

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00282

vom 21. Oktober 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00282

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00282 du 21 octobre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00282 del 21 ottobre 2021

Erwägungen

E. 1

5. April 2020 ein (Urk. 10/A46 ; vgl. Urk. 10/A75). Die von der Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 10/A56, Urk. 10/A65) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2020 ab (Urk. 2) .

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden den Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober

2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1). 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 2. Dezember 2020 (Urk. 1) liess die Versicherte Beschwerde erheben und beantragen, es seien die Verfügung vom 15. April 2020 sowie der Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2020 aufgehoben und es seien die per 16. April 2020 eingestellten gesetzlichen Leistungen aus obligatorischer Unfallversicherung rückwirkend ab Einstellungsdatum weiterhin zu erbringen, eventuelle sei die Sache unter Aufhebung des Einspracheentscheides vom 30. Oktober 2020 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, dies zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2021 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 19. April 2021 angezeigt wurden (Urk. 13).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheides im Wesentlichen (Urk. 2 und Urk. 9), bei der Beschwerdeführerin bestünden seit Jahren verschiedene Beschwerden, welche bereits vor den geltend gemachten Ereignissen zu schweren

Beeinträchtigungen der Gesundheit geführt hätten.

Die Folgen des Sturzes vom 19. April 2019, bei welchem die Beschwerdeführerin eine Thoraxkontusion, eine Rippenfraktur, eine Kopfkontusion sowie eine Handgelenksdistorsion erlitten habe, seien abgeheilt und hätten am 9. Oktober 2019 zum Behandlungsende geführt.

Betreffend die Ereignisse vom 16. Oktober und vom 1. November 2019 habe die bildgebende Untersuchung vom 16. Oktober 2019 ein schmales Subduralhämatom links hemisphärisch (maximale Dicke 3 mm) zur Darstellung gebracht. Nach den epileptischen Anfällen mit Sturz auf das Gesicht vom 1. November 2019 habe sich in den MRI-Bildern vom 2. und 5. November 2019 im Vergleich zur Untersuchung vom 16. November 2019 ein stationäres Subduralhämatom

frontoparietotemporal links ohne neu aufgetretene intrakranielle Blutung objektivieren lassen. Das Sturzereignis vom 1. November 2019 sei Folge der durch das Subduralhämatom provozierten epileptischen Anfällen und damit letztlich auf das Unfallereignis vom 16. Oktober 2019 zurückzuführen. Das Subduralhämatom habe sich im Verlauf jedoch zurückgebildet und sich anlässlich der CT-Untersuchung vom 5. Dezember 2019 nicht mehr nachweisen lassen. Somit sei bildgebend erstellt, dass die somatischen Unfallfolgen bereits am 5. Dezember 2019 abgeheilt gewesen seien. Dazu passe auch, dass anlässlich der hausärztlichen Betreuung durch Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Allgemein Innere Medizin,

bereits am 18. November 2019 von einem positiven Heilverlauf ausgegangen worden sei und der Beschwerdeführer in ab dem 2. Dezember 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei.

Damit sei davon auszugehen, dass der medizinische Endzustand bereits zu jenem Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. April 2020, erreicht gewesen sei.

Die bestehenden, lediglich

leichten kognitiven Einschränkungen könnten nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 16. Oktober 2019 zurückgeführt werden. Vielmehr belege der bei der C.____

eingeholte Austrittsbericht vom 30. Juni 2020, dass bei der Beschwerdeführerin ein multifaktorielles psychiatrisches Beschwerdebild vorliege, welches geprägt sei von schicksalsträchtigen Lebensereignissen, Suchterkrankungen und psychiatrischen Beeinträchtigungen. Eine natürliche Kausalität zu den Ereignissen vom 16. Oktober 2019 und 1. November 2019 sei bei dieser Sachlage bestenfalls möglich. Der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit werde dabei entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht erreicht. Die Frage der natürlichen Kausalität könne jedoch offenbleiben, da es ohnehin an einem adäquaten Kausalzusammenhang mangle. Es sei kein Adäquanzkriterium erfüllt.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin liess dagegen im Wesentlichen vorbringen (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin schliesse aus dem Umstand, dass das Subduralhämatom radiologisch nicht mehr nachweisbar sei, dass somit auch keine Folgen aus dieser

Verletzung mehr andauerten. Es sei bekannt, dass es beim Erleiden eines Schädel-Hirn-Traumas häufig zu kognitiven Veränderungen und Einschränkungen komme. Sie habe nicht bloss ein einfaches Schädel-Hirn-Trauma erlitten, sondern wiederholte Traumata im Schädelbereich. Die stattgehabten Verletzungen hätten zu epileptischen Anfällen geführt, was deutlich zeige, dass es sich keineswegs um Bagatelverletzungen handle. Aufgrund der vorliegenden neuropsychologischen Berichte sei erstellt, dass die über den 16. April 2020 hinaus bestehenden kognitiven Einschränkungen mindestens teilweise auf die stattgehabten Schädeltraumata zurückzuführen seien. Sollte das Gericht der Ansicht sein, dass sich die natürliche Kausalität aufgrund der vorliegenden medizinischen Einschätzung nicht beurteilen lasse, wäre die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die zusätzlich erforderlichen Abklärungen – wohl im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung – durchführe.

Die Prüfung der Adäquanz setzt voraus, dass der medizinische Endzustand erreicht sei oder zumindest von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei. Ob dies vorliegend der Fall sei, sei unklar. So werde insbesondere im Bericht der C.____ vom 11. Juni 2020 festgehalten, dass nach Erleiden einer Hirnblutung Fortschritte insbesondere im ersten Jahr, in geringerem Ausmass aber auch noch im zweiten Jahr nach Eintritt der Schädigung zu erwarten seien. Bei ihr, welche die entsprechende Verletzung im Oktober/November 2019 erlitten habe, sei noch mit weiteren Besserungen der Defizite und Einschränkungen zu rechnen. Angesichts dessen sei der Fallabschluss respektive die Prüfung der Adäquanz zu früh erfolgt. Für den Fall, dass die Prüfung der Adäquanz im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 15. April 2020 und des Einspracheentscheids vom 30. Oktober 2020 zu Recht erfolgt sei, gelte es zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin die Adäquanz anhand der Kriterien der sogenannten «Psycho-Praxis» geprüft habe. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung seien organisch hinreichend nachweisbare psychische Unfallfolgen – wie beispielsweise eine Depression nach stattgehabter Lyme-Borreliose – nach der allgemeinen Adäquanzformel zu beurteilen. Sie habe unstrittig mehrere Schädeltraumata erlitten, wobei es unter anderen zu radiologisch nachweisbaren – und somit objektivierbaren – Unfallfolgen gekommen sei. Die Adäquanz sei daher nach der allgemeinen Adäquanzformel zu beurteilen, wobei eine traumatische Verletzung mit Subduralblutung, wie sie sie erlitten habe, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung zu kognitiven Einschränkungen führen könne, wie sie bei ihr vorlägen. Damit sei die Adäquanz zu bejahen. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

2

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, nannte mit Bericht an Dr. B.____ vom 9.

Oktober 2019 (Urk. 12/M12) als Diagnose einen Status nach Handgelenksdistorsion /Kontusion rechts vom 19. April 2019 mit Zerrung der radialen Sehnen. Die Behandlung

werde per heute abgeschlossen . Die Beschwerdeführerin werde die Arbeit am nächsten Tag wieder zu 100 % aufnehmen.

E. 3.1.1

Nach dem Sturz vom 19. April 2019 suchte die Beschwerdeführerin am 20. April 2019 das Spital Z.____ auf. Die Ärzte des Spitals Z.____ hielten mit Bericht vom 21. April 2019 als Diagnose eine Fraktur Rippe IX rechts nach Thoraxkontusion und eine Schädelkontusion fest (Urk. 12/M2). Die Ärzte empfahlen bei konventionell radiologischem Nachweis mindestens einer frakturierten Rippe und deutlichen Schmerzen eine stationäre Aufnahme zur Analgesie und Atemtherapie . Die Beschwerdeführerin lehnte eine stationäre Aufnahme jedoch ab.

Am nächsten Tag, 21. April 2019 , suchte die Beschwerdeführerin aufgrund einer unklaren Blutung Meatus

acusticus

externus links erneut das Spital Z.____ auf. Die Ärzte des Spitals Z.____ veranlassten eine CT-Untersuchung des Schädels. Die Untersuchung brachte weder Hinweise auf eine ossäre Läsion noch auf eine intracranielle Blutung (Urk. 12/M1) .

E. 3.2

). Nach dem Sturz vom 1. November 2019 erhoben die Ärzte des Spitals Marrakesch ebenfalls ein GCS von 15/15 (vgl. Urk. 10/M7).

Die neurologische Überwachung nach den Unfällen erwies sich jeweils als komplikationslos. Neurologisch lagen keine Befunde vor (Urk. 10/M7, Urk. 11/M4). Der GCS-Wert von 15 Punkten entspricht praxisgemäss höchstens einer leichten Commotio Cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung, was grundsätzlich nicht für die Anwendung der Adäquanzbeurteilung gemäss Schleudertrauma-Praxis genügt

(Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 5.2.2 , 8C_386/2020 vom 24. August 2020 E. 4.3.2) . Die adäquate Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin ist daher nach der in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall begründeten Rechtsprechung, mithin einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten des Gesundheitsschadens, zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin ohnehin über psychische beziehungsweise neuropsychologische Beschwerden, nicht aber über das typische Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung klagt (vgl. E. 3 ; vgl. dazu: BGE 119 V 335 E. 1) .

Anzufügen bleibt, dass die Beschwerdeführerin aus dem Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgericht U 245/99 vom 17. Mai 2001 , unter Berufung auf welches sie die Prüfung der Adäquanz nach der allgemeinen Adäquanzformel geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 9-10) , nicht zu ihren Gunsten ableiten kann , sind die von ihr erlittenen Verletzungen doch nicht mit einer Lyme -Borreliose-Erkrankung vergleichbar. 4. 3

Die Prüfung der Adäquanz ist

bei Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten

ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1).

Nach dem , wie dargelegt (E. 4.1) , im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine somatischen Unfallfolgen mehr nachweisbar waren, ist der Fallabschluss nicht verfrüht erfolgt . 4.4 4.4.1

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle anderseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 4.4.2

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie beispielsweise einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse ohne aufwendige Abklärungen im psychischen Bereich davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a). 4. 4.3

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen

mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U

442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 4.4 .4

Die Beschwerdeführerin qualifizierte die von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfälle als leicht beziehungsweise höchstens als mittel im Grenzbereich zu den leichten Unfällen und verneinte sämtliche Adäquanzkriterien (Urk. 2 S. 11-12). Die Qualifikation der erlittenen Unfälle als höchstens mittel im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht infrage gestellt.

Was die einzelnen Kriterien anbelangt, ist mit der Beschwerdeführerin (Urk. 2 S.

E. 3.3

3

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, nannte mit Bericht an Dr. B.____ vom 25. März 2020 (Urk. 10/M21) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - mögliche funktionelle Konversionssymptomatik bei: - Schädelhirntrauma mit schmalen subduralem Hämatom links und sekundären mehrfachen generalisierten epileptischen Anfällen - psychotische Episode mit akustischen und visuellen Halluzinationen unter Therapie mit Topiramid - seit dem Unfall mnestic Störungen - vor dem Unfall «Burn-out» mit Kreislaufstörungen - 2011 Verschluss eines PFO - nach einem Unfall vor mehreren Jahren Luftembolien, nachfolgend 3-monatige halbseitige Lähmung links - Status nach Magenbypass Operation - chronische Schlafstörung, seit 25 Jahren Stilnox und Imovane - arterielle Hypertonie

Die Beschwerdeführerin habe sich wegen eines im Urlaub erlittenen Anfalls, der auf ein subdurales Hämatom zurückgeführt worden sei, vorgestellt. Die gesamte Krankengeschichte sei aus neurologischer Sicht ungewöhnlich und lasse sich nicht vollständig durch eine organische Schädigung erklären: • Die vor Jahren aufgetretene Halbseitensymptomatik mit beschriebener Lähmung links nach Luftembolie zeige im MRI keinerlei Residuen. Das sei extrem ungewöhnlich, sodass auch eine funktionelle Störung bedacht werden sollte. • Der aktuelle neurologische Befund mit einer halbseitigen Wahrnehmungsstörung, die exakt in der Mittellinie beginne, lasse sich nicht erklären. • Auch finde sich für die in der neuropsychologischen Testuntersuchung festgestellte Leistungseinbusse mit möglicher visueller Wahrnehmungsstörung, Störung und Neglect im linken oberen Quadranten keine wirkliche Erklärung. • Das EEG sei normal, ohne Herdbefund oder anfallsverdächtige Muster.

In der Zusammenschau aller Befunde komme für ihn durchaus eine Konversionssymptomatik in Betracht. Die Beschwerdeführerin sei in psychiatrischer Behandlung, wünsche aber nicht, dass sein Befund an den Psychiater weitergereicht werde. Entsprechend

der Empfehlung des neuropsychologischen Befundes schicke er seinen Bericht an die Klinik I.____ mit der Bitte um Aufgebot für eine neuropsychologische Therapie/Rehabilitation. 3. 3. 4

Die Beschwerdeführerin wurde am 6. Februar und 10. März 2020 im Neurozentrum Engen untersucht. Mit Bericht vom 25. März 2020 hielten Prof. Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, und Lic. phil. K.____, Neuropsychologin FSP, fest (Urk. 10/M22), die Untersuchung habe Auffälligkeiten in den folgenden kognitiven Teilleistungen ergeben: • Aufmerksamkeit/Konzentration/Exekutivfunktionen: erschwerte parallele Reizverarbeitung, verminderte visuelle Explorationsgeschwindigkeit bei erhöhter Reizdichte, verminderte sprachliche Merkspanne, reduzierte Impulskontrolle und Wortflüssigkeit • Gesichtsfeld: Hinweise auf eine Einschränkung linksseitig mit Schwerpunkt im linken oberen Quadranten, Hinweise auf möglichen zusätzlichen visuellen Neglect nach links

Die übrigen kognitiven Teilleistungen seien wie im Testprofilblatt ersichtlich weitgehend unauffällig. Im klinischen Eindruck wirke die Beschwerdeführerin deutlich stimmungslabil, innerlich erregt und leicht impuls gesteuert. Zudem habe sich wohl durch den kürzlichen Tod des Ehemannes die depressive Symptomatik mit einem tiefen Selbstwertleben verstärkt. Die Schwankungen der Stimmung, die innere Erregung und das impuls gesteuerte Verhalten liessen sich mit den Hirnereignissen vereinbaren. Die Defizite hinsichtlich Gesichtsfeld und bezüglich der visuellen Aufmerksamkeitsausrichtung könnten mit dem Sturzereignis mit rechtsseitigen Kopfanprall vereinbart werden. Die Befunde liessen die von der Beschwerdeführerin berichteten Fehlleistungen und Einschränkungen nachvollziehbar erscheinen (Verlangsamung, rasche Erschöpfung, Mühe zu fokussieren, impuls gesteuerte Reaktionen). Die berichtete Vergesslichkeit hänge wohl mit der verminderten Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zusammen, insbesondere bei Aufgaben mit erhöhten visuellen Anforderungen ermüde die Beschwerdeführerin rasch. Aktuell seien die kognitive und psychische Belastbarkeit deutlich herabgesetzt. Die Einschränkungen könnten einerseits als durch die Folgen der Schädel-Hirn-Traumata bedingt interpretiert werden, andererseits seien sie nicht mit den unauffälligen Befunden der neurologischen Untersuchung bei Dr. H.____ und mit der hinsichtlich rechtshemisphärischen Hirnstrukturen unauffälligen Bildgebung zu vereinen. Differentialdiagnostisch könnten die kognitive und die psychische Leistungsfähigkeit durch psychische Faktoren (Verarbeitungsstörung, depressive Verarbeitung) mitbeeinflusst sein. Inwieweit hirnrorganische und psychische Ursachenfaktoren die Minderleistungen erklärten, lasse sich aktuell nicht sicher sagen. 3. 3. 5

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Neurologie, beratender Arzt der Beschwerdeführerin, hielt mit Stellungnahme vom 8. April 2020 (Urk. 10/M23) fest, die epileptischen Anfälle seien aus seiner Sicht überwiegend wahrscheinlich durch das Subduralhämatom provoziert worden, begünstigt durch die Alkoholabusus-Krankheit. Die Alkoholabusus-Krankheit bestehe schon seit langem, allein davon seien epileptische Anfälle in der Vorgeschichte jedoch nicht berichtet worden, sodass die Hypothese, dass die epileptischen Anfälle auf die Alkoholentzugssymptomatik oder auf die chronische Alkoholkrankheit zurückgeführt werden dürften, auf tönernen Füßen stehe. Epileptische Anfälle seien nach der Hospitalisation in Marrakesch nie mehr aufgetreten, auch nach dem frühen Absetzen der Antiepileptika durch den Hausarzt nicht. Es könne nicht von einer genuinen Epilepsie gesprochen werden, lediglich von provozierten Anfällen. Das Subduralhämatom sei zwischenzeitlich vollständig resorbiert, der Endzustand sei erreicht. Gerechtfertigt werden

könne eine (vermutlich einmalige) Kontrolle im Herbst 2020 bei einem epileptologischen. Die körperliche Integrität wäre nur bei einer genuine Epilepsie geschädigt. Nach vier provozierten Anfällen vom 1. bis 4. November 2020 (durch das Subduralhämatom provoziert, welches heute nicht mehr nachweisbar sei) und nun Anfallsfreiheit ohne Antiepileptika könne nicht von einer bleibenden Schädigung gesprochen werden, eine Integritätsentschädigung müsse er verneinen. Nachdem das Subduralhämatom vollständig resorbiert worden sei, könne er die heutige Arbeitsunfähigkeit sowie die geltend gemachten Beschwerden nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 16. Oktober 2019 zurückführen, erst recht nicht auf die Ereignisse vom 19. April 2019 oder 1. November 2019. Heute stünden seines Erachtens für die Symptomatik psychische Gründe im Vordergrund. Es zeigten sich keine strukturellen Folgen vom Unfall mehr. Aus somatischer Sicht könne er die aktuell geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nachvollziehen. 3. 3.

E. 3.3.1

Nachdem die Beschwerdeführerin am 1. November

2019 in ihren Ferien in Marokko epileptische Anfälle erlitten hatte, wurde sie hospitalisiert und am 4. November 2019 durch die Rega repatriert (Urk. 10/M1-2). Nach ihrer Repatriierung war die Beschwerdeführerin vom 5. bis 8. November 2019 im Spital A.____ hospitalisiert. Mit Bericht vom 2. Dezember 2019 (Urk. 10/M4) hielt Dr. med. F.____, Oberärztin, als Diagnosen fest: - akute symptomatische Epilepsie mit rezidivierenden Grand mal-Anfällen, Erstdiagnose November 2019 - Differentialdiagnose: im Rahmen Subduralhämatom, Alkoholkonsum, C2-Entzug - Subduralhämatom links frontoparietal nach Sturz, Erstdiagnose Oktober 2019 - aktuell 4 mm, initial 3 mm Spital Z.____ Oktober 2019, im Verlauf 6 mm (CT- Neurocranium, 6. November 2019 Marokko) - Adipositas Grad III (BMI 42,5 kg/m²), Erstdiagnose 2009 - 2009 laparoskopische Magenbypass Operation - arterielle Hypertonie, Erstdiagnose unbekannt - Jod-Allergie (Angio-Ödem) - anatomisch Herz-Septumdefekt mit interventionellem Verschluss 2011 - Depression, Erstdiagnose Februar 2013 - Differentialdiagnose: Borderline - Persönlichkeitsstörung - persistierender Tabakabusus - 40 pack year - chronischer Alkoholabusus, Erstdiagnose Februar 2013 - rektale Besiedlung mit Carbapenemase produzierender Enterobacter cloacae vom Typ OXA-48, Erstdiagnose 6. November 2019

Die Beschwerdeführerin sei aus Marokko, wo sie aufgrund von Grand mal-Anfällen hospitalisiert gewesen sei, repatriert worden. Angefangen habe die Krankengeschichte Anfang Oktober mit einem Kopfanprall auf dem Toilettendeckel nach Sturz in alkoholisiertem Zustand. Während der Hospitalisation im Spital Z.____ sei eine 3 mm breite Subduralblutung links sowie ein RQW okzipital links festgestellt worden, welche konservativ behandelt worden sei. Darauf folgend sei die Beschwerdeführerin mit einer Kollegin nach Marokko in die Ferien gegangen. Die Beschwerdeführerin sei von ihrer Kollegin am 1. November 2019 bewusstlos mit Zuckungen am Boden liegend gefunden worden. Der Krampfanfall sei selbständig regredient gewesen, darauffolgend sei die Beschwerdeführerin ins Spital in Marrakesch gegangen. Dort sei ein Bild des Neurokraniums

erstellt worden, welches eine

Hämatomprogression gezeigt habe. Während der Hospitalisation habe man mit einer antikonvulsiven Therapie mit Keppra und Urbanyl zur Absicherung begonnen.

Darunter sei es erneut zu zweimaligen Grand mal-Anfällen gekommen, beim zweiten Anfall im EEG ohne Nachweis von epilepsie typischen Potentialen (die Untersuchung sei unter der Urbanyl -Therapie durchgeführt worden). In der Folge sei die antikonvulsive Therapie mit Phenobarbital ausgebaut worden. Darunter sei es zu keinen erneuten Grand mal-Anfällen mehr gekommen. Bei einer Prellmarke fronto-orbital mit Ekchymose der Nase sei ein Röntgenbild erstellt worden, welches keine Fraktur gezeigt habe. 3. 3. 2

Vom 30. November bis 2. Dezember 2019 befand sich die Beschwerdeführerin erneut in stationärer Behandlung im Spital A.____. Mit Austrittsbericht vom 6. Dezember 2019 hielten

Dr. F.____ und Dr. sc. hum. G.____, Assistenzärztin, fest (Urk. 10/M19), der Eintritt sei per notfallmässiger Selbstvorstellung nach Sturzereignis am 28. November 2019 erfolgt. Die Beschwerdeführerin berichtete, zwei Tage vor der Vorstellung abends zu Hause unbeobachtet das Bewusstsein verloren zu haben und gestürzt zu sein. Dabei habe sie sich Prellungen an der linken Körperseite, am Gesicht rechts sowie der rechten Hand zugezogen. Bei Eintreffen mit dem Taxi sei die Beschwerdeführerin nicht mehr ansprechbar gewesen, sodass die initiale Betreuung und Diagnostik via Schockraum erfolgt sei. Im Schockraum habe sich eine erneute kurzzeitige Episode von Vigilanzminderung ereignet, welche sich nach der Gabe von 1 mg Dormicum rasch gebessert habe. Die Beschwerdeführerin berichtete über rezidivierende Stürze mit Bewusstseinsverlusten seit etwa 2017, jedoch deutlich häufiger seit August 2019 aufgrund von zunehmender psychosozialer und beruflicher Belastung. Zu nagenbiss oder Einnässen/ Einstuhlen würden verneint, ebenso orthostatische

Prodromie wie Übelkeit, Schwindel und Schwarzwerden vor den Augen. Ein Auslöser wie Schlafmangel, Alkoholkonsum oder –entzug werde verneint. Die antiepileptische Medikation mit Keppra 2 x 1000mg sei anamnestisch nach Rücksprache mit dem Hausarzt am 26. November 2019 wegen Halluzinationen gestoppt worden. Am Vorstellungstag habe die Beschwerdeführerin jedoch über den Konsum von zwei kleinen Flaschen Vodka (1 dl) sowie einer Flasche Rotwein berichtet.

Bei Eintritt hätten sie eine akute Alkoholintoxikation feststellen können (Blutalkoholspiegel 30/100), welche sie als wahrscheinlichste Ursache für die passagere Vigilanzminderung interpretierten. Computertomographisch habe sich keine intrakranielle Pathologie und eine vollständige Resorption des Subduralthämatoms gezeigt. Konventionell radiologisch hätten Frakturen als Traumafolgen ausgeschlossen werden können. Klinisch imponierten insbesondere ein Monokelhämatom rechts sowie Hämatome am rechten Thenar, am linken Oberschenkel und am linken Knie. Die genaue Ursache der rezidivierenden und nun auch aktuellen Sturzereignisse bleibe nicht abschliessend geklärt. Möglich wäre auch hier ein Auftreten im Rahmen von Alkoholintoxikationen, einer epileptogenen Genese oder psychosomatisch bei Belastungssituation. Hinweise auf eine rhythmogene Genese hätten sich während des Aufenthaltes auf der Intensivstation sowie unter telemetrischer Überwachung auf der Normalstation nicht gefunden. Die weitere Abklärung des Sturzereignisses sowie eine stationäre neurologische Beurteilung hätten sie nicht durchführen können, da die Beschwerdeführerin gegen ärztlichen Rat aus dem Spital ausgetreten sei.

E. 6

Mit Bericht an Dr. B.____ vom 24. April 2020 erklärte Dr. H.____ (Urk. 10/M24), die Beschwerdeführerin habe sich heute nochmals vor gestellt, und zwar zur Ableitung des EEGs, um nach dem Anfallsereignis die Fahrtauglichkeit wiederzuerlangen. Im MRI vom Februar sei eine vollständige Rückbildung des schmalen subduralen Hämatoms dokumentiert. Ein EEG vom 25. März 2020 habe einen normalen Befund, ohne anfallsverdächtige Veränderungen ergeben. Auf grund dieser Datenlage sei die Fahrtauglichkeit wieder gegeben.

E. 7

Dr. B.____ ersuchte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 28. April 2020 (Urk. 10/M25), die Verfügung vom 15. April 2020 aufzuheben. Er erklärte, die von der Beschwerdeführerin geäußerten Gedächtnisstörungen seien vor dem Schädel-Hirn-Trauma mit subduralem Hämatom links nicht bekannt gewesen. In der neuropsychologischen Testung des Neurozentrums Bellevue hätten die mnestischen Störungen bestätigt werden können und müssten auf das Schädel-Hirn-Trauma vom 16. Oktober 2019 zurückgeführt werden. Zweifelsfrei kompliziere sich die Situation durch den psychischen Ausnahmezustand nach dem Tod des Ehemannes. Nach seiner Einschätzung sei eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sehr wahrscheinlich. Als Diagnose nannte Dr. B.____; - 1. Unfall 19. April 2019: Kopfanprall, Handdistorsionstrauma rechts mit Zerrung der radialen Sehnen und Fraktur 8. Rippe lateral rechts - 2. Unfall 16. Oktober 2019: Hirnprellung mit Subduralhämatom - 3. Unfall 1. November 2019:

Epileptischer Anfall bei ausgedehntem Subduralhämatom - anhaltend: postcommotionelles Syndrom mit Gedächtnisstörungen 3. 3.

E. 8

Die Beschwerdeführerin war vom 5. Mai bis 12. Juni 2020 in der C.____ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 30. Juni 2020 nannten Dr. phil. M.____, Oberpsychologin, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin,

Dr. med. N.____, Oberärztin, Fachärztin FMH für Neurologie, und Dr. phil. O.____, Psychologin, (Urk. 10/M27) als psychiatrische Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1)

Als somatische Diagnosen führten sie an: - Status nach Magenbypass Operation 2019 (ICD-10 Z98.0) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00) - Status nach Sturz mit Subduralhämatom links Oktober 2019; erneuter Sturz mit Monokelhämatom November 2019 - Status nach mehrfachen sekundär generalisierten epileptischen Anfällen

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der C.____

wurde die Beschwerdeführerin am 3. und 9. Juni 2020 neuropsychologisch abgeklärt. Dazu hielten Dr. phil. P.____, Oberpsychologin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und Q.____, Neuropsychologin, mit Bericht vom 11.

Juni

2020 fest (Urk. 10/M26), in der Gesamtschau der Resultate der neuropsychologischen Abklärungen vom 3. und 9. Juni 2020 hätten sich leicht unterdurchschnittliche Ergebnisse

bei Aufgaben zur Prüfung der visuellen Aufmerksamkeitsausrichtung, der intellektuellen Flexibilität sowie der visuellen Merkspanne gezeigt. In der Mehrheit der weiteren durchgeführten Tests zur Prüfung der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, der Mnestic sowie der visuell-räumlichen Fähigkeiten habe die Beschwerdeführer in aber normgerechte Resultate erzielt. Im Rahmen von computerisierten Tests hätten sich keine Hinweise (mehr) auf eine Gesichtsfeld einschränkung oder auf einen visuellen Neglect, wie dies im Rahmen einer früheren neuropsychologischen Abklärung der Fall gewesen sei, ergeben. Die Befunde der neuropsychologischen Testung entsprächen dem Schweregrad nach einer leichten kognitiven Störung multifaktorieller Ätiologie (ICD-10 F99). Dabei liessen sich die kognitiven Defizite als Residualsymptomatik des im November 2019 erlittenen Subduralhämatoms gut erklären (ICD-10 F07.8). Auch die klinisch zu beobachtenden, diskreten Störungen des Sprechflusses sowie die von der Beschwerdeführerin geschilderten leichten Schreibstörungen seien gut vereinbar mit den Folgen einer linkshemisphärischen Schädigung. Differentialdiagnostisch müssten jedoch noch weitere Faktoren berücksichtigt werden, wie zum Beispiel die mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), der langjährige schädliche Gebrauch von Alkohol und Hypnotika (ICD-10 F10.1, F13.1) sowie mögliche, unerwünschte Nebenwirkungen der ärztlich verordneten Medikation (ICD-10 Y57.9), welche ebenfalls einen negativen Einfluss auf die Kognitionen ausüben könnte. Der positive Verlauf seit dem im November 2019 erlittenen Unfall weist aber darauf hin, dass jenes Ereignis ein wesentlicher Auslöser der neuropsychologischen Defizite darstelle und keine chronische Störung im Vordergrund stehe.

Im neurologischen Bericht von Dr. H.____ vom 25. März 2020 werde die Möglichkeit einer funktionellen Konversationssymptomatik festgehalten. Dr. H.____ habe seine Verdachtsdiagnose damit begründet, es gäbe für die – infolge eines Autounfalls im Jahr 2011 entstandene –

Halbseitensymptomatik links kein hirnrorganisches Korrelat. Auch für die Zeichen eines möglichen linksseitigen visuellen Neglects gäbe es kein

lokalisatorisch schlüssiges, hirnrorganisches Substrat. Sie erachteten diese, durch Dr. H.____ vollzogene nosologische Einordnung der Symptomatik als fraglich, zumal die Beschwerdeführerin eine detaillierte, sehr spezifische und aus ihrer Sicht retrospektiv durchaus plausible Beschreibung der Entstehung und des Verlaufs einer Halbseitensymptomatik im Jahr 2011 geliefert habe (armbetonte, sensomotorische Ausfälle in Bein und Arm links, hängender Mundwinkel links). Die Beschwerdeführerin habe damit ein Beschwerdebild beschrieben, welches sehr gut vereinbar sei mit der Symptomatik eines brachiofazialbetonten

Hemisyndroms links. Auch der Verlauf mit Rückbildung der Beschwerden sowie die aktuell persistierende Residualsymptomatik (Sensibilisierungsstörungen im Ring- und Kleinfinger links) sei grundsätzlich gut damit vereinbar. Als neuropsychologische Diagnose führten Dr. phil. P.____ und Q.____ eine leichte kognitive Störung multifaktorieller Ätiologie (in Anteilen auch als Folge einer traumatisch bedingten hirnrorganischen Schädigung, ICD-10 F07.8) an.

Die Fachpersonen der C.____ attestieren der Beschwerdeführerin während des gesamten stationären Aufenthaltes und bis am 21.

Juni

2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/M27). 4. 4.1

Während das nach dem Unfall vom 19. April 2019 vom Spital Z.____ veranlasste CT des Schädels weder Hinweise auf eine ossäre Läsion noch auf eine intracranielle Blutung zeigte (E. 3.1.1), ergaben die Untersuchungen der Ärzte des Spitals Z.____ nach dem Sturz vom 16. Oktober 2019 eine maximal 3 mm breite Subduralblutung links (E. 3.2). Die CT-Untersuchung im Spital in Marra kesch Anfang November 2019 zeigte weiterhin ein Subduralhämatom und zwar von einer Grösse von 4 mm (E. 3.3.1; vgl. Urk. 10/M7). Im Rahmen der erneuten

Hospitalisation im Spital A.____ vom 30. November bis 2. Dezember 2019 zeigte sich hingegen eine vollständige Resorption des Subduralhämatoms (E. 3).

E. 11

f.) festzuhalten, dass besonders dramatische Begleitumstände zu verneinen sind und die Unfälle auch nicht als besonders eindrücklich bezeichnet werden können. Die erlittenen Verletzungen (vorstehend E. 3) sind nicht als schwer oder von besonderer Art zu qualifizieren. Auch kann nicht gesagt werden, dass diese Gesundheitsschädigungen erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Es finden sich auch keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung. Das Kriterium der ungewöhnlich lang dauernden ärztlichen Behandlung ist ebenfalls nicht erfüllt. Auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist zu verneinen. Gleiches gilt für die von den Fachpersonen der C.____

attestierten Arbeitsunfähigkeit, stützt sich diese doch nicht auf ein objektifizierbares organisches Substrat (vgl. E. 3.3.8).

Somit ist keines der massgebenden Kriterien erfüllt und die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfällen und allfälligen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagten Beschwerden zu verneinen. 4. 4.5

Nach dem Gesagten ist die Adäquanz zu verneinen, weshalb auf Weiterungen zur Frage der natürlichen Kausalität verzichtet werden kann (BGE 135 V 465 E. 5.1). Damit erübrigen sich allfällige weitere medizinische Abklärungen, wie sie von der Beschwerdeführerin gefordert werden, da diese der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs dienen würden, nicht jedoch der Beantwortung der Rechtsfrage der Adäquanz (Urteil des Bundesgerichts 8C_318/2013 vom 18. September 2013 E. 5.1 mit weiterem Hinweis). 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Michèle Epprecht - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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