

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/32 vom 7. Juni 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_UV_2022_32

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/32 du 7 juin 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/32 del 7 giugno 2023

Regeste

Art. 10 UVG. Art. 16 UVG. Art. 18 ff. UVG. Art. 24 UVG. Anhand der vorhandenen medizinischen Akten lässt sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 11. Februar 2022 noch unfallkausale Beschwerden bestanden. Folglich ist ein darüberhinausgehender Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nicht beurteilbar. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zu weiteren medizinischen Abklärungen und neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juni 2023, UV 2022/32).

Volltext

Entscheid vom 7. Juni 2023 Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2022/32 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Zahner Anwälte AG, Neugasse 40, Postfach 2020, 9000 St. Gallen, gegen Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale 120, 1001 Lausanne, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.____ AG als Office Managerin/Assistentin der Geschäftsleitung tätig und dadurch bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Die Arbeitgeberin teilte der Vaudoise am 18. November 2019 mit, die Versicherte sei am 20. Oktober 2019 von einer Zecke gebissen worden und sei dadurch an Meningitis erkrankt (UV-act. 2). Die Vaudoise anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls (Zeckenbiss) und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. u.a. UV-act. 25, 49). Der am 25. Oktober 2019 erstbehandelnde Dipl. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hatte einen deutlich reduzierten Allgemeinzustand sowie Fieber festgestellt und den Verdacht auf eine Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) geäußert (UV-act. 8). Er hatte der Versicherten vom 25. Oktober bis 1. November sowie vom 7. bis 11. November 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (UV-act. 3-17, 15-2). Vom 11. bis 14. November 2019 hatte sich die Versicherte stationär im Spital D.____ befunden. Aufgrund einer seit dem 14. November 2019 beobachteten progredienten Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit zeitlicher Desorientierung und Verlangsamung war entschieden worden, die Versicherte für die weitere Diagnostik und Behandlung ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) zu verlegen. Im Verlegungsbericht vom 22. November 2019 hielten die zuständigen Ärzte des Spitals D.____ als Diagnosen unter anderem einen Verdacht auf Meningoenzephalitis, Differentialdiagnose FSME fest. Die Versicherte habe sich am 11. November 2019 notfallmässig selbst vorgestellt bei

gleichentags erfolgter hausärztlicher Konsultation. Seit 24. November (recte: Oktober) 2019 bestehe ein Krankheitsgefühl mit Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Schwindel, Schüttelfrost, Ohren- und Schluckschmerzen sowie intermittierendem Fieber. Trotz Therapie mit Schmerzmitteln habe sich die Cephalgie nicht gebessert (UV-act. 1). Die behandelnden Ärzte des KSSG, wo sich die Versicherte vom 14. bis 29. November 2019 stationär befand, bestätigten in ihrem Austrittsbericht vom 11. Dezember 2019 die Diagnose einer FSME (UV-act. 6-5 ff., vgl. auch UV-act. 10-3 ff.). Vom 29. November 2019 bis 15. Februar 2020 war die Versicherte stationär in der Rehaklinik E.____. In ihrem Austrittsbericht vom 6. März 2020 hielten die dort behandelnden Ärzte fest, Haupteinschränkungen zeigten sich noch in einer starken Belastbarkeitsminderung konklusiv einhergehend mit einem reduzierten quantitativen Leistungsvermögen mit Nachlassen der psycho-motorischen und kognitiven Leistungsfunktionen sowie Verstärkung von Nacken- und Kopfschmerzen unter höherer oder längerer Beanspruchung sowie einer noch bestehenden Geräuschempfindlichkeit. Bei Austritt hätten noch keine Ressourcen für eine zeitnahe berufliche Wiedereingliederung vorgelegen und auch der Zeitpunkt für die Aufnahme eines Arbeitsversuchs sei noch nicht absehbar gewesen. In einem ersten Schritt, etwa ab Mitte März 2020, werde eine stundenweise Übernahme umgrenzter Arbeitsinhalte zunächst im Rahmen eines Home-Office empfohlen (UV-act. 28). Dipl. med. C.____ attestierte der Versicherten ab 1. April 2020 bis auf Weiteres in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. 48, 50, 53). Dr. med. F.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Vertrauensarzt der Vaudoise, beurteilte am 26. Mai 2020, die derzeitige Arbeitsunfähigkeit sei unfallbedingt begründet und medizinisch nachvollziehbar. Es könne ab 1. Juni 2020 mit einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gerechnet werden, wobei er von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einem Pensum von 80 % ab 6. Juli 2020 ausgehe (UV-act. 55). Dipl. med. C.____ attestierte der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (UV-act. 62, 66 f., 74, 79, 81, 84, 91 f., 97, 99, 101, 104, 108 f., 114, 120 f., 125, 128, 130, 135). Ab 29. April 2020 hatte sich die Versicherte in neuropsychologischer Therapie in der Ambulanten Reha G.____ befunden. In ihrem Bericht vom 19. Juni 2020 hielt die behandelnde Neuropsychologin als Diagnose eine leichte kognitive Störung, leicht bis mittelschwerer Grad der Beeinträchtigung, bei Status nach FSME, fest. Aus neuropsychologischer Sicht zeige sich derzeit eine deutliche Belastbarkeitsminderung, welche bereits bei einfachen Alltagshandlungen zu einer Erschöpfungssymptomatik mit Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Schwindel führe. Derzeit könne aus therapeutischer Sicht keine Prognose hinsichtlich des Zeitpunkts einer beruflichen Reintegration gemacht werden. Bei der noch deutlich eingeschränkten Alltagsbewältigung sei jedoch mit einem längerfristigen Prozess zu rechnen (UV-act. 60). Am 9. Oktober 2020 berichtete die seit September 2020 behandelnde Neuropsychologin H.____, Ambulante Reha G.____, über im Verlauf langsame, jedoch stetig minime Verbesserungen bezüglich der Partizipation im Alltag. Eine berufliche Wiedereingliederung wäre jedoch auch im therapeutischen Rahmen derzeit noch deutlich verfrüht (UV-act. 78, vgl. auch UV-act. 80). Neuropsychologin H.____ hielt am 25. Februar 2021 fest, es zeigten sich nach wie vor Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltags. Eine stabile Tagesstruktur habe noch nicht erreicht werden können (UV-act. 95). Im Sinne einer Zweitmeinung wurde die Versicherte zwischen 17. Februar und 17. Mai 2021 durch Dr. med. I.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, ambulant abgeklärt. Am 17. Mai 2021 befand dieser, es liege ein Status nach durchgemachter FSME mit Partialheilung vor. Es bestünden weiterhin gravierende

neuro-funktionelle Defizite, welche die Versicherte zu 100 % invalidisierten. Zwei Jahre nach der akuten Infektion, das heisse circa Ende 2021, werde der Endzustand erreicht sein. Die dann noch bestehenden Beschwerden würden definitiv sein (UV-act. 102). Die IV-Stelle hatte der Versicherten am 11. März 2021 mitgeteilt, aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich (IV-act. 42). Die seit März 2021 behandelnde Neuropsychologin J. ____, Ambulante Reha G. ____, berichtete am 11. August 2021, im Vordergrund stehe weiterhin eine seit der FSME bestehende stark ausgeprägte psychophysische Belastbarkeitsminderung. Es hätten im Verlauf langsame und kleine, jedoch kontinuierliche Verbesserungen hinsichtlich der alltäglichen Partizipation verzeichnet werden können. Eine stabile Tagesstruktur habe aufgrund der schwankenden Tagesverfassung bis anhin nicht erreicht werden können (UV-act. 110). Die Arbeitgeberin kündigte den Arbeitsvertrag der Versicherten per 5. Oktober 2021 (UV-act. 118). Im Auftrag der IV-Stelle St. Gallen wurde die Versicherte am 2. Dezember 2021 durch den beim Institut O. ____ tätigen Prof. Dr. med. K. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, bidisziplinär (neurologisch, psychiatrisch) abgeklärt. Dieser hielt in seinem Gutachten vom 24. Dezember 2021 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp ohne perikranielle Schmerzempfindlichkeit (ICD-10: G44) fest. In der zuletzt ausgeübten sowie in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Unter einer leitliniengerechten Behandlung (multimodale Kopfschmerztherapie) sei davon auszugehen, dass innert nützlicher Zeit (3 bis 6 Monate) keine anhaltenden handicapierenden Fähigkeitsstörungen auf neurologischem Fachgebiet bei der Versicherten verblieben. Aus psychiatrischer Sicht liege kein anhaltender Gesundheitsschaden vor. Dr. K. ____ berücksichtigte bei seiner Beurteilung die neuropsychologische Zusatzuntersuchung durch L. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 26. November 2021 (UV-act. 127, IV-act. 93). Dr. med. M. ____, Facharzt für Innere Medizin, Vertrauensarzt der Vaudoise, beurteilte am 6. Februar 2022, es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen mehr vor. Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge des Zeckenbisses vom 20. Oktober 2019. Die Versicherte sei in ihrer angestammten sowie einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Eine weitere Heilbehandlung sei nicht mehr notwendig, zweckmässig und geeignet, um den unfallbedingten Gesundheitszustand namhaft zu verbessern. Es bestehe in der Folge des Unfalls keine Schädigung der körperlichen Integrität (UV-act. 131). Mit Verfügung vom 11. Februar 2022 stellte die Vaudoise ihre Leistungen per sofort ein. Sie hielt fest, es lägen keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen mehr vor. Die vorliegenden Kopfschmerzen, die Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, welche die Arbeitsunfähigkeit begründeten, seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 20. Oktober 2019 zurückzuführen. Rein unfallbedingt sei ihr ihre bisherige Tätigkeit voll zumutbar (UV-act. 132). Dagegen erhob die Versicherte am 10. März 2022 Einsprache und reichte diverse Berichte von behandelnden medizinischen Fachpersonen ein (UV-act. 137). Dr. M. ____ hielt am 16. März 2022 an seiner Beurteilung vom 6. Februar 2022 fest (UV-act. 140). Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 5. April 2022 ab (IV-act. 81; bzgl. Vorbescheidsverfahren vgl. IV-act. 66, 78). Nachdem die Versicherte dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen Beschwerde erhoben hatte (IV-act. 95-2 ff.), widerrief die IV-Stelle am 20. Juni 2022 ihre Verfügung und kündigte weitere Abklärungen an (IV-act. 101). Mit Verfügung vom 15. Juli 2022 schrieb das

Versicherungsgericht das Verfahren (IV 2022/69) ab (IV-act. 123). Mit Entscheid vom 22. April 2022 hatte die Vaudoise die Einsprache vom 10. März 2022 abgewiesen (UV-act. 141). Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Zahner, St. Gallen, hatte am 23. Mai 2022 dagegen Beschwerde erhoben und beantragt, der Einspracheentscheid vom 22. April 2022 sei aufzuheben und die Vaudoise (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, ihr die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen über den 11. Februar 2022 hinaus weiter auszurichten. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten bei der asim Begutachtung am Universitätsspital Basel einzuholen und danach neu über die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen zu entscheiden. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein neues Gutachten bei der asim Begutachtung am Universitätsspital Basel einholen könne; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Sie hatte unter anderem eine Stellungnahme von Dr. I. ___ vom 2. Mai 2022 sowie einen neuropsychologischen Bericht der Ambulanten Reha G. ___ vom 17. Mai 2022 eingereicht (act. G1.3 f.). Mit Eingabe vom 10. Juni 2022 reichte die Beschwerdeführerin ein bei Prof. em. Dr. med. N. ___, Facharzt für Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin, in Auftrag gegebenes Privatgutachten vom 9. Juni 2022 ein und beantragte die Übernahme der für das Gutachten angefallenen Kosten zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G3 f.). Die Beschwerdegegnerin hatte am 12. Juli 2022 beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen, der Einspracheentscheid vom 22. April 2022 sei zu bestätigen und es seien keine Kosten zu vergüten (act. G7). Sie hatte eine Stellungnahme von Dr. M. ___ vom 11. Juli 2022 eingereicht (act. G7.1). Mit Replik vom 7. September 2022 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 27. September 2022 auf die Einreichung einer umfassenden Duplik und hielt an ihrem Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde fest (act. G12). Mit Schreiben vom 28. April 2023 informierte das Versicherungsgericht die Parteien über den Beizug der Akten der IV-Stelle St. Gallen (act. G15). Die Beschwerdeführerin nahm Einsicht in die Akten (act. G17), die Beschwerdegegnerin liess sich innert Frist nicht vernehmen (vgl. act. G15). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Beschwerdegegnerin über den 11. Februar 2022 hinaus. Die Beschwerdegegnerin stellte ihre vorübergehenden Leistungen mit der am genannten Tag erlassenen Verfügung per sofort ein. Einen Anspruch auf weitergehende Leistungen (Rente, Integritätsentschädigung) verneinte sie insofern, als sie die Unfallkausalität der noch vorhandenen Beschwerden verneinte und festhielt, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin unfallbedingt voll zumutbar (UV-act. 132). Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin in Folge des Zeckenbisses vom Oktober 2019 an einer FSME erkrankt war. Ebenso unbestritten ist, dass nach der Rechtsprechung ein Zeckenbiss als Unfall zu qualifizieren ist und demnach dadurch verursachte Erkrankungen grundsätzlich in den Leistungsbereich des Unfallversicherers fallen (BGE 122 V 230 = Pra 86 Nr. 82). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Die versicherte Person hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 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). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 291 f. E. 3a). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden können bzw. nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den

Gesundheitszustand beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht, wie bereits erwähnt, auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 f. E. 1a). Beratende Ärzte und Ärztinnen sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten und Ärztinnen gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2015, 8C_608/2015, E. 3.3.3, und vom 25. Juni 2018, 8C_281/2018, E. 3.2.2). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten beweiskräftig sein können, 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 vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung von Dr. M.____ (vgl. UV-act. 131, 140 f., G7 f.). Die Beschwerdeführerin spricht dieser die Beweiskraft ab und stellt ihr insbesondere die Einschätzungen von Prof. N.____ und ihren behandelnden medizinischen Fachpersonen entgegen (vgl. act. G1 ff., G3 f.). Dr. M.____ beurteilte am 6. Februar 2022, es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vor. Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Zeckenbisses vom 20. Oktober 2019. Neurologisch lägen keine Läsionen des Thalamus vor, weshalb die Kriterien eines Zusammenhangs zwischen dem Zeckenbiss und den geklagten Spannungskopfschmerzen, der Müdigkeit, den Konzentrationsschwierigkeiten und dem Tinnitus nicht erfüllt seien. Die Müdigkeit und die Spannungskopfschmerzen seien verantwortlich für die Arbeitsunfähigkeit. Es sollte eine Therapie der nicht unfallbedingten Kopfschmerzen eingeleitet werden. Eine weitere Heilbehandlung sei nicht mehr notwendig, zweckmässig und geeignet, um den unfallbedingten Gesundheitszustand namhaft zu verbessern. Die Beschwerdeführerin sei in jeder Tätigkeit voll arbeitsfähig (UV-act. 131). Dr. M.____ verneinte den Kausalzusammenhang zwischen dem Zeckenbiss und den noch bestehenden Beschwerden damit rein aufgrund der nicht vorhandenen Läsionen des Thalamus, begründete jedoch nicht, weshalb solche Läsionen zur Bejahung eines Kausalzusammenhangs zwingend vorhanden sein müssten. Seine Feststellung kann daher nicht nachvollzogen werden. Dr. M.____ erstellte die genannte Beurteilung unter anderem in Kenntnis der bidisziplinären Begutachtung durch Dr. K.____. Dieser listete in seinem Gutachten vom 24. Dezember 2021

als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp ohne perikranielle Schmerzempfindlichkeit (ICD-10: G44) auf. Er befand, der Status nach FSME (Fremddiagnose) ohne neurologische sensomotorische Störungen wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dies gelte auch für die bestehende minime neurokognitive Störung, welche nicht mit der durchgemachten FSME, sondern am ehesten mit den nicht krankheitswertigen Cephalgien im Zusammenhang stehe (UV-act. 127). Wie sich nachfolgend (E. 2.2.1 ff.), insbesondere gestützt auf das nachvollziehbare und schlüssige Gutachten von Prof. N.____ vom 9. Juni 2022 (act. G3.1), ergibt, ist das Gutachten von Dr. K.____ jedoch nicht überzeugend. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der primär von der IV-Stelle beauftragte Dr. K.____ den umfassenden Fragekatalog der Beschwerdegegnerin (vgl. UV-act. 123) nur auszugsweise bzw. sinngemäss beantwortete. Es erscheint fraglich, ob ihm dieser überhaupt zugestellt worden war, zumal er diesen in seinem Gutachten nicht erwähnte und im Gegenteil gar festhielt, es bestünden keine Zusatzfragen von Dritten bzw. Verfahrensbeteiligten (vgl. UV-act. 127-46, 127-81). Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist sodann ebenfalls sinngemäss zu entnehmen, dass Dr. K.____ keine unfallversicherungsrechtlichen Fragen gestellt worden seien (vgl. act. G1, G12). In seinen Antworten nimmt Dr. K.____ zumindest nirgends Bezug auf die Frage einer konkreten Unfallbedingtheit. Der Inhalt des Gutachtens entspricht grundsätzlich einem IV-Gutachten. Sein Gutachten ist zur Beantwortung der vorliegenden unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen, insbesondere zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Zeckenbiss und den noch bestehenden Beschwerden, damit nur beschränkt aussagekräftig. Weiter ist mit Prof. N.____ (vgl. act. G3.1) darauf hinzuweisen, dass es sich zwar um ein bidisziplinäres (psychiatrisches, neurologisches) Gutachten handelt, Dr. K.____ jedoch alleine die beiden Disziplinen beurteilte, weshalb offensichtlich keine Konsensfindung zwischen verschiedenen medizinischen Fachpersonen erfolgte. Auch eine Absprache zwischen Dr. K.____ und der Neuropsychologin L.____, welche die Beschwerdeführerin am 26. November 2021 untersucht hatte (vgl. IV-act. 93), ist nicht aktenkundig. Insofern besteht eine gewisse Gefahr einer einseitigen Sichtweise. Wie Prof. N.____ am 9. Juni 2022 ausführte, fehlt im Gutachten von Dr. K.____ sodann eine detaillierte Anamnese bezüglich der FSME. Ebenso setzte sich Dr. K.____ nicht vertieft mit dem Verlauf der akuten Erkrankung der Beschwerdeführerin auseinander. Im Gegensatz zu Prof. N.____ erhob er auch keine Fremdanamnese (vgl. UV-act. 127-9). Wie Prof. N.____ überzeugend ausführte, ist jedoch die Erfassung der Anamnese bei einer FSME zwingende Voraussetzung, um die Krankheit und deren Ausmass richtig einschätzen zu können. Aufgrund der schweren Bewusstseinsstrübung während der akuten Erkrankung müsse die Anamnese auch durch fremdanamnestische Angaben und Studium der Behandlungsakten ergänzt werden. Prof. N.____ hielt anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin habe am 21. Oktober 2019, einen Tag nach einem Spaziergang, eine Zecke entfernt. Am 24. Oktober 2019 seien dann plötzlich Schüttelfrost und starke körperliche Schmerzen aufgetreten. Vom 25. Oktober bis 3. November 2019 sei sie wegen Fieber und Muskelschmerzen arbeitsunfähig gewesen. Dies seien typische Befunde der ersten klinischen Phase. Danach habe die Beschwerdeführerin in reduziertem Zustand wieder versucht zu arbeiten. Es sei aber erneut zu Fieber, massiven Kopfschmerzen und einer Verschlechterung des Allgemeinzustands gekommen. Sie sei am 11. November 2019 zum Hausarzt gegangen und kaum mehr ansprechbar gewesen, so dass dieser die Hospitalisation eingeleitet habe. Die Beschwerdeführerin könne sich kaum an einzelne Dinge während der Hospitalisation

erinnern. Sie sei einfach immer müde gewesen. Der stuporöse Zustand der Beschwerdeführerin lasse sich der Pflegedokumentation des KSSG entnehmen. Sie sei über mehrere Tage kaum ansprechbar gewesen, habe immer geschlafen und kaum auf Fragen reagiert. Dieser stuporöse Zustand werde auch fremdanamnestisch von den Eltern, dem Partner und der besten Freundin der Beschwerdeführerin bestätigt. Das schwere neurologische Zustandsbild (zeitliche Desorientierung, Verlangsamung in der Sprache und im Denken, sehr müde und abgeschlagen, in fluktuierendem Ausmass globale Aphasie) sei zudem in den Berichten des Spitals D.____ und des KSSG beschrieben worden (vgl. UV-act. 1, 6-5 ff., 10). Anlässlich der Untersuchung durch Prof. N.____ habe die Beschwerdeführerin eine Symptomatik geschildert, welche mehr oder weniger identisch sei mit den bereits im Januar 2021 im Rahmen der neuropsychologischen Betreuung erhobenen Symptomen (vgl. Bericht vom 25. Februar 2021; UV-act. 95). Die Beschwerdeführerin leide unter einer massiv ausgeprägten Belastbarkeitsminderung mit Kopfschmerzen, Schwindel und Konzentrationsstörungen. Gespräche, Umgebungslärm/-geräusche oder Arbeiten am Computer forderten und ermüdeten sie sehr. Die Partizipation am privaten Leben sei deutlich eingeschränkt. Leistungsschwankungen erschwerten die Planung von regelmässigen Tätigkeiten sehr. Prof. N.____ hielt entsprechende Schilderungen der Beschwerdeführerin und ihres Partners von erlebten Situationen im Alltag und den dabei aufgetretenen Einschränkungen fest. Die geschilderte Symptomatik sei fast identisch mit den Erfahrungen, welche Prof. N.____ aus der Betreuung von anderen Patienten mit FSME kenne. Auch in der Literatur würden diese schweren qualitativen Einschränkungen der Alltagstätigkeiten immer wieder beschrieben. Er zitierte eine entsprechende medizinische Studie (Benno Kohlmaier, u. a., Clinical Characteristics of Patients with Tick-Borne Encephalitis [TBE]: A European Multicentre Study from 2010 to 2017, Microorganisms, Bd. 9, Nr. 7, Juni 2021, S. 1420 [act. G3.1]). Prof. N.____ schlussfolgerte nachvollziehbar, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt seiner Untersuchung ein typisches klinisches Bild einer schweren Verlaufsform einer Encephalitis bei gesicherter FSME aufgewiesen habe. Das Fehlen von motorischen oder sensiblen Ausfällen werde im Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ (vgl. UV-act. 28) korrekt durch "kein fokalneurologisches Defizit" beschrieben, was jedoch nicht gleichzusetzen sei mit "kein Defizit". Fokalneurologische Defizite seien bei einer FSME zwar möglich, aber eher selten und keineswegs ein zwingendes Symptom einer schweren Verlaufsform (act. G3.1). Prof. N.____ führte weiter aus, es existiere zwar kein eigentlicher Standard zur Klassifikation des Schweregrades einer FSME-Erkrankung, es gebe jedoch einige Forschungsarbeiten, welche sich mit dieser Frage befassten. Wende man die darin erwähnten Kriterien auf den vorliegenden Fall an und berücksichtige die bei der Beschwerdeführerin bei Eintritt ins KSSG sehr hohe Zellzahl im Liquor (Pleozytose), so müsse von einer sehr schweren Form der FSME ausgegangen werden. Dr. K.____ habe es unterlassen, sich mit dem Schweregrad der FSME auseinanderzusetzen, was unter anderem angesichts der publizierten prospektiven und retrospektiven Studien zum Langzeitverlauf einer FSME nicht nachvollziehbar sei (act. G3.1). Dr. K.____ hielt als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – wie erwähnt (E. 2.2) – unter anderem einen Status nach FSME (Fremddiagnose) ohne neurologische sensomotorische Störungen fest (UV-act. 127). Daraus lässt sich schliessen, dass Dr. K.____ von einer ausgeheilten FSME ausging. Dem Gutachten lässt sich jedoch nicht entnehmen, wie er zu dieser Diagnose kam. Prof. N.____ brachte dagegen vor, entgegen der Annahme von Dr. K.____ gehe eine FSME typischerweise nicht mit sensomotorischen Ausfällen einher, sondern üblicherweise stehe

bei dieser Erkrankung die gesamte Hirnleistung im Vordergrund (act. G3.1). Wie Prof. N.____ zudem zu Recht vorbringt, setzte sich Dr. K.____ zwar vertieft mit den Kopfschmerzen der Beschwerdeführerin auseinander, ging jedoch nicht auf einen möglichen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Kopfschmerzen und der FSME ein. Prof. N.____ kritisierte, Dr. K.____ habe die Kopfschmerzen als alleinigen Grund für die beklagten Beschwerden identifiziert, diese jedoch ohne plausible Begründung als ohne Krankheitswert qualifiziert (vgl. UV-act. 127). Prof. N.____ bemängelte weiter, Dr. K.____ habe sich bei seiner Beurteilung der Kopfschmerzen nicht auf eine sorgfältige Anamnese gestützt. Die Kopfschmerzen hätten eindeutig mit der FSME angefangen und die Beschwerdeführerin könne das Auftreten der Kopfschmerzen gut beschreiben. Sie träten nämlich immer nur dann auf, wenn sie durch verschiedene externe Reizzustände in einen Überlastungszustand gerate. Diese Symptomatik sei geradezu typisch für Patienten mit einem schweren Zustand nach FSME. Die Kopfschmerzen seien eindeutig als sekundäre Symptome einer anderen Erkrankung (FSME) einzustufen. Die von Dr. K.____ empfohlene multimodale Kopfschmerzbehandlung eigne sich hingegen lediglich für die Behandlung primärer Kopfschmerzen. Die von Dr. K.____ gestellte Diagnose von chronischen Kopfschmerzen sei nicht begründet und die Beurteilung, wonach diese für das Störungsbild verantwortlich seien, sei evidenzlos (act. G3.1). Angesichts dieser Ausführungen von Prof. N.____ lässt sich die Beurteilung von Dr. K.____, wonach die Kopfschmerzen nicht mit der FSME in Zusammenhang stünden und nicht krankheitswertig seien, nicht nachvollziehen. Dr. K.____ beurteilte, die FSME habe zu keinen neurologischen Folgeschäden geführt. Er verwies bei seiner Einschätzung unter anderem auf ein am 18. November 2019 erstelltes MRI, welches den Verdacht auf eine diskrete Meningitis und eine sehr diskrete begleitende Encephalitis parietotemporookzipital beidseits sowie eine sehr diskrete Meningitis auch cerebellär beidseits ohne Nachweis einer abzessverdächtigen Flüssigkeitskolektion oder eines Hirnabszesses bei im Übrigen normalem kraniozerebralen Kernspintomogramm gezeigt habe (UV-act. 127, insb. UV-act. 127-32). Prof. N.____ kritisierte am 9. Juni 2022, Dr. K.____ bagatellisiere das schwere Krankheitsbild der Beschwerdeführerin, indem er durch Darstellung eines geringen Befundes im MRI suggeriere, dass es sich um eine milde Erkrankung gehandelt habe. Dr. K.____ habe dabei jedoch nicht berücksichtigt, dass die Bildgebung erst am achten Tag der Hospitalisation durchgeführt worden sei, als bereits eine klinische Besserung eingetreten gewesen sei. Zudem zeigten sich in den meisten Fällen einer FSME typischerweise in der MRI-Bildgebung keine oder nur diskrete Zeichen einer Encephalitis (act. G3.1). Rein aufgrund der vorliegenden Bildgebung kann die Unfallkausalität allfälliger neurologischer Beeinträchtigungen damit nicht verneint werden. Überhaupt erscheint vor diesem Hintergrund im Zusammenhang mit einer stattgehabten FSME-Erkrankung die bloße Feststellung von Dr. K.____, es sei kein strukturelles Defizit als Ätiologie der Symptomatik auszumachen, ungenügend (vgl. UV-act. 127-10). Bezüglich der weiterhin beklagten Müdigkeit der Beschwerdeführerin verwies Dr. K.____ auf das von ihm veranlasste MRI vom 7. Dezember 2021. Dieses hatte lediglich eine ca. 4mm messende Läsion links pontomesencephal ergeben, welche bereits in der Voruntersuchung vom 18. November 2019 vorhanden gewesen war (vgl. UV-act. 127-65). Dr. K.____ befand, bei der Beschwerdeführerin lägen kein Befall der relevanten Hirnregionen (Corpus callosum, hypophysäre-hypothalamische Achse, anatomische Verbindungen zwischen hinterem Hypothalamus und für die Wachheit verantwortliche Hinstammzentren) sowie keine postenzephalitischen strukturellen Läsionen vor, so dass auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen eine virusinduzierte Fatigue als überwiegend

unwahrscheinlich angenommen werden müsse (UV-act. 127-75). Prof. N.____ hielt dagegen überzeugend fest, die Argumentation von Dr. K.____ halte einer Prüfung der von jenem zitierten wissenschaftlichen Quellen nicht stand. Bei allen drei zitierten Arbeiten sei ein Kollektiv von Patienten mit Multipler Sklerose untersucht worden und zudem sei teilweise ein anderes bildgebendes Verfahren statt einer normalen MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Selbst wenn man die Aussagen auf eine virusinduzierte Fatigue übertragen würde, sei die Schlussfolgerung von Dr. K.____, wonach die Verneinung einer strukturellen Läsion in der konventionellen Bildgebung eine virusinduzierte Fatigue ausschliesse, in den zitierten Arbeiten nicht enthalten. Die Arbeiten, zum Teil erhoben mit modifizierten MRI-Verfahren, zeigten Assoziationen mit gewissen Befunden. Doch selbst in diesen Arbeiten mit Patienten, welche an Multipler Sklerose litten, fänden sich nicht bei allen untersuchten Patienten mit Fatigue eine strukturelle Veränderung. Die von Dr. K.____ gemachten Aussagen seien in höchstem Grade unwissenschaftlich. Er suggeriere eine Aussage, die aus den zitierten Arbeiten in keiner Weise abgeleitet werden könne (act. G3.1). Damit ist die Schlussfolgerung von Dr. K.____, wonach die Fatigue der Beschwerdeführerin nicht auf die FSME zurückzuführen sei, nicht überzeugend. Insgesamt wird das Gutachten von Dr. K.____ damit durch die Beurteilung von Prof. N.____ in Zweifel gezogen. Dieser Ansicht war offenbar auch die IV-Stelle, zumal sie nach Kenntnis des Privatgutachtens von Prof. N.____ ihre Verfügung vom 5. April 2022 widerrief und Rückfragen bei Dr. K.____ stellte (vgl. IV-act. 101, 135). Auch nach Eingang der diesbezüglichen Stellungnahme von Dr. K.____ (vgl. IV-act. 137) erachtete die IV-Stelle es in Rücksprache mit der zuständigen RAD-Ärztin als noch nicht möglich, abschliessend über die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. K.____ zu entscheiden (IV-act. 138). Mit Schreiben vom 18. November 2022 sistierte sie ihre Abklärungen bis zum Eingang des vorliegenden Gerichtsentscheids (IV-act. 139). Das Privatgutachten von Prof. N.____ ist insofern nicht geeignet, die vorliegend umstrittenen Rechtsfragen abschliessend zu klären, als er – wie auch Dr. M.____ vorbrachte (vgl. act. G7.1) – keine eigene neurokognitive bzw. neuropsychologische Prüfung durchführte. Zudem sind seine Äusserungen teilweise theoretischer Natur und beziehen sich nicht auf den konkreten Fall der Beschwerdeführerin (act. G3.1). Schliesslich lassen sich aus seiner Beurteilung auch keine konkreten Rückschlüsse zur Beantwortung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin ziehen. Die Berichte der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin sind ebenfalls nicht geeignet, um die vorliegend relevanten Fragen abschliessend zu klären. Sie geben jedoch – wie nachfolgend (E. 2.4.1 f.) ausgeführt – auch Anlass dazu, die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 11. Februar 2022 bzw. die Verneinung einer darüber hinaus bestehenden Unfallkausalität der Beschwerden in Frage zu stellen. Dr. I.____ führte am 2. Mai 2022 aus, die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nicht nur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, sondern mit Eindeutigkeit auf den im Oktober 2019 stattgefundenen Zeckenstich zurückzuführen. Die Voraussetzungen für das Vorliegen postmeningoenzephalitischer Störungen (durchgemachte Meningoenzephalitis, Auftreten der Beschwerden während oder kurz nach der akuten Phase der Erkrankung, Ausschluss anderer Ursachen wie z.B. Depressionen) seien bei der Beschwerdeführerin alle erfüllt. Der Entscheid der IV-Stelle basiere auf einer neuropsychologischen Begutachtung, welche nicht adäquat durchgeführt worden sei und daher wiederholt werden müsste (act. G1.3). Wie Dr. I.____ selbst vorbrachte, begründete er seine Einschätzung im Wesentlichen mit der Formel "post hoc ergo propter hoc". Diese ist jedoch nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit

weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Auch seinen weiteren Stellungnahmen ist bezüglich der Beurteilung des Kausalzusammenhangs keine überzeugende Begründung zu entnehmen. Dr. I.____ bemängelte jedoch – wie Prof. N.____ (vgl. E. 2.2) – mehrfach die von Dr. K.____ erstellte Begutachtung. (vgl. insb. UV-act. 137-3 ff., ausserdem UV-act. 102, 113). Zudem stellte Dr. I.____ auch die neuropsychologische Untersuchung von Neuropsychologin L.____ (IV-act. 93) in Frage. Er führte aus, diese habe eine leichte neuropsychologische Störung festgestellt, was jedoch nicht der Realität entspreche. Die Testung habe in erholtem Zustand begonnen und nach drei Stunden wegen Erschöpfung abgebrochen werden müssen. Nach Angaben der Beschwerdeführerin habe entgegen der Bemerkung im Gutachten eine nochmalige Überprüfung der Alertness am Ende der Untersuchung nicht durchgeführt werden können (UV-act. 137-3 ff.). Diese Kritik ist insofern nachvollziehbar, als Neuropsychologin L.____ in ihrer Beurteilung als Verhaltensbeobachtung festgehalten hatte, das allgemeine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsniveau sei schwankend. Die Beschwerdeführerin habe bereits ca. 15 Minuten nach Beginn der Exploration ein aufkommendes Surren im Kopf beklagt. Sie habe nach ca. 45 Minuten vermehrt zu gähnen begonnen und nach einer Stunde eine erste Pause erbeten. Nach einer zweiten Pause habe sie angegeben, dass die Untersuchung sie deutlich anstrengte. Am Ende der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin dann heftig geweint und gesagt, sie hätte schon viel früher mit der Exploration aufhören wollen, jedoch Angst gehabt, deswegen ihren Fahrausweis zu verlieren (IV-act. 93-6). Eine durch die neuropsychologische Untersuchung verursachte Überforderung bzw. einen "Nervenzusammenbruch" ergibt sich auch aus der E-Mail der Beschwerdeführerin vom 30. November 2021 an Dr. K.____ (vgl. act. G1.5, vgl. auch Angaben in der Beschwerde act. G1, S. 9). Die behandelnden Neuropsychologinnen der Ambulanten Reha G.____ befanden am 17. Mai 2022, Neuropsychologin L.____ habe der kognitiven Belastbarkeitsminderung im Rahmen der Beurteilung des Schweregrades der neuropsychologischen Störung keine Rechnung getragen. Auch habe sie die reduzierte affektive Belastbarkeit und erhöhte Stressanfälligkeit, welche bei fehlenden vorbestehenden affektiven Störungen ebenfalls als Folge der FSME-Infektion zu interpretieren seien, nicht in die Beurteilung des Schweregrades der neuropsychologischen Störung miteinbezogen. Aus der kognitiven und affektiven Belastbarkeitsreduktion resultierende mögliche Limitationen der Alltagsfunktionalität seien im neuropsychologischen Gutachten nicht bzw. nicht in ausreichendem Umfang aufgezeigt worden. Bei der Interpretation der Testergebnisse sei der Umstand, dass die Leistungen im Rahmen einer zeitlich begrenzten, klar strukturierten und von äusseren Störeinflüssen weitgehend freien Untersuchungssituation erzielt worden seien, kaum berücksichtigt worden. Im Alltag sei von einer deutlich schlechteren kognitiven Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit auszugehen. Bei der Beschwerdeführerin liege eine mittelgradige neuropsychologische Störung vor (act. G1.4). Auch aus den früheren Berichten der behandelnden medizinischen Fachpersonen der Ambulanten Reha G.____ ergibt sich eine wesentlich stärkere Einschränkung der Beschwerdeführerin im Alltag sowie für eine Arbeitstätigkeit, als diese von Neuropsychologin L.____ beurteilt wurde (vgl. u.a. UV-act. 137-6 ff.). Zusammenfassend lässt sich anhand der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 11. Februar 2022 hinaus noch unfallkausale Beschwerden bestanden. Folglich ist ein darüberhinausgehender Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nicht beurteilbar und die vorliegende Streitsache damit noch nicht spruchreif. Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich weitere medizinische Abklärungen –

vorzugsweise in Form eines polydisziplinären verwaltungsexternen Gutachtens – zu tätigen und gestützt darauf neu über den Leistungsanspruch (Einstellung der vorübergehenden Leistungen sowie allenfalls Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung) zu verfügen. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 22. April 2022 dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f bis ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen gilt auch eine Rückweisung, falls diese durch die Gegenpartei verursacht wurde (BGE 110 V 54 E. 3a). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin die Kosten des Gutachtens von Prof. N.____ geltend (act. G3). Die Honorarnote für den unfallversicherungsrechtlichen Teil desselben beläuft sich auf Fr. 2'961.75 (act. G3.2; vgl. auch Verfügung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juli 2022, IV 2022/69, E. 5.1, in IV-act. 123). Die Entschädigung für Parteikosten bestimmt sich gemäss Art. 61 ATSG nach dem kantonalen Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1), soweit nicht bundesrechtliche Mindestbestimmungen zu beachten sind. Anspruch auf Ersatz der Parteikosten hat – wie erwähnt – die obsiegende beschwerdeführende Person (Art. 61 lit. g ATSG). Gemäss Art. 98 Abs. 2 VRP werden ausseramtliche Kosten entschädigt, soweit sie aufgrund der Sach- oder Rechtslage notwendig und angemessen erscheinen. Unter die ausseramtlichen Kosten fallen gemäss herrschender Lehre auch die Kosten für Gutachten, welche im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht eingereicht wurden (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 61 N 216). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die Kosten privat eingeholter Gutachten dann zu vergüten, wenn die Parteiparteilichkeit für den Ausgang des Verfahrens unerlässlich war. Als unerlässlich gilt ein Gutachten, falls es den Verfahrensausgang entscheidend beeinflusst (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2010, 8C_388/2010, E. 10.2 mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/2006, E. 3). Dies ist regelmässig der Fall, falls aufgrund eines Gutachtens erstellt ist, dass der medizinische Sachverhalt nur ungenügend abgeklärt wurde (z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 9C_49/2014, E. 5 f.). Bei einer Rückweisung zur erneuten Abklärung (volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei) sind auch die privat eingeholten Gutachten zu vergüten, sofern sie für den Entscheid unerlässlich waren (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2019, 8C_27/2019, E. 7). Es ist dabei nicht nötig, dass abschliessend auf ein Parteigutachten abgestellt werden kann. Es genügt, dass aufgrund des Gutachtens zusätzliche Abklärungen nötig erscheinen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.2 f, und vom 7. Dezember 2010, 8C_388/2010, E. 10.2). Geprüft werden muss folglich nur, ob das Gutachten gemäss Art. 98 Abs. 2 VRP als notwendig und angemessen für die Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin angesehen werden kann. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid

vom 22. April 2022 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. M.____, welcher sich wiederum auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. K.____ vom 24. Dezember 2021 bezog. Wie sich aus den vorstehenden Erwägungen (E. 2.2 ff.) ergibt, wurde dieses insbesondere durch das Privatgutachten von Prof. N.____ in Zweifel gezogen. Da das Privatgutachten von Prof. N.____ wesentliche Mängel am bidisziplinären Gutachten von Dr. K.____ aufzeigte, hat es den vorliegenden Verfahrensausgang entscheidend beeinflusst. Die anteiligen Kosten des Gutachtens in Höhe von Fr. 2'961.75 erscheinen aufgrund der fachlichen Komplexität und des Umfangs des Falls (das Gutachten von Prof. K.____ umfasste über 100 Seiten) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat diese der Beschwerdeführerin zu erstatten. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 22. April 2022 im Sinne der Erwägungen insofern gutgeheissen, als die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin die Kosten von Fr. 2'961.75 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) für das Gutachten von Prof. em. Dr. N.____ zu bezahlen.

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