

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00206 vom 31. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00206 du 31 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00206 del 31 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des 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 15. März 2011 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. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten 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 für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

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 Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5

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

E. 1.6

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (sogenannte Psycho-Praxis) zur Anwendung.

Bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädelhirntraumen, welche mindestens den Schweregrad der Contusio cerebri erreichen (Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2011 vom 26. Juli 2011 E. 2.1), wird hingegen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet (sogenannte Schleudertrauma-Praxis; zum Ganzen: BGE 134 V 109 E).

E. 1.7

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 Unfalles; - 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 Schleudert trauma 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. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Ziff. 1-3). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2017 (Urk. 8) beantragte die Sympany die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 15. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Mit Verfügung vom 22. Februar 2018 (Urk. 14) wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet. Die Beschwerdeführerin liess sich innert Frist nicht vernehmen, worüber die Beschwerdegegnerin am 5. Juli 2018 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Mit angefochtenem Einspracheentscheid (Urk. 2) führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Kopf- und Nackenbeschwerden und dem Unfall vom März 2011 im Zeitpunkt der

Leistungseinstellung nicht mehr überwiegend wahrscheinlich gewesen sei. Es könne diesbezüglich auf das B.____-Gutachten abgestellt werden, welchem vollen Beweiswert zukomme (S. 8 Ziff. II.10). Auch der adäquate Kausalzusammenhang sei zu verneinen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden seien organisch objektiv nicht ausgewiesen. Abgesehen von der erlittenen Fraktur, die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung längstens folgenlos ausgeheilt gewesen sei, seien keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen ausgewiesen (S.

9 Ziff. II. 11). Zudem könne offen

gelassen werden, ob die Beschwerdeführerin ein Schleuder- oder ein Schädelhirntrauma erlitten habe, da auch die Schleudertraumapraxis zu einer Ablehnung der Adäquanz führe (S. 10 Ziff. II. 14). Die Beschwerdeführerin sei bewusstlos gewesen, als sie vom Bürostuhl gefallen sei und mit dem Gesicht auf den Boden aufgeschlagen habe. Dieser Unfallhergang sei höchstens als mittlerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu betrachten. Somit müsste n für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier von sieben zusätzlich zu prüfenden Beurteilungskriterien erfüllt sein (S. 10 Ziff. II.15). Insgesamt sei

maximal ein Kriterium (erhebliche Beschwerden)

erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 15. März 2011 sei deshalb zu verneinen (S. 10 f. Ziff. II. 16).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) grundsätzlich fest.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, es sei der Beschwerdegegnerin nicht gelungen, den Wegfall der Kausalität zu beweisen. Sie habe lückenlos belegt, dass sie seit dem 15. März 2011 als Folge des Unfalls

ganz oder teilweise arbeitsunfähig gewesen sei und bis heute noch sei (Urk.

1 S. 14 Rz

39).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch über den 30. April 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat und dabei insbesondere das Vorliegen des Kausalzusammenhangs betreffend die noch bestehenden Beschwerden.

E. 3.1

2

Dr. M.____, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie, führte in ihrem Bericht vom 19. September 2016 (Urk. 9/81/2-3) aus, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2016 an einem Tinnitus beidseits leide (S. 1) 4. 4.1

Das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom April 2015 (vorstehend E. 3.9) umfasst die Fachrichtungen Orthopädie, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel beziehungsweise über die berufliche

Qualifikation (vgl. Urk. 9/61/1-23 S. 23; Urk. 9/61/25-41 S. 17; Urk. 9/61/43-73 S. 21; Urk. 9/61/75-91 S. 17)

und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt. Das B.____-Gutachten erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigte die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das B.____-Gutachten die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1. 8). 4. 2

Die

B.____-Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, weshalb nicht auf das I.____-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.7) abgestellt werden könne (vorstehend E. 3.9). Daran vermag auch die ergänzende Stellungnahme der I.____-Gutachter vom Januar 2014 (vorstehend E. 3.8) nichts zu ändern, legten doch diese explizit dar, dass die Festlegung der Unfallkausalität nicht Gegenstand des Gutachtens gewesen sei.

In Bezug auf den Bericht von Dr. K.____ vom März 2016 (vorstehend E. 3.10), welcher der Beschwerdeführerin eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem begründete Dr. K.____ nicht näher, weshalb die Beschwerdeführerin nur zu 70 % arbeitsfähig sein soll, weshalb dieser Bericht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 10 f. Rz 25) nicht geeignet ist, am Beweiswert des B.____-Gutachtens etwas zu ändern.

Dies gilt auch für den Bericht des Chiropraktors

Dr.

L.____ vom März 2016 (vorstehend E. 3.11), verfügt er doch nicht über einen entsprechenden Facharztstitel, um den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin fachärztlich zu beurteilen. Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 11 Rz 27) erweist sich somit als unbegründet.

Dr. M.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom September 2016 (vorstehend E. 3.12) einen Tinnitus beidseits. Inwiefern es sich dabei um eine unfallkausale Folge des Unfalls vom 15. März 2011 handeln soll, lässt sich den Angaben der Ärztin nicht entnehmen, weshalb auch dieser Bericht nicht geeignet ist, am Beweiswert des Gutachtens etwas zu ändern.

4.3

Nachfolgend ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin organisch nachweisbare Unfallfolgeschäden bestehen (vgl. vorstehend E. 1.5). Aufgrund der Akten ist erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 15. März 2011 eine mehrfragmentäre Nasenbeinfraktur und einen Riss im Bereich der rechten Stirnhöhle erlitten hat (vorstehend E. 3.1). Die Beschwerdeführerin klagt weiterhin über Beschwerden, die ihrer Auffassung nach mit dem Unfall vom 15. März 2011 im Zusammenhang stehen, namentlich über

Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich, Kopfschmerzen, eine reduzierte Belastbarkeit sowie Konzentrationsstörungen (vgl. Urk. 9/61/1-23 S. 17 Ziff. 6.4; Urk. 9/61/25-41 S. 2 Ziff. 1.1; Urk. 9/61/43-73 S. 2 Ziff. 1.1; Urk. 9/61/75-91 S. 2 Ziff. 1.1). 4.4

Dem B.____-Gutachten (vorstehend E. 3.9) folgend ergibt sich, dass den von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt. So ist die linkskonvexe zervikale Haltungsinuffizienz vorbestehend und nicht ereigniskausal und zwar geeignet, die zervikalen Beschwerden anteilmässig zu begründen, nicht jedoch die darüber hinaus beklagten Kopfschmerzen.

Somit steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass spätestens im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine organische Unfallrestfolgen mehr vorhanden waren, die eine über den 30. April 2015 hinaus bestehenden Anspruch auf Leistungen nach UVG begründen würden. Die ursprünglich vorhandenen organischen objektivierbaren Unfallfolgen, namentlich die erlittenen Frakturen, waren zu diesem Zeitpunkt schon längst abgeheilt.

Da keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vorliegen, ist somit eine spezifische Adäquanzprüfung zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Beschwerden vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 5.2). Dabei kann praxisgemäss die Frage nach einer natürlichen Kausalität der entsprechenden Beschwerden zum versicherten Unfallereignis offen bleiben, wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre (BGE 135 V 465 E. 5.1). 4.5

Die Beschwerdeführerin beanstandete den Fallabschluss per 30. April 2015 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, ausulegen. 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 30. April 2015, mithin gut vier Jahre, nach dem Unfall ein. In diesem Zeitpunkt befand sich die Beschwerdeführerin wegen

Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Verspannungen im oberen Wirbelsäulenbereich bei ihrem Hausarzt und Chiropraktor in Behandlung und machte zudem Physiotherapie (vgl. vorstehend E. 3.10-3.11). Es ist nicht erkennbar, inwiefern mit der genannten Behandlung eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin erreicht werden kann. Zudem lagen auch keine Anhaltspunkte für eine medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit vor, so erachtete einzig der Hausarzt Dr. K.____ die Beschwerdeführerin als zu 30 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 3.10). Ausserdem ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin selber eine Anstellung in einem 70%-Pensum gesucht hat und in der Folge auch eine Anstellung im gewünschten Pensum im Fitnesspark N.____ gefunden hat (vgl. Urk. 3/26; vgl. auch Urk. 1 S. 10 Rz 25).

Nach dem Gesagten war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der medizinische Endzustand erreicht. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit der Adäquanzprüfung erfolgte demnach nicht verfrüht. 4. 6

Zu beurteilen ist weiter, ob die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis oder der Psycho-Praxis zu beurteilen ist (vgl. vorstehend E. 1.6).

Die I.____ -Gutachter gingen davon aus, dass die Beschwerdeführerin infolge des Sturzes am 15. März 2011 unter anderem ein Schädelhirntrauma wie auch ein HWS-Distorsionstrauma erlitten hat (vorstehend E. 3.7). Die B.____ -Gutachter verneinten demgegenüber eine HWS-Distorsion und ein mildes Hirntrauma (vorstehend E. 3.9). Ob die Beschwerdeführerin tatsächlich ein mildes Schädelhirntrauma und/oder ein Schleudertrauma erlitten hat, braucht vorliegend jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, denn auch bei Schädelhirntraumen ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden kann der Kausalzusammenhang in Anwendung der Adäquanzkriterien nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt und dabei auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet werden (vgl. vorstehend E. 1. 7).

Dementsprechend wäre - würde der Beurteilung der B.____ -Gutachter gefolgt - eine Prüfung der Adäquanz nach der Psycho-Praxis gerechtfertigt. Die Adäquanz ist jedoch bereits nach der für die versicherten Personen günstigeren Schleudertrauma-Praxis zu verneinen, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. 4. 7

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. 7). Die Beschwerdeführerin war bewusstlos, als sie vom Bürostuhl fiel und mit dem Gesicht auf dem Boden aufschlug (vgl. vorstehend E. 3.1). Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass es sich beim Unfallereignis vom 15. März 2011

höchstens um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt (vorstehend E. 2.2). Diese Qualifizierung ist nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiell beanstandet (vgl. Urk. 1).

Somit 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). 4. 8

Der zur beurteilende Unfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleit umständen ereignet, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit, war doch die Beschwerdeführerin beim Sturz mit dem Gesicht auf dem Boden bewusstlos.

Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall ambulant behandelt und acht Tage später wurde ambulant

eine Nasenreposition durchgeführt (Urk. 9/2-3 ; vgl.

Urk. 9/18 = Urk. 3/10 S. 3 Ziff. 2.1). Dabei kann jedoch aus objektiver Sicht nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Generell beschränkte sich die Behandlung in der Folge im Wesentlichen auf

manualtherapeutische Massnahmen, ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung (vgl. Urk. 9/7; Urk. 9/9-11; Urk. 9/15; Urk. 9/17; Urk. 9/18 = Urk. 3/10 S. 3 Ziff. 2.1).

Damit ist das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_638/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 4.2.3 mit Hinweis).

Zudem sind aus den Akten weder besondere Gründe ersichtlich, welche die Heilung beeinträchtigt hätten, noch besondere Komplikationen erkennbar. Recht sprechungsgemäss darf allein wegen persistierende r Beschwerden trotz durchgeführter Behandlungen nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.7.4). Es bedarf hier zu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Derartige Gründe liegen nicht vor, weshalb dieses Kriterium nicht erfüllt ist. Auch das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung ist nicht gegeben.

Beim Kriterium der Dauerbeschwerden können adäquanzrelevant nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.2 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin machte zwar glaubhaft geltend, dass sie an Schmerzen leide, es liegen jedoch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sie deshalb in ihrem Lebensalltag wesentlich beeinträchtigt ist. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden liegt demnach - der Beschwerdegegnerin folgend (vgl. vorstehend E. 2.1) - , wenn überhaupt, nicht in

besonders ausgeprägter Weise vor .

Die Beschwerdeführerin hat, nachdem sie ihre alte Arbeitsstelle verloren hatte, eine neue Anstellung in einem Teilzeitpensum gesucht und auch gefunden (vgl.

Urk. 3/26; vgl. auch Urk. 1 S. 10 Rz 25). Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist deshalb wohl zu verneinen, wobei dies offengelassen werden kann, da auch in diesem Fall höchstens zwei Kriterien erfüllt wären, was zur Verneinung der Adäquanz führt. 4.9

Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien höchstens zwei erfüllt sind und dabei keines in ausgeprägter Weise, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang

zwischen den nach wie vor bestehenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 11. März 2011 zu verneinen ist.

Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 30. April 2015 eingestellt hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Wagner - Sympany
Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 3.2

Dr. D.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, erstattete das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene rheumatologische Gutachten am 25. Juli 2011 (Urk. 9/18 = Urk. 3/10), und nannte dabei folgende Diagnosen (S.

E. 3.3

Ein Arzt der Klinik E.____, Neuroradiologie O.____, berichtete am 23. Januar 2012 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 9/35) und legte dar, dass sich kein pathologischer Befund gezeigt habe. Das Gehirn sei strukturell normal, traumatische Veränderungen würden sich nicht visualisieren lassen.

E. 3.4

Dr. F.____, Fachärztin für Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 27. Januar 2012 (Urk. 9/34 = Urk. 3/18) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - kurzer Bewusstseinsverlust unklarer Genese wahrscheinlich vagovasale Synkope mit Nasenbeinfraktur, Kontusion und Fraktur rechts frontal am 15. März 2011 - Hyperlaxizität

Das MRI des Schädels am 23. Januar 2012 habe eine normale Darstellung des Gehirns, insbesondere keine posttraumatischen Veränderungen, gezeigt. Die beklagten Kopfschmerzen seien im Rahmen eines leichten Schädelhirntraumas respektive posttraumatischen Syndroms zu interpretieren (S. 2 unten).

E. 3.5

Dr. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Konsiliararzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2012 (Urk.

9/38) aus, dass die Kopf- und Nackenschmerzen nur noch als möglich zum Ereignis vom 15. März 2011 klassifiziert werden könnten. Der Endzustand betreffend die Fraktur rechts frontal und der Nasenbeinfraktur sei erreicht.

E. 3.6

Dr. H.____, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 27. August 2012 (Urk. 9/43 = Urk. 3/23) aus, dass die Beschwerdeführerin an einem protrahierten postkommotionellen Syndrom sowie einem posttraumatischen Zervikalsyndrom leide. Die heute noch deutlichen und erheblich vorhandenen Beschwerden, welche zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und auch privater Aktivitäten führe, sei durch den Sturz vom 15. März 2011 bedingt. Die sogenannte Unfallkausalität sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (S. 3 unten).

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sollte sukzessive, aber in sehr kleinen Schritten gesteigert werden. Die jetzige Arbeitsfähigkeit von 55 % sollte spätestens in einem Monat auf 60 % gesteigert werden (S. 5 oben).

E. 3.7

Die Ärzte der I.____, Universitätsspital J.____, erstatteten das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 31. Dezember 2013 (Urk. 9/47/2-30 = Urk. 3/24/1-29), und nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 f. Ziff. 6.1): - Status nach mildem Schädelhirntrauma der Kategorie 2 nach den Kriterien der EFNS-Taskforce

am 15. März 2011 - bei Sturz aus dem Sitzen, am ehesten bei vasovagaler Synkope mit sekundärer konvulsiver Komponente - CT Schädel-Nasennebenhöhlen 16. März 2011: Nasenbeinfraktur, Impressionsfraktur Sinus frontalis rechts, Spiegelbildung im Sinus frontalis rechts, keine intrakranielle Blutung - MRI des Schädels vom 23. Januar 2012: Neurokranium strukturell normal, keine intrakraniellen posttraumatischen Veränderungen - mit chronischem posttraumatischem Kopfschmerz - mit posttraumatischer organischer Fatigue (ICD-10 F07.2) - Cervikospondylogenes Syndrom mit leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelkörper (HWK) 4/5 mit - minimaler breitbasiger

Bandscheibenprotrusion ohne resultierende spinale Enge - Status nach HWS-Distorsionstrauma mit mehrfragmentärer Nasenbeinfraktur - aktuell ohne Hinweis auf radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom - MRI der HWS vom 28. Juni 2011: leichte skoliothische Fehllage, im Übrigen unauffällige Untersuchung der HWS

Die von der Beschwerdeführerin beklagten Kopfschmerzen seien mit hoher Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls vom 15. März 2011 (S. 26 Ziff. 7.1). In der angestammten Tätigkeit als Handelsfachfrau sei die Beschwerdeführerin aktuell zu 60 % arbeitsfähig. Die Einschränkung erkläre sich aufgrund der nachgewiesenen mehrfachen Gesichtsschädelfraktur, einem postkommotionellen Syndrom mit Kopfschmerzen und posttraumatischer organischer Fatigue (S. 26 Ziff. 7.2). Auch in einer körperlich leichten Verweistätigkeit bestehe aktuell eine 60%ige Arbeitsfähigkeit, dies vornehmlich aus neurologischer Sicht wegen der Kopfschmerzen und der Fatigue-Symptomatik (S. 26 Ziff. 7.3).

E. 3.8

Die I.____-Gutachter führten in ihrer ergänzenden Stellungnahme zuhanden der IV-Stelle vom 31. Januar 2014 (Urk. 3/25) aus, dass die Arbeitsunfähigkeit in überwiegendem Mass auf den Unfall vom 15. März 2011 zurückzuführen sei. Die Kopfschmerzen seien seit dem Unfalltag semiologisch stark verändert, sodass die jetzigen Kopfschmerzen mit hoher Wahrscheinlichkeit unfallbedingt seien. Die Festlegung der Unfallkausalität sei gleichzeitig nicht Gegenstand des Gutachtens. Des Weiteren könne die Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerzes gestellt werden. Gleichermassen leide die Beschwerdeführerin unter einem komplexen posttraumatischen Beschwerdebild, das auch eine organische Fatigue umfasse (S. 2).

3. 9

Die Ärzte der B.____ erstatteten am 9. April 2015 das von der Beschwerde gegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 9/61) , das ein

ortho pädische s (vgl. Urk. 9/61/1-23), neuropsychologische s (vgl.

Urk. 9/61/25 41), neurologische s (vgl. Urk. 9/61/43-73) und psychiatrische s Teilgutachten (vgl.

Urk. 9/61/75-91) umfasste .

Die Gutachter nannten folgende

Diagnosen (Urk. 9/61/1-23 S. 14 Ziff. 4 ; Urk. 9/61/43- 73 S. 12 Ziff. 4) : - Hyperlaxizität der Gelenke bei genereller Kapsel-Band-Schwäche und asthenischem Habitus - linkskonvexe zervikale Haltungsinsuffizienz - Migräne - Bewusstseinsverlust unklarer Genese mit nachfolgendem Sturz und Gesichtsschädelanprall mit Nasenbeinfraktur am 15. März 2011

Aus orthopädischer Sicht sei eine ereigniskausale strukturelle zervikale Läsion, die geeignet wäre, die beklagten Beschwerden zu begründen, nicht belegt und nicht wahrscheinlich. Insgesamt sei bei der asthenischen Beschwerdeführerin eine recht schwächliche Muskulatur mit Hyperlaxizität der Gelenke bei genereller Kapsel-Band-Schwäche aufgefallen. Der Status quo ante sei spätestens wenige Tage nach dem Ereignis wieder als erreicht anzusehen (Urk. 9/61/1-23 S. 18 Ziff. 6. 4.2 und Ziff. 6. 4.3.b, vgl. S. 14 f. Ziff. 5) . Die Diagnose einer HWS Distorsion sei angesichts des dokumentierten Ereignishergangs nicht belegt und nicht wahrscheinlich, da eine peitschenschlagartige Bewegung des Kopfes mit antero-posteriorer Auslenkung gar nicht vorgelegen habe (Urk. 9/61/1-23 S. 16 Ziff. 6). Eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Gesundheitsstörung liege somit nicht vor. Die linkskonvexe zervikale Haltungsinsuffizienz sei vorbestehend, nicht ereigniskausal und zwar geeignet, die zervikalen Beschwerden anteilmässig zu begründen, nicht jedoch die darüber hinaus beklagten Cephalgien (Urk. 9/61/1 23 S. 19 f. Ziff. 6 .6) . Aus orthopädischer Sicht sei somit eine ereigniskausale oder auch eine anderweitig orthopädisch begründete Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, Validität und Integrität als nicht überwiegend wahrscheinlich anzusehen , allenfalls könnten für wenige Tage nach dem Ereignis im März 2011 zervikale Beschwerden vorgelegen haben. Danach habe aus orthopädischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bestanden. Die Tätigkeit als Mitarbeiter in der Administration sei als körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit einzustufen. Eine weitere Anpassung der Tätigkeit sei nicht nötig (Urk. 9/61/1-23 S. 21 Ziff. 6. 9).

Aus neuropsychologischer Sicht bestehe kein Anhalt für eine kognitive Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/61/25-41 S. 14 Ziff. 4) . So sei keine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit gegeben. Ein Leistungsabfall sei nicht beobachtbar, die kognitiven Leistungen lägen in allen untersuchten Bereichen in der Norm und entsprächen dem Bildungsstand. Für die reklamierten Klagen finde sich somit kein Korrelat. Das Ereignis vom März 2011 biete darüber hinaus auch keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine wesentliche zerebrale Verletzung, die dauerhafte kognitive Störungen begründen könnten. Die aktenkundigen und weiteren Daten liessen allenfalls die Diagnose einer möglichen Commotio cerebri zu, da die stattgehabte Bewusstlosigkeit bereits in der Synkope aufgehe. Ein eigenständiges Kopftrauma mit assoziierter Bewusstlosigkeit lasse sich also gar nicht attestieren, insofern sei die aktenkundige Diagnose eines milden Hirntraumas irreführend und nicht haltbar. Somit sei eine unfallkausale (oder eine anderweitige) kognitive Störung nicht wahrscheinlich. Neuropsychologischerseits sei dementsprechend keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren, dies per sofort und auch retrospektiv, ex tunc, geltend (Urk. 9/61/25-41 S. 14 f. Ziff. 5).

Der neurologische Untersuchungsbefund sei ohne Anhalt für eine behinderungsrelevante Auffälligkeit und ohne Hinweis für eine die berichtete Symptomatik erklärende Pathologie. Anamnese und Befunde sprächen für eine Migräne. Hinweise für eine behinderungsrelevante Gesundheitsstörung als Folge der im Rahmen des Sturzes aus innerer Ursache entstandenen Gesichtsschädelverletzung würden sich nicht ergeben, insbesondere würden keine Zeichen einer nervalen Läsion im trigeminalem Bereich vorliegen. Ein Schädelhirntrauma könne nicht bestätigt werden, erfordere ein solches doch definitionsgemäss eine Bewusstlosigkeit. Die Ursache der initialen Bewusstlosigkeit sei eine synkopale Genese gewesen, weshalb das definierte Kriterium eines Schädelhirntraumas bereits vor dem eigentlichen Sturz auf den Gesichtsschädel entfallen sei. Zudem bestehe bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Kopfschmerzsyndrom und eine Assoziation von Kopfschmerzen mit Schädelhirntraumen sei epidemiologisch gar nicht belegt. Ferner habe die Beschwerdeführerin bereits vor dem synkopalen Ereignis an episodischen Kopfschmerzen gelitten. Auch die Diagnose eines Fatigue-Syndroms sei abwegig und nicht begründet. Schliesslich sei auch die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht haltbar, ein Schleudertrauma sei hier qua Hergang gar nicht zu attestieren, da der Sturz auf den Gesichtsschädel keine peitschartige Auslenkung der HWS annehmen lasse. Deshalb sei vorliegend ein Bewusstseinsverlust aus innerer Unruhe unklarer Genese mit nachfolgendem Sturz und Gesichtsschädelanprall mit Nasenbeinfraktur zu diagnostizieren. Als Ursache komme eine Synkope, ein iktales Ereignis oder eine migränöse Manifestationsvariante in Frage (Urk. 9/61/43-73 S. 13 ff. Ziff. 5). Aus neurologischer Sicht

bestehe somit kein Anhalt für eine jemals aus dem Ereignis vom 15. März 2011 resultierende anhaltende Auslenkung des gesundheitlichen Status (Urk. 9/61/43-73 S. 17 Ziff. 6. 4.3.b). Für die beklagte allgemeine Müdigkeit bestehe kein objektives klinisches Korrelat, auch für die «Verspannungen» im Bereich des Nackens habe sich kein neurologisches Korrelat gefunden (Urk. 9/61/43-73 S. 17 Ziff. 6.5). Es liege eine vom Ereignis vom 15. März 2011 unabhängige Migräne vor. Diese beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht, die Migräne sei eine benigne Störung mit guter Behandlungsprognose (Urk. 9/61/43-73 S. 18 Ziff. 6. 6).

Es bestehe somit kein ausreichender Anhalt für eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, dies ex tunc geltend. Die stattgehabte Bewusstlosigkeit und Gesichtsschädelfraktur könnten allenfalls eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit von wenigen Wochen begründen (Urk. 9/61/43-73 S. 19 Ziff. 6. 9).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe ebenfalls kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/61/75-91 S. 11 Ziff. 4).

So lasse sich eine namhafte psychische Beeinträchtigung im Sinne depressiver ICD-10-Achsensymptome anamnestisch nicht herausarbeiten. Auch in den vorliegenden Aktendokumenten werde keine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies per sofort geltend (Urk. 9/61/43-73 S. 11 f. Ziff. 5). 3. 10

Dr. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt der Beschwerdeführerin, führte in seinem ärztlichen Zeugnis vom 3. März 2016 (Urk. 9/3/27/2) aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 15. März 2011 unter Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Verspannungen im oberen Wirbelsäulenbereich leide, weshalb sie regelmässige Behandlungen durch den Chiropraktor, den Physiotherapeuten und Schmerzmedikamente nach Bedarf benötige. Die Beschwerdeführerin sei zu 30 % arbeitsunfähig.

E. 3.11

Dr. L.____, Chiropraktor, führte in seinem Bericht vom 5. März 2016 (Urk. 3/29) aus, dass sich gesamthaft ein protrazierter Verlauf bei Status nach Commotio cerebri und HWS-Distorsion mit konsekutivem posttraumatischem Kopfschmerz des migräniformen Typs abzeichne. Die Nacken- und Kopfschmerzsymptomatik sei aus chiropraktischer Sicht schwierig gänzlich in den Griff zu kriegen (S. 2 unten).

E. 7

Ziff. 5.2): - cervikovertebrales Syndrom bei - Fehlstellung mit leichter linkskonvexer Torsionsskoliose - myofasciale Symptomatik im Nacken-/Schulterbereich bei - Status nach Mittelgesichtsfraktur mit Frakturlinie in Stirnhöhlen vor der Wand rechts - gute Stellung nach Reposition am 23. März 20

E. 11

- Hyperlaxizität der Gelenke - Verdacht auf posttraumatische Kopfschmerzen vom Migränecharakter

Das MRI der HWS vom 28. Juni 2011 (vgl. Urk. 9/16) zeige eine leichte Fehlstellung in Form einer leichten flachbogigen linkskonvexen Skoliose bei im Übrigen unauffälligen Befunden. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit schlage sie vor, dass die Beschwerdeführerin in zirka

zwei Wochen ihre Arbeit bei A.____ mit zwei Stunden pro Tag wieder aufnehmen und wöchentlich um zwei Stunden pro Tag steigern, bis zum Erreichen des 100%igen Arbeitseinsatzes (S. 6 Ziff. 4).

Die HWS-Beschwerden wie auch die migräneartigen Kopfschmerzen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz vom 15. März 2011 zurückzuführen (S. 7 Ziff. 5.5).

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