

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00168 vom 19. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00168

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00168 du 19 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00168 del 19 agosto 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1956 geborene X.____ war ab 1. März

2014 als Selbständigerwerbende im Bereich Unternehmensberatung und Schadenmanagement tätig und im Rahmen dieser Tätigkeit bei der AXA Winterthur gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Unfallmeldung UVG vom 5. August

2014 liess sie dieser mitteilen, dass sie am 1. August 2014 mit dem Fahrrad gestürzt sei und sich dabei unter anderem ein Schädelhirntrauma, Rippenfrakturen und Prellungen zugezogen habe (Urk. 8/1). Infolgedessen wurde die Versicherte mittels Rega ins Spital Y.____ gebracht (Urk. 9/M5) und am 6. August 2014 ins Spital Z.____ verlegt (Urk. 9/M4), wo sie zwei Mal operiert wurde (Minithorakotomie mit Anlage von zwei Thoraxdrainagen sowie Mini-Kraniotomie links temporal und epidurale

Hämatom evakuierung samt Entleerung eines epiduralen Hämatoms, Urk. 9/M4). Ab dem 10. September

2014 bis 3. Oktober 2014 erfolgte eine Behandlung in der

Klinik A.____ (Urk. 9/M10) und schliesslich bis April

2015 eine ambulante Behandlung am Institut Q.____ (Urk. 9/M29/2). Die AXA Winterthur AG erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Aufgrund zunehmender psychischer Beschwerden und einer nicht erfolgreichen Arbeitsintegration, legte die Versicherte ihre Tätigkeit ab September

2016 gänzlich nieder. Die AXA Winterthur tätigte medizinische Abklärungen und veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung in der Rehaklinik B.____ (Expertise vom 6. Juni 2018; Urk. 9/M43). Mit Schreiben vom 28. Juni 2018 (Urk. 8/167) teilte sie der Versicherten die Einstellung der Leistungen per 31. Juli 2018 mit. Aufgrund von Einwänden der Versicherten (Urk. 8/171) liess die AXA Winterthur die Gutachter Rückfragen beantworten (Urk. 8/174), was am 4. Dezember 2018 (Urk. 9/M45) erfolgte. Mit Verfügung vom 5. März 2019 (Urk. 8/185) stellte die AXA Winterthur ihre Leistungen per 31. Juli 2018 ein und lehnte den Anspruch auf eine Rente oder Integritätsentschädigung ab. Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/191) wies sie mit Entscheidung vom 11. Juni 2020 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Nach Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör, wobei sie vor

Erlass von Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind, nicht angehört werden müssen.

Ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben der expliziten gesetzlichen Regelung in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) garantiert wird (vgl. BGE 124 V 180 E. 1a), ist das Recht der versicherten Person, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweis anträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1). Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidfindung zu berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Pflicht der Behörde, ihre Verfügungen – sofern sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG) – zu begründen, bezweckt insbesondere, die betroffene Person in die Lage zu versetzen, eine Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können (BGE 124 V 180 E. 1a, vgl. auch BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und warum die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Es muss erkennbar sein, ob die Behörde es überhaupt in Betracht gezogen hat. Sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass eine Anfechtung des Entscheids möglich ist (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 66 zu Art. 49 ATSG mit Hinweis auf BGE 124 V 180).

E. 1.2

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Daher führt dessen Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Vorbehalten bleiben praxisgemäss Fälle, in denen die Verletzung des Begründungsrechts nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die Partei, deren rechtliches Gehör verletzt wurde, sich vor einer Instanz äussern kann, welche sowohl Tat- als auch Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrem Entscheid insbesondere auf

das

interdisziplinäre Gutachten der Rehaklinik

B.____ vom 6. Juni

2018 (Urk. 9/ M 43), die beantworteten Rückfragen zum Gutachten vom 4. Dezember 2018 (Urk. 9/ M 45) sowie diverse Stellungnahmen der beratenden Ärzte, zu welchen auch jene von Dr. C.____ vom 25. April 2020 (Urk. 9/ M 48) gehört. Die Beschwerdeführerin brachte diesbezüglich vor, dass ihr der Bericht von Dr. C.____ nie zur Kenntnis vorgelegt wurde und sie vor Erlass des Einspracheentscheids keine Gelegenheit hatte, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 1 S. 21 f.) Die Beschwerdeführerin rügte in diesem Zusammenhang zu Recht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 21). Im Beschwerdeverfahren konnte sie sich jedoch umfassend zu den Berichten äussern und das hiesige Gericht kann sowohl Tat- als auch Rechtsfragen uneingeschränkt überprüfen. Im Sinne einer Heilung des Mangels ist deshalb von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs abzusehen, da dies zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu weiteren unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleich gestellten) Interesse der Beschwerdeführerin an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin wurde von ihr denn auch nicht beantragt.

E. 2

.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2.3

Zur einseitigen Geruchswahrnehmungsstörung (Anosmie) lässt sich dem neurologischen Teilgutachten entnehmen, dass es möglich sei, dass die rechtsseitige Anosmie eine Folge des Schädelhirntraumas darstellt. Die Beurteilung der MRT/MRI des Kopfes aus dem Jahr 2014 und der erneuten MR-Aufnahmen vom 4. Januar 2018 zeigten rechtsseitig eine Schädigung des Nervus

olfactorius, was die rechtsseitige Geruchswahrnehmungsstörung erklärt. Dr. L.____ hält dazu ausserdem fest, dass mangels linksseitiger Anosmie in Bezug auf das Geruchssystem keine Schätzung eines Integritätsschadens gerechtfertigt ist (S. 35 f., neurologisches Teilgutachten). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die einseitige Anosmie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben soll, was im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert dargelegt wurde. 5.2. 4

In ihrer Beschwerde stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die jeweiligen Gutachter hätten die gestellten Fragen in ihren Teilgutachten nicht beantwortet, wodurch sich ihre Meinungen nicht eruieren lassen würden (Urk. 1 S. 17 f.). Aus den jeweiligen Teilgutachten geht klar hervor, dass sich die Gutachter mit den Ausführungen und Beschwerden der Beschwerdeführerin ausführlich auseinandergesetzt haben und jeweils eine entsprechende Beurteilung vorgenommen haben. Weder im Auftrag an die Gutachter (Urk. 8/129) noch gemäss Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass die gestellten Fragen auch in den einzelnen Teilgutachten beantwortet werden müssen. Sowohl in der

interdisziplinären Zusammenfassung und Fragebeantwortung als auch in den Teilgutachten ist die Beurteilung und medizinische Einschätzung der geklagten Beschwerden durch die jeweiligen Experten klar ersichtlich und erueierbar . 5.2. 5

Der weitere Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Gutachter hätten sich nicht genügend mit der Erhebung des Stellenprofils auseinandergesetzt, läuft ebenfalls ins Leere. Die Gutachter mussten explizit auf die Frage antworten, wieviel die maximale zumutbare tägliche und wöchentliche Arbeitszeit in der bisherigen Tätigkeit als selbständige Case Managerin und Unternehmensberaterin beträgt. Dazu wurde ihnen die entsprechende Stellenbeschreibung (vom 26. Februar 2015) beigelegt (Urk. 9/ M 43 S. 7). Die Gutachter kamen übereinstimmend zum Schluss, dass weder eine teilweise noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Unfallfolgen begründet werden konnte . Es konnten mit den nachweisbaren somatischen und psychischen Unfallfolgen sodann keine namhaften Beeinträchtigungen in der Ausübung der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit begründet werden. In den neuropsychologischen Untersuchungen zeigte die Beschwerdeführerin eine gute Leistungsfähigkeit, womit kognitive Einbussen bei der Leistung ausgeschlossen werden konnten. Sowohl in der neurologischen Anamnese wie der psychiatrischen Exploration als auch in der neurologischen Befragung fielen keine sprachlichen Einbussen auf . Zur Konkretisierung der bereits dargelegten Ansicht gab Dr. L. ___ in Beantwortung der Rückfragen explizit an, dass im Gutachten zwar die Rede von einer «minimalen Rest-Aphasie» sei , diese jedoch nur eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte, wenn die Beschwerdeführerin in einem sprachlich hochanspruchsvollen Beruf mit dauerhaft exakter sprachlicher Ausdrucksfähigkeit tätig wäre. Dies sei bei der Tätigkeit als Case Managerin im Gegensatz zum Beruf eines Simultan-Dolmetschers oder Telefonisten nicht der Fall (Urk. 9/ M 45). Dass bei der Tätigkeit als Case Managerin durchaus persönliche Gespräche und Abklärungen dazugehören, wurde nicht in Frage gestellt und lässt im Hinblick auf die möglicherweise vorhandene minimale Rest-Aphasie keine weitergehenden Einschränkungen begründen. Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, inwiefern die Gutachter von einem falschen Stellenprofil ausgegangen wären. 5.2. 6

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Gutachter würden sich nicht präzise zum Grad der Arbeitsfähigkeit äussern (Urk. 1 S. 21 ff.) kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. In Beantwortung der Fragen 8.2-8.5 (Urk. 9/ M 43 S.

E. 2.6

hiervor) . 5.2.2

Die Beschwerdeführerin moniert insbesondere die Kausalitätsbeurteilung hinsichtlich der für sie im Vordergrund stehenden Schlafstörung . Die Beschwerdeführerin beanstandete diese gutachterliche Schlussfolgerung unter dem Hinweis auf eine zu Unrecht angenommene zeitliche Latenz sowie dem Umstand, dass der psychiatrische Gutachter einen Einfluss des hirnrorganischen Psychosyndroms auf die Schlafstörungen nicht gänzlich ausschloss (Urk. 1 S. 14 ff.). Hierzu ist festzuhalten, dass der Gutachter die Schlafstörung vorweg als unspezifisch bezeichnete und darauf hinwies, dass diese als Symptom bei nahezu sämtlichen psychischen Störungen oder isoliert ohne Krankheitswert auftreten kann (Urk. 9/M43 psychiatrisches Teilgutachten S. 48 f.). Dass er eine Latenz von einem Jahr annahm (S.

59 Ziff. 5.2), obwohl die Schlafstörung schon früher beklagt wurde (Urk. 9/M44 S. 3), ändert hieran nichts. Aus dem von der Beschwerdeführerin erwähnten (Urk. 8/177 S. 2) Bericht von lic . phil. P.____ vom Institut Q.____ vom 8. Oktober 2015 (Urk. 9/M31) ist nicht ersichtlich, wann die Beschwerdeführerin zum ersten Mal über Schlafstörungen klagte (S. 6 unten: «Auch behindere Frau X.____ eine Durchschlafstörung, die sie regelmässig um 3.30 Uhr wach werden lasse»; dies bei ambulanter Therapie vom 20. Oktober 2014 bis 1. April 2015 ohne Hinweis auf ein konkretes Datum). Relevant ist vielmehr der Umstand, dass auch lic .

phil. P.____ im Zusammenhang mit dem Umzug von einer verstärkten Ermüdbarkeit be richtete und die Schlussfolgerung der Gutachter, dass ein Zusammenhang zum Unfall damit als wenig wahrscheinlich erscheint, einleuchtet. Dass vom Gut achter ein Zusammenhang zum hirn organischen Psychosyndrom als möglich bezeichnet wurde, führt nicht zur überwiegend wahrscheinlichen Annahme einer Kausalität, zumal die dagegen sprechenden Gründe ausführlich beschrieben wurden. 5.

E. 2.7

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versiche rungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig er scheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versiche rungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangen heit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass das Gutachten sowie die zusätzlichen Angaben der Rehaklinik B.____ den rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine beweistaugliche medizini sche Entscheidungsgrundlage genüg t en und zusammen mit den ergänzenden Stel lungnahmen der beigezogenen Sachverständigen bei der Erörterung der Befunde ein schlüssige s Ergebnis aufzeige (S. 7) . Die geltend gemachten Schlafstörun gen/Müdigkeit und deren Folgen ständen nicht im überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang zum U n fall vom 1. August 201 4. Sämtliche Abklärun gen hätten ergeben, dass es dafür kein organisches Korrelat gäbe noch hätten klinische neurologische Ausfälle nachgewiesen werden können. Auch aus psy chiatrischer Sicht habe für die subjektive Schlafstörung keine unfallbedingte Kau salität hergeleitet werden können (S. 9). Mangels erklärender objektivierbarer Befunde sowie des im Vordergrund stehenden unfallfremden Faktors sei für die an gestammte Tätigkeit von eine r volle n Arbeitsfähigkeit auszugehen . Eine Ren ten prüfung respektive ein Einkommensvergleich erübrige sich somit (S. 11). Die unfallbedingten somatischen Leiden seien vorliegend folgenlos abgeheilt und wür den keine weiteren Leistungsansprüche aus dem UVG mehr rechtfertigen. Die gel tend gemachten kognitiven Defizite seien der psychischen Symptoma tik/Schlaf störung zuzuordnen und seien folglich ebenfalls unfallfremd. Die an erkannten unfallbedingten minimalen Restfolgen (Aphasie und rechtsseitige Geruchsstörungswahrnehmung) würden keinen Anspruch auf eine Integritätsent schädigung rechtfertigen (S. 11 f.).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass Dr. D.____ in seiner vertrauensärztlichen Beurteilung zu Recht zum Schluss gelangt sei, die Rest-Aphasie liege noch in einem leichten bis mit telgra digen Schweregrad vor (S. 12). Die Beurteilung bzw. Verneinung der natürlichen Kausalität der Insomnie durch die Gutachter sei nicht schlüssig oder wider spruchsfrei. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht geprüft worden, da sie als unfallfremd eingestuft worden sei. Eine solche habe aufgrund einer genauen beruflichen Anamnese zu erfolgen, die die Gutachter nicht vorgenommen hätten. Es sei nicht einzusehen, warum eine Insomnie mit erhöhter Ermüdbarkeit in einem hochqualifizierten Job bei einem 100 % Pensum nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen solle. Es habe bei ihr kein Vorzustand bestanden und die Beschwerden seien zeitnah nach dem Unfall aufgetreten und würden zu den typischen Symptomen bei dem als unfallbedingt diagnostizierten organischen Psychosyndrom gehören (S. 16 f.). Dem Gutachten könne insgesamt

- aus näher dargelegten Gründen - nicht gefolgt werden (S. 17 ff.). Die fehlende bzw. sehr unvollständige Fragebeantwortung verunmögliche es, die Meinung der Gutachter zu eruieren und zu überprüfen, ob das Konsensgutachten mit den Teilgutachten übereinstimme. Daraus würden sich Widersprüche und offene Fragen ergeben (S. 18). Durch das Gutachten und die medizinischen Akten sei eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, welche sehr hohe kognitive Ansprüche stelle, in einem Grad von mindestens 20 -30 %

ausgewiesen. Die Gutachter hätten zum Grad der Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit jedoch keine Stellung genommen (S. 22 f., S. 25). Mangels Fragebeantwortung sei dem Gutachten auch nicht schlüssig zu entnehmen, ob die natürliche Kausalität für das verlangsamte Arbeitstempo gegeben sei. Es könne dem Gutachten somit auch nicht entnommen werden, ob das verlangsamte Arbeitstempo als Symptom des diagnostizierten psychoorganischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma zu betrachten sei (S. 24 f.). Aufgrund des rechtsseitigen Verlusts des Geruchssinns liege ein teilweiser, nämlich hälftiger Verlust eines Organs vor, weshalb ihr hierfür eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 7.5 % zustehe (S. 27 f.). Offen sei der zusätzliche Integritätsschaden für die bildgebend nachgewiesenen Schädigungen im Gehirn und für das organische Psychosyndrom, wozu es ergänzender Abklärungen bedürfe. Auch für die nachgewiesene leichte Aphasie stehe ihr eine angemessene Integritätsentschädigung von mindestens 10 % zu (S. 28 f.).

E. 3.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung. In diesem Zusammenhang ist insbesondere strittig, ob unfallbedingte Restfolgen mit relevanten Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen. 4. 4.1

Der Unfallmeldung vom 5. August 2014 (Urk. 8/1) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 1. August 2014 mit dem Fahrrad stürzte und sich dabei ein Schädelhirntrauma, Rippenfrakturen und Prellungen zuzog. In der Folge wurde sie mit der Rega ins Spital Y.____ gebracht (S. 1). 4.2

Die zuständigen Fachärzte der Klinik für Unfallchirurgie Spital Z.____

stellten in ihrem Bericht vom 1. September 2014 (Urk. 9/ M 6) folgende Diagnosen (S. 1): - Schädel-Hirn-Trauma vom 1. August 2014 - Dislozierte dorsolaterale Rippenserienfraktur

links Costae IV-VII vom 1. August 2014 - Harnwegsinfekt vom 16. August 2014

Die Beschwerdeführerin sei dem Spital Z.____ am 6. August

2014 aus dem Spital Y.____ zugewiesen worden. Nach dortiger Diagnostik mittels CCT und CT Traumaspirale habe sich ein Epiduralhämatom und eine Rippenserienfraktur links gezeigt. Bei stabilem Allgemeinzustand sei eine unauffällige intensivmedizinische Überwachung erfolgt. Eine Hämatomevakuierung sei nicht notwendig gewesen (S.

1). Im Spital Z.____ habe sich neben den intrakraniellen Verletzungen im Röntgen-Thorax neben der Rippenserienfraktur ein ausgedehnter Erguss auf der linken Seite gezeigt. Bei beginnender Ateminsuffizienz sei in der Nacht auf den 7. August

2014 die Anlage einer Thoraxdrainage links in Analgosedation bei ausgedehntem Hämatothorax erfolgt. Sodann sei bei klinisch persistierender Desorientiertheit und Dysphasie, am ehesten bedingt durch das raumfordernde epidurale Hämatom temporal links, die Indikation zur Kraniotomie und Hämatomevakuierung gestellt worden (S. 3). Bei einer wachen, extubierten Beschwerdeführerin habe sich klinisch eine Aphasie mit Wortfindungsstörungen, eine eingeschränkte zeitliche Wahrnehmung und eine geringgradige Pronation im Armvorhalten rechts links gezeigt. Im Verlauf sei schrittweise eine Besserung der neurologischen Symptomatik erfolgt, jedoch bestehe noch keine vollständige Erholung bezüglich Aphasie. Am 14. August 2014 sei die Entfernung der zweiten Thoraxdrainage mit radiologischem Nachweis eines Rest-Pleuraergusses linksseitig, jedoch vollständig resorbiertem Pneumothorax, erfolgt (S. 4). Im durchgeführten EEG vom 11. August 2014 hätten sich keine epilepsietypischen Potentiale sowie eine erhöhte hirnelektrische Reagibilität gezeigt. Am 1. September

2014 habe die Beschwerdeführerin bei gutem Allgemeinzustand in die Klinik A.____ verlegt werden können (S. 4). 4.3

Dr. med. E.____ und Dr. F.____ von der Klinik A.____ hielten in ihrem Bericht vom 29. Oktober 2014 (Urk. 9/ M 13) neben den bereits bekannten Diagnosen ein SIRS (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom) wegen Pleuraempyem links am 3. September

2014 sowie eine unklare Schwellung der Weichteile der Hüfte links fest (S. 1). Zudem gaben sie an, die Beschwerdeführerin sei in ein multimodales, leistungsabgestimmtes Neuro-Rehabilitationsprogramm eingegliedert worden. Im Verlauf habe sich die Mobilität und die Gangsicherheit deutlich verbessert, die Muskulatur habe konditioniert werden können und die Gehstrecke habe sich kontinuierlich verlängert. Treppensteigen sei auch gut möglich gewesen, wobei die Schmerzen weniger geworden seien und die Schmerzmedikation habe reduziert werden können. Der Verlauf habe sich positiv gestaltet und die Beschwerdeführerin sei zunehmend belastbar und im Alltag selbständig geworden; lediglich im kognitiven Bereich hätten noch leichte Defizite vorgelegen. Entsprechend habe die Beschwerdeführerin ein kognitives Training erhalten (S. 2).

4.4

Dr. phil. G.____, zertifizierter Spezialist für Schlafmedizin, und Dr. med. H.____, FMH Facharzt für Innere Medizin und speziell Lungenkrankheiten, vom Zentrum für Schlafmedizin der Klinik I.____ hielten in ihrem Bericht vom 28. September 2015 (Urk. 9/ M 30) als Diagnosen ungünstige Schlafgewohnheiten bei mehrphasischem Schlafmuster mit Bedarf an Tagesschlaf in Folge reduzierter Aktivität/Stimulation sowie einen Zustand

nach schwerem Schädelhirntrauma fest (S. 1). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe keine Hinweise auf eine körperliche Ursache ihrer Durchschlafprobleme geliefert. Es würden keine Anhaltspunkte für eine Atem- oder Bewegungsstörung bestehen und sie habe keine gesundheitlichen Beschwerden oder Schmerzen beklagt, die ihre regelmäßige Wachphase in der Nacht erklären könnten. Eine erhöhte Einschlafneigung bei körperlicher Inaktivität in der zweiten Tageshälfte, das frische Erwachen in der Nachtmittag nach kurzem Schlaf sowie das schnelle Anwachen einer Schlafbereitschaft während des Tages seien Symptome, die auf ein sogenanntes mehrphasiges Schlafmuster schliessen lassen würden. Ein mehrphasiges Schlafverhalten mit 1-2 Tagesnickerchen werde in verschiedenen Kulturen gepflegt und entspreche einer Normvariante des menschlichen Schlaf-Wach-Rhythmus. Ein mehrphasiges Schlafmuster komme bei Personen mit reduzierter Aktivität, in zunehmendem Alter, in wenig stimulierenden Lebenssituationen und bei Anpassung an neue Gegebenheiten verstärkt zum Ausdruck. Das bisherige Schlaf-Wach-Verhalten der Beschwerdeführerin sei durch die Idealisierung eines monophasischen Schlafmusters geprägt, denn sie habe versucht, die Wachzeiten in der Nachtmittag zu verdrängen und tagsüber Zeiten mit Schläfrigkeit durch Stimulation zu überwinden. Ein solches Bestreben sei bei mehrphasischer Schlafstruktur als ungünstige Schlafhygiene zu betrachten, denn bei Durchführung von 1-2 kurzen Ruhepausen während des Tages seien die Schläfrigkeitssymptome einfacher unter Kontrolle zu bringen. Bei Fehlen einer Entspannungs- oder Schlafpause während des Tages entstehe bei Personen dieses Schlaftyps zudem eine abendliche Erschöpfung, die den Schlafprozess in der Nacht beeinträchtige (S.

2

f.). Zur Verbesserung seien der Beschwerdeführerin (näher ausgeführte) Verhaltensmassnahmen empfohlen worden (S. 3). 4.5

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2016 (Urk. 9/ M 37) fest, dass die Symptomatik der Beschwerdeführerin nicht erklärt werden könne. Die posttraumatischen strukturellen Schädigungen seien sehr diskret. Die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfall im Umfang von 25 % gearbeitet und arbeite zurzeit nicht mehr. Diese sekundäre Verschlechterung könne er aufgrund des Unfalls am 1. August 2014 nicht erklären. Es sei wahrscheinlich, dass hier psychogene Gründe mitspielen. Auch die Schlafproblematik dürfte den Verlauf beeinflussen haben, obwohl diese per se nicht pathologisch sei (S. 4). 4.6

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, medizinischer Dienst der Beschwerdegegnerin, gab in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2016 (Urk. 9/ M 39) an, dass bei der Beschwerdeführerin nach angemessener medizinischer Akutversorgung und Neurorehabilitation bei Austritt anfangs Oktober 2014 nur noch leichte bis mittelschwere neurokognitive Schwierigkeiten aufgeführt worden seien. Es sei eine ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie erfolgt, wobei als Anfangsbefunde eine deutliche Minderung der konzentrativen Belastbarkeit mit rascher Ermüdung, einem Abbau der Aufmerksamkeitskapazität, einer verminderten Gedächtnisleistung sowie reduzierte exekutive Funktionen aufgeführt worden seien. Schon Ende November 2014 habe aber eine deutliche Besserung dokumentiert werden können, wobei die Beschwerdeführerin selber keine kognitiven Defizite und auch eine deutlich verminderte Müdigkeit angegeben habe. Bei unauffälliger Aufmerksamkeit und

unauffälliger Verhaltensbeobachtung sei die Fahreignung wiedergegeben worden. Die zeitnahe Dokumentation nach dem Unfallereignis zeige damit ein

insgesamt erfreulichen Verlauf. In psychiatrischer Hinsicht seien keine psychopathologischen Befunde mit Krankheitswert, keine Verhaltensveränderungen und keine Hinweise dokumentiert worden, welche auf eine posttraumatische reaktive Beeinträchtigung mit Krankheitswert hinweisen würden. Es würden sich weder Hinweise auf eine durchgeführte konsiliarische Exploration finden noch auf das Vorliegen einer psychoorganischen Symptomatik im Rahmen der erlittenen Schädel-Hirn-Verletzung. Im September 2015 sei auf ein vollständiges unauffälliges neuropsychologisches Profil hingewiesen worden und gleichzeitig sei das Vorliegen einer Anpassungsstörung erwähnt worden. Die Symptomatik unterschreite jedoch die Schwelle einer Störung mit Krankheitswert (S. 5 f.). Es könne festgehalten werden, dass es nach einer anfänglichen Besserung der Müdigkeit nach dem Umzug nach K.____ im März 2015 wieder zu einer Zunahme der Müdigkeit und der Schlafstörungen gekommen sei, was belege, dass diese Schlafproblematik in Zusammenhang mit unfallfremden Umständen gesetzt werde. Da ein solcher Verlauf einer erneuten Verschlechterung gegen eine unfallbedingte Störung spreche, da bei schon klar eingetretener Verbesserung im November mit einer weiteren Besserung habe gerechnet werden dürfen, da zudem weder von neurologischer Seite noch von schlafmedizinischer Seite auf eine somatisch strukturelle Schädigung verwiesen werde, welche die Entstehung dieser Schlafstörung plausibel erklären könne, und da zudem auch von den behandelnden Psychologen diagnostisch auf eine nicht organische Insomnie hingewiesen worden sei, sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der derzeit ganz im Vordergrund stehenden Symptomatik im Rahmen der Insomnie nicht ausgewiesen (S. 6 f.).

Eine posttraumatische Belastungsstörung könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht mit dem Unfallereignis vom 1. August 2014 begründet werden. Sicher sei der erfolgte Unfall, in welchen die Beschwerdeführerin unvorbereitet geraten sei, eine plötzliche und äusserst unangenehme Erfahrung gewesen, doch habe ein solcher Unfall nicht dasjenige katastrophale Ausmass gehabt, wie es für die Diagnosestellung erforderlich sei. Auch das weitere Kardinalsymptom des wiederholten Erlebens des Traumas aufgrund von sich unvermittelt aufdrängenden Nachhalleninnerungen sei nicht dokumentiert, sodass das Vorliegen einer Symptomatik, welches diese Diagnose begründen würde, klar verneint werden könne.

Es habe kein psychiatrischer Erkrankungszustand mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgefunden werden können, welcher in einem nachvollziehbaren natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stehe (S. 7). 4.7 4.7 .1

Die zuständigen Fachärzte der Rehaklinik B.____, Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemein- und Unfallchirurgie, lic. phil. N.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie O.____

erstellten am 6. Juni 2018 ein interdisziplinäres Gutachten (Urk. 9/ M 43). In der neurologischen Beurteilung wurde zusammengefasst dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin mit den vorliegenden objektivierbaren organischen Unfallfolgen keine Leistungsminderungen auf körperlichem oder geistigem (intellektuellem) Gebiet begründet werden könnten, welche das Ausmass einer namhaften Einschränkung einer Ar

beitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in angepassten Tätigkeiten an nehmen würden. Unter Berücksichtigung der früheren und der aktuellen medizinischen Bildgebungen, der Elektroenzephalographie, der Laborbefunde und der neuropsychologischen Untersuchungsbefunde während den stationären Begutachtungen seien zusätzliche, wahrscheinlich krankheitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen aus neurologischer Sicht beschrieben. So sei aus neurologischer Sicht die auswärtige Diagnose eines (wahrscheinlich krankheitsbedingten) «mehrphasischen Schlafmusters» zu bestätigen. Dies könne, falls die Beschwerdeführerin die Empfehlungen zur Schlafhygiene nicht einhalte, zu einem oft nicht erholsamen Schlaf führen (S. 2).

Auf orthopädisch-somatischem Fachgebiet würden zusammengefasst weder Beschwerden noch Funktionseinschränkungen vorliegen. Somit gebe es auch keine funktionellen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als selbständige Case Managerin/Schadensberaterin könne problemlos ganztägig ohne Einschränkungen weiterhin durchgeführt werden. Auch andere berufliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien ihr ganztägig ohne Einschränkungen zumutbar. Eine Einschränkung der körperlichen Integrität entfalle somit ebenfalls (S. 2).

Die Resultate und Beobachtungen in der standardisierten ergotherapeutischen Befunderhebung hätten sich an den drei Untersuchungstagen konsistent gezeigt. Die subjektiven Beschwerden (Müdigkeit und kognitive Minderleistungen) oder Minderleistungen aufgrund einer «Blockade» hätten in den ergotherapeutischen Abklärungen nicht beobachtet werden können. Ausser einem verlangsamten Arbeitstempo hätten auch keine der subjektiven Beschwerden beobachtet werden können. Zusätzlich sei eine leicht erschwerte Kommunikation aufgefallen. Bei leichten bis mittelschweren kognitiven Aufgaben habe über drei Stunden eine Leistungsfähigkeit festgestellt werden können und es könne von einer höheren verwertbaren Leistungsfähigkeit ausgegangen werden (S. 2 f.).

Aufgrund der von neuropsychologischer Seite durchgeführten Tests, mit zumeist unauffälligen Leistungen, könne keine erhebliche Einschränkung einer beruflichen Funktionsfähigkeit abgeleitet werden. Es sei möglich, dass bei Tätigkeiten mit sehr hohen kognitiven Anforderungen an die sprachlichen Funktionen die Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt sein könnte (S. 3).

In den fachärztlich-psychiatrischen Explorationen hätten keine krankheitswertigen psychischen Störungen diagnostiziert werden können. Die Folgen des Schädel-Hirn-Traumas hätten temporär zu schweren ausgeprägten kognitiven Defiziten im Rahmen eines sogenannten organischen Psychosyndroms gemäss ICD-10 F07.2 geführt. Die kognitiven Defizite hätten seit März 2015 nicht mehr objektiviert werden können, so dass diese psychiatrische Störung zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Rolle mehr spiele. Eine nach dem Unfall des Jahres 2014 beschriebene Anpassungsstörung bzw. in den Berichten dokumentierte posttraumatische Belastungsstörung oder depressive Störung habe zum Begutachtungszeitpunkt klinisch nicht (mehr) vorgelegen. Auch wenn sie vorgelegen haben sollten, seien diese nicht dauerhaft gewesen und würden auch in der Wahrnehmung der Beschwerdeführerin keine Rolle spielen. Aufgrund der durchgeführten Laboranalyse würden sich zumindest in den Wochen vor der Begutachtung im Dezember 2017 und aufgrund der anamnestischen Angaben zum Zeitpunkt der Abklärung im Zentrum für Schlafmedizin I. ein erhöhter Alkoholkonsum als Quelle bzw. Teilfaktor der beklagten Durchschlafstörungen neben einer ebenfalls möglicherweise vorliegenden ineffektiven Schlafhygiene/Schlafwahrnehmung nicht ausschliessen lassen.

Zusammenfassend sei auf dem Gebiet der Psychiatrie keine gravierende unfallkausale Gesundheitsstörung und/oder psychische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit festzustellen (S. 3).

Die Experten führten nach interdisziplinärer Besprechung schliesslich folgende Diagnosen auf (S. 3 f.): - Velo-Unfall am 1. August 2014 mit: - Dislozierter, dorsolateraler Rippenserien-Fraktur links Costae IV-X (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Ausgeprägtem Hämatothorax links (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Hämatom/ Serom des proximalen lateralen Oberschenkels links (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Schädel-Hirn-Trauma (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) : - EDH fronto-temporal links; Contre-coup-Kontusionsblutung temporopolar rechts; fronto-basale Hirnschädigungen; Kalottenfraktur parietal links; Schädelbasis-Fraktur links mit Einstrahlung in den Sinus

sphenoidalis und den Canalis

caroticus links; Fraktur des Arcus zygomaticus links; RQW parietal links, Status nach passagerer aphasischer Störung; Status nach organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2); einseitige Anosmie (ICD 10: R43.0); thorakale Sensibilitätsstörungen; jeweils ohne Krankheitswert - Verdacht auf einmaligen epileptischen Anfall am 7. August 2014; kein Hinweis auf Epilepsie-Leiden (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

Es bestehe zudem keine neuropsychologische Störung bei diskreten Minderleistungen im Bereich der verbal phonematischen Wortflüssigkeit, bei subjektiven Angaben von Durchschlafstörungen und persistierender Tagesmüdigkeit bei Status nach erlittener traumatischer Hirnverletzung vom 1. August 2014 (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit).

Als unfallunabhängige Diagnosen wurden die Folgenden genannt (S. 4): - Insomnie (ICD-10: F51.0) mit ungünstigen Schlafgewohnheiten bei mehrphasischem Schlafmuster, mit Bedarf an Tagesschlaf infolge reduzierter Aktivität/Stimulation (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Anamnestisch Status nach Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), DD: depressive Episode (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Anamnestisch Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.2) - Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol ICD-10: F10.1, bei Hinweisen für Alkoholüberkonsum in den letzten 2-3 Wochen vor der Begutachtung (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Beginnende Halluzinationen

valgus-Deformität rechts (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - COPD Gold Stadium I, Risikoklasse A (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Status nach Nikotin-Abusus (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Leichte Fehlsichtigkeit (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Bruxismus (Zähneknirschen) (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

In Beantwortung der durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen hielten die Gutachter ausserdem fest, dass nach gemeinsamer neuropsychologischer und neurologischer Einschätzung die am 1. August 2014 erlittenen Verletzungen bzw. deren Folgen nicht mit Wahrscheinlichkeit geeignet seien, die angegebene Variante des Schlafmusters oder eine andere (subjektive) Schlafstörung zu verursachen (S. 5 f.). Die beschriebene Variante des Schlafverhaltens der Beschwerdeführerin sei nicht in einer überwiegenden

wahrscheinlichen, natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall des Jahres 2014 zu stellen. Das Schlafverhalten der Beschwerdeführerin sei entweder ähnlich einer sogenannten « Dekonditionierung » zu werten oder unterliege einer nicht realistischen Wahrnehmung. Bei beiden Hintergründen sei durch eine Willensanstrengung der Beschwerdeführerin durch eine langfristige Verhaltensänderung und veränderte Selbstwahrnehmung bzw. Interpretation der subjektiv wahrgenommenen störenden Schlafunterbrüche ein Abklingen der subjektiven Schlafstörung zu erwarten. Zudem könne eine Abstinenz oder deutliche Reduktion des Alkoholkonsums zu einer verbesserten Schlafqualität führen (S. 6). Es stelle den Konsens der Begutachtenden dar, dass weder eine teilweise noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Unfallfolgen begründet werden könne. Es seien mit den nachweisbaren somatischen und psychischen Unfallfolgen keine namhaften Beeinträchtigungen in der Ausübung der angestammten oder angepassten Tätigkeit begründbar. Es sei vorstellbar, dass eine minimale Rest-Aphasie bei der Beschwerdeführerin eine Arbeitstätigkeit (oder Umschulung) in einen sprachlich hochanspruchsvollen Beruf beeinträchtigen würde. Das Ausmass einer Beeinträchtigung in diesen aussergewöhnlichen Arbeitstätigkeiten könne jedoch nur grob eingeschätzt werden und müsse als « leicht bis mittelgradig » geschätzt werden. Die Beschwerdeführerin habe in den neuropsychologischen Untersuchungen während der Begutachtung eine gute kognitive Leistungsfähigkeit gezeigt. Es sei somit keinerlei Minderung der Leistungsfähigkeit in der Arbeitstätigkeit zu begründen (S. 8). Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht könne rückblickend kein Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit festgelegt werden. Die beschriebene Arbeitsfähigkeit gelte mindestens seit dem Begutachtungszeitpunkt. Aus orthopädisch/unfallchirurgischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit sechs Monate nach dem Unfall auszugehen (S. 9).

Hinsichtlich der ärztlichen Behandlung gaben sie an, dass die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit keine Heilbehandlungen in Anspruch nehme. Nach ihrer Einschätzung seien Behandlungen weder in Bezug auf Unfallfolgen noch in Bezug auf relevante Erkrankungen medizinisch indiziert. Es sei keine ärztliche Behandlung und keine Pflege zum Erhalt der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit erforderlich (S. 9).

Zur Frage nach einer dauernden erheblichen Schädigung der körperlichen Integrität hielten die Experten fest, dass insgesamt keine dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität mit Unfallfolgen begründbar sei (S. 9). 4.7.2

In Beantwortung von Rückfragen seitens der Beschwerdegegnerin hielt Neurologe und Psychiater Dr. L. ___ in seiner Stellungnahme vom 7. Dezember

2018 (Urk. 9/ M 45) fest, dass zunächst präzisiert werden müsse, dass die fachärztlichen Begutachter in Bezug auf das sprachliche Ausdrucksvermögen der Beschwerdeführerin keine « Rest-Aphasie » in einem Schweregrad von « leicht bis mittelschwer » beschrieben und/oder als dauerhafte Unfallfolge festgestellt hätten. Es sei in der fachärztlichen Zusammenfassung lediglich eine « minimale Rest-Aphasie » diagnostiziert worden, welche keine Schätzung eines Integritätsschadens gerechtfertigt hätte (S. 1). Während der ausführlichen neurologischen Anamnese, der psychiatrischen Exploration und der neuropsychologischen Befragung seien keine sprachlichen Einbussen deutlich aufgefallen. Nach gutachterlicher Einschätzung sei für die Tätigkeit als « Case-Manager » (welche den Begutachtenden wegen häufiger beruflicher Kontakte gut bekannt sei) keine ausgesprochen hohe Anforderung an eine dauerhafte exakte sprachliche Ausdrucksfähigkeit erforderlich, im Gegensatz zum Beruf Simultan-Dolmetscher oder Telefonist (S. 2). Aus diesen

Ausführungen sei deutlich abzuleiten, dass keine Leistungsminderung in der an gestammten Tätigkeit als «Case-Managerin» mit nachweisbaren Unfallfolgen be gründbar sei (S. 3). 4.8

Dr. med. C.____ hielt in einer weiteren Stellungnahme vom 25. April

2020 (Urk. 9/ M 48) fest, dass er das interdisziplinäre Gutachten der Rehaklinik B.____ für umfassend, begründet und nachvollziehbar halte. Er sehe nicht, wie eine Teil- oder gar vollständige Arbeitsunfähigkeit weiterhin unfallkausal gerechtfertigt werden soll. Er habe schon 2016 keineswegs ausgeschlossen, dass auch eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Einen für die Bemessung der Integritätsentschädigung erheblichen Integritätsschaden könne er nicht sehen. Die «mini male Restaphasie» erlaube nicht die Festlegung eines erheblichen Integritätsschadens, ebenso wie die diskreten SWI-Läsionen. Die einseitige Anosmie könne nicht einfach als die Hälfte der totalen Anosmie bewertet werden. Bei einer Riechstörung (Hirnnerv I) müsse ein Tri geminusreizstoff (Hirnnerv V) doch wahrgenommen werden. Es sei anzunehmen, dass hier die Angaben der Beschwerdeführerin nicht zuverlässig seien. Olfaktorisch-evozierte Potentiale würden nicht vorliegen. Bei paarigen Sinnesorganen sei ein einseitiger Ausfall nicht mit einem häftigen Sinnesausfall gleichzusetzen. So werde eine traumakausale Blindheit einseitig mit einem Integritätsschaden von 30 % gleichgesetzt, bei beidseitiger Blindheit 100 % . Ein voller Hörverlust einseitig werde mit einem Integritätsschaden von 15 % gleichgesetzt, bei beidseitigem Hörverlust betrage dies 85 % . Bei einem einseitigen Geruchssinnverlust sei der Geruchssinn auf der anderen Seite noch in takt, weder Entsprechungen von Tiefenwahrnehmung noch Richtungshören seien beim Geruchssinn relevant. Der Integritätsschaden sei also - relativ gesehen - kleiner als beim einseitigen im Vergleich zum beidseitigen Hörverlust festzusetzen. Ein beidseitiger Geruchssinnverlust werde mit einem Integritätsschaden von 15 % bewertet, ein einseitiger Geruchssinnverlust mit <17.6 % von 15 % also <2.6 % , was wiederum unter der Erheblichkeitsgrenze liege (S. 9). Zudem gab Dr. C.____ an, die Beschwerdeführerin habe sich deutlich besser erholt, als sie dies subjektiv glaube und es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung und den objektivierbaren Befunden. Die minimale Restaphasie sei im Beruf als Case Managerin nicht relevant für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit. In einem Call-Center oder in einer sprachbetonten Tätigkeit könne eine diskrete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesehen werden (S. 10). 5.

5.1

Vorwegzuschicken ist, dass es sich beim Gutachten der Rehaklinik B.____ vom 6. Juni 2018 (E. 4.7.1 hiervor) um eine externe spezialärztliche Einschätzung handelt.

Rechtsprechungsgemäss ist der Expertise also volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange sie den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte genügt und nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351, E. 3b/ bb). 5.2 5.2

.1

Das interdisziplinäre Gutachten der Rehaklinik B.____ vom 6. Juni 2018 beruht auf den notwendigen internistischen, neurologischen, orthopädisch-somatischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen und erweist sich so mit für die streitigen Belange als umfassend. Die Gutachter setzten sich detailliert mit den von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden auseinander (vgl. Urk. 9/ M 43 S. 9 [orthopädisch-unfallchirurgisches Teilgutachten], S. 24 ff. [neurologisches Teilgutachten], S. 34 ff. [psychiatrisches Teilgutachten], S. 5 [neuropsychologisches Teilgutachten]).

utachten]), erstellten ihre Beurteilung in Kenntnis der wesentlichen Vorakten (vgl. Urk. 9/ M 43 jeweils S. 2 ff. der jeweiligen Teilgutachten) und die daraus unter Nennung der medizinischen Zusammenhänge gezogenen Schlussfolgerungen leuchten ein. Namentlich legten sie dar, dass aus orthopädisch-somatischer Sicht weder Beschwerden noch Funktionseinschränkungen vorliegen und spätestens sechs Monate nach dem Unfall die Rippenserienfrakturen und die Folgen des Lungen -Eingriffes vollständig abgeheilt waren , was sich auch mit dem ergotherapeutischen Assessment deckt, wobei keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit festgestellt werden konnte (Urk. 9/ M 43, orthopädisch- und fallchirurgisches Teilgutachten) . Auch der neurologische Teilgutachter, Dr. L.____ , beschrieb nachvollziehbar, dass unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde mit den Hirnparenchym-Schädigungen als Folge des Unfalls vom August

2014 keine höhergradigen kognitiven Leistungsminderungen und keine erheblichen klinisch-neurologischen Ausfälle erklärbar seien. Die MR-Bildgebung des Gehirns vom Januar 2018 erkläre eine - ausschliesslich auf der rechten Seite- vorhandene Geruchs-Wahrnehmungsstörung, bei erhaltener Geruchs-Wahrnehmung links. Als weitere Unfallfolge nannte er Schädigungen peripherer sensibler Nerven im Bereich des Thorax, wobei er keine Hinweise für ein dort lokalisiertes neuropathisches Schmerz-Syndrom erheben konnte . Er beschrieb zudem schlüssig , dass zwar eine minimale Rest-Aphasie vorhanden ist, welche jedoch keine kognitiven Einbussen begründet. Auch die subjektive Schlafstörung konnte weder auf neurologischem noch auf pulmonologischem / pneumologischen Gebiet eine organische Begründung finden (Urk. 9/ M 43 S. 35 ff., neurologisches Teilgutachten). Sodann zeigte der psychiatrische Gutachter O.____

unter Hinweis auf das neurologische und neuropsychologische Teilgutachten auf, dass die Untersuchungsergebnisse die unfallbedingten hirnorganischen (eher minimalen Rest-) Substanzdefekte die geklagten Schlafstörungen nicht erklären können und die beklagten kognitiven Beeinträchtigungen und die angegebene Erschöpfung mit Müdigkeit sich nicht objektivieren lassen. So führte er aus, dass die direkten Methoden zur Erfassung von Hirnläsionen (bildgebende Verfahren wie MRT) zwar noch (Rest-)Läsionen gezeigt hätten, diese aber als Quelle von Schlafstörungen anhand ihrer Ausprägung und Lokalisation unwahrscheinlich seien und sich aufgrund der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse und der klinischen Beobachtungen keine Hirnfunktionsbeeinträchtigungen (mehr) objektivieren liessen (Urk. 9/M43 S.

45 , psychiatrisches Teilgutachten). Des Weiteren legte auch der neuropsychologische Gutachter schlüssig dar, dass bei der Beschwerdeführerin keine neuropsychologische Störung festgestellt werden konnte und aufgrund der durchgeführten Tests mit zumeist unauffälligen Leistungen keine erhebliche Einschränkung einer beruflichen Funktionsfähigkeit abgeleitet werden kann (Urk. 9/ M 43 S. 14 ff., neuropsychologisches Teilgutachten). Die Gutachter gelangten sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass mit Unfallfolgen weder eine teilweise noch eine hochgradige oder vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie mit den kognitiven Einbussen keine Minderung der Leistungsfähigkeit

begründet werden kann (Urk. 9/ M 43 S. 8). Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GräubBabic

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