

## **SO\_GERICHTE VSBES.2018.56 vom 18. Januar 2018**

SO Obergericht, 2018-01-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.56)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.56 du 18 janvier 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.56 del 18 gennaio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2018 sei aufzuheben.

#### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über das Datum vom 28. Februar 2017 hinaus Taggelder und die Übernahme von Heilbehandlungskosten aus dem Ereignis vom 17. Mai 2015 zu erbringen.

#### **E. 3**

Eventuell: Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin aus dem Ereignis vom 17. Mai 2015 mit Wirkung ab 1. März 2017 eine Erwerbsunfähigkeitsrente und eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten.

#### **E. 3.7**

hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat diese Prüfung nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) vorgenommen. Dies wurde im Einsprache- und im Beschwerdeverfahren nicht beanstandet (die Kritik der Beschwerdeführerin richtete sich jeweils gegen die Notwendigkeit einer Adäquanzprüfung als solche) und gibt auch keinen Anlass zu einer Korrektur. Bei der Beurteilung der Adäquanzkriterien (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140) ist somit nur der beim Unfall erlittene somatische Gesundheitsschaden zu berücksichtigen. Unter diesem Gesichtswinkel kann keines der Adäquanzkriterien als erfüllt gelten. Die Beschwerdegegnerin hat somit den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 17. Mai 2015 und den über den 28. Februar 2017 hinaus fortbestehenden Beschwerden zu Recht verneint. 9.3 Mit der Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs entfällt auch ein Rentenanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin. Der von der Beschwerdeführerin angerufene Art. 36 Abs. 2 UVG gelangt nur dann zur Anwendung, wenn weiterhin eine (teilweise) Unfallkausalität besteht (BGE 126 V 116). 10. Nach den vorstehenden Erwägungen ist auch die Anosmie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine unfallkausale, organisch (bildgebend) nachweisbare Ursache zurückzuführen (vgl. E. II. 7.7 hiervor). Da die adäquate Kausalität zu verneinen ist, hat sie als unfallfremd zu gelten. Somit besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wegen Verlusts des Geruchssinnes. 11. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Unfallereignis vom 17. Mai 2015 zu Recht mit dem 28. Februar 2017 eingestellt. Die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Vernehmlassung vom 16. April 2018 (A.S. 31 ff.) auf Abweisung der Beschwerde. 5. Die Beschwerdeführerin bekräftigt mit Replik vom 4. Juni 2018 (A.S. 46) ihren Standpunkt.

6. Mit Verfügung vom 15. Juni 2018 (A.S. 47) werden die Akten der Invalidenversicherung beigezogen. 7. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 31. Oktober 2018 seine Kostennote ein (A.S. 50 ff.). 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form; örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht mit dem 28. Februar 2017 eingestellt hat. 2. Die Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Nach der Übergangsbestimmung zu dieser Änderung werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Auf das hier zu beurteilende Ereignis vom 17. Mai 2015 ist demnach das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar. 3. 3.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 3.2 Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat er Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG). Nach Art. 17 UVG beträgt das Taggeld bei voller Arbeitsunfähigkeit (Art.

## **E. 6**

ATSG) 80 Prozent des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt. 3.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). 3.4 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht

(BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 3.5 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht; dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. 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 nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis). 3.6 Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17 8C\_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2). 3.7 Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischenliegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f. mit Hinweisen). Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder eines Schädel-Hirntraumas mit nachfolgendem Auftreten des sogenannten typischen Beschwerdebildes (vgl. BGE 117 V 369 E. 4b S. 382 f.) gelangt die mit BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. modifizierte Rechtsprechung zur Anwendung. 4. 4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes

wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.2 mit Hinweisen, 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1).

4.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C\_474/2016 vom 23. Januar 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_352/2015, 8C\_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtspredungsgemäss hat sich die gerichtliche Prüfung auf den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids – hier vom 18. Januar 2018 – zu beschränken (vgl. BGE 143 V 395 E. 4.1.2 S. 299 f.).

4.4 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

4.5 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf

Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 354). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweis). 5. Den medizinischen Unterlagen und den Berichten über die neuropsychologischen Untersuchungen lassen sich insbesondere die folgenden relevanten Informationen entnehmen: 5.1 Anfang Februar 2014 meldete sich die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf ein psychisches Leiden (Depression) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Der Arbeitgeberbescheinigung der H.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sie vom 1. März 1992 bis 30. April 2014 (Betriebsschliessung) als Geschäftsführerin mit einem Pensum von 100 % angestellt war, wobei ab dem 22. März 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorlag (IV-Nr. 9). Inhaber der H.\_\_\_\_ war der damalige Ehemann der Beschwerdeführerin. 5.2 Vom 21. Mai 2014 bis 13. August 2014 befand sich die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung in der Privatklinik I.\_\_\_\_. Deren Austrittsbericht vom 19. August 2014 (Suva-Nr. 54) nennt als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Die Beschwerdeführerin sei im Zusammenhang mit einer schwierigen privaten Situation (Trennungsankündigung des Ehemanns im März 2013 nach 25-jähriger Ehe, anschliessend Scheidungsverfahren) und nach dem Verlust des Arbeitsplatzes (in der auf den Ehemann registrierten Brockenstube) im April 2014 in die Klinik eingetreten. Zum Psychostatus wird festgehalten, die Beschwerdeführerin berichte subjektiv von Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Objektiv hätten Gedächtnisstörungen festgestellt werden können, die Beschwerdeführerin habe sich an ihre Kindheit fast nicht mehr erinnern können. Die Beschwerdeführerin berichte von Zukunftsängsten im Zusammenhang mit der finanziellen Situation und der plötzlichen Veränderung der Lebensumstände sowie von Zwangshandlungen. Es bestehe eine leichte Geschmacksveränderung und eine Geruchsveränderung. Affektiv sei die Beschwerdeführerin niedergestimmt, ratlos, hilflos, sehr weinerlich, innerlich unruhig. Es bestehe eine erhebliche Antriebs- und Energieminderung. In der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung seien eine schwere Verlangsamung sowie mehrheitlich schwere Defizite im Bereich der basalen und komplexen Aufmerksamkeitsfunktionen im Vordergrund gestanden. Ferner seien das Lernen und das verbal-episodische Gedächtnis mittelschwer reduziert, wobei es sich um eine Speicherstörung handle. Zudem seien Teilaspekte der exekutiven Funktionen (verbale und figurale Flüssigkeit, Konzeptfindung und adaptive Flexibilität) mittelschwer bis schwer beeinträchtigt. Das kognitive Profil weise primär subkortikale Defizite auf. Die Befunde würden als mittelschwere kognitive Störung beurteilt. Als Erklärung für die kognitive Minderleistung komme ursächlich in erster Linie das depressive Zustandsbild in Frage. 5.3 Im Anschluss an den Aufenthalt in der Privatklinik I.\_\_\_\_ wurde die Beschwerdeführerin vom 18. August 2014 bis

November 2014 in der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_ behandelt. Deren Austrittsbericht vom 5. Januar 2015 (IV-Nr. 38 S. 5 ff.) nennt als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), mit/bei Zerrüttung der Familie durch Trennung und positiver Familienanamnese für affektive Erkrankungen, eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur mit vor allem abhängigen und vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1) sowie eine mittelgradige kognitive Störung im August 2014, wahrscheinlich im Rahmen der affektiven Erkrankung (subcorticales Profil [Testung Juli 2014, Privatklinik I.\_\_\_\_], MRI Neurocranium: Minimer Substanzverlust frontal beidseits, klinisch unspezifische Gliosen).

5.4 Am Unfalltag, dem 17. Mai 2015, wurden im Spital B.\_\_\_\_ CT-Untersuchungen des Gesichtsschädels, des Gehirnschädels und der Halswirbelsäule (HWS) durchgeführt. Laut der entsprechenden Beurteilung (Suva-Nr. 119 S. 3) zeigte sich eine diskrete Kontusion frontal rechts mit wenig Blut subarachnoidal und entlang des frontalen Pols rechts bis zur Falx. Keine grössere Einblutung und keine Hinweise auf eine Hirnschädigung. Kein Frakturnachweis, weder an der Schädelkalotte noch im Gesichtsbereich bzw. der Schädelbasis und auch keine Fraktur an der HWS. Es zeigten sich dort aber deutliche degenerative Veränderungen und eine Fehlhaltung bei Rotation des Kopfes bzw. Streckhaltung im Halskragen.

Eine MRI-Untersuchung des Gehirnschädels vom 22. Mai 2015 ergab laut der entsprechenden Beurteilung (Suva-Nr. 119 S. 5), welche auch im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 15. September 2014 erfolgen konnte, einen Hinweis auf kleinere Blutungsareale im Sinne von Kontusionsherden im Bereich des Gyrus rectus beidseits paramedian sowie retroorbital im Bereich des frontobasalen Anteils des Frontallappens rechts. Unveränderte multiple kleinere gliotische Prozesse im Bereich des frontalen Marklagers beidseits, unverändert im Vergleich zur Voruntersuchung im Sinne der initialen Mikroangiopathie, unveränderte mässiggradige Erweiterungen der äusseren Liquorräume bifrontal. Es fanden sich kein Anhalt für einen Infarkt, keine Mittellinienverlagerung/Liquorzirkulationsstörung sowie keine Raumforderung oder Hinweise auf einen florid-entzündlichen Prozess.

5.5 Der Bericht des Spitals B.\_\_\_\_, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, vom 28. Mai 2015 (Suva-Nr. 1) nennt als Hauptdiagnose ein Schädelhirntrauma mit kleiner Subarachnoidalblutung frontal und diskreter Kontusionsblutung, rechts mehr als links, eine Rissquetschwunde V-förmig am Hinterkopf (1.5 x 1.5 cm) sowie einen Drehschwindel. Als Nebendiagnose wird ein Status nach schwerer Depression (7-monatiger Aufenthalt im Spital K.\_\_\_\_) erwähnt. Die Beschwerdeführerin sei durch den Rettungsdienst zugewiesen worden, nachdem sie mit dem Fahrrad von einem Motorrad touchiert worden und auf den Hinterkopf gefallen sei. Es hätten keine Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen und keine Übelkeit vorgelegen. Die Beschwerdeführerin sei zu jedem Zeitpunkt ansprechbar gewesen und könne Angaben zum gesamten Unfallhergang machen. Sie sei bei Eintritt in allen Qualitäten orientiert gewesen, bei schockiertem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand, GCS 15/15. Sie sei zunächst zur Überwachung auf die interdisziplinäre Intensivstation aufgenommen und später auf die chirurgische Normalstation verlegt worden. Während des Aufenthalts habe sie über Kopf- und Unterkieferschmerzen geklagt, welche unter Medikation regredient gewesen seien. Weiter habe ein bewegungsabhängiger Schwindel vorgelegen. Neurologisch habe sich kein pathologischer Befund ergeben, es sei von einer contusio labyrinthii ausgegangen worden. Die Kollegen der Klinik für Hals-,

Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO) hätten zunächst einen posttraumatischen BPLS (benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) vermutet; später sei ein HNO-Schwindel ausgeschlossen worden (vgl. auch den Konsiliumsbericht der Klinik für HNO vom 21. Mai 2015, Suva-Nr. 64). Die neurologische Überwachung sei während des gesamten Aufenthalts bis auf den persistierenden Schwindel unauffällig geblieben. Bei Besserung des Schwindels und der Schmerzsymptomatik könne die Beschwerdeführerin am 29. Mai 2015 nach Hause entlassen werden.

5.6 Die MRT-Untersuchung des Neurocraniums mit inneren Gehörgängen ergab gemäss dem Bericht der L. \_\_\_ vom 23. Juni 2015 frontobasale Parenchymkontusionen beidseits in den Sinus recti, den Falx angrenzend, sowie in unmittelbarer Nähe eine leichte Asymmetrie der Bulbi olfactorii als Korrelate für die angegebene Anosmie. Ansonsten sei der Befund unauffällig (Suva-Nr. 39).

5.7 Der behandelnde Arzt Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, überwies die Beschwerdeführerin am 29. Juni 2015 zur neurologischen Untersuchung an Dr. med. D. \_\_\_. Im Überweisungsschreiben (Suva-Nr. 59 S. 3 f.) führte er aus, die Beschwerdeführerin beklage sich seit dem Unfall über einen hartnäckigen und therapieresistenten Drehschwindel, vor allem bei Lagewechsel. Die HNO-ärztliche Untersuchung habe keine sichere Schwindelursache bzw. kein organisches Korrelat dafür ergeben. Die bisherigen Physiotherapiesitzungen hätten keinen nennenswerten Beschwerderückgang gebracht. Ausserdem sei die psychische Belastung aufgrund der Anosmie erheblich.

Der Neurologe Dr. med. D. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. September 2015 (Suva-Nr. 32) einen Status nach contusio cerebri am 17. Mai 2015 (bifrontale Kontusionsherde, aktuell neurologisch unauffällig) und eine vorbestehende Depression. In der Beurteilung führt der Arzt aus, die aktuelle Untersuchung zeige eine nicht belastbare Patientin, bereits die neurologische Untersuchung sei für sie sehr anstrengend. Es werde eine bilaterale Anosmie für Kaffee angegeben, erstaunlich seien dann die Resultate der Geschmackssinnprüfung und der trigeminalen Reizung mit Salmiak, weil Salmiak nicht über den Geruchsnerv wahrgenommen werde. Auch das Vorliegen einer Ageusie bezweifle er bei der Patientin, sie habe immerhin zwei von vier Geschmacksproben erkannt. Das Vorliegen einer Anosmie sei gut möglich, insbesondere aufgrund der nachgewiesenen Kontusionsherde. Im vorliegenden MRI des Kopfes vom 23. Juni 2015 aus der L. \_\_\_ in [...] seien die Kontusionsherde seines Erachtens aber sehr klein und beschränkten sich auf den Gyrus rectus beidseits im Bereich der Frontobasis. Den Schwindel könne er, Dr. med. D. \_\_\_, ebenfalls nicht klar einem organischen Korrelat zuordnen, ein Lagerungsschwindel lasse sich nicht nachweisen. Die diesbezüglichen anamnetischen Angaben seien nicht ganz konklusiv, weil es sich nicht nur um einen kurzen Lagerungsschwindel handle, sondern auch um einen wahrscheinlich phobischen Schwindel beim Augenschliessen. Die aktuelle Situation sei in Anbetracht der vorbestehenden schweren Depression natürlich nur schwierig einzustufen. Die aktuell noch bestehenden Kopfschmerzen entsprächen am ehesten einem Spannungskopfweg, welches wahrscheinlich durch die psychische Problematik getriggert werde. Abgesehen von der Anosmie fänden sich keine fokalen sensomotorischen Defizite, das EEG zeige keine Hinweise für ein epileptisches Geschehen. In dieser Situation zeige sich somit eine gewisse Diskrepanz zwischen dem radiologischen Befund einer leichtgradigen Contusio cerebri und dem klinischen Verlauf nach dem Unfall, wo eine Bewusstlosigkeit eigentlich nicht dokumentiert worden sei, so dass klinisch

lediglich von einer contusio capitis und nicht einmal von einer commotio cerebri gesprochen werden könne. Die nachgewiesenen sehr kleinen Kontusionsherde frontobasal seien seines Erachtens klinisch, abgesehen für die Anosmie, kaum relevant und dürften auch kognitiv keine bedeutenden Auswirkungen haben. Die Wach-EEG-Ableitung vom 28. August 2015 beurteilte Dr. med. D.\_\_\_\_ als altersgerecht normal (Suva-Nr. 32 S. 4).

5.8 Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 12. Januar 2016 (Suva-Nr. 59) aus, die Beschwerdeführerin sei seit ihrem Velosturz wiederholt in der Sprechstunde erschienen und habe folgende Symptome beklagt: Eine komplette Anosmie, Schwindelattacken beim Nachvorne-Beugen, eine extreme Müdigkeit und Erschöpfung, immer wiederkehrende Nackenschmerzen. Ausserdem habe sie Wortfindungsstörungen, könne plötzlich Gegenstände nicht mehr benennen, vergesse Termine und die Namen von Medikamenten und habe zu Hause mehrmals Fehlhandlungen begangen (Offenlassen der Haustüre, Brennenlassen des Herdes, usw.). Er, Dr. med. E.\_\_\_\_, habe vermutet, dass die Patientin infolge ihrer frontalen Kontusionsblutungen neuropsychologische Defizite aufweise, und sie deshalb zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Leider sei es im Verlauf des Herbstes wieder zu einer Zunahme der bekannten depressiven Störung gekommen. Er habe die Beschwerdeführerin deshalb zur stationären psychiatrischen Betreuung in die Privatklinik N.\_\_\_\_ eingewiesen. Im Einweisungsschreiben habe er gebeten, es sei auch eine neuropsychologische Beurteilung vorzunehmen hinsichtlich möglicher kognitiver Defizite, welche die Patientin durch das Schädelhirntrauma erlitten habe und welche möglicherweise zu objektivieren seien.

5.9 Im Austrittsbericht der Privatklinik N.\_\_\_\_ vom 1. April 2016 (Suva-Nr. 71) über den Aufenthalt, der vom 1. Februar 2016 bis 25. März 2016 dauerte, wird eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), im Rahmen einer Scheidungssituation (Z63.0) diagnostiziert. Bei Austritt sei die Konzentration ohne Befund, die Wahrnehmungs- und Auffassungsfähigkeit erhalten gewesen. Es gebe keine Hinweise für Befürchtungen und Zwänge. Das Denken sei formal eingengt auf die depressive Symptomatik und die Erschöpfung. Es bestünden keine Hinweise für Ich-Störungen. Ein affektiver Rapport sei nur bedingt herstellbar, die Schwingungsfähigkeit auf den unteren Skalenbereich beschränkt. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin deprimiert und berichte von starken Trennungsschmerzen.

5.10 Da die Privatklinik N.\_\_\_\_ keine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt hatte (vgl. Suva-Nr. 68), fand eine solche durch eine Psychologin und einen Psychologen des Spitals B.\_\_\_\_ statt. Der entsprechende Bericht vom 4. Juli 2016 (Suva-Nr. 86) stützt sich neben der neuropsychologischen Abklärung auf das Zuweisungsschreiben von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 19. April 2016 (Suva-Nr. 74), den Austrittsbericht der Privatklinik N.\_\_\_\_ vom 1. April 2016 (Suva-Nr. 71) sowie Angaben der Patientin und telefonische Auskünfte eines Freundes der Beschwerdeführerin. Laut dem Bericht ergaben sich folgende kognitive Defizite: Mehrere Aufmerksamkeitsfunktionen seien beeinträchtigt. Was das Gedächtnis anbelange, seien bezüglich einfachem verbalem Material die Lernfähigkeit stark und der Abruf leicht beeinträchtigt, bezüglich komplexem verbalem Material sei der Abruf mittelschwer beeinträchtigt, während das visuelle Gedächtnis unauffällig sei. Bei den exekutiven Funktionen seien die verbale Ideenproduktion in der Qualität unauffällig bei mittelschwer beeinträchtigtem Arbeitstempo, die visuelle Ideenproduktion in der Qualität unauffällig bei stark beeinträchtigtem Arbeitstempo, die visuo-verbale Interferenzunterdrückung in der Qualität leicht beeinträchtigt bei stark reduziertem

Arbeitstempo, das Erkennen von Konzepten mittelschwer beeinträchtigt. Zudem liege eine stark verminderte mentale Belastbarkeit vor. Klinisch seien Wortfindungsstörungen, eine deutliche Verlangsamung und starke Konzentrationsstörungen im Sinne von Phasen fehlender Reaktion auf die Stimulusreize eines Tests beobachtet worden. Die Befunde seien insgesamt mit einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionseinschränkung vereinbar. Das neuropsychologische Ausfallprofil sei gut vereinbar mit der Contusio cerebri vom Mai 2015 sowie der Depression der Patientin. Aufgrund der eigenen wie auch der fremdanamnestischen Angaben (telefonische Angaben eines Freundes, vgl. Suva-Nr. 86 S. 2 f.) bestünden kognitive Einschränkungen erst seit dem Unfall, was darauf hindeute, dass die Beeinträchtigungen vor allem auf letzteren zurückzuführen seien. Auch die Diskrepanz zwischen verbalen und visuellen Gedächtnisleistungen spreche für eine hirnorganische Ursache. Empfohlen würden eine Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Depression sowie eine EEG-Untersuchung zum Ausschluss eines epileptischen Geschehens als Ursache der phasenweise fehlenden Reaktionen, die bei der Untersuchung beobachtet und fremdanamnestisch beschrieben worden seien.

Eine elektroenzephalographische Untersuchung, welche entsprechend dieser Empfehlung im Spital B.\_\_\_\_ zum Ausschluss eines epileptischen Geschehens durchgeführt wurde, ergab keine für Epilepsie beweisenden Befunde und insgesamt einzig sehr diskrete Funktionsstörungen (Bericht vom 15. September 2016, Suva-Nr. 100; vgl. auch schon die EEG-Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. August 2015, Suva-Nr. 32 S. 4).

5.11 Dr. med. F.\_\_\_\_, Neurologie FMH, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom Suva-Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin führen in ihrer neurologischen Beurteilung vom 25. November 2016 (Suva-Nr. 108) aus, bei der Beschwerdeführerin liege gemäss einer kranialen Magnetresonanztomographie (MRT) vom 20. Juni 2015 eine kleine relativ umschriebene strukturelle fokale Läsion an der Frontobasis falxnah beidseits der Gyri recti vor. Der Befund des Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_ sei nachvollziehbar. Grundsätzlich bestehe somit eine organische Ursache für ein etwaiges neuropsychologisches Defizit. Es sprächen jedoch Argumente gegen einen Kausalzusammenhang der kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigung zum Unfall. Klinisch hätten nach dem Unfall zwar deutliche neuropsychologische Defizite mit Einschränkungen der Aufmerksamkeit unter Mitbeteiligung der Gedächtnisfunktion und der exekutiven Funktionen bestanden, welche mit der neuropsychologischen Testung (Bericht vom 4. Juli 2016) dokumentiert worden seien. Neuropsychologische Defizite hätten jedoch bereits im Vorzustand (in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der psychischen Gesundheitsstörung) bestanden. Eine ähnliche neuropsychologische Konstellation sei bereits vor dem Unfallgeschehen, während des Aufenthalts vom 21. Mai 2014 bis 13. August 2014 in der Privatklinik I.\_\_\_\_, dokumentiert worden. Somit müsse dieses neuropsychologische Defizit als vorbestehend zum Unfallgeschehen betrachtet werden. Ferner sei zu berücksichtigen, dass während des psychiatrischen Aufenthalts in der Privatklinik N.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2016 bis 20. März 2016 Konzentration und Gedächtnis im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung als nicht pathologisch beurteilt worden seien. Eine Befundverschlechterung nach dem Unfallereignis vom 17. Mai 2015 sei somit nicht ausgewiesen. Die behandelnden Psychiater seien sogar von einer Befundbesserung der kognitiven Funktionen ausgegangen. Dieser Verlauf spreche gegen einen Kausalzusammenhang der kognitiven Beeinträchtigung mit dem Unfall. Ausserdem seien die beschriebenen fokal strukturellen Veränderungen bei entsprechender Lokalisation falxnah im Bereich der Schädelbasis und Mantelkante mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit neuroanatomisch nicht mit der geschilderten neuropsychologischen Ausfallsymptomatik in Verbindung zu setzen.

In ihrer Schlussfolgerung halten Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, bereits vor dem Unfall vom 17. Mai 2015 sei eine Depression mit Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit bekannt gewesen. Durch den Unfall habe sich die Beschwerdeführerin eine bilddiagnostisch nachweisbare geringgradige Kontusion frontobasal, falxnah im Bereich des Gyrus rectus beidseits zugezogen. Unter Berücksichtigung des Vorzustandes und der dokumentierten neuropsychologischen Testergebnisse vor und nach dem Unfall sowie des Ausmasses und der Lokalisation der traumatischen Hirnverletzung könnten die kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Ferner liege bei fehlendem klinischem Nachweis einer Anosmie ein Integritätsschaden des Nervus olfaktorius nicht vor.

5.12 Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ nahm am 24. Januar 2017 zur Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ Stellung (Suva-Nr. 127). Er hält fest, es lägen eindeutige Dokumente vor, dass ähnliche bis gleiche neuropsychologische Defizite bereits anlässlich der Hospitalisation in I.\_\_\_\_, also vor dem Unfall, vorgelegen hätten. Ausserdem liege ein Schreiben der Privatklinik N.\_\_\_\_ vor, wonach sich die neuropsychologischen Defizite durch die stationär-psychiatrische Therapie deutlich verbessert hätten, was bei einer organisch fixierten Störung kaum erwartet werden könnte. Zudem seien die zweifelsohne vorhandenen strukturellen Läsionen im Gehirn an einem Ort lokalisiert, bei dessen Schädigung in der Regel keine der von der Patientin vorgebrachten Störungen vorkomme. Es falle deshalb schwer, Argumente zu finden, weshalb die zurzeit vorhandenen psychischen Probleme mit neuropsychologischen Ausfällen auf den erlittenen Velounfall bzw. das erlittene Schädelhirntrauma zurückzuführen seien. Hingegen denke er, dass gegen die Ausschliesslichkeit Argumente aufgeführt werden könnten. Sicher spiele die chronische Depression eine wesentliche Rolle in der Erklärungskette für die neuropsychologischen Fehlleistungen, doch hätten auch der Unfall bzw. dessen Verarbeitung zu einem gewissen Prozentsatz eine Rolle zu spielen. So werde bei der neuropsychologischen Untersuchung im Spital B.\_\_\_\_ festgehalten, dass die damaligen Ausfälle, die im Wesentlichen den heutigen entsprechen dürften, mit der Gehirnschädigung zusammen mit der Depression zu erklären seien. Er rege eine nochmalige neuropsychologische Untersuchung an, um fachärztlich zu differenzieren, welcher Anteil auf die Depression und welcher Anteil auf den Unfall zurückzuführen sei. Er würde auch in Abrede stellen, dass kein Integritätsschaden vorliege, auch wenn dieser «nicht 100 % natürlich» sei.

5.13 Die IV-Stelle holte ein externes psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein, das am 23. Juni 2017 vorgelegt wurde (IV-Akten [IV-Nr.] 67). Der Gutachter führt aus, die Beschwerdeführerin sei 2013 depressiv dekompenziert, als sie von einer Aussenbeziehung des Ehemannes erfahren habe und dieser schliesslich die Absicht geäussert habe, sich von ihr zu trennen. Im März 2013 habe sie psychiatrische Hilfe im Rahmen einer Anpassungsstörung und einer akuten Belastungsreaktion aufgenommen (vgl. IV-Nr. 47 S. 45 ff.) und sei anschliessend in ambulanter Behandlung gestanden. Vom 21. Mai 2014 bis 13. August 2014 sei sie in der Privatklinik I.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen, wo im Austrittsbericht (vgl. IV-Nr. 47 S. 35 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, angenommen worden sei. Während des Aufenthalts habe eine Besserung des affektiven Zustands erreicht

werden können. Im Bericht über die anschliessende Behandlung durch die psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_ (vom 18. August 2014 bis 7. November 2014; vgl. IV-Nr. 47 S. 32 ff.) werde aber weiterhin eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Seit 2013 bestehe ein dauerhaft depressiver Zustand, der allerdings im Ausmass etwas wechsele. Zumindest sei es während der ersten Hospitalisation zu einer deutlichen Besserung gekommen, die allerdings nicht lange angehalten habe, da bereits kurze Zeit später in der Tagesklinik (der psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_) ein mittelschwer depressiver Zustand angenommen worden sei. Eine Verschlechterung habe sich dann auch in der Folge nach dem Fahrradunfall im Mai 2016 (recte: 2015) abgezeichnet, indem die Beschwerdeführerin wieder in einen schwer depressiven Zustand verfallen sei, wie sich aus dem Austrittsbericht der Privatklinik N.\_\_\_\_ vom 1. April 2016 (vgl. IV-Nr. 47 S. 18 ff.) und den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. P.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 55 S. 2 ff.) ergebe. Es handle sich demnach nicht um eine rezidivierende depressive Störung, sondern um eine einzige depressive Episode. Die Explorandin zeige heute weiterhin deutliche Anzeichen eines depressiven Verhaltens. Es könne eine mindestens mittelschwere depressive Störung bestätigt werden. Eine schwere depressive Störung liege allerdings nicht vor, ansonsten die Beschwerdeführerin nicht in der Lage wäre, einige alltägliche Funktionen weiter auszuüben, auch wenn es eher wenige seien.

Die offensichtlichen kognitiven Schwierigkeiten seien nicht ohne weiteres klar auf gewisse Umstände zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin scheine schon in der Kindheit grosse schulische Schwierigkeiten gehabt und unter Konzentrationsschwierigkeiten gelitten zu haben. Es sei deswegen anzunehmen, dass schon vorgängig kognitive Beeinträchtigungen bestanden hätten. Durch die depressive Störung hätten sich diese kognitiven Leistungen sicher stark verschlechtert. Inwieweit allenfalls noch durch die Hirnverletzung eine zusätzliche Beeinträchtigung entstanden sei, lasse sich aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben allerdings nicht eruieren. Zumindest sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass möglicherweise vorbestehende kognitive Beeinträchtigungen bestanden hätten, die sich durch den psychischen Zustand verschlechtert hätten, sich durch den Unfall allenfalls dann noch akzentuiert hätten, den die Beschwerdeführerin im Mai 2016 (recte: 2015) erlitten habe. Dadurch sei die Beschwerdeführerin in der Planungsfähigkeit und Durchführung von Tätigkeiten massiv beeinträchtigt. Sie sei allgemein als stark vermindert belastbar einzustufen, sie könne ihren Zustand oft nicht mehr genügend willentlich beeinflussen, leide unter starken kognitiven und psychomotorischen Beeinträchtigungen, sei nicht mehr genügend verlässlich, stehe unter einer dauernden Anspannung, sodass es kaum möglich sein werde, sie in der freien Wirtschaft zu integrieren.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei ab März 2013 zu mindestens 50 % und seit Mai 2014 vollständig eingeschränkt. Was eine Verweistätigkeit anbelange, sei die Beschwerdeführerin theoretisch in der Lage, eine klar vorgegebene Aufgabe ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck etwa drei Stunden pro Tag zu verrichten. Es sei dabei auch von einer Leistungsminderung auszugehen, indem sie verlangsamt sei, bedingt durch die kognitiven Beeinträchtigungen, wodurch sich noch zusätzlich eine etwa 30%ige Leistungseinschränkung ergebe. Die Prognose sei unklar und tendenziell eher ungünstig, es zeichne sich eine Chronifizierung ab.

5.14 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV (RAD) gelangte am 27. September 2017 zum Schluss, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ sei voll beweiswertig. Die Beschwerdeführerin weise

sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr auf (IV-Nr. 77). Auf dieser Basis sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 (IV-Nr. 88) rückwirkend ab 1. August 2014 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu. Es handelt sich um das letzte Dokument in den Akten, welche die IV-Stelle dem Versicherungsgericht im Juni 2018 zustellte.

6.

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Leistungen für die Zeit ab 1. März 2017 verneint mit der Begründung, die ab diesem Zeitpunkt beklagten Beschwerden stünden in keinem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 17. Mai 2015. Die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall eine radiologisch nachweisbare strukturelle Hirnläsion zugezogen (geringgradige Kontusion frontobasal, falxnah im Bereich des Gyrus rectus beidseits). Indessen könnten die geklagten und durch die neuropsychologischen Abklärungen festgestellten kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf diese Läsion zurückgeführt werden. Da die geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht mit einer organisch objektivierbaren Unfallfolge erklärbar seien und auch psychische Beschwerden vorlägen, habe eine eigenständige Adäquanzbeurteilung Platz zu greifen. Diese führe zur Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Die Adäquanz sei nach Massgabe der Rechtsprechung zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) zu beurteilen. Der Unfall vom 17. Mai 2015 sei höchstens als mittelschwer im engeren Sinn zu bezeichnen. Die massgebenden Kriterien seien nicht erfüllt.

6.2 Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, die Beschwerdegegnerin habe die einzelnen medizinischen Beschwerden nicht differenziert und umfassend abgeklärt. Sie habe zwar bereits vor dem Unfall an Depressionen gelitten, die zu einem Teil für die neuropsychologischen Defizite verantwortlich gemacht werden könnten. Durch das Unfallereignis habe sich aber eine richtunggebende Verschlimmerung eingestellt. Zudem leide sie erst seit dem Unfall an übermässiger Müdigkeit, an Drehschwindel und an einer Beeinträchtigung des Geruchssinnes. Die Beschwerdegegnerin habe während einer Periode von 1 ¾ Jahren Leistungen erbracht und damit eindeutig die Unfallkausalität anerkannt, was sich auf die Beweislast auswirke. Es liege ein eigentliches Schädel-Hirntrauma und nicht nur ein sogenanntes mildes Schädelhirntrauma (MTBI) im Sinne einer Contusio oder einer Commotio cerebri vor. Da eine organische (Mit-)Ursache bildgebend festgestellt worden sei, entfalle die Notwendigkeit einer besonderen Adäquanzprüfung. Die unfallfremde Depression habe zwar zu einem früheren Zeitpunkt zu vergleichbaren neuropsychologischen Defiziten geführt. Indessen sei der depressive Zustand soweit remittiert gewesen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, eine Arbeit (wenn auch nur im Rahmen eines Teilpensums) aufzunehmen. In den neuropsychologischen Abklärungen seien die medizinischen Fachpersonen zum Ergebnis gelangt, das neuropsychologische Ausfallprofil sei gut vereinbar mit der Contusio cerebri vom Mai 2015 sowie der Depression der Patientin, und auch die Diskrepanz zwischen verbalen und visuellen Gedächtnisleistungen spreche für eine hirnorganische Ursache. Mit diesem Argument hätten sich die Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin nicht auseinandergesetzt. Auch der behandelnde Hausarzt Prof. Dr. med. E. \_\_\_ äussere Bedenken, die neuropsychologischen Defizite ausschliesslich dem Vorzustand anzulasten. Damit bringe der Hausarzt berechtigte Zweifel zum Ausdruck. Der behandelnde Psychiater

Dr. med. P.\_\_\_\_ weise ebenfalls darauf hin, dass der Unfall die ersten zaghaften Schritte in Richtung Reintegration in die Arbeitswelt zunichte gemacht habe. Er beschreibe den Zustand entsprechend einer Kombination aus einer vorbestehenden, schweren Depression mit somatischem Syndrom und einer posttraumatischen Hirnläsion mit deutlichen hirnorganischen Defiziten, welche sich wiederum negativ auf die Depression auswirkten. Es ergebe sich somit, dass eine unabhängige medizinische Abklärung durch neurologische und neuropsychologische Fachpersonen unabdingbar sei. Neben den neuropsychologischen Defiziten beklage die Beschwerdeführerin noch einen teilweisen Verlust des Geruchssinns, einen anhaltenden Drehschwindel und eine übermässige Müdigkeit bzw. Erschöpfung. Weder die Beeinträchtigung des Geruchssinns noch der Drehschwindel könnten dem Vorzustand (Depression) zugeschrieben werden. Der Neurologe Dr. med. D.\_\_\_\_ bezweifle das Vorliegen einer Anosmie (Verlust des Geruchssinns) nicht. In der zeitnah zum Unfall durchgeführten MRT-Untersuchung werde eine leichte Asymmetrie der Bulbi olfactorii mit hypertropher Darstellung der linken Seite als Korrelat für die angegebene Anosmie beschrieben. Dieser Nachweis einer Schädigung sei versicherungsmedizinisch nicht einmal diskutiert worden. Zur anhaltenden Schwindelproblematik und zur übermässigen Ermüdbarkeit und Erschöpfung nehme die Beschwerdegegnerin weder via ihre Versicherungsmediziner noch im Rahmen des Einspracheentscheids Stellung.

7. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht genügend abgeklärt hat. Die Beschwerdeführerin verneint dies sowohl in Bezug auf die neuropsychologischen Defizite (namentlich deren Unfallkausalität) als auch in Bezug auf weitere Symptome (Drehschwindel, Müdigkeit, Störung des Geruchssinns).

7.1 Den zeitnah zum Unfall erstellten Akten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einen Sturz auf den Hinterkopf erlitt, wobei keine Bewusstlosigkeit und keine Übelkeit vorlagen. Die Beschwerdeführerin war jederzeit ansprechbar, der Glasgow Coma Score (GCS) betrug 15 Punkte. Die Beschwerdeführerin klagte über Kopf- und Unterkieferschmerzen sowie über einen bewegungsabhängigen Schwindel. Am 29. Mai 2015 wurde die Beschwerdeführerin bei Besserung des Schwindels und der Schmerzsymptomatik aus dem Spital entlassen (vgl. E. II. 5.5. hiervor).

7.2 Am Unfalltag wurden bildgebende Untersuchungen (CR) von Thorax, Becken und Hüftgelenk, sowie Schädel und NNH (Nasennebenhöhlen) durchgeführt (Suva-Nr. 119 S. 1-3). In der Beurteilung wird ausgeführt, es zeige sich eine diskrete Kontusion frontal rechts mit wenig Blut subarachnoidal und entlang des frontalen Pols rechts bis zur Falx. Grössere Einblutungen, eine Hirnschädigung oder eine Fraktur wurden nicht festgestellt. Die am 22. Mai 2015 zusätzlich durchgeführte MR-Untersuchung des Schädels ergab einen Hinweis auf kleinere Blutungsareale im Sinne von Kontusionsherden im Bereich des Gyrus rectus beidseits paramedian sowie retroorbital im Bereich des frontobasalen Anteils des Frontallappens rechts (vgl. E II. 5.4 hiervor).

7.3 Zur Schwindelsymptomatik erfolgte während des Spitalaufenthalts, am 21. Mai 2015, eine Untersuchung in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde des Spitals B.\_\_\_\_. Im entsprechenden Bericht (Suva-Nr. 64) wird ausgeführt, seit dem Unfall seien vor allem in Kopftiefe kurze Drehschwindelepisoden (unter 1 Minute) aufgetreten, gelegentlich auch ein Schwindelgefühl beim Aufsitzen. In der Beurteilung wird ausgeführt, die Anamnese spreche sehr für einen BPLS (benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel), was nach einer Schädelkontusion häufig vorkomme, jedoch habe dies nicht einem eindeutigen Bogenang zugeordnet werden können. Aufgrund des Zustandes seien aktuell keine

Übungen indiziert, der Spontanverlauf sei abzuwarten. Klinisch und apparativ bestehe kein Hinweis auf eine peripher vestibuläre Schädigung im Sinne einer akuten Unterfunktion. Aktuell seien aus HNO-Sicht keine Massnahmen indiziert.

7.4 Am 10. November 2015 berichtete die Beschwerdeführerin telefonisch, es gehe ihr nicht gut. Am meisten leide sie darunter, den Geschmackssinn verloren zu haben, sie sei aber auch müde und antriebslos, hinzu kämen gelegentlich Schwindel und Konzentrationsstörungen. Weiter leide sie unter Kopfschmerzen. Sie sei in Behandlung beim Hausarzt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ und es habe eine Untersuchung durch den Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_ stattgefunden (vgl. Suva-Nr. 27).

7.5 Was den neurologischen und neuropsychologischen Aspekt anbelangt, findet sich im Austrittsbericht vom 28. Mai 2015 (E. II. 5.5 hiervor) die Bemerkung, die neurologische Überwachung sei während des gesamten Aufenthalts bis auf den persistierenden Schwindel unauffällig geblieben. In der Folge wurde die Beschwerdeführerin am 2. September 2015 durch Dr. med. D.\_\_\_\_ untersucht (vgl. E. II. 5.7 hiervor). Am 4. Juli 2016 fand die vom Hausarzt Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ angeregte neuropsychologische Untersuchung statt (E. II. 5.10 hiervor). Schliesslich holte die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme ihres Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin vom 25. November 2016 (E. II. 5.11 hiervor) ein. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung auf dieses letztere Dokument. Da es sich eine versicherungsinterne medizinische Stellungnahme handelt, setzt ihre Beweiskraft voraus, dass sie den allgemeinen Anforderungen (E. II. 4.4 hiervor) gerecht wird und dass die übrigen Akten keinen Anlass für auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bieten (vgl. E. II. 4.5 hiervor).

Die neurologische Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ vom Suva-Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin vom 25. November 2016 (Suva-Nr. 108) basiert auf den damals im Dossier befindlichen Vorakten. Nicht dazu gehörten die Berichte über die bildgebenden Untersuchungen, die am 17. und 22. Mai 2015 im Spital B.\_\_\_\_ durchgeführt worden waren (Suva-Nr. 119; E. II. 5.4 hiervor). Diese wurden erst am 6. Januar 2017 einverlangt (Suva-Nr. 117) und der Beschwerdegegnerin gleichentags per Fax zugestellt (Suva-Nr. 119). Die MRT-Untersuchung enthält aber keine Befunde, welche erheblich von jenen der bekannten Untersuchung vom 23. Juni 2015 (E. II. 5.6 hiervor) abweichen würden. Die in der CT-Untersuchung einzig festgestellte leichte Subarachoidalblutung wurde in der Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ erwähnt (IV-Nr. 108 S. 6) und war ihnen demnach bekannt. Ihre Einschätzung wurde somit auf einer vollständigen aktenmässigen Grundlage erstattet. In ihrer Beurteilung gehen sie nach einer Darstellung des Vorzustands und des Verlaufs nach dem Unfall auf die Ergebnisse der Untersuchung durch den Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_ ein. Ausgehend von dessen Befund, der als nachvollziehbar bezeichnet wird, bejahen sie das Bestehen einer organischen Verletzung, welche grundsätzlich ein neuropsychologisches Defizit verursachen könnte. In der Folge wird ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigung jedoch verneint. Zur Begründung führen die Ärzte an, das in der Testung vom 4. Juli 2016 erhobene Profil (E. II. 5.10 hiervor) sei in vergleichbarer Weise bereits vor dem Unfall im Rahmen des stationären Aufenthalts (vom 21. Mai 2014 bis 13. August 2014) in der Klinik I.\_\_\_\_ festgestellt worden (vgl. E. II. 5.2 hiervor) und müsse daher als vorbestehend gelten. Zudem seien während des Aufenthalts in der Privatklinik N.\_\_\_\_, der vom 1. Februar 2016 bis 20. März 2016 (recte: 25. März 2016)

dauerte, Konzentration und Gedächtnis als nicht pathologisch beurteilt worden (vgl. E. II. 5.9 hiervor). Dieser Verlauf mit einer Befundverbesserung nach dem Unfall spreche gegen einen Kausalzusammenhang der kognitiven Beeinträchtigung mit dem Unfall. Weiter führten Dr. med. F. \_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_ an, die beschriebenen fokal strukturellen Veränderungen bei entsprechender Lokalisation falxnah im Bereich der Schädelbasis und Mantelkante seien neuroanatomisch nicht mit der geschilderten neuropsychologischen Ausfallsymptomatik in Verbindung zu setzen. Sie gelangen daher zum Ergebnis, eine unfallbedingte kognitive Gesundheitsbeeinträchtigung mit Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit könne nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Diese Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar. Die neurologische Beurteilung wird daher, was die kognitiven Einschränkungen anbelangt, den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.4 hiervor) gerecht.

Es stellt sich die Frage, ob die übrigen aktenkundigen Stellungnahmen zumindest geringe Zweifel an dieser Beurteilung zu wecken vermögen. Dies ist in Bezug auf den Bericht des neurologischen Spezialarztes Dr. med. D. \_\_\_ zu verneinen, denn die Suva-Ärztinnen stützten sich auf diese ihnen bekannte Stellungnahme ab und ein Widerspruch ist nicht zu erkennen. Ein solcher besteht allerdings gegenüber der Kausalitätsbeurteilung im neuropsychologischen Bericht des Psychologen lic. phil. R. \_\_\_ und der Psychologin lic. psych. S. \_\_\_ vom 4. Juli 2016 (Suva-Nr. 86; E. II. 5.10 hiervor). Die Aussagekraft dieser Stellungnahme ist jedoch aus zwei Gründen gering: Erstens vermag es die Neuropsychologie nach der Rechtsprechung generell nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 340 f.). Zweitens, und dies ist vorliegend entscheidend, konnten sich lic. phil. R. \_\_\_ und lic. psych. S. \_\_\_ nur auf sehr wenige Vorakten stützen, nämlich das Zuweisungsschreiben des Hausarztes Prof. Dr. med. E. \_\_\_, den Austrittsbericht der Privatklinik N. \_\_\_ und die Befunde der MRT-Untersuchung vom 23. Juni 2015 in der L. \_\_\_ (vgl. die Aufstellung in Suva-Nr. 86 S. 1). Ihre Kausalitätsbeurteilung basiert in erster Linie auf der telefonischen Auskunft eines Freundes der Beschwerdeführerin, der erklärte, diese habe zwar vor dem Unfall vom Mai 2015 psychische Probleme gehabt, die kognitiven Veränderungen bestünden jedoch erst seit dem Unfallereignis (Suva-Nr. 86 S. 2). Nicht bekannt war lic. phil. R. \_\_\_ und lic. psych. S. \_\_\_ insbesondere die frühere neuropsychologische Untersuchung während des Aufenthalts in der Klinik I. \_\_\_ im Jahr 2014, welche zu sehr ähnlichen Ergebnissen gelangt war und die Annahme, derartige neuropsychologische Defizite seien vor dem Unfall nicht aufgetreten, klar widerlegt. Der Bericht über die neuropsychologische Untersuchung vom 4. Juli 2016 ist daher nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der neurologischen Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_ zu wecken. Dasselbe gilt für die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. E. \_\_\_ vom 24. Januar 2017 (Suva-Nr. 127; E. II. 5.12 hiervor). Dieser bezeichnet die Argumentation, welche die Suva-Ärztinnen zur Verneinung der Unfallkausalität führt, als in sich logisch und korrekt. Er schliesst sich auch der Aussage an (oder widerspricht ihr zumindest nicht), die vorhandenen strukturellen Läsionen im Gehirn seien an einer Stelle lokalisiert, bei deren Schädigung in der Regel keine der von der Patientin vorgebrachten Störungen vorkomme. Ebenso stimmt er der Aussage zu, der aus dem Bericht der Privatklinik N. \_\_\_ abzuleitende Verlauf spreche gegen eine organisch fixierte Störung. Allerdings hält Prof. Dr. med. E. \_\_\_ anschliessend dafür, der Unfall und dessen Verarbeitung spielten in der Erklärungskette für die neuropsychologischen Fehlleistungen zu einem gewissen Prozentsatz doch auch eine Rolle. Er erklärt aber nicht,

wie sich diese Aussage mit den zuvor getroffenen Feststellungen, wonach vor dem Unfall ähnliche Befunde resultierten, die bildgebend nachgewiesenen Verletzungen gar nicht geeignet seien, die beobachteten Ausfälle zu verursachen und auch der aktenkundige Verlauf gegen eine organisch fixierte Störung spreche, vereinbaren liesse. Soweit sich Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ auf die Aussage im Bericht von lic. phil. R.\_\_\_\_ und lic. psych. S.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2016 stützt, wonach die Ausfälle durch die Gehirnschädigung zusammen mit der Depression zu erklären seien, ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die neuropsychologischen Untersucher zu Unrecht davon ausgingen, vor dem Unfall hätten keine kognitiven Einschränkungen bestanden, was den (bei neuropsychologischen Stellungnahmen ohnehin geringen) Beweiswert ihrer Aussage zur Kausalität entscheidend schwächt.

Zusammenfassend besteht kein Anlass für auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der neurologischen Beurteilung, soweit diese die kognitiven Defizite betrifft. Die Beschwerdegegnerin hat einen kausalen Zusammenhang mit den bildgebend nachweisbaren Folgen des Unfallereignisses vom 17. Mai 2015 (kleine Subarachnoidalblutung frontal; vgl. E. II. 5.5 hiervor) zu Recht verneint.

7.6 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Drehschwindel und die Müdigkeit, an welchen sie seit dem Unfall leide, nicht hinreichend abgeklärt. Während des Aufenthalts im Spital B.\_\_\_\_ wurde, nachdem sich neurologisch kein pathologischer Befund ergeben hatte, eine fachärztliche Untersuchung im Bereich HNO veranlasst, um den schon damals beklagten Drehschwindel abzuklären. Diese Untersuchung führte zum Ausschluss eines «HNO-Schwindels» (vgl. E. II 5.5 hiervor). Tags darauf wurde die Beschwerdeführerin «bei Besserung des Schwindels und der Schmerzsymptomatik» nach Hause entlassen. Einen Monat später erfolgte wegen eines hartnäckigen und therapieresistenten Drehschwindels, vor allem bei Lagewechsel, eine Überweisung an den Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_ (E. II. 5.7 hiervor). Dieser gelangte zum Ergebnis, der Schwindel lasse sich nicht klar einem organischen Korrelat zuordnen, ein Lagerungsschwindel lasse sich nicht nachweisen. Die diesbezüglichen anamnetischen Angaben seien nicht ganz konklusiv, weil es sich nicht nur um einen kurzen Lagerungsschwindel handle, sondern auch um einen wahrscheinlich phobischen Schwindel beim Augenschliessen. Dem Vorwurf, die Schwindelproblematik sei nicht abgeklärt worden, kann daher nicht beigespflichtet werden. Die fachärztlichen Abklärungen aus HNO-ärztlicher und aus neurologischer Sicht führten zum klaren Ergebnis, es lasse sich keine organische Ursache für die Schwindelsymptome benennen. Medizinische Stellungnahmen, welche einen solchen Zusammenhang bejahen würden, sind nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht konkret benannt. Vor diesem Hintergrund besteht auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen. Die Beschwerdegegnerin hat eine organisch nachweisbare Ursache für die Schwindelsymptomatik zu Recht verneint.

Die von der Beschwerdeführerin erwähnte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit lässt sich nicht anders beurteilen. Es handelt sich um eine unspezifische Symptomatik, welche sich kaum messen lässt und für welche gerade mit Blick auf die vorbestehende psychische Störung mehrere Erklärungen denkbar sind. Soweit ersichtlich wird in keiner der aktenkundigen medizinischen Stellungnahmen ausdrücklich und mit entsprechender Begründung erklärt, diese Symptome seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die beim Unfall vom 17. Mai 2015 erlittene Subarachnoidalblutung zurückzuführen.

7.7 Zu prüfen bleibt, ob ein Kausalzusammenhang zwischen den bildgebend nachgewiesenen Unfallfolgen und der von der Beschwerdeführerin geklagten Störung des Geruchssinns (Anosmie) als überwiegend wahrscheinlich anzusehen ist. Zur Frage nach der Beweislast ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Anosmie in den Akten, welche der Beschwerdegegnerin vorlagen, als sie am 29. Oktober 2015 ihre Leistungspflicht anerkannte (Suva-Nr. 18), nicht erwähnt wurde. Die damalige Anerkennung konnte sich daher nicht auf dieses konkrete Beschwerdebild beziehen. Deshalb müsste sich eine allfällige Beweislosigkeit zulasten der Beschwerdeführerin auswirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_855/2018 vom 14. März 2019 E. 3.1 mit Hinweisen).

7.7.1 Bereits im Austrittsbericht der Privatklinik I.\_\_\_\_ vom 19. August 2014 wird eine Geruchsveränderung erwähnt (vgl. E. II. 5.2 hiavor). Nach dem Unfall veranlasste der behandelnde Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_ die MRT-Untersuchung des Neurocraniums im Institut L.\_\_\_\_, wobei als Indikation u.a. eine inkomplette Anosmie genannt wurde. Die MRT-Untersuchung ergab laut dem Bericht vom 23. Juni 2015 eine leichte Asymmetrie der Bulbi olfactorii als Korrelate für die angegebene Anosmie (E. II. 5.6 hiavor). In seinem Bericht vom 29. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.7 hiavor) diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Mai 2015 auch eine komplette Anosmie und veranlasste deswegen eine neurologische Untersuchung. In späteren Berichten wird die fortbestehende Anosmie jeweils erwähnt. Der Neurologe Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt fest, es werde eine bilaterale Anosmie für Kaffee angegeben. Erstaunlich seien dann die Resultate der Geschmackssinnprüfung und der trigeminalen Reizung mit Salmiak, weil Salmiak nicht über den Geruchsnerv wahrgenommen werde. Das Vorliegen einer Anosmie sei gut möglich, insbesondere aufgrund der nachgewiesenen Kontusionsherde. An anderer Stelle in seinem Bericht vom 2. September 2015 führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, abgesehen von der Anosmie fänden sich keine fokalen sensomotorischen Defizite. Die nachgewiesenen sehr kleinen Kontusionsherde seien seines Erachtens klinisch «abgesehen für die Anosmie» kaum relevant. Im EEG-Bericht vom 5. September 2016 (Suva-Nr. 100) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei durch die anhaltende Geruchs- und Geschmacksstörung sehr gestört. Zum fokalen Neurostatus wird im gleichen Bericht festgehalten, die Beschwerdeführerin habe Kaffee nicht erkannt, ebenso seien salzig, süss, bitter und sauer beidseits nicht erkannt worden. Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ vom Suva-Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin beziehen sich in ihrer neurologischen Beurteilung vom 25. November 2016 (E. II. 5.11 hiavor; Suva-Nr. 108) auf den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_. Sie führen aus, der von Dr. med. D.\_\_\_\_ erhobene neurologische Status sei bis auf die Riechprüfung unauffällig ausgefallen. Auffällig sei jedoch gewesen, dass die Beschwerdeführerin in der Geschmacksprobe zwei Substanzen richtig habe wahrnehmen können und in der Ammoniak-Prüfung bei trigeminaler Reizung nicht wahrgenommen habe. Zur Differenzierung einer nicht organischen Ursache von einer organischen Ursache bei Läsion des Nervus olfactorius sei eine trigeminale Reizung des Nervus trigeminus eingesetzt worden. Der dabei erhobene Befund spreche gegen eine organisch bedingte Riechstörung des Nervus olfactorius. Eine unfallbedingte Anosmie könne somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden.

7.7.2 Salmiak respektive Ammoniak ist ein sogenannter Trigeminusreizstoff. Er reizt nicht die Riechzellen, sondern freie Nervenendigungen des Trigeminusnervs. Deshalb kann der Mensch einen solchen Geruch ■ anders als denjenigen reiner Riechstoffe wie z.B. Kaffee ■

auch dann noch wahrnehmen, wenn die Riechzellen zerstört sind (vgl. zum Ganzen folgenden Artikel: Olfaktometrie [Riechtest]: Der Geruchssinn des Menschen, abrufbar unter [www.onmeda.de](http://www.onmeda.de) [zuletzt besucht am 19. August 2019]; vgl. auch die Ausführungen in der Beschwerdeschrift, S. 9). Eine unfallbedingte Schädigung des nervus olfactorius bzw. der bulbi olfactorii führt dazu, dass reine Riechstoffe, wie z.B. Kaffee, nicht mehr wahrgenommen werden; sie kann aber nicht bewirken, dass auch ein Trigeminusreizstoff wie Salmiak bzw. Ammoniak nicht mehr wahrgenommen wird. Liegt eine solche weitergehende Beeinträchtigung vor, ohne dass dafür eine eigene organische Ursache ersichtlich ist, muss sie auf einer anderen Ursache basieren. Dies wiederum bildet ein starkes Indiz für die Annahme, diese andere, nichtorganische Ursache sei auch für das Nicht-Wahrnehmen reiner Riechstoffe verantwortlich. Ob der Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der durch Dr. med. D. \_\_\_ durchgeführten Testungen auch Salmiak nicht wahrnahm, für sich allein genügen würde, um eine andere Ursache als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, erscheint dennoch als fraglich, zumal aus den Ausführungen dieses Arztes zu schliessen ist, dass er eine unfallbedingte Anosmie trotz der Testergebnisse als plausibel ansieht (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Die Frage kann aber offenbleiben, denn es kommt ein weiteres Indiz hinzu: Wie erwähnt, enthält bereits der Bericht der Privatklinik I. \_\_\_ vom 19. August 2014 (E. II. 5.2 hiervor) den Hinweis auf eine Geruchsveränderung. Damals konnten der Unfall und die dabei erlittene Schädigung des nervus olfactorius bzw. der bulbi olfactorii noch keine Rolle spielen. Die Beschwerdeführerin wies also schon vor dem Unfall einen veränderten Geruchssinn auf, und nach dem Unfall ergab die Testung durch den Neurologen Dr. med. D. \_\_\_, dass auch Geruchswahrnehmungen beeinträchtigt waren, welche durch eine Verletzung des nervus olfactorius nicht beeinflusst werden können. Eine gesamthafte Betrachtung dieser beiden Faktoren lässt es ■ letztlich unabhängig von der Beweislast ■ als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass die Anosmie nicht auf eine beim Unfall vom 17. Mai 2015 erlittene, organisch nachweisbare Verletzung zurückgeht.

7.8 Zusammenfassend ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die über den 28. Februar 2017 hinaus fortbestehenden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine bildgebend nachweisbare organische Unfallfolge zurückzuführen sind.

8. Umstritten ist zunächst, ob die Beschwerdeführerin über den 28. Februar 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung hat.

8.1 Ein Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld kann so lange bestehen, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands der versicherten Person erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG; Philipp Geertsen, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 19 N 16 und N 18; Alexia Heine, ebenda, Art. 10 N 16; Markus Schmid, ebenda, Art. 16 N 26). Die namhafte Besserung beurteilt sich namentlich aufgrund der zu erwartenden Verbesserung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Verspricht eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine Verbesserung der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mehr, ist der Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Rente oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V

109 E. 4.1 S. 114).

8.2 Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ verneinen in ihrer Stellungnahme vom 25. November 2015 (Suva-Nr. 108) die Frage, ob noch eine namhafte Besserung erwartet werden könne. Diese Aussage steht zwar in Zusammenhang mit ihrer Feststellung, die neuropsychologischen Defizite seien nicht unfallbedingt. Dass von einer Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung der neuropsychologischen Befundlage mehr zu erwarten ist, ergibt sich aber auch unabhängig davon aus der Aktenlage. Auch die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerdeschrift ausdrücklich vorbringen, soweit die neurokognitiven Defizite durch die Hirnblutung und ■kontusion verursacht worden seien, bestehe leider keine Aussicht auf eine Besserung bzw. Heilung (Beschwerdeschrift S.10 Ziff. 7). Besteht demnach keine Aussicht auf eine namhafte Besserung der allfälligen unfallkausalen neuropsychologischen respektive kognitiven Defizite, ist diesbezüglich der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht, was einen Anspruch auf weitere Heilbehandlung oder weitere Taggelder ausschliesst. Die Akten enthalten keinerlei Hinweise darauf, dass es sich diesbezüglich am 28. Februar 2017 noch anders verhalten hätte.

8.3 Ärztliche Behandlungsmassnahmen, die sich auf die Symptome Schwindel, Müdigkeit und Erschöpfbarkeit beziehen und geeignet wären, diesbezüglich eine erhebliche Verbesserung von Unfallfolgen zu bewirken, sind aus den Akten nicht ersichtlich. Auch insoweit war Ende Februar 2017 der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht, was einen weiteren Anspruch auf Taggelder und Heilbehandlung (jedenfalls im Sinne von Art. 10 UVG) ausschliesst.

9. Zu prüfen bleibt der Rentenanspruch.

9.1 Es stellt sich zunächst die Frage, ob ein Rentenanspruch wegen vorbestehender voller Invalidität ausscheidet.

9.1.1 Wie erwähnt, hat die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 (IV-Nr. 88) rückwirkend ab 1. August 2014 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zugesprochen. Als sich der Unfall vom 17. Mai 2015 ereignete, war die Beschwerdeführerin also nach Einschätzung der IV-Stelle vollständig invalid. Da nur die unfallbedingte Erhöhung des Invaliditätsgrades zu berücksichtigen ist, besteht nach der Rechtsprechung kein Raum für eine Invalidenrente nach UVG, wenn die versicherte Person schon vor dem Unfall vollständig invalid war (Urteil des Bundesgerichts U 294/06 vom 25. Juli 2007 E. 4.3). Der Umstand, dass der versicherten Person eine ganze Rente der Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zugesprochen wurde, erlaubt allerdings nicht ohne weiteres den Schluss auf eine vollständige vorbestehende Invalidität. Wenn es der betroffenen Person ■ unter Umständen entgegen der Berentung durch die Invalidenversicherung ■ gelungen ist, wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit auszuüben, besteht ein entsprechender Versicherungsschutz nach UVG (BGE 125 V 324 E. 3c/bb S. 330; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C\_791/2009 vom 8. März 2010 E. 5.2). Im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ist daher gegebenenfalls selbständig zu prüfen, ob eine vollständige unfallfremde Invalidität vorlag.

9.1.2 Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_ 5. Januar 2015 über die Behandlung vom 18. August 2014 bis 7. November 2014 (IV-Nr. 47 S. 32 ff.) werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur mit vor allem abhängigen und vermeidenden Zügen

sowie eine mittelgradige kognitive Störung, wahrscheinlich im Rahmen der affektiven Erkrankung, diagnostiziert. Zum Verlauf wird erklärt, die Beschwerdeführerin habe in stabilem Zustand entlassen werden können. Mit der IV-Stelle sei besprochen worden, dass ein Belastbarkeitstraining im ersten Arbeitsmarkt ideal wäre, wobei ein Einstieg mit einem Pensum von 40 % als angemessen erscheine. Mit der IV habe ein erstes Belastbarkeitstraining im Restaurant T.\_\_\_\_ in J.\_\_\_\_ vereinbart werden können. Bis März 2015 erhalte die Beschwerdeführerin ein Krankentaggeld.

9.1.3 Den Einträgen im IV-Protokoll ist zu entnehmen, dass der Einsatz am 13. November 2014 begann, wobei zunächst ein Pensum von je zwei Stunden am Morgen und am Nachmittag, von Montag bis Freitag, also insgesamt 20 Stunden, vorgesehen war. Ein Standortgespräch vom 8. Januar 2015 ergab, dass die Beschwerdeführerin jeweils von 10 Uhr bis 12.30 oder 13 Uhr arbeitete und am Nachmittag wegen Müdigkeit nicht zur Arbeit erschien. Die Arbeitgeberin erklärte, die Beschwerdeführerin benötige eine enge Begleitung und müsse auch während der Arbeitszeit immer wieder Pausen machen. Ein Gespräch vom 12. März 2015 ergab, dass die Präsenz auf vier Stunden pro Tag gesteigert werden konnte (jeweils 10 ■ 14 Uhr), wobei weiterhin Pausen während der Arbeitszeit und eine enge Begleitung erforderlich waren. In der Folge erfolgte die Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung (ab 22. März 2015). Ein Standortgespräch vom 29. April 2015 ergab, dass die Präsenz einem Pensum von 40 % entspreche (vier Stunden pro Tag, 10 ■ 14 Uhr), wobei die Beschwerdeführerin im Team gut integriert sei, aber weiterhin ihre Pausen brauche. Die Arbeitgeberin erklärte, eine Teilzeitanstellung ab 1. Mai 2015 (Beschäftigung im Stundenlohn, Pensum 40 %) sei möglich.

9.1.4 Aus der Verfügung des Amtes für Wirtschaft und Arbeit vom 2. Oktober 2015 (Suva-Nr. 127 S. 9 ff.) geht hervor, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. P.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin ab 22. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % attestiert hatte. Es bestand somit eine Restarbeitsfähigkeit von 25 %. Dieser Umstand bewog die Organe der Arbeitslosenversicherung, die Vermittlungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen. Nach der zitierten Rechtsprechung (E. II. 9.1.1 hiervor; vgl. namentlich das Urteil BGE 125 V 324 E. 3c/bb S. 330) ist in dieser Konstellation ein Rentenanspruch nicht von vornherein ausgeschlossen.

9.2 Gemäss den vorstehenden Erwägungen lassen sich die von der Beschwerdeführerin über den 28. Februar 2017 hinaus beklagten Symptome nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer bildgebend nachweisbaren organischen Verletzung zuordnen, welche sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 17. Mai 2015 zugezogen hat. Die Beschwerdeführerin leidet somit, soweit Unfallfolgen zur Diskussion stehen, an einem organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerdebild. Bei einem solchen Beschwerdebild ist im Zeitpunkt des Fallabschlusses mit Rentenprüfung die Adäquanz des Kausalzusammenhangs mit dem Unfallereignis zu prüfen (vgl. E. II. 3.7 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat diese Prüfung nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) vorgenommen. Dies wurde im Einsprache- und im Beschwerdeverfahren nicht beanstandet (die Kritik der Beschwerdeführerin richtete sich jeweils gegen die Notwendigkeit einer Adäquanzprüfung als solche) und gibt auch keinen Anlass zu einer Korrektur. Bei der Beurteilung der Adäquanzkriterien (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140) ist somit nur der beim Unfall erlittene somatische Gesundheitsschaden zu berücksichtigen. Unter diesem Gesichtswinkel kann keines der Adäquanzkriterien als erfüllt gelten. Die Beschwerdegegnerin hat somit den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen

dem Unfallereignis vom 17. Mai 2015 und den über den 28. Februar 2017 hinaus fortbestehenden Beschwerden zu Recht verneint.

9.3 Mit der Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs entfällt auch ein Rentenanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin. Der von der Beschwerdeführerin angerufene Art. 36 Abs. 2 UVG gelangt nur dann zur Anwendung, wenn weiterhin eine (teilweise) Unfallkausalität besteht (BGE 126 V 116).

10. Nach den vorstehenden Erwägungen ist auch die Anosmie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine unfallkausale, organisch (bildgebend) nachweisbare Ursache zurückzuführen (vgl. E. II. 7.7 hiervor). Da die adäquate Kausalität zu verneinen ist, hat sie als unfallfremd zu gelten. Somit besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wegen Verlusts des Geruchssinnes.

11. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Unfallereignis vom 17. Mai 2015 zu Recht mit dem 28. Februar 2017 eingestellt. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 10**

Ziff. 7). Besteht demnach keine Aussicht auf eine namhafte Besserung der allfälligen unfallkausalen neuropsychologischen respektive kognitiven Defizite, ist diesbezüglich der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht, was einen Anspruch auf weitere Heilbehandlung oder weitere Taggelder ausschliesst. Die Akten enthalten keinerlei Hinweise darauf, dass es sich diesbezüglich am 28. Februar 2017 noch anders verhalten hätte. 8.3 Ärztliche Behandlungsmassnahmen, die sich auf die Symptome Schwindel, Müdigkeit und Erschöpfbarkeit beziehen und geeignet wären, diesbezüglich eine erhebliche Verbesserung von Unfallfolgen zu bewirken, sind aus den Akten nicht ersichtlich. Auch insoweit war Ende Februar 2017 der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht, was einen weiteren Anspruch auf Taggelder und Heilbehandlung (jedenfalls im Sinne von Art. 10 UVG) ausschliesst. 9. Zu prüfen bleibt der Rentenanspruch. 9.1 Es stellt sich zunächst die Frage, ob ein Rentenanspruch wegen vorbestehender voller Invalidität ausscheidet. 9.1.1 Wie erwähnt, hat die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 (IV-Nr. 88) rückwirkend ab 1. August 2014 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zugesprochen. Als sich der Unfall vom 17. Mai 2015 ereignete, war die Beschwerdeführerin also nach Einschätzung der IV-Stelle vollständig invalid. Da nur die unfallbedingte Erhöhung des Invaliditätsgrades zu berücksichtigen ist, besteht nach der Rechtsprechung kein Raum für eine Invalidenrente nach UVG, wenn die versicherte Person schon vor dem Unfall vollständig invalid war (Urteil des Bundesgerichts U 294/06 vom 25. Juli 2007 E. 4.3). Der Umstand, dass der versicherten Person eine ganze Rente der Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zugesprochen wurde, erlaubt allerdings nicht ohne weiteres den Schluss auf eine vollständige vorbestehende Invalidität. Wenn es der betroffenen Person – unter Umständen entgegen der Berentung durch die Invalidenversicherung – gelungen ist, wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit auszuüben, besteht ein entsprechender Versicherungsschutz nach UVG (BGE 125 V 324 E. 3c/bb S. 330; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C\_791/2009 vom 8. März 2010 E. 5.2). Im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ist daher gegebenenfalls selbständig zu prüfen, ob eine vollständige unfallfremde Invalidität vorlag. 9.1.2 Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_ 5. Januar 2015 über die Behandlung vom 18. August 2014 bis 7. November 2014 (IV-Nr. 47 S. 32 ff.) werden eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur mit vor allem abhängigen und vermeidenden Zügen sowie eine mittelgradige kognitive Störung, wahrscheinlich im Rahmen der affektiven Erkrankung, diagnostiziert. Zum Verlauf wird erklärt, die Beschwerdeführerin habe in stabilem Zustand entlassen werden können. Mit der IV-Stelle sei besprochen worden, dass ein Belastbarkeitstraining im ersten Arbeitsmarkt ideal wäre, wobei ein Einstieg mit einem Pensum von 40 % als angemessen erscheine. Mit der IV habe ein erstes Belastbarkeitstraining im Restaurant T.\_\_\_\_ in J.\_\_\_\_ vereinbart werden können. Bis März 2015 erhalte die Beschwerdeführerin ein Krankentaggeld. 9.1.3 Den Einträgen im IV-Protokoll ist zu entnehmen, dass der Einsatz am 13. November 2014 begann, wobei zunächst ein Pensum von je zwei Stunden am Morgen und am Nachmittag, von Montag bis Freitag, also insgesamt 20 Stunden, vorgesehen war. Ein Standortgespräch vom 8. Januar 2015 ergab, dass die Beschwerdeführerin jeweils von 10 Uhr bis 12.30 oder 13 Uhr arbeitete und am Nachmittag wegen Müdigkeit nicht zur Arbeit erschien. Die Arbeitgeberin erklärte, die Beschwerdeführerin benötige eine enge Begleitung und müsse auch während der Arbeitszeit immer wieder Pausen machen. Ein Gespräch vom 12. März 2015 ergab, dass die Präsenz auf vier Stunden pro Tag gesteigert werden konnte (jeweils 10 – 14 Uhr), wobei weiterhin Pausen während der Arbeitszeit und eine enge Begleitung erforderlich waren. In der Folge erfolgte die Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung (ab 22. März 2015). Ein Standortgespräch vom 29. April 2015 ergab, dass die Präsenz einem Pensum von 40 % entspreche (vier Stunden pro Tag, 10 – 14 Uhr), wobei die Beschwerdeführerin im Team gut integriert sei, aber weiterhin ihre Pausen brauche. Die Arbeitgeberin erklärte, eine Teilzeitanstellung ab 1. Mai 2015 (Beschäftigung im Stundenlohn, Pensum 40 %) sei möglich. 9.1.4 Aus der Verfügung des Amtes für Wirtschaft und Arbeit vom 2. Oktober 2015 (Suva-Nr. 127 S. 9 ff.) geht hervor, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. P.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin ab 22. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % attestiert hatte. Es bestand somit eine Restarbeitsfähigkeit von 25 %. Dieser Umstand bewog die Organe der Arbeitslosenversicherung, die Vermittlungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen. Nach der zitierten Rechtsprechung (E. II. 9.1.1 hiervor; vgl. namentlich das Urteil BGE 125 V 324 E. 3c/bb S. 330) ist in dieser Konstellation ein Rentenanspruch nicht von vornherein ausgeschlossen. 9.2 Gemäss den vorstehenden Erwägungen lassen sich die von der Beschwerdeführerin über den 28. Februar 2017 hinaus beklagten Symptome nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer bildgebend nachweisbaren organischen Verletzung zuordnen, welche sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 17. Mai 2015 zugezogen hat. Die Beschwerdeführerin leidet somit, soweit Unfallfolgen zur Diskussion stehen, an einem organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerdebild. Bei einem solchen Beschwerdebild ist im Zeitpunkt des Fallabschlusses mit Rentenprüfung die Adäquanz des Kausalzusammenhangs mit dem Unfallereignis zu prüfen (vgl. E. II.

## **E. 12**

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Ingold

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