



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. Mai 2017 (725 16 293 / 119)

Unfallversicherung

Wegfall der Unfallkausalität; Einschätzung der beratenden Ärzte des Unfallversicherers

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG,
Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Wuhrmattstrasse 19, Postfach, 4103 Bottmingen

Betreff Leistungen

A. Die 1980 geborene A.____ ist seit dem 1. Mai 2010 im Einzelunternehmen B.____ in C.____ als Assistentin im Wellnessbereich angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG, heute: Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia), obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 12. Februar 2015 erlitt A.____ bei der Arbeit einen Unfall, als sie beim Beziehen einer Behandlungsliege in Ohnmacht fiel und sich am Kopf und am Steissbein verletzte.

te. Die Helvetia anerkannte zunächst ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Mit Schreiben vom 4. Januar 2016 und Verfügung vom 19. Februar 2016 lehnte sie die Leistungspflicht für Behandlungen ab dem 30. November 2015 unter Hinweis auf den fehlenden Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 12. Februar 2015 ab. Daran hielt die Helvetia auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 26. Juli 2016 fest.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 13. September 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, die Beschwerdegegnerin sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu verpflichten, über den 30. November 2015 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass sie seit dem Unfall an persistierenden Schmerzen am Steissbein, Kopfschmerzen und kognitiven Beeinträchtigungen leide. Insbesondere die Kopfschmerzen würden von den behandelnden Ärzten nach wie vor als post-traumatisch zum Unfallereignis vom 12. Februar 2015 beurteilt. Die von der Beschwerdegegnerin von ihren beratenden Ärzten eingeholten Berichte seien nicht geeignet, den Nachweis zu erbringen, dass die unfallbedingten Ursachen ihre kausale Bedeutung verloren hätten. Die Unfallkausalität werde vielmehr ohne jegliche Begründung verneint. Entgegen früheren Vermutungen leide die Beschwerdeführerin nicht an Epilepsie, womit der Argumentation der beratenden Ärzte der Boden entzogen sei. Die Berichte der behandelnden Ärzte liessen überdies eine Diskussion mit den behandelnden Ärzten vermissen und würden den Akten widersprechen. Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid somit auf eine unrichtige Würdigung der Akten und eine ungenügende Sachverhaltsabklärung.

C. Mit Eingabe vom 21. November 2016 reichte die Beschwerdeführerin die in der Beschwerde angekündigten aktuellen medizinischen Unterlagen nach.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Januar 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, unter o/e-Kostenfolge. Die Beschwerdeführerin habe ereignisnah gegenüber den behandelnden Ärzten lediglich über Schmerzen im Bereich des Steissbeins geklagt. Die geklagten Kopfschmerzen seien erstmals fünf Tage nach dem Ereignis aufgetreten und zunächst als akute Migräne und erst später als Comotio cerebri interpretiert worden. Nach Abklärung der Schmerzen im Bereich des Steissbeins habe sich die Beschwerdeführerin ein halbes Jahr nicht mehr in Behandlung begeben. In der Folge seien insbesondere Abklärungen betreffend die vermutete Epilepsie getätigt worden, wohingegen die Kopf- und Sakrumschmerzen nicht (mehr) therapiert worden seien. Bildgebend hätten weder am Kopf noch im Bereich des Sakrums Verletzungen objektiviert werden können. Es sei davon auszugehen, dass der Status quo sine nach sechs bis neun Monaten erreicht worden sei. Der Unfall sei aufgrund der Akten jedenfalls nicht als überwiegend wahrscheinliche Ursache der geklagten Beschwerden zu betrachten.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Pratteln, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und Übernahme der Heilbehandlungskosten zu Recht per 30. November 2015 eingestellt hat.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater 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 bzw. 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 beein-

trächtig hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. 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 (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2).

3.4 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b).

4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei

einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.2 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Bei der Beurteilung des vorliegenden Falles sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Gemäss Schadenmeldung vom 3. März 2015 habe die Beschwerdeführerin am 12. Februar 2015 beim Beziehen einer Behandlungsliege eine Ohnmacht erlitten. Unter Hinweis auf den erstbehandelnden Arzt Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, wurde als Art der Verletzung eine Polyblessé/Bruch bzw. eine Hirnerschütterung mit Schwindel und Steissbeinbruch festgestellt. Die Arbeit sei am 2. März 2015 im Umfang von 50% wieder aufgenommen worden.

5.2 Mit Bericht vom 18. Februar 2015 wurde als Ergebnis einer gleichentags durchgeführten bildgebenden Untersuchung des Sakrums festgestellt, dass eine auffällige Angulation des Os coccygis nach ventral um fast 90% in der seitlichen Projektion zu erkennen sei. Die Bandscheiben LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 seien regelrecht dargestellt. Voraufnahmen zum Vergleich seien dem Untersucher nicht vorgelegen. Zum Ausschluss einer Luxation oder einer okkulten Fraktur wären ödemgewichtete MR-Aufnahmen durchzuführen.

5.3 Die interdisziplinäre Notfallstation des Spitals E.____ berichtete am 20. Februar 2015, dass die Versicherte sich am 19. Februar 2015 auf der Station unter Hinweis auf hemisphärische Kopfschmerzen rechts, ausgeprägte Lichtempfindlichkeit und minimale Lärmempfindlichkeit gemeldet habe. Diagnostiziert worden sei ein Verdacht auf akute Migräne nach Synkope am 5. Februar 2015 (recte: 12. Februar 2015), am ehesten orthostatisch bedingt, differentialdiagnostisch vasovagal. Klinisch hätten sich keine Hinweise auf eine neurologische Problematik ergeben.

5.4 Mit Arztbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2015 diagnostizierte Dr. D.____ eine Kontusio os sacrum bei Synkope unklarer Ätiologie, am ehesten vasovagal und einen Verdacht auf eine Commotio cerebri mit Amnesie. Die Patientin sei zu 100% arbeitsfähig.

5.5 Eine CT des Os coccygeum am 24. Juni 2015 ergab keinen Nachweis einer Fraktur und ein intakter Os sacrum. Es bestehe eine knickförmige kyphotische Stellung des Os coccygeum zum Os sacrum um ca. 90 Grad.

5.6 Am 4. Dezember 2015 wurde eine MRT des Neurocraniums vorgenommen. Die Befunde seien unauffällig gewesen, insbesondere sei keine Hämorrhagie, keine temporomesiale Sklerose und keine Migrations- oder Gyrierungsstörung erkennbar gewesen.

5.7 Mit Schreiben zuhanden der Unfallversicherung vom 21. Dezember 2015 verneinte der beratende Arzt der Versicherung, Dr. med. F.____, FMH Manuelle Medizin, das Vorliegen von Unfallfolgen. Die aktuelle Behandlung der Versicherten stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis.

5.8 Dr. med. G.____, FMH Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 30. Dezember 2015 eine Temporallappen-Epilepsie sowie ein persistierender Kopfschmerz nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma. Eine Woche nach dem Sturz habe ein ringförmiger, drückender Kopfschmerz von hoher Intensität eingesetzt, der bei leichter körperlicher Belastung zugenommen habe. Beglei-

tend seien Photophobie, Sonophobie und Übelkeit vorhanden gewesen. Die starken Kopfschmerzen seien nach zwei bis drei Tagen verschwunden, allerdings sei seitdem der ringförmige Druck häufig in fluktuierender Ausprägung vorhanden, wobei die Patientin keine Medikamente benötige. Die Patientin beklage ausserdem Gedächtnisprobleme. Seit ca. einem Jahr käme es zu aufsteigenden Wärmesensationen aus dem Bauchraum. In seiner Beurteilung hielt Dr. G._____ fest, dass Ursache des Sturzes am 12. Februar 2015 ein epileptischer Anfall gewesen sein dürfte. Eine verzögerte Reorientierung sei allerdings auch nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma möglich, so dass dies möglicherweise eine zusätzliche Rolle gespielt habe. Die beschriebenen kognitiven und exekutiven Störungen würden komplex-fokalen Anfällen entsprechen. Bei den Kopfschmerzen, die phänotypisch an Spannungskopfschmerzen und bei den Verstärkungen einer Migräne ohne Aura entsprechen würden, handle es sich um einen persistierenden Kopfschmerz nach Schädel-Hirn-Trauma. Hier sei der Verlauf abzuwarten.

5.9 Mit Bericht vom 22. Januar 2016 stellte Dr. H._____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, als Diagnosen einen Sturz am 12. Februar 2015 auf das Steissbein mit zusätzlichem Kopfanprall und Commotio cerebri, Vergesslichkeit und intermittierend Mühe mit Satzstellungen sowie persistierendem Kopfschmerz nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma gemäss Dr. G._____ und eine Temporallappen-Epilepsie als Sturzursache fest.

5.10 Dr. med. I._____, FMH Chirurgie, nahm im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 16. Februar 2016 Stellung zur Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden. Er hielt fest, dass die Versicherte mit grosser Wahrscheinlichkeit am 12. Februar 2015 einen epileptischen Anfall erlitten und sich dabei eine Commotio cerebri und eine Kontusion des Sakrums zugezogen habe. Eine Fraktur im Bereich des Sakrums und des Os coccygeum habe nicht nachgewiesen werden können. Das MRT des Neurokraniums habe ein unauffälliges Bild ergeben. Einfache Kontusionen des Sakrums und des Os coccygeums respektive eine einfache Commotio cerebri würden nach wenigen Monaten folgenlos abheilen. Versicherungsmedizinisch sei der Status quo sine spätestens am 1. September 2015 erreicht gewesen. Die diagnostischen Abklärungen betreffend die Epilepsie gingen nicht zulasten der Unfallversicherung.

5.11 Mit Bericht vom 17. März 2016 stellte Dr. H._____ zusätzlich zu den bekannten Diagnosen eine geringe Dehydration der Bandscheibenfächer LWK 3/4 und LWK 5/SWK 1 sowie ein subkutanes Lipom über dem Processus spinosi fest. Für die Beschwerdesymptomatik (Vergesslichkeit, intermittierende Mühe mit Satzstellungen, persistierende Kopfschmerzen) sei hauptbefundlich das Sturzereignis vom 12. Februar 2015 verantwortlich. Indessen sei die aktuelle Arbeitsunfähigkeit vom 17. März 2016 bis voraussichtlich 10. April 2016 auf die Lipomentfernung zurückzuführen.

5.12 Der beratende Arzt der Unfallversicherung, Dr. med. J._____, Neurologe, Boston University School of Medicine, führte am 8. Juni 2016 zur Kausalität aus, dass die Epilepsie aufgrund der medizinischen Eintragungen als insofern koinzidentell zum Ereignis vom 12. Februar 2015 anzusehen sei, als der erste epileptische Anfall den Sturz mit Kopfanprall verursacht habe. Die Abklärungen betreffend strukturelle Hirnschädigung seien negativ ausgefallen, die Epilepsie sei damit überwiegend wahrscheinlich nicht posttraumatisch. Die Kopfschmerzen seien

heute nicht mehr behandlungsbedürftig, ursprünglich jedoch gemäss International Headache Society (IHS) Kriterien als posttraumatisch anzusehen. Die Verstärkung der Kopfschmerzen durch physikalische Reize sei nicht spezifisch. In Bezug auf die Kopfschmerzen sei der Status quo sine sechs bis neun Monate nach dem Ereignis, somit Ende November 2015, erreicht worden.

5.13 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. K.____, FMH Neurologie, vom 23. August 2016 ein. Dieser diagnostiziert nunmehr einen Verdacht auf einen komplexen fokalen epileptischen Anfall am 12. Februar 2015 sowie ein Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit postkommotuellen Beschwerden. Aufgrund der aktuell geschilderten Klinik sei am ehesten von einem erstmaligen epileptischen Ereignis auszugehen. Die Ätiologie bleibe bei unauffälliger Bildgebung im MRI sowie den nicht signifikant pathologischen EEG-Untersuchungen unklar. Das Risiko eines erneuten epileptischen Anfalls sei eher als gering einzustufen und ein beobachtetes Abwarten ohne antikonvulsive Prophylaxe sicher vertretbar. Zu den Kopfschmerzen habe die Patientin ausgeführt, dass sie noch am selben Tag aufgetreten seien, und ca. drei Monate angehalten hätten. Danach seien sie komplett rückläufig gewesen. Bei leichten körperlichen Aktivitäten habe der Kopfschmerz deutlich zugenommen und einen pulsierenden Charakter gehabt, begleitet von einer Photo- und Phonophobie. Des Weiteren berichte die Patientin, dass sie erhebliche Schwierigkeiten bei der Arbeitsstelle gehabt habe aufgrund von Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Die Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen seien nach drei bis vier Monaten komplett rückläufig gewesen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid im Wesentlichen auf die Einschätzungen ihrer beratenden Ärzte, insbesondere auf diejenige von Dr. J.____. Sie geht demzufolge davon aus, dass zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. November 2015 keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Die Beschwerdeführerin bestreitet die genügende Abklärung des Sachverhalts und bringt insbesondere vor, dass die Berichte der beratenden Ärzte nicht beweistauglich seien und sie weit über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch unter unfallkausalen Beschwerden gelitten habe bzw. leide.

6.2 Wie in Erwägung 4.1 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Rechtsprechungsgemäss sind an versicherungsinterne Beurteilungen, wie die vorliegenden Berichte der beratenden Ärzte Dr. J.____, Dr. I.____ und Dr. F.____, strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2; vgl. oben Erwägung 4.2). Solche Zweifel liegen vorliegend insgesamt entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin jedoch nicht vor.

6.3 Bezüglich der Epilepsie ist zunächst festzuhalten, dass diese von Dr. J.____ übereinstimmend mit sämtlichen involvierten Ärzten als Ursache des Unfalls und nicht als dessen Folge angesehen wird. Auch Dr. I.____ geht in seiner Beurteilung davon aus, dass die Beschwerdeführerin beim erlittenen epileptischen Anfall stürzte und sich verletzte. Das Vorliegen einer Epilepsie hat damit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin mehrheitlich keine entscheidende Bedeutung für die Einschätzung der Unfallfolgen durch die beratenden Ärzte. Vielmehr ist ihr entgegenzuhalten, dass gemäss dem eingereichten Bericht von Dr. K.____ vom 23. August 2016 zwar bloss noch der Verdacht auf einen komplexen fokalen epileptischen Anfall geäussert wird, der behandelnde Arzt jedoch anschliessend festhält, dass trotzdem am ehesten von einem epileptischen Ereignis auszugehen sei.

6.4 Betreffend die Beschwerden am Steissbein erscheint zunächst fraglich, ob diese Schmerzen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung überhaupt noch persistierten, finden sich in den Akten doch für die Zeit nach der Leistungseinstellung keine entsprechenden Ausführungen der Beschwerdeführerin oder Behandlungen. Das am 24. Juni 2015 durchgeführte CT zeigte keine Frakturen, lediglich eine knickförmige kyphotische Stellung zum Os sacrum um 90 Grad. Soweit ersichtlich, sind anschliessend keine weiteren diagnostischen Massnahmen getroffen worden. Die Physiotherapieverordnung vom 20. Juli 2015 betrifft einen Zeitpunkt vor der Leistungseinstellung per 30. November 2015. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass aufgrund des Berichtes von Dr. H.____ vom 17. März 2016 zu diesem Zeitpunkt noch Behandlungsbedarf des Steissbeins bestanden habe, ist ihr entgegenzuhalten, dass Dr. H.____ die Dehydration der Bandscheibenfächer LWK 3/4 und LWK 5/SWK 1 bei den Diagnosen zwar unter den Sturz vom 12. Februar 2015 auflistet, sich in den übrigen Akten und insbesondere aufgrund der bildgebenden Untersuchung vom 18. Februar 2015 aber keinerlei Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass die Bandscheiben beim Unfall verletzt worden sind. Die Verordnung zur Physiotherapie vom 28. April 2016 nennt als Diagnose neben dem Sturz vom 12. Februar 2015 denn auch Lumbalgien und Thorakalgien. Aufgrund der vorliegenden Akten und mangels bildgebend nachweisbarer Beschwerden ist somit nach dem Ausgeführten nicht zu beanstanden, dass sich der beratende Arzt Dr. I.____ auf die medizinische Erfahrungstatsache abstützte, wonach einfache Kontusionen des Sakrums und Os coccygeums nach wenigen Monaten folgenlos abheilen.

6.5 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass die Beschwerdegegnerin unter Berufung auf ihre beratenden Ärzte davon ausgehe, dass die Kopfschmerzen nicht behandlungsbedürftig seien, obwohl dies den übrigen Akten widerspreche. Dazu ist auszuführen, dass gemäss den vorliegenden Akten augenscheinlich zwei verschiedene Arten von Kopfschmerzen zu unterscheiden sind: Einerseits wurden kurz nach dem Unfall intensive, hemisphärische, später ringförmige Kopfschmerzen beklagt. Nach Angaben der Beschwerdeführerin selbst sind diese Schmerzen indessen nach wenigen Tagen (gemäss den Angaben gegenüber Dr. G.____ am 30. Dezember 2015) bzw. wenigen Monaten (gemäss den Angaben gegenüber Dr. K.____ am 23. August 2016) verschwunden. Danach verblieb ein ringförmiger Druck mit fluktuierender Ausprägung. Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. G.____ am 30. Dezember 2015 an, dass sie keine Medikamente benötige. Gegenüber Dr. K.____ hat sie am 23. August 2016 gar angegeben, die Kopfschmerzen seien nach drei bis vier Monaten nach

dem Unfall komplett rückläufig gewesen. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin finden damit keine Stütze in den vorhandenen medizinischen Akten. Ausserdem steht fest, dass das MRT des Neurokranium ein unauffälliges Bild gezeigt hat. Die Einschätzung des beratenden Arztes Dr. J.____, wonach der Status quo sine betreffend die nicht mehr behandlungsbedürftigen Kopfschmerzen spätestens neun Monate nach dem Unfall als eingetreten anzusehen sei, erweist sich damit als schlüssig und nachvollziehbar.

6.6 Es ist der Beschwerdeführerin zwar zuzustimmen, dass es bezüglich der geklagten Konzentrationsstörungen an einer Beurteilung durch die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin fehlt. Dennoch ist auch diesbezüglich ein Kausalzusammenhang zu verneinen. Bildgebende Nachweise einer relevanten Verletzung sind nicht vorhanden. Die Konzentrationsstörungen wurden – soweit aus den Akten ersichtlich – erstmals gegenüber Dr. G.____ am 30. Dezember 2015 geklagt. Dieser hat sie im Zusammenhang mit der Epilepsie gesehen. Wie bereits ausgeführt, steht diese Diagnose entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch heute noch im Raum (vgl. E. 6.3 hiervor). Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. K.____ angegeben, dass auch die Konzentrationsstörungen drei bis vier Monate nach dem Unfall komplett remittiert seien. Es gibt damit weder Anhaltspunkte dafür, dass die Konzentrationsstörungen nach der Leistungseinstellung persistierten noch, dass diese auf den beim Unfall erlittenen Kopfanprall zurückzuführen wären.

7. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 12. Februar 2015 stehen. Vielmehr ist mit den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Unfallfolgen spätestens neun Monate nach dem Sturz abgeheilt gewesen sind. Auch die übrigen Akten lassen keinen anderen Schluss zu. Lediglich die behandelnde Ärztin Dr. H.____ stellt wiederholt, jedoch ohne Begründung die Unfallkausalität der Beschwerden fest, was nicht genügt, um die Einschätzung der beratenden Ärzte Dres. F.____, I.____ und J.____ in Frage zu stellen. Nach dem Ausgeführten hat die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 30. November 2015 eingestellt. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>