



Fall-Nr.: UV 2018/53
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 24.02.2020
Entscheiddatum: 09.12.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 09.12.2019

Art. 6 UVG: Verneinung einer klar ausgewiesenen organischen Unfallfolge im Bereich des Kopfs, des Nackens, der Schulterblätter und des linken Arms. Bejahung des Dahinfallens der unfallkausalen Folgen einer Prellung und einer Commotio cerebri im Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Verneinung der natürlichen Kausalität von Kopf- und Nackenschmerzen bezogen auf eine schleudertraumaähnliche Verletzung. Verneinung einer analogen Anwendung der Schleudertrauma-Praxis bei einer Commotio cerebri. Verneinung einer psychischen Problematik (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2019, UV 2018/53).

Entscheid vom 9. Dezember 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2018/53

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei Agentur B.____ GmbH als Raumpflegerin beschäftigt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert, als sie am 2. September 2017 beim Betreten des Kellers auf dem mit Wasser überschwemmten Boden ausrutschte und stürzte (Suva-act. 1, 21). Eine Erstbehandlung fand am 5. September 2017 durch Dr. med. C.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, statt. Die Versicherte gab an, beim Sturz am 2. September 2017 den Hinterkopf angeschlagen zu haben und bewusstlos gewesen zu sein. Sie beklagte Kopf- und Armschmerzen. Dr. C.____ erhob neurologisch unauffällige Befunde und diagnostizierte eine Commotio cerebri (Suva-act. 11). Am 25. September 2017 verordnete er der Versicherten eine erste Physiotherapieserie (Suva-act. 15). Ab 17. Oktober 2017 stellte er fortlaufende Zeugnisse für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 7 f., 17 f.) und am 31. Oktober 2017 eine weitere Physiotherapieverordnung aus (Suva-act. 23).

A.b. Insbesondere wegen fortdauernder Kopfschmerzen wurde die Versicherte am 29. November 2017 durch Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Dieser diagnostizierte nach einer klinisch-neurologischen und einer EEG-Untersuchung ohne auffällige Befunde eine Commotio cerebri sowie einen Verdacht auf eine arterielle Hypertonie (Suva-act. 19). Gleichentags fand



zwischen der Suva und der Versicherten eine Besprechung über den Unfall- und Heilverlauf sowie das aktuelle Befinden statt (Suva-act. 21). Die Versicherte wurde von Dr. C.____ weiterhin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 27).

A.c. In einer Kausalitätsbeurteilung vom 20. Dezember 2017 stellte Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die Kopfschmerzen bei unauffälligem neurologischem Befund drei Monate nach dem geltend gemachten Ereignis eher der ausgeprägten arteriellen Hypertonie geschuldet zu sein schienen. Dennoch empfehle er zum Ausschluss einer Contre-coup-Verletzung oder intrakranieller Blutungen die Durchführung einer MR-Untersuchung des Neurocraniums (Suva-act. 22).

A.d. Die kreisärztlich verlangte MR-Abklärung lag allerdings bereits vor. So war der Versicherten am 8. November 2017 in der Radiologie F.____, Diagnosezentrum G.____, eine MR-Untersuchung des Schädels und am 9. November 2017 zudem eine solche der Halswirbelsäule (HWS) durchgeführt worden. Die Untersuchungen hatten jedoch lediglich eine leichte neuroforaminale Einengung in den Segmenten HWK 5/6 und HWK 6/7 ohne Hinweise auf Nervenwurzelkompressionen erbracht. Ansonsten hatten sich eine physiologische Darstellung der Wirbelsäule und weder eine intracraniellen Blutung noch ein Subduralhämatom gezeigt (Suva-act. 28).

A.e. Am 11. Dezember 2017 stellte Dr. C.____ der Versicherten eine dritte Physiotherapieverordnung aus (Suva-act. 37).

A.f. Mit Schreiben vom 27. Dezember 2017 sprach die Suva der Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 2. September 2017 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) zu (Suva-act. 25).

A.g. Der Versicherten wurde von Dr. C.____ weiterhin eine 100%ige, kurzzeitig eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. 27, 30, 32, 34, 36, 38) und am 1. Februar 2018 eine vierte Physiotherapieverordnung ausgestellt (Suva-act. 49). Am 5. März 2018 reichte Dr. C.____ der Suva einen Verlaufsbericht ein (Suva-act. 44). Ab 12. März 2018 bescheinigte er der Versicherten eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 47) und am 19. März 2018 verordnete er ihr eine weitere Physiotherapie (Suva-act. 54).



A.h. Nach Einholung einer Beurteilung von Kreisarzt Dr. E.____ am 15. März 2018 (Suva-act. 46) eröffnete die Suva der Versicherten mit Verfügung vom 23. März 2018, dass der Fall, was die Unfallfolgen betreffe, per 3. April 2018 abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt werde. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Suva-act. 48).

A.i. Ab 9. April 2018 attestierte Dr. C.____ der Versicherten eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 50).

B.

B.a. Am 22. April 2018 erhob die Versicherte gegen die Verfügung vom 23. März 2018 Einsprache (Suva-act. 50).

B.b. In einer ärztlichen Beurteilung vom 16. Mai 2018 nahm Kreisarzt Dr. E.____ nochmals ausführlich zum Schadenfall Stellung (Suva-act. 53).

B.c. Mit Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 wies die Suva die Einsprache der Versicherten vom 22. April 2018 ab (Suva-act. 56).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 18. Juli 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien ihr für die Folgen des Unfallereignisses vom 2. September 2017 über den 3. April 2018 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten (act. G 1).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2018 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 18. Juni 2018 (act. G 3).

C.c. Mit Replik vom 28. September 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem beschwerdeweise gestellten Antrag fest (act. G 5).



C.d. Mit Eingabe vom 31. Oktober 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer umfassenden Duplik und verwies auf die Ausführungen in ihrer Beschwerdeantwort (act. G 7).

Erwägungen

1.

Die Beschwerdeführerin hat am 2. September 2017 unstreitig einen Unfall im Sinn von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) erlitten, welcher Anspruch auf Versicherungsleistungen ausgelöst hat. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 3. April 2018 eingestellt hat.

2.

2.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Angesichts des Gesagten besteht ein Endzustand in einem Gesundheitszustand, der sich zumindest im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Art. 19 Abs. 1 oder Art. 19 Abs. 3 UVG) als stabil bzw. beständig darstellen muss. Dies in dem Sinn, dass Invalidität die voraussichtlich bleibende und längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG).



2.2.

2.2.1. Angesichts der in Erwägung 2.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.).

2.2.2. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossige Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).

2.2.3. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen



St.Galler Gerichte

Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Dr. E.____ als Facharzt der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates kann schliesslich die fachliche Qualifikation für die medizinische Würdigung des konkreten Falles nicht abgesprochen werden. Seine Fachrichtungen beinhalten die Behandlung von Erkrankungen und Unfallverletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates, also auch von Verletzungen der HWS. Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen sowie Heil- und Therapieverläufe prüfend beobachten bzw. diesbezüglich Empfehlungen und Einschätzungen abgeben, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4.), welche im konkreten Fall gefragt sind. Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. E.____ (Suva-act. 46, 53). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.



2.2.4. Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis"). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

2.2.5. Bei fehlender natürlicher und adäquater Kausalität zwischen einem Unfall und fortdauernd geklagten Beschwerden entfällt zum Vornherein ein weiterer Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Die Leistungseinstellung erfolgt diesfalls ohne Prüfung des Erreichens des medizinischen Endzustands gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. Erwägung 3.1) und es muss deshalb auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 116 V 44 E. 2c; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989 2. Aufl., S. 274). Dem Gesagten kommt insbesondere in Bezug auf organisch objektivierbare



Unfallfolgen Bedeutung zu, wo sich der Zeitpunkt des Erreichens des medizinischen Endzustands in der Regel zuverlässig beurteilen lässt (vgl. SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, E. 3.1, U 98/06). Sind hingegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar und hat die versicherte Person ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6.1), wobei nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (vgl. BGE 117 V 367 E. 6.a), liegt der Fokus auf den Voraussetzungen für das Ende des Anspruchs auf Heilbehandlung und Taggeld (Art. 19 Abs. 1 UVG). Hat der Unfallversicherer die vorübergehenden Leistungen mit Blick auf das Erreichen des medizinischen Endzustands zu Recht eingestellt, folgt erst hinsichtlich der Ansprüche auf die Dauerleistung Rente oder eine Integritätsentschädigung die Prüfung, ob zum Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen noch adäquat unfallkausale Restfolgen in Form eines Dauerschadens (Invalidität und Integritätsschaden) vorhanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2017, 8C_254/2017, E. 4.3). Eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen bzw. zur sogenannten "Psycho-Praxis" ist im Zeitpunkt des Dahinfallens der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines somatischen Gesundheitsschadens oder des Erreichens des medizinischen Endzustands der physischen Unfallverletzungen vorzunehmen. Dies ergibt sich daraus, dass die psychischen Beschwerden im Rahmen der Adäquanzbeurteilung gemäss "Psycho-Praxis", wo es gerade um die Beurteilung der Unfallkausalität psychischer Beschwerden geht, auszuklammern und nur die physischen Unfallfolgen zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 109 E. 6.1).

3.

3.1. Vorerst ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 3. April 2018 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten. Die Beschwerdeführerin beschreibt insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen und gibt zusätzlich Schmerzen im linken Arm, im Bereich des Brustbeins und im oberen Rückenbereich zwischen den Schulterblättern an (Suva-act. 21, 43 f., 54, act. G 1, G 5).

3.2. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen



Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

3.3. Die Beschwerdeführerin ist laut eigener Schilderung beim Unfall vom 2. September 2017 auf den Hinterkopf gefallen (Suva-act. 11, 21), weswegen bei ihr in der Radiologie F.____ am 8. November 2017 eine MR-Untersuchung des Schädels und am 9. November 2017 eine solche der HWS durchgeführt worden sind (Suva-act. 28). Beide Untersuchungen haben laut übereinstimmender und nachvollziehbarer ärztlicher Beurteilung von Dr. E.____ und Dr. C.____ im Ergebnis keine Hinweise für einen traumatisch verursachten strukturellen Gesundheitsschaden erbracht (Suva-act. 44, 46, 53). Auch die klinisch-neurologische sowie die EEG-Untersuchung vom 29. November 2017 durch Dr. D.____ ergaben gänzlich unauffällige Befunde (Suva-act. 19). Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls vom 2. September 2017 keine klar ausgewiesene neue, bleibende, allenfalls schlecht verheilte Läsion im Bereich des Kopfs oder der HWS erlitten hat.

3.4. In Bezug auf das Brustbein, den oberen Rückenbereich zwischen den Schulterblättern sowie den linken Arm wurden bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall keine radiologischen Untersuchungen durchgeführt. Dr. C.____ stellte zwar die Physiotherapieverordnungen mit der Diagnose Status nach Prellung Rücken/Schulter links am 2. September 2017 mit/bei persistierenden ausstrahlenden Schmerzen Arm links und interscapulären muskulären Beschwerden (Suva-act. 15, 23, 37, 49, 54) aus. Dies weist jedoch zumindest nicht auf einen strukturellen Gesundheitsschaden hin (vgl. zur Prellung: nachfolgende Erwägung 4.2; vgl. zu Schmerzen: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 2. Dezember 2001, I 53/02, E. 2.2, mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 9. Oktober 2001, I 383/00, E. 2b; vgl. zu muskulären Beschwerden: SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3 E. 5.2 mit Hinweisen, U 328; Urteil des EVG vom 6. Dezember 2006, U 334/06, E. 3; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 578, 782, 860; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1275; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1212). Im Übrigen ist anzunehmen, dass Dr. C.____ - hätte er eine strukturelle Unfallverletzung in Erwägung gezogen - entsprechende weitergehende Untersuchungen in die Wege geleitet hätte. Hinzu kommt, dass sich Kopf, Nacken, oberer Rückenbereich und Arme örtlich nahe beieinander befinden. Es ist deshalb nicht



auszuschliessen, dass sich hier punktuelle Beschwerden wechselseitig beeinflussen und unterhalten. So werden sie erfahrungsgemäss auch häufig zusammen beschrieben. Bei derart übertragenen, ausstrahlenden Schmerzen ist also nicht in jedem der schmerzenden Glieder von einer eigenen Störung auszugehen (vgl. z.B. Kopfschmerz: Pschyrembel, a.a.O., S. 983; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1040; Nackenschmerzen bzw. -steifigkeit: Pschyrembel, a.a.O., S. 1220; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1286; Myogelose: Pschyrembel, a.a.O., S. 1212; Debrunner, a.a.O., S. 799 f.). Dass Dr. C. ___ in der Diagnose der Physiotherapieverordnung die Schmerzen im linken Arm als ausstrahlende Schmerzen charakterisiert, weist nach dem Gesagten darauf hin, dass ein allfälliger Gesundheitsschaden nicht im linken Arm zu lokalisieren ist. Schmerzen im Bereich des Brustbeins wurden schliesslich von der Beschwerdeführerin erstmals in der Beschwerde vom 18. Juli 2018 beschrieben (act. G 1). In den medizinischen Akten und im Besprechungsprotokoll vom 29. November 2017 (Suva-act. 21) wurden sie nicht erwähnt, weshalb diesbezüglich eine Unfallverletzung ohnehin nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheint.

4.

4.1. In den medizinischen Akten wurden allerdings nach dem Unfall vom 2. September 2017 unstrittig organische Körperschädigungen - eine Prellung am Oberkörper sowie eine Commotio cerebri (Suva-act. 11, 15, 19, 23, 37, 49, 54; vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 351) - diagnostiziert. Bezüglich dieser gilt es zu prüfen, ob sie bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 3. April 2018 vollständig abgeheilt waren.

4.2. Bei einer Prellung bzw. Kontusion handelt es sich grundsätzlich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Läsion. Ihre Diagnose drückt eine direkte stumpfe schädigende Gewalteinwirkung wie ein Schlag oder Aufprall durch einen Unfall aus, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellung, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird. Auch bei einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädelhirntrauma zeigt sich kein morphologisch fassbares Substrat, d.h. keine anatomische Veränderung (Pschyrembel, a.a.O., S. 351; Roche Lexikon, a.a.O., S. 353). Es entspricht medizinischer Erfahrung, dass Kontusionen ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Ebenso ist eine Hirnfunktionsstörung infolge eines leichten Schädelhirntraumas voll reversibel (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 412; Pschyrembel, a.a.O., S. 351, 981; Roche Lexikon, a.a.O., S. 353, 357). Dass es zu keiner Besserung kommt, ist für eine traumatische Genese untypisch und weist auf andere



Ursächlichkeiten hin (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 1996, S. 469 mit Hinweis auf S. 463). Der vorgenannte Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, §70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Auch ohne Veränderung bzw. Besserung der klinischen Befundsituation kann ab einem bestimmten Datum von einem Dahinfallen der Unfallfolgen ausgegangen werden bzw. können fortdauernde Beschwerden aufgrund der obgenannten medizinischen Erfahrungstatsache eben nicht mehr auf den Unfall zurückgeführt werden. Bezüglich einer Commotio cerebri wird von Seiten der medizinischen Forschung festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer solchen Verletzung einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche (Jenzer, a.a.O., S. 462 ff. 467). Im konkreten Fall stellte die Beschwerdegegnerin die Leistungen sogar erst per 3. April 2018, also ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 2. September 2017, ein. Dies nachdem Dr. E. ___ in Übereinstimmung mit der dargelegten medizinischen Erfahrung bezüglich Prellungen und leichten Schädelhirntraumen in seiner ärztlichen Beurteilung vom 16. Mai 2018 feststellte, nunmehr sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die über den Zeitraum von sechs Monaten bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallkausal dem geltend gemachten Ereignis zuzuschreiben seien, sondern unfallunabhängigen Faktoren, wie zum Beispiel der von Dr. D. ___ festgestellten arteriellen Hypertonie (Suva-act. 53). Dass sich der Blutdruck laut Angaben der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 18. Juli 2018 normalisiert haben soll (act. G 1), vermag an der Beurteilung von Dr. E. ___ keine Zweifel zu erwecken. So wurde die arterielle Hypertonie von Dr. E. ___ nur als möglicher Grund für die Kopfschmerzen in Erwägung gezogen und von Dr. D. ___ nur als Verdachtsdiagnose gestellt (Suva-act. 19). Im Übrigen hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des EVG vom 27. Februar 2004, U 29/03, E. 3.1).

4.3. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, das heisst auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise,



welche bezüglich des Heilverlaufs der von der Beschwerdeführerin erlittenen interscapulären Prellung und Commotio cerebri auf einen Ausnahmefall hindeuten. Eine Kontusion kann sich durch verschiedene Schweregrade auszeichnen, kann also durchaus auch nach einem geringfügigen Vorfall auftreten. Eine Prellung im oberen Rückenbereich bzw. interscapulär wird im Arztzeugnis UVG betreffend die Erstbehandlung vom 5. September 2017 von Dr. C.____ vom 6. November 2017 in den Rubriken "Objektiver Befund" und "Diagnose" überhaupt nicht erwähnt (Suva-act. 11). Eine solche Verletzung geht, wie bereits erwähnt, einzig aus der Diagnose in den Physiotherapieverordnungen hervor (Suva-act. 15, 23, 37, 49, 54). Linksseitige Armschmerzen sind sodann im Arztzeugnis UVG lediglich unter den "Angaben des Patienten" aufgeführt und können, wie dargelegt, ohnehin nicht als eigenständige Verletzung betrachtet werden (vgl. Erwägung 3.4). Kontusionstypische Befunde, wie Ödeme oder eine Schwellung im Bereich der Schulterblätter, des Kopfs und des Nackens, sind in den medizinischen Akten und der ersten Physiotherapieverordnung vom 25. September 2017 nicht vermerkt (vgl. Suva-act. 11, 15). Hinsichtlich der im gesamten Beschwerdebild offensichtlich im Vordergrund stehenden Kopf- und Nackenschmerzen, aber auch bezüglich der Muskelverspannungen, ist schliesslich anzufügen, dass gerade das Ursachenspektrum dieser Schmerzen bzw. Beschwerden vielfältig ist; sie müssen nicht (mehr) durch einen Unfall begründet sein (vgl. z.B. Kopfschmerz: Pschyrembel, a.a.O., S. 983; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1040; Nackenschmerzen bzw. -steifigkeit: Pschyrembel, a.a.O., S. 1220; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1286; Myogelose: Pschyrembel, a.a.O., S. 1212; Debrunner, a.a.O., S. 799 f.). Insgesamt liegt damit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein Ausnahmefall vor, welcher die Annahme einer längeren Heilungsdauer verlangen würde.

4.4. Zusammenfassend ist angesichts der Darlegungen in den Erwägungen 4.2 und 4.3 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die beim Unfall vom 2. September 2017 erlittene Kontusionsverletzung im Bereich des oberen Rückens und die Schädelverletzung in Form einer Commotio cerebri spätestens bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 3. April 2018 vollständig abgeheilt waren und deswegen eine natürliche Kausalität zwischen den fortdauernd geklagten Beschwerden und dem fraglichen Unfall im Sinn des Vorliegens von organischen Restfolgen der vorgenannten Verletzungen zu verneinen ist. Die Tatsache, dass Kopf-, Nacken- sowie Rückenschmerzen körperlich wahrgenommen werden, bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine physische Gesundheitsbeeinträchtigung oder gar eine fortdauernde Unfallverletzung vorliegen. Der nötige Beweis gelingt der Beschwerdeführerin jedenfalls nicht.



5.

5.1. Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung allenfalls noch unter natürlich und adäquat kausalen nicht objektivierbaren organischen und/oder psychischen Unfallrestfolgen litt.

5.2.

5.2.1. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen (u.a. Schädelhirntrauma, HWS-Distorsion; vgl. dazu RKUV Nr. 341 S. 408 E. 3b; BGE 117 V 369 E. 3) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 382 E. 4b). Dieses Beschwerdebild muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS und bei einem Schädelhirntrauma zusätzlich Kopfschmerzen manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C_413/2008, E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen, und vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum zeigen, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

5.2.2. Der erstbehandelnde Arzt Dr. C. ___ diagnostizierte zwar eine Commotio cerebri und damit eine schleudertraumaähnliche Verletzung (Suva-act. 11). Die innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden und auch später aktenkundige Beschwerdesymptomatik spricht allerdings gegen das Vorliegen einer durch den Unfall



vom 2. September 2017 überwiegend wahrscheinlich verursachten schleudertraumaähnlichen Verletzung, insbesondere einer solchen mit Langzeitfolgen. Im Arzzeugnis UVG vom 6. November 2017 über die Erstbehandlung vom 5. September 2017 werden Kopfschmerzen erwähnt (Suva-act. 11). In der ersten Physiotherapieverordnung vom 25. September 2017 werden sodann gar keine schädelhirntraumatypischen Beschwerden aufgeführt (Suva-act. 15). Anlässlich der Besprechung vom 29. November 2017 mit der Beschwerdegegnerin schilderte die Beschwerdeführerin, sie habe unmittelbar nach dem Unfall einen komischen, dummen Kopf gehabt sowie Verspannungen im Nackenbereich und eine leichte Übelkeit verspürt. Während der drei Tage nach dem Unfall bis zur hausärztlichen Erstbehandlung vom 5. September 2017 habe sie sodann leichtes Kopfweg gehabt. Von Woche zu Woche habe sie aber mehr Mühe wegen der Kopfschmerzen und teilweise der Nackenverspannungen gehabt. Ab dem 17. Oktober 2017 habe sie leider nicht mehr arbeiten können. Dr. C. ___ habe ihr ein Arzzeugnis ausgestellt. Die Kopfschmerzen seien fortan täglich permanent vorhanden gewesen. Sie habe auch eine ganztägige Müdigkeit, unerschwellig immer leichten Schwindel und manchmal eine Übelkeit verspürt. Aktuell leide sie den ganzen Tag und auch während der Nacht an Kopfschmerzen, an einer verspannten Nackenmuskulatur sowie weiterhin an einem unerschwellig leichten Schwindelgefühl (Suva-act. 21). Diese Ausführungen zeigen, dass das initial aufgetretene Beschwerdebild in seiner Bedeutsamkeit wenig ausgeprägt beschrieben worden ist. Das Beschwerdebild blieb auch in der folgenden Zeit begrenzt. Weitere charakteristische Beschwerden einer schleudertraumaähnlichen Verletzung traten erst rund eineinhalb Monate nach dem Unfall in Erscheinung. Im Übrigen fällt auf, dass im weiteren Verlauf offensichtlich nur noch die Kopfschmerzen von zentraler Bedeutung waren (vgl. Suva-act. 19, 43 f.), dass also von einem für eine schleudertraumaähnliche Verletzung typischen Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht mehr gesprochen werden kann. Diese Sachlage lässt es damit als zweifelhaft erscheinen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 2. September 2017 eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat. Diesbezügliche Versicherungsleistungen über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus fallen damit ausser Betracht.

5.2.3. Dies ergibt sich auch mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung, wonach ein Schädelhirntrauma die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur dann rechtfertigt, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August



2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1, und 6. Mai 2003, U 6/03). Die Beschwerdeführerin stellte sich erst am 5. September 2017, also drei Tage nach dem Unfall vom 2. September 2017, bei Dr. C.____ vor (Suva-act. 11) und dies offensichtlich hauptsächlich wegen der Schmerzen im linken Arm und nicht wegen schleudertraumaähnlichen Beschwerden. Die Beschwerdeführerin hatte bei der Erstkonsultation, wie bereits erwähnt, nur leichtes Kopfweg beklagt (Suva-act. 11). Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den anhaltenden Kopfschmerzen und dem Unfallereignis vom 2. September 2017 ist damit auch unter dem Gesichtspunkt des Schweregrades des vorliegenden Schädelhirntraumas nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Eine Bewusstlosigkeit könnte an dieser Beurteilung nichts ändern. Am 29. November 2017 gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. D.____ zwar an, kurzzeitig bewusstlos gewesen zu sein (Suva-act. 19), gegenüber der Beschwerdegegnerin sprach sie jedoch nur noch vermutungsweise von einer Bewusstlosigkeit (Suva-act. 21). Abgesehen davon kann auch schon bei einer gewöhnlichen Commotio cerebri eine Bewusstlosigkeit einsetzen, die nicht länger als Sekunden bis Minuten anhält (Roche Lexikon, a.a.O. S. 353; Pschyrembel, a.a.O., S. 351).

5.3. Nachdem die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch über gesundheitliche Beschwerden geklagt hat und sich auch eine psychische Gesundheitsstörung in körperlichen Beschwerden zeigen kann, bleibt das Vorliegen fortdauernder unfallkausaler psychischer Unfallfolgen zu prüfen. Den vorliegenden Akten sind keine Hinweise auf eine psychische Problematik bei der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Auch sie bringt keine solche vor. Selbst wenn jedoch von einer psychischen Problematik und einer natürlichen Unfallkausalität derselben ausgegangen würde, wäre der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen, wie die diesbezüglichen Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid (Suva-act. 56) und in der Beschwerdeantwort vom 29. August 2018 (act. G 3) zeigen. Darauf wird verwiesen.

6.

Zusammenfassend lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.