehirns sowie der HWS keine Verletzungsfolgen nachgewiesen werden können. Klinisch-neurologisch hätten sich gemäss Aktenlage durchwegs unauffällige somatische Befunde gezeigt. Dr. G. ___ habe in seinem Bericht vom 11. August 2016 zwar Störungen beim Bewegungssehen, vor allem bei horizontal bewegten Bildern beschrieben; im Status habe er jedoch eine normale Optomotorik und Pupillenmotorik beschrieben. Seine Beurteilung eines gestörten Bewegungssehens habe er auf die subjektive Angabe einer ausgeprägten Miss empfindung bei horizontalen Blickfolgebewegungen gestützt, wobei eine entsprechend objektivierbare Störung der Blickmotorik nicht beschrieben worden sei.

Das von der Beschwerdeführerin beklagte Beschwerdebild sei grundsätzlich gut vereinbar mit einem protraumatisiert verlaufenden postcommotionellen Zustand. Unge wöhnlich seien das Ausmass und die Dauer der Beschwerden. Anlässlich der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine kooperative Beschwerdeführerin präsentiert. Der affektiv-emotionale Status sei auffälligen Schwankungen unterworfen gewesen, mit zeitweise auffälliger Irritierbarkeit und motorischer Unruhe; der Gedankengang sei zeitweise sprunghaft gewesen . Im somatisch-neurologischen Status hätten sich keine pathologischen Befunde erheben lassen. Insbesondere hätten auch keine Störungen der Blickmotorik fest gestellt werden können; auch sonstige Zeichen einer hirn fokalen somatischen Funktionsstörung seien nicht nachweisbar gewesen . Bezüglich der HWS habe auch kein relevantes Cervicalsyndrom mehr bestanden ; die Bewegungsausmasse der HWS seien allseits intakt gewesen . Die Beschwerdeführerin habe bei der Bewegungsprüfung einen cervicalen Endphasenschmerz angegeben ; radikuläre

und/ oder spinale Funktionsstörungen hätten jedoch nicht festgestellt werden können . Zusammenfassend bestehe ein Zustand nach Arbeitsunfall vom 3. September 2014 mit dabei erlittener leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri) sowie leichter Abknickverletzung der HWS (Distorsions trauma). Es bestehe ein postcommotionelles Beschwerdebild mit vor allem initial unge wöhnlicher Ausprägung und auch ungewöhnlich langer Dauer. Bildmorphologisch hätten cerebrale Verletzungsfolgen zwar nicht dokumentiert werden können; eine cerebrale Verletzungsbeteiligung im Sinne einer MTBI sei jedoch gemäss den europäischen Guidelines der EFMS ausgewiesen. Der fehlende bild morphologische Nachweis von Verletzungsfolgen in der cerebralen MRT sei kein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer durchgemachten MTBI mit entsprechenden Folgebeschwerden. Unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage sei von einem überwiegend wahrscheinlich vorhandenen organischen Beschwerdekern auszugehen. Die ungewöhnlich starke Ausprägung und der ungewöhnlich protraumatisierte Verlauf könnten allerdings nicht zwanglos auf das leichte Schädel hirntrauma als alleinige Ursache zurückgeführt werden . Eine im Geschehen beteiligte erschwerte Verarbeitung sei als möglicher Faktor anzunehmen. Dies erkläre wohl auch die im Bericht der Rehabilitationsklinik E. ___ genannte Beobachtung eines selbstlimitierenden schonenden Verhaltens. Jedoch sei hier zu betonen, dass keine Zeichen einer Verdeutlichung oder Aggravation beständen. Die genannte Selbstlimitierungstendenz sei vornehmlich der anzunehmenden erschwerten Verarbeitung und der Vermeidung von Schmerzreaktionen geschuldet. In neurologischer Hinsicht seien die noch bestehenden Kopfschmerzen als posttraumatische Cephalaea (semiologisch in erster Linie einem Spannungskopfschmerz entsprechend) einzuordnen (Urk. 11/4 S. 28 ff.).

Dr. med. J.____, FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten (ORL) hielt in seinem otorhinolaryngologischen Teilgutachten vom 4. Juli 2017 fest, im Rahmen der otoneurologischen Untersuchung könne aktuell eine altersentsprechende symmetrische Hörschwelle beidseits objektiviert werden. Im Rahmen dieser

Hörschwellen beständen nur unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel auditive Schwierigkeiten, dies insbesondere in Anbetracht der subjektiven Hyperakusis. Zusätzlich werde ein beidseitiger Tinnitus angegeben, welcher konstant wahrgenommen werde, mit Akzentuierung unter Belastung und Stress und der zu Durchschlafschwierigkeiten führen könne, welche aber auch durch die generelle Beschwerdesymptomatik bedingt seien. Wie im Rahmen der audiometrischen Untersuchung objektiviert, erfülle der Tinnitus unter Berücksichtigung der Frequenzlokalisation sowie Intensität linksseitig knapp die Plausibilitätskriterien im Vergleich mit den Literaturangaben betreffend Tinnitus-Matching. In Anbetracht des subjektiven Empfindens mit intermittierender Sekundärproblematik sowie marginaler therapeutischer Beeinflussbarkeit müsse dieser Tinnitus als mittelgradig kompensiert bezeichnet werden. Seitens der vestibulären Funktion zeigten sich aktuell unauffällige Befunde mit fehlenden pathologischen Nystagmen, so dass von einer unauffälligen peripheren vestibulären Funktion ausgegangen werden könne. Des Weiteren könnten Befunde eines intermittierenden temporomandibulären Schmerzsyndroms objektiviert werden. Zusammenfassend beständen somit ein mittelgradig kompensierter Tinnitus beidseits, eine subjektive

Hyperakusis sowie ein intermittierendes temporomandibuläres Schmerzsyndrom (Urk. 11/4 S. 38 f.).

Lic. phil. K.____, Neuropsychologin und Psychotherapeutin, führte in ihrem neuropsychologischen Teilgutachten vom 25. Juli 2017 aus, in der psychometrisch-neuropsychologischen Abklärung hätten sich bei der Beschwerdeführerin bezüglich kognitiver Basisfunktionen eine leicht bis mittelschwer reduzierte tonische Antwortreaktionsbereitschaft, eine leichte Verlangsamung in der visuell-verbalen Informationsverarbeitung, eine minimal/leicht geminderte Suppressionsfähigkeit selektiv bei verbalkategorialer Reaktionskonkurrenz sowie – in Form deutlich erhöhter Reaktionszeiten bei den auditiven Reizfolgen – eine minimale Beeinträchtigung der geteilten Aufmerksamkeit objektivieren lassen. Hinsichtlich phasischer ARB und visuell-räumlichem Informationsverarbeitungstempo, hinsichtlich auch weiterer Suppressionsleistungen sowie Arbeitsgedächtnis und Umstellfähigkeit/kognitiver Kontrolle habe die Beschwerdeführerin normgerechte / unauffällige Leistungen erzielt.

Auf der Ebene der mnestischen Funktionen, der Werkzeugfunktionen sowie weiterer Exekutiv- und Problemlöse-, respektive Intelligenzfunktionen seien ebenfalls durchwegs Normalbefunde oder auch überdurchschnittliche Leistungen erhoben worden. Der begleitend durchgeführte Leistungsvalidierung zufolge seien die festgestellten neuropsychologischen Befunde mit bestmöglicher Gewähr als authentisch zu beurteilen. Im Vergleich zur neuropsychologischen Abklärung vom Oktober 2015 hätten sich in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung deutliche Befundverbesserungen in nahezu allen geprüften kognitiven Funktions-/Leistungsbereichen gezeigt. Derzeit besteht bei der Beschwerdeführerin eine insgesamt als leicht zu qualifizierende neuropsychologische Störung mit den beschriebenen Funktionsdefiziten. Auch wenn die bei der Beschwerdeführerin mehrfach unauffällige Bildgebung sowie der lange Zeitraum seit dem Unfall (fast drei Jahre) eher dagegen sprächen, sei die aktuelle neuropsychologische

Befundlage grundsätzlich vereinbar mit einem Zustand nach leichter traumatischer Hirnverletzung, dafür aber nicht spezifisch oder beweisend. Das Fehlen von relevanten mnestischen Defiziten spreche dagegen eher gegen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 11/4 S. 53 ff.).

Dr. med. L.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Teilgutachten vom 17. Juli 2017 aus, zusammenfassend zeige sich bei der Beschwerdeführerin eine etwas auffällige Vorgeschichte mit wenig Konstanz. Sie sei in wechselhaften Umständen aufgewachsen, auch beruflich zeige sich wenig Konstanz und es hätten beziehungs-mässige Probleme bestanden, allerdings

sei sie seit 2009 in einer relativ stabilen Partnerschaft, ohne dass sie mit dem Partner zusammenlebe. Die Beschwerdeführerin habe sich beruflich neu orientieren wollen und dann 2014 einen Unfall bei der Arbeit erlitten. Hinweise auf eine organische Läsion hätten nicht vorgefunden werden können. Den Unfall selbst habe die Beschwerdeführerin einzig als heftigen Knall erlebt, ohne dass sie gesehen hätte, wie dieser Unfall zustande gekommen sei. Sie habe zum damaligen Zeitpunkt nicht gewusst, wie er geschehen sei. Es habe demnach keine aussergewöhnliche Bedrohung bestanden. In der Folge sei auch kein dauerndes Wiedererleben der Unfallsituation, keine Nachhallerinnerungen, kein Meideverhalten und keine entsprechenden Träume festzuhalten gewesen. Es gelinge ihr auch gut, über die Unfall-situation zu sprechen, ohne dass sich vegetative Zeichen bemerkbar machen würden. Insgesamt fehlten daher die Kriterien, die für eine hirnorganische Beeinträchtigung nötig seien. Weiterhin könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gar nicht gestellt werden, da die Kardinalkriterien nicht zu trafen.

Es werde von Frau D.____ jeweils auf diese beiden Diagnosen verwiesen, doch in ihren Berichten würden diese Diagnosen in keiner Weise genügend begründet. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, dass sie diese Diagnosen gestellt habe. Es zeigten sich im Weiteren keine Hinweise auf eine affektive Störung oder eine anderweitige psychiatrisch relevante Störung. Einzig könne zur Vorgeschichte eine lebensgeschichtliche Unruhe vorgefunden werden, worauf auf eine mögliche Persönlichkeitsproblematik geschlossen werden könnte. Diese Auffälligkeiten würden in den Unterlagen nirgends diskutiert oder beschrieben, was doch ziemlich erstaune. Es falle in den Untersuchungen auch ein teilweise etwas auffälliges Verhalten auf, indem die Beschwerdeführerin plötzlich angebe, nicht mehr den Untersuchungen folgen zu können und etwas auffällig wirkende Entspannungsbungen durchführe. Sie wirke in ihren Schilderungen sehr lebhaft, scheine trotz angegebener Beschwerden primär nicht sonderlich beeinträchtigt zu sein, erst im Verlauf der Untersuchung zeigten sich Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin ermüde, indem sie angebe, dass das Ganze sie anstrengt und sie dann auch vermehrt unter Kopfbeschwerden leide. Sie gebe eher diffus wirkende Beschwerden an. In psychischer Hinsicht scheine sie nicht massiv beeinträchtigt zu sein, mache sich aber nachvollziehbar Sorgen über den weiteren Verlauf und ihre Zukunft. Sie wirke dadurch einerseits im Verhalten teilweise eher etwas unreif, andererseits teilweise auch nachvollziehbar, ohne dass dadurch eine relevante Pathologie begründet werden könne. Es könne daher allenfalls diskutiert werden, inwieweit akzentuierte Persönlichkeitszüge vorlägen. Es sei andererseits auch erstaunlich, dass sie nicht stärker mit Anpassungsschwierigkeiten kämpfe, denn sie sei noch relativ jung, habe auch Pläne gehabt, die mittlerweile unklar seien. Seit dem Unfall bestehe ein starker Einschnitt in ihr Leben. Sie sei stark beeinträchtigt, kämpfe aber

dagegen an, wie aufgrund ihrer Angaben angenommen werden könne. Es bestehe allgemein eine erhöhte Ermüdbarkeit. Es könne daher angenommen werden, dass ein e

Fatigue vorliege, die am ehesten eine neurotische Grundlage haben dürfte. Dies erkläre mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die angegebenen kognitiven Schwierigkeiten, denn eine andere Erklärung könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht gefunden werden. Subjektiv habe sich der Zustand deutlich gebessert, allerdings fühle sie sich immer noch nicht in der Lage, eine genügende Leistung, auch in Teilzeit, in der freien Wirtschaft zu erbringen. Es könne nachvollzogen werden, dass zumindest eine teilweise Einschränkung vorliege, auch wenn sich diese vorwiegend durch die subjektiven Angaben begründe (Urk. 11/4 S. 69 ff.). 4.

4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen unter Prüfung der Unfalladäquanz zu Recht auf Ende Februar 2016 eingestellt hat. 4.2

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis vom 3. September 2014 eine leichte traumatische Hirnverletzung (commotio cerebri), eine Rissquetschwunde hochfrontal sowie ein leichtes HWS-Distorsionstrauma erlitten hat. Anhand der CT-Untersuchung vom 3. September 2014

und der MR-Aufnahmen vom 16. Februar 2015 und 6. Mai 2016 konnten keine intrakranielle Blutung und keine strukturellen posttraumatischen Läsionen nachgewiesen werden. In der Folge litt die Beschwerdeführerin unter einem protrahierten postcommotionellen Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, unsystematischen Schwindelbeschwerden, einer zunächst mittelgradigen und im Verlauf regredienten neuropsychologischen Funktionsstörung, einer psychophysischen Erschöpfbarkeit und einem Tinnitus.

Die otorhinolaryngologische Untersuchung ergab eine unauffällige periphere vestibuläre Funktion. Es bestand ein mittelgradig kompensierter Tinnitus beidseits, eine subjektive Hyperakusis sowie ein intermittierendes temporomandibuläres Schmerzsyndrom (Urk. 8/57 und Urk. 11/4 S. 39).

In neurologischer Hinsicht kam Dr. I. ___ zum Schluss, dass ein postcommotionelles Beschwerdebild mit vor allem initial ungewöhnlicher Ausprägung und ungewöhnlich langer Dauer bestehe.

Die ungewöhnlich starke Ausprägung und der ungewöhnlich protrahierte Verlauf könnten nicht auf das leichte Schädelhirntrauma als alleinige Ursache zurückgeführt werden. Eine am Geschehen beteiligte erschwerte Verarbeitung sei als möglicher Faktor anzunehmen. Dies erkläre wohl auch die im Bericht der Rehabilitationsklinik E. ___ genannte Beobachtung eines selbstlimitierenden schonenden Verhaltens. Bildmorphologisch hätten im Bereich des Gehirns (Schädel-CT, wiederholte Schädel-MRT) sowie der HWS (CT HWS) keine Verletzungsfolgen nachgewiesen werden können. Gemäss Aktenlage hätten sich klinisch-neurologisch durchwegs unauffällige somatische Befunde gezeigt. Dr. G. ___ habe seine Beurteilung eines gestörten Bewegensehens auf die subjektive Angabe einer ausgeprägten Missempfindung bei horizontalen Blickfolgebewegungen gestützt, wobei eine entsprechend objektivierbare Störung der Blickmotorik nicht beschrieben worden sei (Urk. 11/4 S. 29 ff.).

Die neuropsychologischen Defizite wurden von den Ärzten der Rehabilitationsklinik E.____ mit psychischen Faktoren

und

einer kognitiven

Dekonditionierung

erklärt

(Urk. 8/66).

Diese Einschätzung wird auch mit der Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters gestützt, wonach eine Fatigue vorliege, welche am ehesten eine neurotische Grundlage habe, was auch die angegebenen kognitiven Schwierigkeiten erkläre (Urk. 11/4 S. 72). Die Beurteilung von Dr. G.____, dass die kognitiven Störungen durch eine posttraumatische Belastungsstörung bedingt sein könnten, ist nicht nachvollziehbar, zumal gemäss dem psychiatrischen Gutachter diese Diagnose nicht gestellt werden kann, da die Kardinalkriterien nicht gegeben sind (Urk. 11/4 S. 71). Dass die kognitiven Störungen durch Residuen der leichten traumatischen Hirnverletzung bedingt sein könnten, wie Dr. G.____ alternativ annimmt, ist nicht erstellt. So wird im Gutachten denn auch festgehalten, dass die neuropsychologische Befundlage zwar grundsätzlich mit einem Zustand nach leichter traumatischer Hirnverletzung vereinbar, dafür aber nicht spezifisch oder beweisend sei (Urk. 11/4 S. 56 f.).

Aus psychiatrischer Sicht sind die von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ und Psychotherapeutin D.____ gestellten Diagnosen eines organischen Psychosyndroms nach Hirnverletzung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollziehbar. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter fehlen einerseits die Kriterien, die für eine hirnorganische Beeinträchtigung nötig sind, und andererseits treffen die Kardinalkriterien, die für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vorausgesetzt sind, nicht zu. Hinweise für eine affektive Störung oder anderweitige psychiatrisch relevante Störung bestehen nicht. Der Gutachter kommt zum Schluss, dass allenfalls akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen. Zudem besteht eine erhöhte Ermüdbarkeit. Es

wird die Diagnose einer Neurasthenie oder Fatigue gestellt, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet

wird (Urk. 11/4 S. 71 ff.).

Der objektive medizinische Sachverhalt ist damit erstellt und gibt keinen Anlass zu weiteren Abklärungen. 4.3

Den medizinischen Akten ist übereinstimmend zu entnehmen, dass in keinem der durchgeführten bildgebenden Verfahren organische Schädigungen nachgewiesen werden konnten. Angesichts fehlender objektiv ausgewiesener Unfallfolgen ist eine spezielle Adäquanzprüfung vorzunehmen. Rechtsprechungsgemäss entfällt eine spezielle Adäquanzprüfung nicht bereits dann, wenn das Leiden von den Ärzten als organisches Leiden bezeichnet wird. So geht die Rechtsprechung zu den Schleudertraumata und den adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzungen gerade davon aus, der Unfallmechanismus führe zu nach dem heutigen Stand der Wissenschaften nicht nachweisbaren körperlichen Mikroverletzungen, weshalb auf eine Differenzierung der

psychischen und physischen Komponenten zu verzichten sei

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2016 vom 26. Oktober 2016 mit weiteren Hinweisen) .

Die Beschwerdegegnerin hat die Adäquanz nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) beurteilt . Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Adäquanz auch dort nach den für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien (Psycho-Praxis) - und nicht nach der Schleuder trauma-Praxis – zu beurteilen, wo ein Schädelhirntrauma lediglich den Schwere grad einer Commotio cerebri und nicht mindestens den Grenzbereich zu einer Contusio cerebri erreicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E. 4.1), was vorliegend zutrifft. Die Anwendung der Psycho-Praxis reicht fertigt sich auch unter Berücksichtigung eines leichten HWS-Distorsionsstraums , wenn psychische Beschwerden

im Vordergrund stehen . Nachfolgend wird die Adäquanz nach der für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma-Praxis geprüft, womit auch allfälligen nicht nachweisbaren körperlichen Mikroverletzungen Rechnung getragen wird . 4.4

Die Adäquanzbeurteilung hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. « Namhaft »

bedeutet , dass die durch weitere zweckmässige Heilbehandlung erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss , was prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen) .

Im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung per Ende Februar 2016 befand sich die Beschwerdeführerin primär in physiotherapeutischer Behandlung mit ärztlichen Kontrolluntersuchungen und nahm bei Bedarf gelegentlich Schmerzmittel ein . Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische

Behandlungsmassnahmen

gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlungen im Sinne der Rechtsprechung

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3 mit Hinweis)

.
Auch von den psychotherapeutischen Massnahmen konnte keine bedeutende Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden , zumal diese auf eine posttraumatische Belastungsstörung fokussiert en, obwohl keine eindeutigen Hinweise für eine derartige Störung vorlagen .

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es nicht um einen Endzustand der medizinischen Behandlung, mithin um das Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung , geht

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3) . Somit hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht auf Ende Februar 2016 abgeschlossen. 4.5

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. Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin auf einer Leiter stand, als eine Eisenstange herab fiel und sie am Kopf traf. Von der Leiter stürzte sie jedoch nicht. Angesichts des objektiv erfassbaren Unfallhergangs kann mit der Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen werden. Ein adäquater Kausalzusammenhang kann somit nur bejaht werden, wenn vier der Adäquanzkriterien

erfüllt sind oder eines der Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 134 V 109 E. 10.3).

Da die Beschwerdeführerin den Unfall einzig als heftigen Knall erlebte, ohne dass sie gesehen hätte, wie er zustande kam und demnach auch keine aussergewöhnliche Bedrohung bestand, kann weder die besondere Eindrücklichkeit des Vorfalles als gegeben angesehen werden, noch sind Anhaltspunkte für besonders dramatische Begleitumstände auszumachen.

Die Beschwerdeführerin erlitt keine Verletzungen von nennenswerter Schwere oder besonderer Art. Die CT-Untersuchung vom 3. September 2014 und die MRI-Untersuchungen vom 16. Februar 2015 und 6. Mai 2016

ergaben keine objektivierbaren strukturellen und traumatischen Verletzungen.

Die neuropsychologische Störung bestand am ehesten im Rahmen psychischer Faktoren und einer kognitiven Dekonditionierung (Urk. 8/65 S. 7). Aus psychiatrischer Sicht lag lediglich eine Fatigue vor, welche am ehesten eine neurotische Grundlage hatte. Diese erklärt auch die leichten kognitiven Einschränkungen (Urk.

11/4 S. 72).

Die somatischen Beschwerden sind weitgehend im Rahmen der Fatigue im Sinne einer begleitenden Somatisierungsstörung zu erklären (Urk. 11/4 S. 76). Zur ärztlichen Behandlung ist festzuhalten, dass sich diese im Wesentlichen auf Physiotherapie und andere manualtherapeutische Massnahmen

sowie ärztliche Verlaufskontrollen beschränkte.

Ausserdem liess sich die Beschwerdeführerin psychotherapeutisch behandeln. Ansonsten war keine ärztliche Behandlung notwendig und es

wurden

lediglich gelegentlich bei Bedarf Medikamente eingenommen. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer fortgesetzt spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen nicht vor.

Ebenso wenig bestehen Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin litt unter intermittierenden, von ihrem Aktivitätsniveau abhängigen, und damit nicht dauernd

vorhandenen Beschwerden. Schmerzmittel nahm sie nur gelegentlich bei Bedarf ein. Im Rahmen der Untersuchung in der Rehabilitationsklinik E.____ schätzte sie ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 bis

E. 8

Dr. med. G.____, Neurologie FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, nannte in seinem Gutachten vom 11. August 2016 die folgende Diagnose: Status nach Schädelkontusion rechte Scheitelgegend am 3. September 2014 mit definitionsgemäss durchgemachter leichter traumatischer Hirnverletzung mit persistierenden leichten kognitiven Defiziten (Gedächtnis, Störungen im Bewegungssehen, beeinträchtigt Multitasking) - posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), in langsamer Besserung - deutlich reduzierter Belastbarkeit - chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen (ICD-10: G44.31) - rechts betontem Tinnitus - leichtem HWS-Distorsionstrauma

Dr. G.____ führte aus, die Beschwerdeführerin habe im März 2014 eine Schädelkontusion durch ein herabfallendes schweres Metallelement erlitten, welche definitionsgemäss zu einer leichten traumatischen Hirnverletzung geführt habe. Die in der

E.____ im Herbst 2015 gestellte Diagnose mit einer nur differenzial diagnostisch in Betracht gezogenen MTBI sei nicht nachvollziehbar. In der

E.____ seien zwar neuropsychologische Defizite beschrieben, diese aber einzig den vorhandenen psychopathologischen Veränderungen zugeschrieben worden. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung sei in der E.____ nicht gestellt worden. Eine alternative Ätiologie der psychischen Störungen könne jedoch von den Kollegen des E.____s nicht genannt werden. Die früher von Dr. H.____ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei in unzulässiger Weise bei der Beurteilung in der E.____ gar nicht diskutiert worden. Diese Diagnose sei im März 2016 von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ bestätigt worden. Entsprechend sei korrekterweise in der Zwischenzeit auch eine bei dieser Diagnose oft erfolgreiche Traumatherapie eingeleitet worden. Die detaillierte neurologische Untersuchung habe eindeutige und relevante Störungen beim Bewegungssehen vor allem bei horizontal bewegten Bildern ergeben. Zudem sei die relativ ausgeprägte motorische Unruhe auffällig. Letztere bestehe möglicherweise im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung. Zudem bestünden definitiv gemäss chronische posttraumatische Kopfschmerzen und ein leichtes Residuum der beim Unfall gleichzeitig durchgemachten HWS-Distorsion.

In dem ein Jahr nach dem Unfall erstellten MRI des Schädels seien posttraumatische Veränderungen verneint worden. Die Untersuchung sei jedoch soweit ersichtlich nicht nach dem Traumaprotokoll erstellt worden. Deshalb sei am 6. Mai 2016 nochmals ein MRI des Schädels durchgeführt worden, welches bis auf eine klinisch nicht relevante und sicher Trauma-unabhängige kleine kapilläre Teleangiektasie im Ponsbereich keine pathologischen Veränderungen gezeigt habe. Damit seien jedoch nach international anerkannten Regeln allfällige posttraumatische kleinere Läsionen im Gehirn nicht ausgeschlossen. Die aktuell noch glaubhaft vorhandenen, nicht weiter nachgeprüften kognitiven Störungen könnten sowohl durch die posttraumatische Belastungsstörung wie auch organisch durch Residuen der MTBI bedingt sein. Da ja beides mit grösster Wahrscheinlichkeit durch den Unfall bedingt sei, sei die Kausalität dieser kognitiven Störungen auf jeden Fall gegeben. Die seit dem Unfall bestehende deutliche Veränderung

des Schlafbedarfs finde sich nach eigenen Untersuchungen bei den allermeisten Patienten mit einer durch gemachten erheblichen traumatischen Hirnverletzung, jedoch relativ selten bei Patienten nach einer nur leichten traumatischen Hirnverletzung. Dies deutet darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nicht nur eine banale MTBI durchgemacht habe. Eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell unfallbedingt noch nicht gegeben. Dies sei in einem grösseren Ausmass noch durch die Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörung bedingt (Urk. 8/97).

E. 10

auf 2 bis 4 (Urk. 8/64 S. 11). Auch im Begutachtungszeitpunkt lag die Schmerzintensität gemäss ihren Angaben im moderaten Bereich (VAS 5; vgl. Urk. 11/4 S. 32) und sie schien - abgesehen von der erhöhten Ermüdbarkeit - auch nicht sonderlich beeinträchtigt zu sein (vgl. Urk. 11/4 S. 72).

Die Erheblichkeit der Beschwerden ist somit in Bezug auf die Schmerzen nicht gegeben.
Eine teilweise Beeinträchtigung

könnte höchstens aufgrund der verminderten Belastbarkeit bejaht werden, wobei die subjektiv empfundene Beeinträchtigung nicht nachvollziehbar ist (vgl. Urk. 11/4 S. 77). Somit fehlt es jedenfalls an der besonderen Ausprägung dieses Kriteriums.

Die Beschwerdeführerin hat keine Arbeitsversuche unternommen, obwohl gemäss Gutachten keine volle

Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt ist. Die Gutachter hielten denn auch fest, es sei nicht nachvollziehbar, dass bisher keine Arbeitsversuche durchgeführt worden seien (Urk. 11/4 S. 78). Damit ist auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zu verneinen. 4.6

Da höchstens eines der massgebenden Kriterien erfüllt ist und dieses nicht in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 3. September 2014 zu verneinen. Einen weiteren Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin daher zu Recht verneint. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kurt Pfändler - Suva unter Beilage des Doppels von Urk. 16 und einer Kopie von Urk. 17 - 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). Sozialversicherungs gericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

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