

200 14 1074 UV  
SCJ/BOC/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. März 2015**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Bossert

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecherin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin



gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2014

## Sachverhalt:

### A.

Die 1981 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit dem 1. August 2008 bei der D.\_\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_\_), als E.\_\_\_\_\_ bzw. F.\_\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie gegen Berufskrankheiten versichert (Allgemeine Akten der AXA [act. II] A1, A36). Am 26. August 2008 wurde die Versicherte beim ... und erlitt schwere Verletzungen, welche drei operative Eingriffe notwendig machten (Operationen vom 27. August, 8. September 2008 und 4. September 2009 [Medizinische Akten der AXA {act. IIa} M5 f. M18]). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

Die Versicherte konnte ab dem 17. November 2008 ihre Arbeitsfähigkeit schrittweise steigern und war ab dem 1. Januar 2010 wieder voll arbeitsfähig (vgl. act. II A55; act. IIa M9, M10, M14 f.). Die bisherige Tätigkeit als F.\_\_\_\_\_ konnte die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbstständig ausführen (act. II A28), weshalb sie ab dem 10. November 2009 bei der D.\_\_\_\_\_ als G.\_\_\_\_\_ mit einfacheren Arbeiten betraut wurde (act. II A37). Dementsprechend erfolgten am 16. März 2010 eine Änderungskündigung per 30. Juni 2010 und der Abschluss eines neuen Vertrages ab dem 1. Juli 2010 als G.\_\_\_\_\_ mit einer geringeren Entlohnung (act. II A46). In dieser Tätigkeit wurde die Versicherte per 1. November 2010 zur ... befördert (act. II A81). Anfang Juni 2011 trat die Versicherte bei der H.\_\_\_\_\_ eine 100 %-Stelle als I.\_\_\_\_\_ an, welche sie per 31. Mai 2012 kündigte (Akten der Versicherten [act. I] 13, 14). Anschliessend nahm die Versicherte eine Tätigkeit als J.\_\_\_\_\_ in einem Teilzeitpensum bei der K.\_\_\_\_\_ auf (act. I 15).

**B.**

Zwecks Abklärung ihrer Leistungspflicht liess die AXA bei der Gutachterstelle L.\_\_\_\_\_ ein neurologisches/neuropsychologisches Konsilium (Expertise vom 4. Juni 2009 [act. IIa M12]) sowie bei einer MEDAS ein interdisziplinäres Gutachten erstellen (Expertise vom 7. Februar 2012 [act. IIa M23] inkl. ergänzende Stellungnahme der MEDAS vom 22. Februar 2012 [act. IIa M23a]).

Mit Verfügung vom 21. August 2013 (act. II A67) verneinte die AXA den Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung und stellte die Taggeldleistungen sowie die Heilbehandlungen rückwirkend per 31. Dezember 2009 ein. Gleichzeitig wurde der Versicherten für die aufgrund der Wirbelsäulenverletzung verbleibende Beeinträchtigung eine Integritätsentschädigung von 25 % und für die erlittene Hyposmie (herabgesetztes Riechvermögen [PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 977]) eine solche von 10 %, total also eine Integritätsentschädigung von 35 % bzw. Fr. 44'100.-- zugesprochen. Im Rahmen des dagegen angehebenen Einspracheverfahrens holte die AXA eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, ein (act. IIa M24). Mit Entscheid vom 2. Oktober 2014 (act. II A90) hiess die AXA die Einsprache insoweit teilweise gut, als sie die Übernahme der Heilungskosten bis zum 31. März 2012 anerkannte; im Übrigen wies sie die Einsprache ab.

**C.**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B.\_\_\_\_\_, am 4. November 2014 Beschwerde. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2014 sei aufzuheben.
2. Es seien der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2010 UVG-Rentenleistungen basierend auf einem Invaliditätsgrad von mehr als 20 % auszurichten.
3. Es sei der Beschwerdeführerin eine höhere Integritätsentschädigung auszurichten.

4. Eventualiter:

Die unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die körperliche und/oder geistige Integrität seien bei einer unabhängigen, unparteilichen, fachkompetenten und einvernehmlich zu bestimmenden Gutachterstelle weiter abzuklären.

5. Subeventualiter:

Es seien der Beschwerdeführerin während des Abklärungsverfahrens rückwirkend Taggelder basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszurichten.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2014 (act. II A90). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente ab Januar 2010, derjenige auf Heilbehandlung ab April 2012 sowie der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, wobei von der Beschwerdegegnerin ein Integritätsschaden von 35 % anerkannt wird.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). 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 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des

Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

**2.4** Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.5** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.5.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**2.5.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593).

**2.6** Um den Leistungsanspruch überprüfen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### 3.

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Im neurologischen/neuropsychologischen Konsilium der Gutachterstelle L. \_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2009 (act. IIa M12 S. 10) führten die Experten in diagnostischer Hinsicht Folgendes aus: Status nach Polyblessé. Als Residuen des schweren Schädelhirntraumas neuroradiologisch nachweisbare leichtgradige cerebrale und cerebelläre Atrophie mit erweitertem Ventrikelsystem, mit grösseren postkontusionellen Defekten beidseits frontobasal im Bereich des Gyrus rectus sowie Gyri orbitales, links temporal basal und auch rechts temporal medio-basal; partielle Anosmie; leichte, in Anbetracht des prämorbid anzunehmenden als ausgeglichen zu beurteilenden kognitiven Leistungsprofils allenfalls leichte bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigung in Bereichen Konzeptbildung, andeutungsweise Interferenzanfälligkeit und im Besonderen im Lernen und Gedächtnis. Die Experten hielten zudem fest, währenddem die somatischen Befunde (im Besonderen die lumbalen Beschwerden) vorerst lediglich einen marginalen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben dürften, falle die kognitive Beeinträchtigung (welche die Beschwerdeführerin möglicherweise zu kaschieren versuche) deutlich ins Gewicht. In Unkenntnis der eigentlichen Arbeitsbedingungen (und unter der Voraussetzung, dass gewisse Arbeitsabläufe flexibel eingeteilt werden könnten), könnte es sein, dass die kognitiven Be-

eintrüchtigungen, welche als leicht, allenfalls leicht bis mittelschwer zu beurteilen seien, vorerst vergleichsweise wenig gewichten würden, die Beschwerdeführerin aber auf lange Sicht deutlich beeinträchtigen und zu einer Dekompensation (deren Form hier nicht genau spezifiziert werden könne) führen könnten. Insofern bestehe in erster Linie bezüglich der Arbeitsfähigkeit prospektiv die Gefahr einer Überforderung resultierend aus den beschriebenen kognitiven Defiziten, welcher auch im Rahmen einer Therapie Rechnung zu tragen sei.

**3.2** Im Bericht des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2009 (act. IIa M13) hielten die behandelnden Ärzte fest, die Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeit habe ein weitgehend unauffälliges Leistungsprofil gezeigt. Einzig die Wortflüssigkeit sei leicht reduziert gewesen. Zum Vergleich stünden die Ergebnisse eines neurologisch-neuropsychologischen Gutachtens vom 20. Mai (richtig: 4. Juni) 2009 (Gutachterstelle L. \_\_\_\_\_), wo Beeinträchtigungen in der Planung, der Konzeptbildung, der Interferenzanfälligkeit sowie Unsicherheiten beim Lernen und Gedächtnis beschrieben würden. Solche Defizite seien in der vorliegenden Untersuchung nicht zu finden. Diese Diskrepanz zwischen beiden Untersuchungen könnte zwar aufgrund von Retest-Effekten mitverursacht worden sein (eine Spontanremission zirka ein Jahr nach dem Unfall und in dieser Kürze erscheine unwahrscheinlich), jedoch kaum in diesem Ausmass, so dass die Ursache der diskrepanten Befunde unklar bleibe. Insgesamt hätten die subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin nicht objektiviert werden können. Allenfalls wäre eine Einschränkung der kognitiven Leistung im Alltag durch die berichtete psychische Belastung denkbar. Aufgrund der unauffälligen Befunde sei nicht mit einer wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

**3.3** Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 7. Februar 2012 (act. IIa M23) basiert auf Untersuchungen und Beurteilungen in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie und Neuropsychologie. Als unfallrelevante Diagnosen und Differentialdiagnosen (aus allen untersuchten Fachgebieten) führten die Gutachter die Folgenden auf (act. IIa M23 S. 18):

Status nach Polytrauma vom 26. August 2008 mit/bei

- Schädel-Hirn-Trauma Grad III mit persistierender Hyposmie und weitgehend remittierten neuropsychologischen Störungen
- orthopädisch relevant verbliebener Traumatisierung der Wirbelsäule mit Status nach komplexen wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen, u.a. Burst split Fraktur LWK 1 (dorsale und ventrale Stabilisation August 2008). Nach klinisch und radiologisch vollständig verheilter Situation Metallentfernung zur Freigabe der Segmenthöhe Th12/11 und L2/3 somit verbliebene Spondylodese Th12-L2 (entsprechend einer dauerhaften bisegmentalen Einsteifung der thoracolumbalen Übergangsegmente Th12/L1 und L1/L2)
- in der radiologischen Verlaufskontrolle vom 2. November 2011 Metalimplantat Th12-L2 ohne Zeichen einer Lockerung
- Status nach Spondylodese bei LWK 1 Fraktur, ohne peripher neurogene oder myelogene Schädigung, mit residualer belastungsabhängiger Schmerzsymptomatik
- stattgehabter Thoraxkontusion ohne Folgen
- Claviculafraktur links einschliesslich stattgehabter Mitverletzung des AC-Gelenkes links. Claviculafraktur nach konservativer Behandlung inzwischen achsengerecht und stabil konsolidiert, verbliebenes leicht dehiszentes AC-Gelenk Tossi I–II

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest (act. IIa M23 S. 19 f.), aus neurologischer Sicht sei eine erfreulich gute Restitution der kognitiven Funktionen nach dem Schädel-Hirn-Trauma zu konstatieren. Relevante Beeinträchtigungen seien nicht mehr zu erkennen. Die Veränderungen im MRI des Schädels vom Mai 2009 fänden klinisch keine Korrelate mehr. Auch die von der Beschwerdeführerin genannte Müdigkeit mit abendlicher Besserung sei aus neurologischer Perspektive eher konstitutionell zu erklären. Hingegen sei die partielle Riechstörung eindeutig Folge des Unfalls und im täglichen Leben weiter sehr störend. Neben der nicht zu unterschätzenden Einbusse an Lebensqualität könne die Riechstörung auch berufliche Auswirkungen haben (alle Tätigkeiten, bei denen ein einwandfreies Riechen Voraussetzung sei). Betreffend Riechstörung mit ebenfalls Einfluss auf die Geschmacksempfindungen dürfte mit aller Wahrscheinlichkeit ein Endzustand erreicht sein. Wie im neuropsychologischen Teilgutachten dargestellt, hätten sich die initial festgestellten, kognitiven Defizite vollständig zurückgebildet. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht bestehe nicht mehr. Im Vergleich zu den Vorbefunden vom August 2009 zeige sich aktuell ein vergleichbares kognitives Leistungsprofil, hingegen bestünden zur neuropsychologischen Untersu-

chung vom Juni 2009 Diskrepanzen. Diese seien gemäss Neuropsychologin am ehesten darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin bezüglich ihres kognitiven Leistungsvermögens noch leicht zu verunsichern sei und sehr sensibel auf äussere Umstände reagiere. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich die in den entsprechenden Vorberichten dargestellten psychiatrischen Störungen (Anpassungsstörung, Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung und depressive Einbrüche) mit der bis Frühling 2011 durchgeführten Psychotherapie verbessert bzw. diese Störungen seien verschwunden. Aus psychiatrischer Sicht sei seit Frühling 2011 (nach Abschluss der Psychotherapie) wieder von einer normalen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Orthopäde beschreibe persistierende, deutliche Veränderungen insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und gehe davon aus, dass die Belastbarkeit der Wirbelsäule dauerhaft eingeschränkt bleiben werde. Die noch geklagten Beschwerden seien plausibel und gingen auf den Unfall zurück. Eine Besserung sei nicht zu erwarten, im Gegenteil müsse damit gerechnet werden, dass sich frühzeitig und vermehrt sekundäre, degenerative Veränderungen in der Region des statisch relevanten thorakolumbalen Übergangs entwickeln würden. Präventiv und zur Verzögerung sekundärer, degenerativer Veränderungen seien medizinische Trainingstherapien, symptomorientierte physiotherapeutische Behandlungen und schädigungskonforme Fitnessübungen zur Stabilisierung des Rumpfmuskel-Korsetts sinnvoll. Hingegen bestünden bezüglich Folgen der Claviculafraktur mit verbliebener, leichter Instabilität des linksseitigen AC-Gelenkes kaum noch Beschwerden und keine wesentlichen funktionellen Einbussen.

Die Gutachter führten weiter aus (act. IIa M23 S. 20), die festgestellten unfallkausalen Veränderungen führten zu folgendem Belastungsprofil: Die Wirbelsäule belastende Tätigkeiten sollten dauerhaft nicht mehr zugemutet werden. Insbesondere sollten Tätigkeiten vermieden werden, die mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf, Zwangshaltungen für die Wirbelsäule oder mit langfristigem Stehen oder Sitzen verbunden seien. Das aktuelle Limit für Stehen und Sitzen ohne Unterbruch betrage 60 Minuten. Weiter sollten Heben und Tragen auf 10 bis 15 kg limitiert werden. Wegen der beschriebenen Schulteraffektion links sollten zusätzlich Tätigkeiten über Schulterhöhe links vermieden werden. Weiter sei der einge-

schränkten Riechfunktion für die Planung einer Tätigkeit Rechnung zu tragen. Unter Berücksichtigung der im Belastungsprofil beschriebenen Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin für alle ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten 8.5 Stunden arbeitstäglich an fünf Arbeitstagen pro Woche arbeitsfähig. Es sei eine leistungsmässige Einbusse von 20 % zu berücksichtigen. Diese gelte zu Lasten des zumutbaren Arbeitstempos. Dies gelte auch für die vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit als F. \_\_\_\_\_ sowie die aktuelle Tätigkeit als I. \_\_\_\_\_. Einzuschränken sei, dass die Tätigkeit als I. \_\_\_\_\_ auf längere Sicht nur geeignet sei, falls die oben formulierten Limiten für den Bewegungsapparat eingehalten werden könnten. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit gelte seit Frühling 2011 (nach Abschluss der Psychotherapie). Der in der Berichtslage vor diesem Datum dargestellte Verlauf der Arbeitsfähigkeit sei aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar und plausibel.

**3.4** In der Stellungnahme vom 17. Juni 2014 (act. IIa M24) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C. \_\_\_\_\_, fest, das MEDAS-Gutachten vom 7. Februar 2012 entspreche den heutigen Gutachtenanforderungen, basiere auf einer vollständigen Kenntnis der Vorakten und profunden polydisziplinären Untersuchungsbefunden. Abgesehen von der Beurteilung, dass in jeglicher Tätigkeit von einer 20 %-igen Leistungseinbusse infolge Rückenproblematik auszugehen sei, erachte er das Gutachten als schlüssig. Aus seiner Sicht sei am Gutachten der MEDAS die Beurteilung zu beanstanden, dass von einer 20 %-igen Leistungseinbusse auch in einer Tätigkeit, die den Rücken nicht belaste, auszugehen sei. Diese Aussage stehe auch im Widerspruch zur Tätigkeit, welche die Beschwerdeführerin zur Zeit der Begutachtung als I. \_\_\_\_\_ zu 100 % habe ausüben können. Ausgerechnet diese Tätigkeit, die weitestgehend stehend oder gehend auszuüben sei und nur schon beim ... zu repetitiven Rückenbelastungen führe, beweise, dass zumindest zum Gutachtenzeitpunkt in einer wesentlich leichteren Tätigkeit beispielsweise im ... Bereich eine uneingeschränkte volle Arbeitsfähigkeit zumutbar gewesen sei, wenn diese Tätigkeit nicht in einer über Stunden dauernden Zwangshaltung ausgeübt werden müsse. Die Rückenproblematik sei zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht in einem Ausmass vorhanden gewesen, welches zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit in einer ... Tätigkeit führe. In einer angepassten

... Tätigkeit, mit der Möglichkeit nicht nur sitzend, sondern gelegentlich auch stehend und gehend den Beruf auszuüben, sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig ohne Leistungseinbusse.

Auf die Frage, ob in diesem Fall und zu diesem Zeitpunkt allenfalls eine EFL-Untersuchung Sinne mache, erklärte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, bezüglich dem stattgehabten Schädelhirntrauma resultiere weder somatisch noch psychisch eine dauernde Schädigung. Die neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Untersuchungen liessen keine Defizite neuropsychologischer Art erkennen.

#### **4.**

**4.1** Hinsichtlich des Beginns eines allfälligen Anspruchs auf eine Invalidenrente ist nicht bestritten, dass ein solcher mit der Einstellung der Taggeldleistungen per Anfang 2010 entstehen würde. Denn der Fallabschluss ist unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung vorzunehmen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist. Mit Blick auf den Umstand, dass sich die von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch zu erwartende namhafte Besserung des Gesundheitszustandes nach der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bestimmt (vgl. E. 2.3 hiavor) und die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2010 wieder voll arbeitsfähig war (vgl. act. II A55; act. IIa M15), ist die Vornahme des Fallabschlusses zu Recht auf den genannten Zeitpunkt hin erfolgt.

**4.2** Bestritten ist hingegen das Ausmass der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, die Beschwerdegegnerin habe sich ohne sachliche Gründe über die Einschätzung der MEDAS-Gutachter, wonach eine leistungsmässige Einbusse von 20 % zu Lasten des zumutbaren Arbeitstempos sowohl in der vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit als F.\_\_\_\_\_ als auch in der Tätigkeit als I.\_\_\_\_\_ zu berücksichtigen sei, hinweggesetzt (Beschwerde S. 13 f.). Weiter komme der Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2014, gemäss

welcher das MEDAS-Gutachten mit Ausnahme der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schlüssig sei, kein Beweiswert zu, da diese ergebnisorientiert im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholt worden sei (Beschwerde S. 12 f.).

**4.2.1** Das MEDAS-Gutachten vom 7. Februar 2012 erfüllt grundsätzlich die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6 hiervor), insbesondere ist es für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus der Begutachtung gezogene Schlussfolgerung der Experten, wonach für jegliche Tätigkeit und damit auch für ... Arbeiten aufgrund der Rückenproblematik lediglich eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei, vermag jedoch nicht zu überzeugen. Vielmehr ist gemäss dem beratenden Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. act. IIa M24) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im ... Bereich auszugehen. Dies in erster Linie deshalb, weil die Beschwerdeführerin ab Januar 2010 bei der D. \_\_\_\_\_ als G. \_\_\_\_\_ zu 100 % mit einer Leistung von ebenfalls 100 % arbeitete. Der damals zuständige Abteilungsleiter hielt am 5. März 2010 fest (act. II A43), die Beschwerdeführerin arbeite seit November 2009 in der Abteilung „G. \_\_\_\_\_“. Die Teamintegration habe hervorragend geklappt – dies auch vor dem Hintergrund, dass sein Team gegenüber der Beschwerdeführerin sehr skeptisch eingestellt gewesen sei. Sie arbeite zu 100 % in seinem Team – ab dem 1. Januar 2010 auch mit einer Leistung von 100 %. Sie erledige ihre Aufgaben allesamt gut bis sehr gut. Auch könne sie mit den anderen im Team problemlos mithalten, sei flexibel und belastbar. In der Arbeitsleistung könne er keine Einbussen erkennen. Ab und zu könne beobachtet werden, dass die Beschwerdeführerin kleine Konzentrationsschwierigkeiten habe. Beispielsweise vergesse sie manchmal „unterwegs“ was sie habe tun wollen. Trotzdem erbringe sie ohne weiteres die volle Leistung. Schliesslich war die Beschwerdeführerin auch bei der H. \_\_\_\_\_ ab Juni 2011 mit einem Pensum von 100 % angestellt, weshalb es nicht einleuchtet, warum die Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit, welche mit keinem langen Sitzen verbunden ist, nur noch mit einem um 20 % verminderten Arbeitstempo realisieren können soll.

**4.2.2** Im Zusammenhang mit der kognitiven Leistungsfähigkeit macht die Beschwerdeführerin zudem geltend (Beschwerde S. 16), die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, sich mit den Ausführungen der Gutachterstelle L.\_\_\_\_\_ zu den mehrfach erwähnten Dissimulationstendenzen der Beschwerdeführerin auseinanderzusetzen. Mit Blick auf die von der Gutachterstelle L.\_\_\_\_\_ erwähnte Vermutung, wonach die Beschwerdeführerin die kognitiven Beeinträchtigungen möglicherweise zu kaschieren versuche bzw. es scheue, sich diesen zu stellen, liege der Verdacht nahe, dass sich die Beschwerdeführerin für weniger anspruchsvolle, ihrer bisherigen Tätigkeit nicht entsprechende Stelle(n[ ... ; ... ]) entschieden habe, um nicht mit ihren unfallbedingten kognitiven Defiziten konfrontiert zu sein und sich nicht der Gefahr eines (weiteren) beruflichen Misserfolges auszusetzen (Beschwerde S. 15).

Soweit die Beschwerdeführerin damit geltend macht, es bestünden nach wie vor unfallbedingte kognitive Einschränkungen bzw. diesbezüglich seien weitere medizinische Abklärungen erforderlich (vgl. Beschwerde S. 19 f.) ist festzuhalten, dass die MEDAS-Gutachter (Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen: November 2011 [act. IIa M23 S. 1]) überzeugend und schlüssig dargelegt haben, dass sich die ursprünglich festgestellten kognitiven Defizite vollständig zurückgebildet hätten (act. IIa M23 S. 19). Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 20. November 2011 (S. 5 f. [vgl. act. IIa M23]) wurde dazu festgehalten, die Art und das Ausmass der Hirnverletzung sprächen dafür, dass zu Beginn kognitive Defizite bestanden hätten. Leider sei die erste neuropsychologische Untersuchung erst knapp ein Jahr nach dem Unfall durchgeführt worden, so dass die anfänglichen Defizite nicht dokumentiert worden seien. Die Rückstufung in der beruflichen Tätigkeit spreche aber ebenfalls dafür, dass zu Beginn aufgrund des SHT's signifikante kognitive Defizite bestanden hätten, welche sich negativ auf die berufliche Tätigkeit ausgewirkt hätten. Spätestens seit der zweiten neuropsychologischen Untersuchung vom 11. August 2009 sei aber von einem unauffälligen kognitiven Leistungsprofil und quasi vollständiger Regredienz der kognitiven Beschwerden auszugehen. Die Beschwerdeführerin selber berichtete gegenüber dem neurologischen MEDAS-Gutachter (act. IIa M23 S. 8), im November 2009 habe sie eigentlich das Gefühl gehabt, dass ihre Konzentration und das Gedächtnis sich deutlich gebessert hätten und dass

in der einfacheren Tätigkeit (als G.\_\_\_\_\_) eher sogar eine Unterforderungssituation bestanden habe. Zudem berichtete die Beschwerdeführerin in einem Gespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 11. November 2009 (act. II A37), dass es – die Metallentfernung vom 4. September 2009 (act. IIa M18) – für sie wie ein Meilenstein und wie ein Abschluss sei. Seither könne sie sich auch wieder viel besser konzentrieren und eine Aufgabe zu Ende denken. Diese Aussage der Beschwerdeführerin stützt die Beurteilung der Neurologen des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom August 2009, welche die von der Beschwerdeführerin berichtete psychische Belastung (u.a. Angst vor der bevorstehenden Operation vom 4. September 2009) als Ursache für die subjektiven, aber nicht objektivierbaren kognitiven Einschränkungen im Alltag vermuteten (act. IIa M13). Schliesslich haben die MEDAS-Gutachter in der Gesamtbeurteilung darauf hingewiesen, dass die Veränderungen im MRI des Schädels vom Mai 2009 klinisch keine Korrelate mehr fänden und die von der Beschwerdeführerin genannte Müdigkeit mit abendlicher Besserung aus neurologischer Sicht eher konstitutionell zu erklären sei (act. IIa M23 S. 19). Auch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 17. Juni 2014 fest (act. IIa M24), die neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Untersuchungen liessen keine Defizite neuropsychologischer Art erkennen. Es kann auch an dieser Stelle nochmals auf die Angaben des Abteilungsleiters „G.\_\_\_\_\_“ vom 5. März 2010 verwiesen werden (act. II A43), wonach die Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2010 zu 100 % mit einer 100 %-igen Leistung arbeite.

Damit ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin keine kognitiven Einschränkungen mehr bestehen. Von weiteren Abklärungen sind diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, so dass in antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet werden kann (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

## 5.

**5.1** Auf den Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns hin (BGE 129 V 222) – hier per 1. Januar 2010 – ist ein Einkommensvergleich zwecks Bestimmung des Invaliditätsgrades vorzunehmen.

Das Valideneinkommen pro 2010 gemäss Beschwerdeantwort (S. 9) von Fr. 67'458.--, welches auf dem Verdienst als F.\_\_\_\_\_ bei der D.\_\_\_\_\_ im Jahr 2010 basiert (13 x Fr. 5'189.05 [vgl. act. II A81]), lässt sich nicht beanstanden.

Zum Invalideneinkommen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin Anfang 2010 monatlich Fr. 5'189.05 verdiente (act. II A81), was dem Lohn entspricht, den sie auch ohne Unfall erzielt hätte. Insofern hat sie keine Erwerbseinbusse erlitten.

Per 1. Juli 2010 wurde das Einkommen der Beschwerdeführerin infolge Anpassung des Arbeitsvertrages an die weniger anspruchsvolle Tätigkeit als G.\_\_\_\_\_ auf monatlich Fr. 4'652.45 bzw. jährlich Fr. 60'482.-- herabgesetzt (vgl. act. II A 46), womit vorerst eine Erwerbseinbusse von 10.34 % bestanden hat ( $100 : \text{Fr. } 67'458.-- \times [\text{Fr. } 67'458.-- - \text{Fr. } 60'482.--]$ ). Bereits am August 2010 wurde indessen das Einkommen auf monatlich Fr. 4'740.70 bzw. jährlich Fr. 61'629.-- erhöht (vgl. act. II A81), womit der Invaliditätsgrad wiederum mit 8.64 % unter 10 % gefallen ist ( $100 : \text{Fr. } 67'458.-- \times [\text{Fr. } 67'458.-- - \text{Fr. } 61'629.--]$ ). Die Beschwerdeführerin arbeitete bis Ende Mai 2011 für die D.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II A81).

Für die anschliessende Zeit ab Juni 2011 ist das Invalideneinkommen gestützt auf Tabellenlöhne gemäss LSE festzulegen, da die Beschwerdeführerin mit der Anstellung bei der H.\_\_\_\_\_ (vgl. act. I 13) und anschliessend als J.\_\_\_\_\_ im Teilzeitpensum (vgl. act. I 15) – mit Blick auf die bestehenden Rückenbeschwerden – unzumutbare bzw. zu tief entlöhnte bzw. die verbleibende Erwerbsfähigkeit nicht voll ausschöpfende Anstellungen angenommen hat. Auszugehen ist dabei mit der Beschwerdegegnerin vom Tabellenlohn für andere kaufmännische-administrative Tätigkeiten, Anforderungsniveau 3 (LSE 2010, TA7 Ziff. 23, Frauen, Median) von monatlich Fr. 5'782.--, jährlich Fr. 69'384.--. Indexiert auf das Jahr 2011 (Ta-

belle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2013, Sektor 3 Dienstleistungen, Index Jahr 2010: 100 Punkte; Index Jahr 2011: 100.9 Punkte [Fr. 69'384.-- : 100 x 100.9 = Fr. 70'009.--] und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Sektor III im Jahr 2011) resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 72'984.-- (Fr. 70'009.-- : 40 h x 41.7 h), wobei kein leidensbedingter Abzug zu gewähren ist (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1). Bei der Indexierung des Valideneinkommens 2010 auf das Jahr 2011 resultiert ein Betrag von Fr. 68'065.-- (Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2013, Sektor 3 Dienstleistungen, Index Jahr 2010: 100 Punkte; Index Jahr 2011: 100.9 Punkte [Fr. 67'458.-- : 100 x 100.9]). Eine Gegenüberstellung mit dem vorgenannten Invalideneinkommen von Fr. 72'984.-- ergibt, dass die Beschwerdeführerin ab Juni 2011 keine Erwerbseinbusse erleidet.

**5.2** Mit Blick auf die vorstehend dargelegten Gegebenheiten ist der Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu verneinen, dies obwohl die Beschwerdeführerin seit dem hypothetischen Rentenbeginn Anfang Januar 2010 kurzzeitig eine Erwerbseinbusse von etwas mehr als 10 % hinnehmen musste, dies war jedoch nur während des Monats Juli 2010 der Fall. Dass diese kurzzeitige Erwerbseinbusse vernachlässigbar ist, steht im Einklang mit den in Erwägung 4.2.2 hiervor zu den kognitiven Einschränkungen gemachten Ausführungen. Aus diesen ergibt sich nämlich, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin spätestens Ende 2009, Anfang 2010 wesentlich verbessert hatte und Mitte 2010 diesbezüglich kaum mehr Einschränkungen bestanden haben dürften.

## **6.**

Weiter ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin auch über den 31. März 2012 hinaus zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit Anspruch auf Heilbehandlung hat (vgl. Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG). Denn die MEDAS-Gutachter hielten fest, präventiv und zur Verzögerung sekundärer, degenerativer Veränderungen seien medizinische Trainingstherapien, symptomorientierte physio-

therapeutische Behandlungen und schädigungskonforme Fitnessübungen zur Stabilisierung des Rumpfmuskel-Korsetts sinnvoll (act. IIa M23 S. 20 und 28). Bezüglich des Heilbehandlungsanspruchs ist angesichts der bestätigten Verweigerung einer Invalidenrente auf den in SVR 2012 UV Nr. 6 publizierten Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 16. September 2011, 8C\_191/2011, zu verweisen, wonach der Unfallversicherer über den Zeitpunkt des Fallabschlusses hinaus keine Heilbehandlung zu gewähren hat, wenn der versicherten Person im Rahmen des Fallabschlusses keine Invalidenrente zugesprochen wurde (SVR 2012 UV Nr. 6 S. 22 E. 5.2 und 5.3; siehe auch BGE 140 V 130 E. 2.3 S. 132 und E. 2.4 S. 133). Damit besteht kein Anspruch auf Übernahme der Heilbehandlung ab April 2012.

## 7.

Es bleibt der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen.

**7.1** Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht absch-

liessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). In diesem Zusammenhang hat die SUVA in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (vgl. Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der SUVA). Diese Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

Art. 36 Abs. 3 UVV bestimmt, dass die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt wird, wenn mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammenfallen. Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt (Art. 36 Abs. 4 UVV).

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

**7.2** Zum Integritätsschaden führten die MEDAS-Gutachter aus (act. IIa M23 S. 29 f.), eine dauerhafte erhebliche Schädigung der körperliche Integrität resultiere aus den erlittenen Wirbelsäulenverletzungen, im vorliegenden Fall handle es sich um den statisch besonders relevanten segmentalen Bereich des thoracolumbalen Wirbelsäulenüberganges bisegmental Th12-LWK2. Ebenfalls sei die Integrität durch die gravierende Hyposmie beeinträchtigt. Gemäss SUVA-Tabelle 7 sei bei stattgehabten Frakturen (im vorliegenden Fall problematische Trümmerfraktur LWK 1) inklusive Spondylodese mit geringen Dauerschmerzen bei Belastung verstärkt ein Integritätsschaden in einem Ermessensrahmen von 5 – 10 % vorgesehen. Zusätzlich zu berücksichtigen sei die stattgehabte Aufrichtung und Wiederherstellung des zertrümmerten und luxierten 1. LWK. Dieser Befund sei vergleichbar wenigstens mit einem Status nach Laminektomie und Spondylodese. Rein orthopädisch somatisch sei somit eine Erhöhung in einem Ermessensrah-

men von 5 – 15 % vorgesehen. Zusammenfassend resultiere somit, bezugnehmend auf die Ausführungen der Tabelle 7.2, ein Integritätsschaden von 10 % rein für die stattgehabte Spondylodese und additiv für die notwendigen chirurgischen Massnahmen zur Wiederherstellung des 1. LWK 15 %, zusammen somit 25 %. Gemäss Anhang 3 UVV bestehe für den Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns ein Integritätsschaden von 15 %. Da der Geruchssinn teilweise wieder zurückgekommen sei, allerdings weiter in einem gravierenden Ausmass beeinträchtigt sei, werde der Integritätsschaden in Folge der Hyposmie um 10 % geschätzt. Dies führe zu einem gesamten Integritätsschaden von 35 %.

**7.3** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme von 17. Juni 2014 (act. IIa M24) zum Integritätsschaden fest, mit Sicherheit bestehe eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität. Einerseits rechtfertige die partielle Anosmie eine Integritätsentschädigung, andererseits auch die Situation der Wirbelsäule nach Spondylodese Th12 bis L2 mit zusätzlichem Wiederaufbau des ersten Lendenwirbels. Die im Gutachten des MEDAS beurteilten Werte seien nachvollziehbar und beinhalteten mit insgesamt 35 % IE auch die möglich Verschlechterung der Wirbelsäulenproblematik.

**7.4** Vorliegend haben die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar begründet, dass und weshalb von einem Integritätsschaden von insgesamt 35 % auszugehen sei (act. IIa M23 S. 29 f.). Die Ausführungen in der Beschwerde (S. 18 f.) vermögen daran nichts zu ändern, zumal entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin die voraussehbaren Verschlimmerungen offensichtlich berücksichtigt worden sind, was im Übrigen auch vom beratenden Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bestätigt wurde (act. IIa M24).

Sodann weist die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 12) zu Recht darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin auf keine überzeugende medizinische Stellungnahme zur Begründung der von ihr beantragten Annahme eines höheren Integritätsschadens abstützen kann.

**8.**

Nach dem Dargelegten besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente, ebenso ist ein Heilbehandlungsanspruch über den 31. März 2012 hinaus zu verneinen und der Integritätsschaden wurde korrekt auf 35 % veranschlagt. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

**9.**

**9.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**9.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecherin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - AXA Versicherungen AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.

