

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00035 vom 13. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00035](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00035)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00035 du 13 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00035 del 13 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1

Die 1987 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit dem 1. Dezember 2020 als Translational Medicine Sc für die Y.\_\_\_\_

AG und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert.

Mit Schadenmeldung vom 29. Oktober 2021

wurde der Suva das Schadenereignis vom 24. Oktober 2021 angezeigt, anlässlich welchem die Versicherte beim Absteigen über einen Klettersteig in Engelberg ausrutschte und durch Klettergurte gesichert und behelmt abstürzte, wobei sie den Kopf an der Felswand anschlug (Urk. 8/1).

Die erstbehandelnde Ärztin des Zentrums Z.\_\_\_\_, in A.\_\_\_\_,

diagnostizierte eine Ellbogenkontusion rechts sowie ein Schlädertrauma der Halswirbelsäule (HWS) und verordnete Analgetika (Urk.

8/24). Die Suva trat auf den Schadenfall ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 8/3). Der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, veranlasste am 10. November 2021 in der Bilddiagnostik C.\_\_\_\_

des Universitätsspitals D.\_\_\_\_

ein MRT des Gehirns (Urk. 8/18) und überwies die Versicherte bei den Diagnosen von persistierenden Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und Nausea bei kleinster Anstrengung zur Beurteilung an das Neurozentrum

E.\_\_\_\_

(Urk. 8/9, Urk. 8/34). In der Folge zog die Versicherte wegen weiterhin persistierender Aufmerksamkeits- und Belastbarkeitseinschränkungen

Dr. F.\_\_\_\_, Klinischer Neuropsychologe GNP und Sport-Neuropsychologe GSNP, in Deutschland bei, der aufgrund seiner Untersuchung am 14. Januar 2022

nach einer zweiwöchigen Arbeitsunfähigkeit eine

geordneten, langsamen Aufbau inklusive inhaltlicher Abstufung der allgemeinen Belastbarkeit der bisherigen Tätigkeit empfahl (Bericht vom 17. Januar 2022, Urk. 8/25). Aufgrund der

erreichten Arbeitsfähigkeit von lediglich zwei Stunden pro Tag konsultierte die Versicherte im

Mai 2022

das Zentrum G.\_\_\_\_

(Urk. 8/ 61 ) . Mit Verfügung vom 22. August 2022 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. August 2022 ein (Urk. 8/85).

Die Versicherte erhob am 21. September 2022 Einsprache (Urk. 8/100) unter Beilage des Berichts vom 15. September 2022 des Zentrums G.\_\_\_\_ (Urk. 8/102). Mit E mail vom 19. Oktober 2022 ergänzte sie diese und reichte das Schreiben des Hausarztes vom 15. Oktober 2022

zu den Akten (Urk. 8/105-106).

Mit

Ein spracheentsche i d vom 27. Januar 2023 wurde die Einsprache abgewiesen (Urk. 2).

### **E. 1.1**

UV170040 Gegenstand der Unfallversicherung, Leistungsübersicht 01.2024 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

### **E. 1.3**

UV170060 Kausalzusammenhang natürlich, Vorzustand krankhaft, Beweismündigkeit 03.2022 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheits schadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Mög lichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Ver sicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). 1.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 27. Februar 2023 Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids seien ihr die gesetzlich zustehenden Sozialversicherungsleistungen gemäss UVG für die Folgen des Ereignisses vom 24. Oktober 2021 zuzusprechen, eventualiter sei die Angele genheit zur rechtserheblichen Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 8. Mai 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

#### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, auf die schlüssigen Einschätzungen von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, könne ohne Weiteres abgestellt werden. In Übereinstimmung mit diesen Beurteilungen ergäben sich auch aufgrund des Berichts vom 24. November 2021 des Neurozentrums E.\_\_\_\_, der

Berichte des Zentrums G.\_\_\_\_, der Berichte über die MRT-Aufnahmen des Gehirns vom 10. November 2021 und der HWS

vom 9. Dezember 2021 sowie den Berichten des Hausarztes keine Hinweise auf unfallkausale strukturelle Veränderungen. Im Bereich der HWS seien vielmehr einzig minimale degenerative, d.h. krankheitsbedingte,

Veränderungen fest gestellt worden. Auch sei im Bericht vom 24. November 2021 des Neurozentrums E.\_\_\_\_ klinisch-neurologisch ein Normalbefund festgestellt worden. Im Bericht vom 15. Juni 2022 seien die Neurologen

des Zentrums G.\_\_\_\_

ebenfalls nicht von organischen Ursachen der beschriebenen Symptomatik ausgegangen, sondern vielmehr von einer Verarbeitungsstörung.

Soweit der Hausarzt in der mit der Einsprache eingereichten Stellungnahme vom 15. Oktober 2022 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ausgeführt habe, es sei in den bildgebenden Verfahren (MRI Hirn und HWS) keine pathologischen

Veränderungen, bei den Funktionsuntersuchungen (apparative vestibuläre Testung, dynamische Posturographie) aber deutliche Defizite

nachweisbar, werde auf die entsprechenden

Ausführungen

von Dr. H.\_\_\_\_ verwiesen.

Ferner ergebe sich aufgrund der medizinischen Akten, dass bei der Beschwerdeführerin von einer Fortsetzung der ärztlichen

Behandlung über den Fallabschluss hinaus keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne.

Es sei mit der im Zentrum G.\_\_\_\_

initiierten Therapie mittels

Physiotherapie offenbar lediglich zu einer gewissen

Verbesserung der Symptomatik gekommen, weshalb der Fallabschluss nicht zu beanstanden sei

(Urk. 2 S. 9 ff.).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin setze sich gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes

Dr.

H.\_\_\_\_ ziemlich

stark mit den zeitnahen Beschwerden auseinander und habe ohne konkret vertiefte Anhaltspunkte angenommen, dass vorliegend keine Adäquanz mehr zum Unfall bestehe.

Dr. H.\_\_\_\_

habe sich aber nicht abschließend mit den

vorliegenden Arztberichten des Zentrums G.\_\_\_\_ , des Hausarztes und des Neuropsychologen auseinandergesetzt und der entsprechende Bericht vom 15. September 2022 des Zentrums G.\_\_\_\_ fliesse demzufolge nicht in die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ ein . Der Sachverhalt sei somit nicht abschliessend abgeklärt worden. Die Rechtsprechung nehme einen natürlichen Kausalzusammenhang bei HWS-Beschleunigungstrauma insoweit an , als das sog. typische Beschwerdebild vorliege. Dieses sei gekennzeichnet durch eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations - und Gedächtnisstörungen , Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen , Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung . Gemäss Arztbericht vom 15. September 2022 des Zentrums G.\_\_\_\_ und bei bereits seit nahezu einem Jahr vorhandenen Symptomen liege die natürliche Kausalität unbestritten vor. Die Bewusstlosigkeit sei dahingegen keine Voraussetzung für ein leichtes Schädelhirntrauma . Des Weiteren habe der Hausarzt bereits am 21. November 2021 über die Diagnose einer commotio cerebri berichtet. Im Bericht vom 24. November 2021 habe der Neurologe des Neurozentrums E.\_\_\_\_ festgehalten , dass klinisch-neurologisch ein Normalbefund vorliege. Allerdings diene diese Art der klinisch neurologischen Untersuchung dem primären Ausschluss von schweren neurologischen Erkrankungen . Das Fehlen eines positiven Befundes enthalte keine Aussagekraft bezüglich des Vorliegens einer Mild Traumatic Brain Injury ( mTBI ) . Die Darstellung von Dr. H.\_\_\_\_ in seiner neurologischen Beurteilung vom 27. Juli 2022 sei somit fehlerhaft. Die Schwere eines Schädel- Hirntraumas werde üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow - Coma - Score -Skala eingeteilt. In dieser Skala erhalte der Patient für bestimmte

Reaktionen eine Anzahl von Punkten . Die Beschwerdeführerin habe einen Score zwischen 13-15 Punkten erreicht , was ausreicht , um eine mTBI zu diagnostizieren. Betreffend die Adäquanz sei noch gar keine vertiefte Überprüfung erfolgt. Es sei jedoch aufgrund der Beschwerden davon auszugehen , dass die relevanten Kriterien , wie ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung , körperliche Dauerschmerzen , schwieriger Heilungsverlauf , zu bejahen seien. Da die derzeitige Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ ungenügend sei, sei eine vertiefte Überprüfung hier sicherlich noch notwendig (Urk. 1) . 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. H.\_\_\_\_

nahm am

#### **E. 3.2**

Am

#### **E. 3.8**

Dr. B.\_\_\_\_ gab im Dokumentationsbogen für die Erstkonsultation nach kranio –zervikalem Beschleunigungstrauma zur Erstuntersuchung der Beschwerdeführerin vom 27. Oktober 2021 (ausgefüllt am 14. Juni 2022) an, die Beschwerdeführerin habe am 24. Oktober 2021 beim Klettern in den Bergen in Engelberg einen Tritt verfehlt und sei rückwärts gestürzt. Dabei habe sie sich mehrmals überschlagen und den Kopf an der Wand angeschlagen. Sie sei an einem Vorsprung liegen geblieben und sei komplett in die Seile verwickelt gewesen. Sie sei nicht bewusstlos gewesen. Sie habe einen Helm und einen Rucksack getragen. Im Anschluss hätten Schmerzen am Nacken bds ., am linken Fuss, an den Armen bds . und am Thorax seitlich rechts bestanden. Sie habe mit Unterstützung den Berg fertig runtergehen können. Die Erstbehandlung habe im Zentrum Z.\_\_\_\_ in A.\_\_\_\_ stattgefunden. Die Entlassung sei unter Paracetamol und Ibuprofen erfolgt. Am 27. Oktober 2021 sei sie wieder zur Arbeit gegangen und habe aber über Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen und über Schmerzen beim Drehen des Kopfes geklagt. Die Nackenschmerzen und der Schwindel seien sofort aufgetreten. Auf Nachfrage habe die Beschwerdeführerin angegeben, nach fünf Stunden auch an Kopfschmerzen und nach

sechs Stunden auch an Übelkeit gelitten zu haben. Nach Tagen litt sie auch an Erbrechen und Hörstörungen. Es seien keine Seh- und Schlafstörungen aufgetreten. Erfragt g e b e die Beschwerdeführerin weiter an, dass während zwei Wochen eine Hypersomnie bestanden habe und später eine Hyposomnie . Weiter sei sie verwirrt, leide an Konzentrationsstörungen, hab e Mühe Gesprächen zu folgen, leide an Gedächtnislücken, Organisationsschwierigkeiten und « Brainfog ». Zu den Untersuchungen befunden beschrieb der Hausarzt

Druckdolenz occipital bds . und am Thorax perimalleolär lateral rechts und eine um 2/3 bzw. 1/3 eingeschränkte aktive Beweglichkeit der HWS bei Rechts- und Linksdrehung . Es hätten Hämatome an beiden Oberarmen dorsal sowie ventral und am seitlichen Thorax bestanden ; ansonsten keine äusseren Verletzungen . Eine vorläufige Diagnose in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF) Klassifikation gab Dr. B.\_\_\_\_ nicht ab. Aktuell werde die Beschwerdeführerin mit Analgetika und verordneter Physiotherapie therapiert. Seit dem 25. Oktober 2021 sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Aktuell bestehe eine zumutbare Arbeitsintensität von 20 % der üblichen Intensität (Urk. 8/ 65 S. 1- 6 ).

### **E. 3.9**

Im Bericht vom 15. Juni 2022 hielten die Ärzte des Zentrums G.\_\_\_\_ fest, bei der Beschwerdeführerin liege eine Verarbeitungsstörung der multisensorischen Integration vor. Da sich in der Kalorik (Funktionstest der beiden Gleichgewichtsorgane) , im vKIT

(videobasierte n Kopfpulstest) und in den VEMPS (vestibuläre-evozierte myogene Potentiale) normale Befunde zeigten, sei die Ursache dieser Verarbeitungsstörung am ehesten zentral. Relativ für eine zentrale Störung spreche auch die Videookulographie mit verlangsamter Sakkadenlatenz und der upbeat -nystagmus von 2° in Primärposition. Betreffend upbeat -nystagmus sei allerdings zu erwähnen, dass die Intensität sehr gering sei, der Befund daher auch normal sein könnte. Zudem seien klinisch relevante/

pathologische upbeat-nystagmen zumeist transient (im Gegensatz zum down beat-nystagmus , der chronisch sein könne) . Passend zu den apparativen Abklärungen weise die Beschwerdeführerin in der multimodalen Erstabklärung Beeinträchtigungen in den Bereichen Okulomotorik , Vestibulo- Okulomotorik , posturale Kontrolle/Orientierung sowie HWS auf . Aufgrund des bisherigen Verlaufs mit Symptompersistenz seit über 3 Monaten, der Tatsache, dass es durch die bisher eingeleiteten Einzeltherapien zu keiner wesentlichen Befundverbesserung gekommen sei, mehrere Systeme (vestibulär, okulomotorisch , zervikal, postural, autonom, Kognition) betroffen seien und es zuletzt wissenschaftlich belegt sei , dass bei

persistierenden Symptomen nach Kopftrauma multimodale, den Symptomen angepasste

Therapien zu einer Symptomlinderung/Rehabilitation führten, sei die Indikation für eine intensive ambulante

individuell und symptom-angepasste multimodale neurorehabilitative Behandlung im ambulanten Pauschaltarif

gegeben . Sie plant keine weiteren Verlaufskonsultationen (Urk. 8/64 S. 4-5 ).

#### **E. 4**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 12.2023 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 1.

#### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 31. August 2022 eingestellt hat, mithin, ob die von der Beschwerdeführerin nach wie vor geklagten Kopfschmerzen und

unspezifischen Beschwerden – insbesondere Übelkeit nach kognitiven Tätigkeiten und Reizüberflutungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Gleichgewichtsprobleme - noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 24.

Oktober 2021 stehen.

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht auf die aktenbasierte kreisärztliche Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2022 (E. 3.10). Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_154/2021 vom 10. März 2022 E. 2.1). Anhand der ihm zur Verfügung gestellten Vorakten konnte sich der Kreisarzt ein vollständiges Bild über die Anamnese, den Behandlungsverlauf sowie den gegenwärtigen gesundheitlichen Status der Beschwerdeführerin verschaffen. Demnach vermag der Umstand, dass er keine eigene Untersuchung durchgeführt hatte, den Beweiswert seiner Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Der Kreisarzt konnte auf klinische und bildgebende Befunde abstellen, die von den behandelnden Fachärzten einhellig und nicht kontrovers dargestellt wurden.

#### **E. 4.3**

Dr. H.\_\_\_\_, der als Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie über eine für die Beurteilung des streitigen Leidens angezeigte medizinische Ausbildung verfügt, beurteilte (E. 3.11)

nach den gesamten vorliegenden Angaben und Befunden seit dem Klettersturz vom 24. Oktober 2021 den Schweregrad des erlittenen Kopftraumas höchstens als Schädelprellung (contusio capitis), nicht aber als commotio cerebri oder contusio cerebri. Dies vermag angesichts der einhelligen ärztlichen Befundungen und Diagnosen, insbesondere den zeitnahen zum Unfall, zu überzeugen. Damit liegt mit jedenfalls überwiegender Wahrscheinlichkeit keine leichte traumatische Hirnverletzung vor. Hierzu ist festzuhalten,

dass nicht ausschliesslich gestützt auf das Vorliegen unspezifischer, organisch nicht nachvollziehbarer Beschwerden im Umkehrschluss auf das Vorliegen eines Schleudertraumas oder eines äquivalenten Schädelhirntraumas geschlossen werden darf, sondern zuallererst eine solche Diagnose auch mit Blick auf das Unfallgeschehen und gestützt auf objektive Befunde medizinisch begründet und als natürlich kausal zum Unfall gestellt werden muss.

Dass vorliegend - nebst dem hierfür nicht restlos klaren Unfallgeschehen - ärztlicherseits keine solche Diagnose gestellt wurde, bestätigt sich in den Erstbefunden der behandelnden Ärzte (E. 3.1, 3.3, 3.8),

durch den Ausschluss namhafter traumatischer Schädigungen im Bereich des Kopfes und der HWS durch bildgebende Diagnostik sowie durch

die fehlenden reproduzierbaren und objektivierbaren klinisch-neurologischen Ausfälle in der medizinischen Dokumentation.

Somit erweist es sich als schlüssig, dass Dr. H.\_\_\_\_

lediglich von einer Kopfkontusion ausgeht. Ihm kann auch darin gefolgt werden, dass er die Folgen der Kontusion spätestens drei Monaten nach dem Unfall vom 24. Oktober 2021 als abgeheilt betrachtete, das heisst

keine unfallkausale Begründung mehr für die geklagten unspezifischen Beschwerden und das Kopfweh als gegeben erachtete, weil

aus neurologischer Sicht zu keiner Zeit namhafte und dauerhafte kognitive Leistungsminderungen (neuropsychologische Störungen) mit Folgen des Unfalls erklärbar

waren. Diese Einschätzung vermag in jeder Hinsicht zu überzeugen, da sie plausibel ist und sich daraus keine Widersprüche zur medizinischen Aktenlage ergeben. Damit erfüllt die versicherungsmedizinische Beurteilung die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (E.

1.4).

#### **E. 4.4**

Soweit der Hausarzt in seinem Schreiben vom 15. Oktober 2022 (E. 3.11)

meint, Dr. H.\_\_\_\_ bagatellisiere den Unfallablauf, kann ihm nicht gefolgt werden. Die Schilderungen des Ereignisses vom 24. Oktober 2021 in der Schadenmeldung (Urk. 8/1) sowie den initialen medizinischen Aufzeichnungen (E 3.1 - E 3.4) weichen

vom mittlerweile und erstmals

am 7. Dezember 2021

durch die Beschwerdeführerin geschilderten Unfallhergang im Erhebungsblatt für die persönliche oder telefonische Abklärung von HWS- und LTHV-Verletzungen (Urk. 8/13)

– welche r den im Schreiben vom 15. Oktober 2022 des Hausarztes dazu gemachten Ausführungen entspricht

(Urk. 8/106) - ab. Zeitnahe Erhebungen durch die Beschwerdegegnerin liegen hierüber keine vor. Ferner sind den medizinischen Akten nach dem Sturz vom 24. Oktober 2021 keine objektivierbaren Verletzungen am Kopf zu entnehmen und

die vorliegende kernspintomografische MR-Diagnostik (E. 3.2, E. 3.5)

zeigt, wie von den Allgemein-Radiologen und Dr. H.\_\_\_\_ beurteilt,

unauffällige radiologische Befunde, und stellt insbesondere keine traumatischen Schädigungen im Bereich des Kopfes und der HWS dar. Ebenfalls nicht nachvollzogen werden kann die

Ansicht des Hausarztes, Dr. H.\_\_\_\_

ignorieren die objektivierbaren

Defizite bei den Funktionsprüfungen. So sind weder dem KG-Eintrag vom 24.

Oktober 2021 von pract. I.\_\_\_\_ (Urk. 8/24) noch dem Bericht vom 24. November 2021 des Neurozentrums

E.\_\_\_\_

(Urk. 8/34)

dokumentierte objektivierbare Defizite durch Funktionsprüfungen zu entnehmen. Soweit Dr. B.\_\_\_\_ sich hierbei auf die von ihm erhobene aktive Bewegungseinschränkung der HWS um 2/3 bzw. 1/3 bei Rechts- und Linksdrehung bezieht, weist dies ebenso weder auf neurologische Defizite oder ein HWS-Schleudertrauma hin noch besagt dieser Befund etwas über die Kausalität. Ferner sind gemäss der nachvollziehbaren ergänzenden Beurteilung vom 12. Januar 2023 von Dr. H.\_\_\_\_ (E. 3.13) den über ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis verfassten Berichten vom 27. Mai und 15. Juni 2022 des Zentrums G.\_\_\_\_ (E. 3.7 und E. 3.9) bezüglich klinisch-neurologischer Untersuchungsbefunde ebenfalls keine objektivierbaren und reproduzierbaren klinisch-neurologischen Ausfälle zu entnehmen, sondern lediglich sogenannte neurologische soft-signs (das heisst Befunde mit geringer «Interrater-Reliabilität»). Bezüglich der vom Hausarzt vermuteten Hirnerschütterung ist festzuhalten, dass die Ärzte des Neurozentrums

E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 24. November 2021 (E. 3.4)

zwar

als am wahrscheinlichsten ein

postkommotionelles Syndrom feststellten,

jedoch

die zur Diagnosestellung vorausgesetzte Gehirnerschütterung als fraglich erachteten.

Einzig

der Neuropsychologe

F.\_\_\_\_

ging in seinem Bericht vom 17. Januar 2022 (E. 3.6)

rund drei Monate nach dem Unfallereignis -

ohne dass ihm die Unfalldokumentation sowie die umfassenden Akten vorlagen und ohne sich mit dem Unfallereignis zu befassen -

von einem

hirnorganischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma aus ;

dies entbehrt jedoch jeglicher objektiver, ärztlicher Befundung und es scheint seiner Behauptung auch keine eigentliche eingehende neuropsychologische Testung einschliesslich Validierungsverfahren vorausgegangen zu sein (Urk. 8/26). Einer solchen wollte sich die Beschwerdeführerin auch nicht unterziehen (vgl. Urk. 8/31 f.). Sodann ist an dieser Stelle anzumerken, dass gemäss konstanter höchst richterlicher Rechtsprechung die neuropsychologische Testuntersuchung allein nicht ausreichend ist, um die Kausalitätsfrage eines Beschwerdebildes selbstständig und abschliessend zu beantworten (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb). Soweit der Hausarzt

die Unfallkausalität ausserdem

aus dem Umstand der prätraumatisch fehlenden Beschwerden ableiten will, ist anzumerken, dass die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013, E. 5.1).

Damit vermag die gegenteilige Beurteilung des Hausarztes keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme zu wecken (vgl. E. 1.5).

#### **E. 4.5**

Die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis fällt mangels entsprechender gesicherter Diagnose ausser Betracht.

Zwar vermerkte die erstbehandelnde Ärztin, wohl aufgrund der geklagten Nackenschmerzen, ein Schleudertrauma an der HWS, erhob jedoch keinen entsprechend objektifizierbaren

Befund

( der Nacken zeigte sich frei beweglich )

und hielt an dieser Diagnose im Dokumentationsbogen denn auch nicht mehr fest (E. 3.1). Zudem klagte die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt weder über Kopfschmerzen noch über andere zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörende Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 9.1). In den nachfolgenden medizinischen Berichten wird diese Diagnose höchstens differentialdiagnostisch aufgeführt (vgl. E. 3.3 ff.), so auch im Bericht vom 24. Mai 2022 des Zentrums G. (E. 3.7), wobei aufgrund der Verdachtsdiagnose

der erforderliche Beweisgrad nicht erreicht wird. Somit kann bereits aufgrund des Fehlens einer durch

objektive Befunderhebung gesicherten Diagnose kein allfälliges Schleudertrauma für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sein, auch wenn sich irgendwann im Verlauf einzelne Beschwerden des typischen Beschwerdebildes entwickelt haben sollten. Daran würde selbst die Einordnung des

Kopf anpralls

als Comotio cerebri anstelle einer möglichen Kopfprellung nichts ändern (Urteil e

des Bundesgerichts 8C\_565/2022 vom 23.

Mai 2023 E. 3.2.3 und 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E 4.2). 4. 6

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens

drei Monate nach dem angegebenen Unfall vom 24. Oktober 2021 keine unfallkausale Begründung mehr für das Kopfweh sowie die geklagten

unspezifischen Beschwerden vorlag und diese somit nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 24. Oktober 2021 standen.

Aufgrund der medizinischen Akten ergibt sich, dass es bei der Beschwerdeführerin mit der im Zentrum G.\_\_\_\_ initiierten Therapie, welche von der Suva nicht anerkannt ist, offenbar lediglich zu einer gewissen Verbesserung der Symptomatik gekommen ist (vgl. Urk. 8/78, Urk. 8/84, Urk. 8/91, Urk. 8/99, Urk. 8 /104), weshalb von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den Fallabschluss hinaus auch

keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte, womit dieser nicht zu beanstanden ist. Hinsichtlich der - bei fehlender Diagnose an sich nicht angezeigte - Adäquanzprüfung nach HWS-Schleudertrauma kann auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 Ziffer 7.2) verwiesen werden, denen das Gericht nichts hinzuzufügen hat. Bei dieser Aktenlage sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine anderslautenden und/oder weitere entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 II 427 E. 3.1.3 S. 435 mit Hinweisen). 5.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich daher als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dextra Rechtsschutz AG - Suva - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

46

BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

### **E. 5**

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 01.2021 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 1.

### **E. 6**

UV170600 Fallabschluss, Ende Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen, Beginn des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung 08.2023 Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden 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).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4.1.2 und 8C\_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen).

2.

### **E. 10**

November 2021 erfolgte eine MRT des Gehirns inkl. Schädelkalotte in der Bilddiagnostik C.\_\_\_\_ des Universitätsspitals D.\_\_\_\_. PD Dr. med. univ. J.\_\_\_\_, Facharzt Radiologie, beurteilte die Befunde

( keine Diffusionsrestriktionen hinweisend auf eine Ischämie, keine Hyperzellularität oder floride Entzündung, regelrechte Signalintensität des Hirnparenchyms, kortiko medulläre Differenzierung regelrecht, normale Weite der Ventrikel, Mittellinienstrukturen orthotop, basale Zisternen frei, Flow Voids der basalen Hirnarterien regelrecht, keine pathologische Kontrastanreicherung, keine Raumforderung, cerebrale Venen und Sinus regelrecht, Mastoid und Nasennebenhöhlen regelrecht pneumatisiert und belüftet )

als regelrechte Darstellung des Gehirns

(Urk. 8/ 18 ). 3. 3

Im Überweisungsschreiben vom 21. November 2021 an das Neurozentrum E.\_\_\_\_ stellte Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnosen (1) persistierende Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und Nausea bei kleinsten Anstrengungen bei Status nach Klettersturz vom 24. Oktober 2021 mit commotio cerebri und mehreren Kontusionen sowie (2) eine substituierte Hypothyreose fest. Im Anschluss an den Sturz seien Schmerzen am Nacken beidseits, am linken Fuss, an den Armen beidseits und thorakal seitlich rechts aufgetreten, im weiteren Verlauf anfänglich persistierende, später belastungsabhängige Kopfschmerzen

und Nausea. Zudem bestünden Konzentrationsstörungen und eine rasche Erschöpfung bei kognitiver Arbeit (Urk. 8/9). 3. 4

Im Bericht vom 24. November 2021 hielten die behandelnden Ärzte des Neurozentrums E.\_\_\_\_ die Diagnose von Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen am ehesten im Rahmen eines postkommotionellen Syndroms bei Status nach Klettersturz vom 24. Oktober 2021 ohne Bewusstseinsstörung und ohne retrograde Amnesie fest. Als Ursache der Beschwerden zeige sich am wahrscheinlichsten ein postkommotionelles Syndrom nach einer fraglichen Gehirnerschütterung am 24. Oktober 2021 bei einem Klettersturz. Klinisch-neurologisch zeige sich ein Normalbefund. In der Bildgebung mittels MRT seien keine pathologischen Befunde, insbesondere keine Traumafolgen, zur Darstellung gekommen, welche die von der Beschwerdeführerin beschriebene Symptomatik widerspiegeln würden. Zur Komplettierung der Diagnostik sei der Beschwerdeführerin ein EEG sowie im weiteren Verlauf eine neuropsychologische Testung angeboten worden. Sie habe sich dagegen entschieden. Aktuell, in der Akutphase nach dem Ereignis, bestehe keine gezielte Therapie, um die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Konzentrationsstörungen zu lindern oder die Erholungsphase zu beschleunigen (Urk. 8/34). 3. 5

Am 9. Dezember 2021 erfolgte eine MRT der HWS nativ sowie ein Röntgen des Beckens a.p. sowie der Hüften bds. nach Lauenstein im Röntgeninstitut E.\_\_\_\_. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt Radiologie, stellte keinen Hinweis auf posttraumatische Läsionen fest und beurteilte die Befunde als minimale degenerative Veränderungen in der oberen HWS (Urk. 8/ 33 ). 3. 6

Dr. F. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 17. Januar 2022 die Diagnose eines hirnrorganischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma

(ICD-10 F07.2) als Folge eines Kletterunfalls am 24. Oktober 2021. Es sei nach dem Sturz keine konkrete therapeutische Intervention erfolgt. Zunächst habe die Beschwerdeführerin für wenige Tage zugewartet und dann im Arbeitsversuch im Homeoffice bemerkt, dass sie keine kognitive Leistung abrufen könne. Danach habe sie ärztlichen Rat nachgesucht. Aktuell bestünden noch massive Aufmerksamkeits- und Belastbarkeitseinschränkungen. Der bisherige Wiedereingliederungsversuch sei frustrierend verlaufen, da hierbei keine inhaltliche Abstufung vorgenommen worden sei. Die Berichte der Beschwerdeführerin über Übelkeit, Erbrechen und Schlafstörungen seien nachvollziehbar. Anhaltspunkte für eine mögliche absichtliche Betonung von Leistungsdefiziten hätten zu keinem Zeitpunkt bestanden. Es sei eine ausführliche Beratung über einen geordneten Aufbau der allgemeinen Belastbarkeit sowie Schutz vor Überforderung erfolgt. Dr. F. \_\_\_

empfahl nach zwei Wochen weiterer Arbeitsunfähigkeit die berufliche Tätigkeit mit zunächst zwei Stunden für zwei Wochen aufzunehmen und danach sollte die Arbeitszeit alle zwei Wochen um 1 Stunde gesteigert werden. Wichtig sei es,

dass zunächst nur Routinetätigkeiten ohne ständigen

Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus im Vordergrund stünden. Insgesamt werde von einer vollständigen Genesung sowie der Wiederherstellung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Gesamtbelastbarkeit auf dem vorbestehenden Leistungsniveau ausgegangen. Vereinbart seien fortlaufende Telefonkontakte, um den Prozess der gestuften Wiedereingliederung zu begleiten und um mögliche Hindernisse dabei möglichst frühzeitig zu entkräften. Im Anhang seines Berichts werden zwei Testergebnisse (Eye-Tracking und King-Devick-Test) bildlich dargestellt (Urk. 8/25).

3.7

Die Ärzte des Zentrums G. \_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 24. Mai 2022 folgende Diagnosen: - anhaltende Beschwerden nach Klettersturz am 24.10.2021 mit Kopfanprall  
Differenzialdiagnosen (DD)

Leichte Traumatische Hirnverletzung (LTVH) und Vd. a. HWS- Beschleunigungstrauma  
- Kognition: red. kogn. Belastbarkeit/Leistungsfähigkeit, Fatigue - Autonom: Anzeichen für Herz- Kreislauf-Regulationsstörung, Nausea - Schmerz: posttraumatischer Kopfschmerz mit Spannungstyp, zervikogen (rechts), autonomen und okulären Elementen - Vestibulär/Multisensorik: Blickinstabilität bei Kopfbewegungen, visuell induzierter Schwindel, posturale

Instabilität mit visueller Dominanz - Okulär/ Okulomotorik Konvergenz- Insuffizienz, hypometrische Sakaden, red. okuläre Belastbarkeit - Zervikal:

Zervikozephalales Syndrom rechtsbetont mit myofaszieller und biomechanischer Komponente

- Diagnostik MRI Gehirn inkl. Schädelkalotte vom

## **E. 10.11**

2021: normal

Unfallanamnese und initiale Beschwerden passten zu einer Kopfkontusion DD LT V H (relativ dafür: Sturzhöhe, Kopfanprall, multiple Körperkontusionen, Ereignislücke für Sturz) und zu einem HWS-Beschleunigungstrauma (relativ dafür: Sturzhöhe und -Vorgang [mehrmaliges Überschlagen

um die eigene Körperachse], initial im Vordergrund stehende Nackenschmerzen). Die Gedächtnisstörung sei extern bereits neuropsychologisch untersucht worden und es seien Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, der Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Belastbarkeit beschrieben worden. Zudem habe sich im King-Devick-Test eine Störung der geordneten Leserichtung mit Stockungen im Lesefluss gezeigt, was für eine Beeinträchtigung der Okulomotorik

spreche. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei zu belassen und die Belastbarkeit im Rahmen eines

Arbeitsversuches weiter zu steigern. Die Beschwerdeführerin werde ein Tagebuch führen (Urk. 8/61 S. 2-3).

## **E. 12**

Januar 2023 zu den nach seiner Beurteilung vom 27.

Juli 2022 neu eingegangenen Arztberichten

des Zentrums G.\_\_\_\_ (Verlaufskontrollen vom 4., 15., 29., August, 15. September und 6. Dezember 2022 sowie die telemedizinische Konsultation vom 12. Oktober 2022), die Vergütung zweier «Colon-Hydro-Therapien» und den Arztbrief von Dr. B.\_\_\_\_ vom 14.

Dezember 2022 (E. 3.11) Stellung. Er führte aus, in den Arztbriefen des Zentrums G.\_\_\_\_ seien bezüglich klinisch-neurologischer Untersuchungsbefunde keine objektivierbaren und reproduzierbaren klinisch-neurologischen Auffälle beschrieben worden, es seien lediglich

einige

sogenannte

neurologische

«soft signs»

beschrieben worden, welche erfahrungsgemäss von verschiedenen Untersuchern unterschiedlich

beurteilt würden (das heisse

Befunde mit geringer «Interrater-Reliabilität»). Es seien keine Befunde

von apparativen Zusatzuntersuchungen aufgeführt worden, welche eine namhafte organische und unfallbedingte

Schädigung des Nervensystems der Beschwerdeführerin

objektivieren könnten. Die Ausführungen im Bericht vom 15. September 2022,

an objektivierbaren Befunden seien eine Gleichgewichtsstörung in der Posturografie und leichte zentrale Okulomotorikstörungen

nachzuweisen,

würden nicht der

medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung über

die Wertigkeit dieser Untersuchungsmethoden entsprechen. Es sei darauf hinzuweisen, dass

der

Beschwerdeführerin und dem überweisenden Arzt bereits am 14. Mai 2022 mitgeteilt worden sei, dass

die Suva Behandlungen im ambulanten

Pauschal-Tarif leider nicht übernehme. Im Arztbericht vom 15. Oktober 2022 des Hausarztes Dr.

B.\_\_\_\_\_

(vgl. E. 3.11) werde – entgegen den bisherigen Dokumentationen über das Fehlen einer Amnesie im Zusammenhang mit dem Unfall vom 24.

Oktober 2021 – erstmals retrospektiv angegeben, eine Bewusstlosigkeit werde verneint, eine Gedächtnislücke für das Ereignis aber bejaht. Die vom

behandelten

Hausarzt in diesem Schreiben aufgeführten Angaben zu subjektiven Beschwerden im weiteren Verlauf nach dem 24. Oktober 2021 basierten offensichtlich

auf den retrospektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Sie seien rechtzeitig in den medizinischen Akten nach dem 24. Oktober 2021 in dieser Form

nicht dokumentiert. Auch die Angaben, es bestehe eine ununterbrochene Kontinuität der Symptome seit dem Unfall, was eine Kausalität (Unfall-Symptome) nahelege und sehr wahrscheinlich mache, sei in dieser Form in den umfangreichen vorliegenden Dokumenten zum Fall nicht festgehalten. Selbst für den hypothetischen Fall der Annahme, dass die subjektiven Beschwerden und Symptome der Beschwerdeführerin tatsächlich in der angegebenen Form und Dauer vorgelegen hätten, könnten diese spätestens nach drei Monaten nicht mehr mit Unfallfolgen erklärt werden, unter anderem da zu keinem Zeitpunkt bei der Beschwerdeführerin reproduzierbare und observierbare neurologische Ausfälle oder organische (strukturelle) und unfallbedingte Schädigungen des Nervensystems im Hals- und Kopfbereich

nachgewiesen worden seien. Behandlungen von subjektiven Beschwerden zulasten der Unfallversicherung seien nicht mehr indiziert (Urk. 8 /111).

4.

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