

200 19 147 UV
LOU/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. April 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Helsana Unfall AG
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 18. Januar 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1981 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin C._____ AG bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie am 18. Februar 2012 auf ihrem Fahrrad von einem Auto angefahren wurde und dabei unter anderem ein Schädel-Hirntrauma mit einer kleinen Subarachnoidalblutung hochparietal links und Shearing Injuries frontal beidseits, einer nicht dislozierten lateralen Claviculafraktur und basisnaher Coracoidfraktur links und einer Tripod-Fraktur des linken Jochbeins erlitt (vgl. Akten der Helsana, Aktenbeilage [AB] K1, M1, M6). Die Helsana erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. u.a. AB K19, K40 ff.) und holte diverse Unterlagen ein – insbesondere veranlasste sie eine interdisziplinäre Begutachtung in der Klinik D._____ (neurologisches Gutachten vom 8. August 2014 [AB M47] samt Bericht Therapien Spezialsprechstunde Versicherungsmedizin vom 28. Mai 2014 {AB M45} und neuropsychologischem Bericht vom 9. Juli 2014 {AB M46}) sowie psychiatrisches Gutachten vom 15. August 2014 [AB M48]). In der Folge begab sich die Versicherte in ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (AB M52, M55 f.). Nach Einholung weiterer Berichte – unter anderem ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Januar 2018 (AB M57) – verfügte die Helsana am 26. März 2018 die Leistungseinstellung ab 1. Februar 2017 mangels eines natürlichen und/oder adäquaten Kausalzusammenhangs (AB K388). Die dagegen erhobene Einsprache (AB K395) wies die Helsana mit Entscheid vom 18. Januar 2019 ab (AB K399).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 18. Februar 2019 am Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2019 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien auch über den 31. Januar 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2019 aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Einholung eines neuropsychologischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt, da sie lediglich psychiatrisch, nicht aber neuropsychologisch begutachtet worden sei. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 18. Februar 2012 und den weiterhin persistierenden Beschwerden sei zu bejahen. Zudem habe die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls ein schweres Schädel-Hirntrauma erlitten. Dabei handle es sich um organisch objektiv nachweisbare Unfallfolgen, womit sich eine eigenständige Prüfung der Adäquanz rechtsprechungsgemäss erübrige. Sollte das Verwaltungsgericht wider Erwarten die Auffassung vertreten, dass der Gesundheitszustand organisch nicht hinreichend nachweisbar sei, sei die Adäquanz nach der sog. HWS-Praxis zu beurteilen. Da es sich um einen schweren Unfall gehandelt habe, sei der adäquate Kausalzusammenhang wiederum ohne weitere Prüfung zu bejahen. Der adäquate Kausalzusammenhang sei selbst dann zu bejahen, wenn von einem Unfall im mittleren Bereich im Grenzbereich zu den schweren Unfällen ausgegangen werden müsste.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 23. April 2019 bestätigte die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren und reichte eine Stellungnahme von lic. phil. F. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, vom März 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 7) zu den Akten.

Mit Duplik vom 27. Mai 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Helsana vom 18. Januar 2019 (AB K399). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 18. Februar 2012 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 31. Januar 2017 eingestellt hat.

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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Das Ereignis trug sich am 18. Februar 2012 zu (AB K1), womit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.4 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden

kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.5 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – an-

ders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

2.6 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.6.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.6.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriteri-

en, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2). Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (Entscheid des BGer vom 15. Juni 2007, U 159/05, E. 2.2).

Die Diskussion der Frage, nach welchen Regeln die Adäquanz zu beurteilen ist, kann unterbleiben, wenn der Kausalzusammenhang auch nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.3; Entscheid des BGer vom 17. Juni 2010, 8C_248/2010, E. 3.3).

2.7 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2019 UV Nr. 4 S. 16 E. 3.2.3.1).

2.8 Um den Leistungsanspruch bemessen 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 18. Februar 2012 (vgl. AB K1) einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.2 hiervoor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Januar 2017 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit diesem Unfall stehen. Den medizinischen Akten lässt sich hierzu im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Unmittelbar nach dem Unfall war die Beschwerdeführerin vom 18. bis 27. Februar 2012 im Spital G. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 24. Februar 2012 diagnostizierten die Ärzte ein Schädel-Hirntrauma nach Velounfall mit/bei CT-Schädel am 18. Februar 2012: kleine traumatische Subarachnoidalblutung hochparietal links, keine Frakturen, hochgradiger Verdacht auf Shearing Injuries, nicht dislozierte laterale Claviculafraktur links, nicht dislozierte Fraktur des Processus coracoideus links, Tripod-Fraktur links und multiple Schürfwunden an den unteren Extremitäten (AB M1, S. 1; vgl. auch AB M2 ff.).

Anschliessend war die Beschwerdeführerin vom 27. Februar bis am 15. März 2012 im Spital H. _____ zur Neurorehabilitation hospitalisiert. Am 12. März 2012 erfolgte eine Operation an der linken Schulter (Repositi-

on und Stabilisierung der lateralen Clavicula und Verschraubung des Coracoid) im Spital J. _____ (vgl. AB M5 f.). Im Austrittsbericht vom 15. März 2012 diagnostizierten die Ärzte des Spitals H. _____ ein Schädel-Hirntrauma nach Velounfall am 18. Februar 2012, eine dislozierte laterale Claviculafraktur und basisnahe Coracoidfraktur links sowie als Nebendiagnose ein vertikaler Mikrostrabismus mit dekompenzierter sursoadduktorischer Komponente links (AB M7, S. 1, vgl. auch M6, S. 1). Es wurde eine ambulante neuropsychologische Behandlung und Physiotherapie zur weiteren Mobilisation der linken Schulter empfohlen. Aufgrund der intermittierenden Diplopie und der Clavicula-fraktur sei die Fahreignung aktuell nicht gegeben. Eine neuropsychologische Einschränkung der Fahreignung bestehe bei Austritt nicht mehr. Es wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres attestiert (AB M7, S. 3; vgl. dazu auch AB M9 und M12 ff.).

Im Bericht vom 21. Mai 2012 diagnostizierten die Ärzte des Spitals H. _____ anstelle der Nebendiagnose einen Verdacht auf Trochlearisparese links, Differentialdiagnose: vertikaler Mikrostrabismus mit dekompenzierter sursoadduktorischer Komponente links (AB M18, S. 1). Die Weiterbetreuung erfolge durch die Orthoptik (AB M18, S. 2).

3.1.2 In der Beurteilung vom 11. Juli 2012 führte der beratende Arzt der Helsana, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, aus, dass die erhobenen Diagnosen sicher zumindest teilweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 18. Februar 2012 stünden. Es handle sich um die Folgen eines schweren Schädel-Hirntraumas mit Trochlearisparese und Subarachnoidalblutung. Neuropsychologisch mache die Beschwerdeführerin offensichtlich Fortschritte, jedoch sei die emotionale Stabilität noch nicht erreicht. Bei der Augenproblematik könne man davon ausgehen, dass zumindest ein Teil vorbestehend gewesen sei: bekanntes Schielen und Kopfwangshaltung rechts. Jedoch habe die Beschwerdeführerin keine Doppelbilder gehabt, was erst nach dem Ereignis aufgetreten sei. Dieser posttraumatische Ausfall berge Beeinträchtigungen. Vorläufig sei es nicht möglich zwischen einer vorübergehenden, dauernden oder richtunggebenden Verschlimmerung eine Abgrenzung zu machen. Der Heilverlauf sei mit Blick auf die Schwere der Schädigung günstig (AB M23, S. 2). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit

sei aktuell ohne Zweifel ausgewiesen. Ab September 2012 würden entsprechend kürzere Arbeitsfähigkeitsintervalle attestiert werden können. Das Zumutbarkeitsprofil könne noch nicht beurteilt werden (AB M23, S. 3).

3.1.3 Am 16. Juli 2012 erfolgte eine weitere Operation an der linken Schulter (Metallentfernung Hakenplatte links; AB M24 f.). Im Bericht vom 7. September 2012 diagnostizierten die Ärzte der des Spitals J. _____ einen Status nach Osteosynthese-Materialentfernung (OSME) Clavicula links am 16. Juli 2012. Der klinisch radiologische postoperative Verlauf sei sehr zufriedenstellend. Es bestehe aus orthopädischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr (AB M28).

3.1.4 Im Bericht vom 11. September 2012 führten die Ärzte des Spitals H. _____ aus, es liege eine vollständig regrediente Hemianopsie nach links und ein ebenfalls regredientes Charles-Bonnet-Syndrom vor. Die Schielabweichung und auch die Motilitätsstörungen seien unverändert. Da aufgrund der vorbestehenden Schielabweichung Suppressionen bestünden und somit keine Doppelbilder wahrgenommen würden, sei aus orthoptischer und ophthalmologischer Sicht die Fahreignung wieder gegeben. Es wurde eine neue Prismenfolie oben auf das rechte Brillenglas appliziert (AB M29, S. 2; vgl. auch AB M19 und M22).

3.1.5 Der beratende Arzt der Helsana, Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädischer Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der Beurteilung vom 22. November 2012 aus, der Heilverlauf sei von Seiten der organischen Verletzungen günstig. Von Seiten der Psyche bestünden Verdachtsmomente einer erschwerten Unfallverarbeitung, die auch an eine posttraumatische Belastungsstörung denken liessen. Nach Durchführung eines Konsiliums seien die notwendigen Konsequenzen zu ziehen (AB M32, S. 2).

3.1.6 In der Stellungnahme vom 25. Dezember 2012 führte Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die Beschwerdeführerin habe eine teilweise Rehabilitation bezüglich der Sehstörung und des Charles-Bonnet-Syndroms erreicht. Sie habe in der Zwischenzeit aus ophthalmologischer Sicht die Fahreignung wieder erreicht. In neuropsychologischer Sicht seien ebenfalls Besserungen einge-

treten. Allerdings sei aufgrund der heutigen Befunde zu vermerken, dass eine völlige Ausheilung der neurologischen, neuropsychologischen Problematik und allenfalls einer psychiatrischen Problematik bezüglich der Unfallverarbeitung noch nicht genügend erfolgt sei. Es sei in Anlehnung an Dr. med. K._____ durchaus anzunehmen, dass eine posttraumatische Belastungsstörung entstanden sein könnte. Diese Diagnose sei aber nirgends klar abgesichert (AB M33, S. 3). Übereinstimmend mit den Dres. med. K._____ und I._____ empfahl er eine psychiatrische Begutachtung (AB M33, S. 4).

3.1.7 Der Hausarzt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 7. Januar 2013 ein Schädel-Hirntrauma nach Velounfall am 18. Februar 2012, eine dislozierte laterale Claviculafraktur und basisnahe Coracoidfraktur links, ein vertikaler Mikrostribismus rechtes Auge mit dekompensierter sursoadduktorischer Komponente links, eine Pseudoptose bei vertikaler Schieleabweichung OS Strabismus sursoadductorius, ein Verdacht auf eine zusätzliche Trochlearispaparese links und eine Hemianopsie nach links (AB M34, S. 1). Die Beschwerdeführerin befinde sich in neuropsychologischer Rehabilitation und mache eine Physiotherapie, Ergotherapie und Kranio-Sakraltherapie. Medikamente nehme sie keine. Er attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit als ... seit dem 18. Februar 2012 bis auf Weiteres (AB M34, S. 2).

3.1.8 Am 24. Juni 2013 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Augenoperation (Rücklagerung des Musculus obliquus inferior um 12mm) in der Klinik N._____ (AB M36).

3.1.9 Im Bericht vom 9. Oktober 2013 führten die Ärzte des Spitals J._____ aus, die Behandlung könne bei problemlosem klinisch-radiologischem postoperativem Verlauf abgeschlossen werden (AB M38; vgl. auch AB M35).

3.1.10 In der Beurteilung vom 14. November 2013 führte der beratende Arzt der Helsana, Dr. med. K._____, aus, der Heilverlauf sei günstig. Es sei mit einer unfallbedingten, bleibenden Beeinträchtigung zu rechnen. Der endgültige Zustand sei frühestens zwei Jahre nach dem Unfall, d.h. Anfang 2014, zu bestimmen (AB M39, S. 2).

3.1.11 Am 25. November 2013 erfolgte eine weitere Operation am Auge (Faltung Musculus obliquus superior um 8mm; AB M41).

Im Bericht vom 3. März 2014 führten die Ärzte des Spitals H. _____ aus, drei Monate postoperativ fänden sie leider immer noch ein konsekutives Brown-Syndrom am linken Auge. Dies könne sich im Verlauf noch abschwächen. Sollte dies nicht geschehen und die Doppelbilder im Alltag stören, könnte eine erneute Schieleoperation durchgeführt werden. Die Beschwerdeführerin wünsche derzeit keine weitere Operation und möchte zuwarten (AB M43, S. 2; vgl. auch AB M42).

3.1.12 Am 27. August 2013 beauftragte die Beschwerdegegnerin die Klinik D. _____ mit einer interdisziplinären (neurologisch-neuro-psychologisch-psychiatrischen) Begutachtung (AB K160).

Im neuropsychologischen Bericht der Klinik D. _____ vom 9. Juli 2014 wurden keine neuropsychologischen Störungen im engeren Sinne, d.h. keine testpsychologisch objektivierbaren kognitiven Defizite festgestellt. In Bezug auf das kognitive Leistungsniveau ergäben sich keine Einschränkungen des beruflichen Funktionsniveaus. Einschränkend dürfte sich hauptsächlich die depressive Symptomatik auswirken. Aufgrund der noch reduzierten Abschirmung gegenüber äusseren Einflussfaktoren erscheine z.B. eine Tätigkeit als ... derzeit ungeeignet. In ruhigen Umgebungen, z.B. als ..., sollten keine Einschränkungen bestehen (AB M46, S. 9).

Gestützt auf die ergotherapeutische und physiotherapeutische Abklärung (AB M45) sowie den neuropsychologischen Bericht (AB M46) wurde im neurologischen Gutachten der Klinik D. _____ vom 8. August 2014 ein Schädel-Hirntrauma am 18. Februar 2012 (ICD-10: S02.8); Tripod-Fraktur links; leichtgradige diffuse axonale Schädigung (DAI) als Folge von Scherverletzungen des Gehirns, eine dislozierte laterale Claviculafraktur und basisnahe Coracoidfraktur links (ICD-10: S42.7); Operation 12. März 2012, zwischenzeitlich Metallentfernung, und eine wahrscheinlich direkt oder indirekte unfallkausale linksbetonte Okulomotorikstörung (ICD-10: S04.2); initialer vertikaler Mikrostrabismus mit dekompenzierter sursoadduktorischer Komponente links; Differentialdiagnose: unfallbedingt dekompenzierter vorbestehender Strabismus bzw. Brown-Syndrom nach drei Korrekturope-

rationen auf ophthalmologischem Gebiet diagnostiziert (AB M47, S. 21). Diese Diagnosen stünden in einem wahrscheinlichen (direkten oder indirekten) Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 18. Februar 2014 (richtig: 2012). Die Diagnose der Claviculafraktur sei im Rahmen der Begutachtung nicht beurteilt worden. Unfallfremde Ursachen seien für die Diagnosen nicht ersichtlich. Eine richtunggebende oder eine vorübergehende Verschlimmerung von unfallfremden Leiden durch den Unfall vom 18. Februar 2014 (richtig: 2012) sei auf neurologischem und neuropsychologischem Gebiet nicht ersichtlich. Bezüglich der ophthalmologischen Problematik sei nicht auszuschliessen, dass eine vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden (klinisch unauffälligen) Okulomotorikstörung entstanden sei. Diese Frage müsste nach der geplanten Verlaufsuntersuchung von ophthalmologischer Seite beantwortet werden (AB M47, S. 23). Auf neurologischem und neuropsychologischem Gebiet im engeren Sinne seien keine weiteren Behandlungen von Unfallfolgen erforderlich, da solche nicht in einem relevanten Ausmass feststellbar seien. Aus neurologischer und ergotherapeutischer Sicht sollte die aktuelle ambulante ergotherapeutische Behandlung höchstens bis Ende des Jahres 2014 fortgeführt werden. Auf augenärztlichem (ophthalmologischem) Gebiet seien für Ende das Jahres 2014 und/oder Anfang des Jahres 2015 ambulante Verlaufsuntersuchungen vorgesehen. Nachfolgend werde entschieden, ob eine Fortführung der Behandlung mit einer Prismenbrille erforderlich sei oder ob ein augenchirurgischer Eingriff indiziert sei. Mit organisch begründbaren neuropsychologischen und neurologischen Unfallfolgen seien derzeit keine zeitlichen oder leistungsmässigen Einbussen in der angestammten (... , ..., ...) oder in einer angepassten Tätigkeit begründbar (AB M47, S. 24). Es sei vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin bei Tätigkeiten, welche im oberen Gesichtsfeld (bzw. bei Blick geradeaus oberhalb der Kopfregion) ein uneingeschränktes dreidimensionales Sehen erfordern, eingeschränkt sei. In diesem Zusammenhang sei sie weder aus neurologischer noch aus ophthalmologischer Sicht in ihrer Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen eingeschränkt (AB M47, S. 25).

Im psychiatrischen Gutachten der Klinik D. _____ vom 15. August 2014 wurde eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und anamnestisch eine Anorexia nervosa mit Hospitalisa-

tion 2005 (ICD-10: F50.0), zur Zeit des Unfalls remittiert, diagnostiziert (AB M48, S. 36). In diesem komplexen multifaktoriellen Zusammenwirken von Auslösefaktoren und Vulnerabilitätsfaktoren für die aktuelle depressive Erkrankung sei es fachpsychiatrisch nicht zureichend möglich, auch nur einen ungefähren prozentualen Anteil für das Gewicht der unfallbezogenen teilkausalen Faktoren zu nennen. Grob geschätzt sei aber davon auszugehen, dass der unfallbezogene Teil der Kausalität mindestens etwa die Hälfte des gesamten Gewichts aller kausalen Faktoren ausmache (AB M48, S. 33). Der natürliche Kausalzusammenhang der mittelgradig ausgeprägten Depression zum Ereignis vom 18. Februar 2012 bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (AB M48, S. 39). Von einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Depression könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung erwartet werden (AB M48, S. 39 f.). Da die Depression bislang nicht spezifisch behandelt worden sei, seien die Fragen zur Leistungsfähigkeit nicht abschliessend im Sinne eines Endzustandes beurteilbar. Die Leistungsfähigkeit als ... in einem ... könne hinsichtlich eines Vollpensums nicht abschliessend beurteilt werden. Das aktuell auf 60% erhöhte Pensum in einer ... könne wahrscheinlich bewältigt werden. Die Leistungsfähigkeit als ... könne ebenfalls nicht abschliessend beurteilt werden. Die Tätigkeit als ... könne auch im aktuell depressiven Zustand fachgerecht, wahrscheinlich ohne Limitierung, ausgeübt werden. Ein Tätigkeitswechsel erscheine nicht sinnvoll (AB M48, S. 40).

3.1.13 Vom 20. März 2012 bis 26. August 2014 war die Beschwerdeführerin in ambulanter Neurorehabilitation im Spital H._____. Im Bericht vom 28. August 2014 wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestehe weiterhin eine reduzierte Belastbarkeit – die recht gut kompensiert werden könne – und affektive Symptome, welche im Sinne einer emotionalen Anpassungsstörung interpretiert werden könnten. Die Rehabilitationsmassnahmen seien weitgehend ausgeschöpft (AB M49, S. 2).

3.1.14 Im Bericht der Klinik N._____ vom 20. November 2014 wurde ein Status nach Velounfall im Februar 2012, eine traumatische Trochlearisparese links und eine OU Myopie, Astigmatismus, diagnostiziert. Diese Diagnosen stünden überwiegend wahrscheinlich im Kausalzusammenhang

mit dem Ereignis vom 18. Februar 2012. Es habe bereits vor dem Unfall am rechten Auge ein vertikaler Mikrostrabismus mit rudimentärer Stereopsis, ein Strabismus sursoadductorius am linken Auge und eine kompensatorische Kopfwangshaltung bestanden; Doppelbilder aber nicht. Es habe sich im Verlauf gezeigt, vor allem nach der ersten Schieleoperation, dass die Trochlearisparese links, welche aufgrund des Ereignisses vom 18. Februar 2012 aufgetreten sei, das überwiegende Problem darstelle und das vorbestehende Schielen keine relevante Rolle spiele (AB M51, S. 1). Der Status quo ante bzw. sine sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch nicht erreicht, es bestünden nach wie vor unfallbedingte Einschränkungen bzw. Doppelbilder im Rechtsblick und Rechtsaufblick (AB M51, S. 1 f.). Es sei eine dritte Schieleoperation mit der Beschwerdeführerin diskutiert worden. Inwieweit mit dieser aber eine Verbesserung der Doppelbilder erreicht werden könne, könne nicht sicher vorhergesagt werden. Die Beschwerdeführerin habe sich mit dem aktuellen Zustand und den Doppelbildern im Rechtsblick arrangiert und wünsche derzeit keine weitere Schieleoperation (AB M51, S. 2; vgl. auch AB M50).

3.1.15 Im Bericht vom 17. März 2015 diagnostizierte Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Juli 2014 in Behandlung ist (vgl. AB M55, S. 1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig noch leichte Episode (ICD-10: F33.01), Differentialdiagnose: organisch affektive Störung bei einem Status nach Schädel-Hirntrauma. Mit einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung der psychischen Störung erwartet werden; dies gelte insbesondere betreffend einer rezidivierenden depressiven Störung. Im Fall einer organisch affektiven Störung seien die Aussichten auf eine (anhaltende) „namhafte“ Besserung der Beschwerden weniger günstig einzustufen. Eine vollständige Heilung sei lediglich im Hinblick auf die depressive Symptomatik denkbar (AB M52, S. 2).

3.1.16 Im Bericht vom 30. April 2015 führte Dr. med. L. _____ aus, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig noch leichte Episode (ICD-10: F33.1), von Dr. med. O. _____ erscheine gerechtfertigt. In differentialdiagnostischer Hinsicht lägen auch Hinweise für

eine organische affektive Störung vor. Aktuell lägen die psychischen Beschwerden im Vordergrund des gesamten Beschwerdebildes, nachdem neurologische Komplikationen, inklusive einer Parese im Bereich des Nervus oculomotorius links, ophthalmologisch weitgehend gebessert werden konnten. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht bestünden keine Hinweise mehr für behindernde Faktoren, insbesondere was die Arbeitsfähigkeit anbelange. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich beschränkt noch aufgrund psychischer Faktoren begründen, wobei die von Seiten der Helsana eruierte Arbeitsunfähigkeit von 20% angemessen erscheine (AB M53, S. 4). Es sei allerdings davon auszugehen, dass innert zirka einem halben Jahr, voraussichtlich bis Anfang Herbst 2015, eine weitgehende Besserung resp. Ausheilung der depressiven Symptomatik resultieren können sollte. Wie bereits im psychiatrischen Gutachten der Klinik D._____ korrekt festgestellt worden sei, hätten bereits vor dem Unfallereignis vom 18. Februar 2012 Hinweise für psychische Auffälligkeiten wie eine Anorexie und eine erhöhte Vulnerabilität bezüglich Stresserkrankungen vorgelegen, welche einen Beitrag zum Entstehen einer depressiven Symptomatik nach dem Unfallereignis beigesteuert habe. Allerdings sei davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte der schlussendlich resultierenden depressiven Symptomatik als Unfallfolge zu verstehen sei, so dass von einem überwiegend wahrscheinlichen natürlichen Kausalzusammenhang gesprochen werden könne (AB M53, S. 5).

3.1.17 Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der von der Versicherung Q._____ AG (Motorfahrzeughaftpflicht-Versicherer des Halters des Personenwagen [AB K60, S. 44]) in Auftrag gegebenen Stellungnahme zum interdisziplinären Gutachten der Klinik D._____ vom 16. Juni 2015 aus, die neurologische und neuropsychologische Beurteilungen würden auf ausführlichen Untersuchungsbeurteilungen beruhen und seien nachvollziehbar. Die psychiatrische Beurteilung sei nicht nachvollziehbar. Obwohl eine eingehende psychiatrische Untersuchung durchgeführt worden sei, sei die Diagnosestellung nicht schlüssig. Die Beschwerdeführerin habe unbestrittenermassen eine Hirnverletzung erlitten, welche zweifellos eine psychische Belastung dargestellt habe. Glücklicherweise habe sie sich davon bis heute gut erholt. Die aktuell noch

bestehenden psychischen Beeinträchtigungen könnten nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden (AB M54, S. 5).

3.1.18 Im Verlaufsbericht vom 30. Mai 2016 diagnostizierte Dr. med. O. _____ zusätzlich neu einen Verdacht auf eine organisch emotional asthenische Störung bei Status nach schwerem Schädel-Hirntrauma. Von einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung der psychischen Störung erwartet werden, dies gelte insbesondere betreffend die rezidivierende depressive Störung. Im Fall der organisch affektiven Störung sowie der Verdachtsdiagnose seien die Aussichten auf eine Remission der Beschwerden weniger günstig einzustufen (AB M56, S. 2).

3.1.19 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 15. Januar 2018 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte (bis mittelgradige) depressive Episode (ICD-10: F32.10; BDI 18 Punkte). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch; ICD-10: Z73.1, AB M57, S. 10). Die Krankengeschichte vor dem Unfall, welche eine Zwangsstörung und eine schwere Anorexie sowie „schwere Gedanken“ (wahrscheinlich eine depressive Störung) umfasse, gestatte die Annahme, dass bei der Beschwerdeführerin eine Vulnerabilität für psychopathologische Manifestationen vorliege und dass sie von weiteren depressiven oder anderen psychopathologischen Phänomenen lebenszeitlich auch ohne den Unfall nicht verschont geblieben wäre. Die Art der psychischen Störung sei weitgehend unfallunabhängig definiert und der Unfall sei als auslösendes Ereignis ein letztlich „unspezifischer Reiz“ gewesen. Dem Unfallereignis könne somit in der aktuellen depressiven Störung lediglich eine wahrscheinliche kausale Beteiligung zugeordnet werden (AB M57, S. 13). Die depressive Episode habe eine prognostisch ungünstigere Situation bewirkt, als sie vor dem Unfall bestanden habe und verschlechtere damit die Prognose sinngemäss richtungsweisend. Die Beschwerdeführerin leide in erster Linie an der psychischen Störung (AB 57, S. 15). Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten (... , ...) wie auch einer angepassten Tätigkeit höchstens zu 50% arbeitsfähig (AB M57, S. 16). In den letzten sechs Monaten habe durch die Heilbehandlung kein Fortschritt erzielt werden können, da keine Behand-

lungen mehr stattgefunden hätten. Seit Sommer 2015 bestehe keine anti-depressive Medikation mehr; seit der Geburt der Tochter sei es nur noch sporadisch zu Treffen mit dem Arzt gekommen. Eine lege artis durchgeführte integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Konzeptes und angelegt auf Langfristigkeit (zwei Jahre und mehr, einmal pro Woche) verspreche eine Zustandsverbesserung (AB M57, S. 17).

3.1.20 In der Stellungnahme vom März 2019 führte lic. phil. F. _____ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, die Abklärungen der Klinik D. _____ seien unzureichend bzw. fehlerhaft und der neuropsychologische Gutachter sei fachlich ungenügend qualifiziert. Auch das Gutachten von Dr. med. E. _____ (wie auch die Stellungnahme von Dr. med. P. _____) sei nicht nachvollziehbar (BB 7, S. 4 ff.). Bei der Beschwerdeführerin liege eine hirnrnorganisch basierte, testdiagnostisch aber nicht ausreichend gut objektivierbare intraindividuelle Leistungsbeeinträchtigung vor (Vergleich prä-/posttraumatisches Leistungs- und Belastungsvermögen). Es sei sowohl eine hirnrnorganische Mitbeteiligung als auch eine durch den Unfall von Februar 2012 bedingte Mitbeteiligung an der Genese der Stimmungs-/Befindlichkeitsveränderung („Depression“) vorgelegen bzw. liege bis heute vor. Die von der Beschwerdeführerin seit dem Unfall im Februar 2012 geklagten Einschränkungen seien typische Beschwerden wie sie in Folge solcher Hirntraumata auftreten und oft lebenslang persistieren würden (BB 7, S. 8).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 In somatischer Hinsicht ist gestützt auf die vorliegenden Akten erstellt, dass die organischen Unfallfolgen spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Wesentlichen ausgeheilt waren.

Betreffend die linke Schulter (Clavicula- und Coracoidfraktur) schlossen die Ärzte des Spitals J. _____ nach zweimaliger Operation im März und Juli 2012 (AB M5, M24) – nachdem bereits im September 2012 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden ist (AB M28) – die Behandlung im Oktober 2013 bei problemlosem klinisch-radiologischem postoperativem Verlauf ab (AB M38).

Im voll beweiskräftigen (vgl. E. 3.2 hiervor) neurologischen Gutachten der Klinik D. _____ (AB M47) – welches die Ergebnisse der standardisierten ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Befunderhebung (Bericht vom 28. Mai 2014, AB M45) sowie die neuropsychologischen Befunde (Bericht vom 9. Juli 2014, AB M46) einbezogen hat – wird schlüssig und überzeugend ausgeführt, dass für die geklagten neurologischen und neuropsychologischen Beschwerden kein objektivierbares Korrelat vorliegt. Hinsichtlich der Tripod-Fraktur, mit welcher auch die (unfallbedingten) Zahnschäden (vgl. AB M27) erklärbar einhergehen, wurde (gestützt auf die Akten) nachvollziehbar dargelegt, dass kein operativer Eingriff erforderlich war (AB M47, S. 16; vgl. auch M1). Betreffend die neuropsychologischen und kognitiven Unfallfolgen wurde sodann – mit Blick auf den Bericht des Spitals H. _____ (AB M7) – schlüssig festgehalten, dass bereits beim Austritt aus der stationären Behandlung am 15. März 2012 eine deutliche Besserung (mit weitgehend normalen Resultaten) auf dem Gebiet der Exekutivfunktionen, der mentalen Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Aufmerk-

samkeitsfunktionen festgestellt werden konnte; es bestand auch kein Hinweis mehr für eine Einschränkung der Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen im Strassenverkehr (AB M47, S. 17). Gestützt auf die umfassende neuropsychologische Abklärung in der Klinik D._____ (AB M46) wurde im neurologischen Gutachten ferner überzeugend festgestellt, dass bei der Beschwerdeführerin keine mit wahrscheinlichen organischen oder strukturellen Unfallfolgen erklärbare Einbusse der kognitiven bzw. neuropsychologischen Leistungsfähigkeit vorliegt, welche die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit begründen kann (AB M47, S. 18). Auch bezüglich der angegebenen, als eher fluktuierend beschriebenen Sensibilitätsstörungen und Missempfindungen, vorwiegend in der linken Gesichtsregion, konnte kein objektivierbarer pathologischer klinisch-neurologischer Befund erhoben werden. Des Weiteren ergab sich in der Anamneseerhebung kein Hinweis auf eine halbseitige Schmerzsymptomatik oder auf eine quadrantenförmige Sensibilitätsstörung oder Schmerzwahrnehmung (AB M47, S. 19). Eine neurologische und unfallbedingte Begründung für einen Schwindel war ebenfalls nicht feststellbar. Auch fanden sich anlässlich der Untersuchung keine Hinweise für die Einnahme von Medikamenten (AB M47, S. 20). Weitere Behandlungen erachteten die neurologischen Gutachter auf neurologischem und neuropsychologischem Gebiet im engeren Sinne als nicht erforderlich. Aus neurologischer und ergotherapeutischer Sicht wurde empfohlen, die ergotherapeutische Behandlung höchstens bis Ende des Jahres 2014 fortzuführen (AB M47, S. 24). Mit dieser Einschätzung stimmt denn auch der Umstand überein, dass die neuropsychologische Behandlung im August 2014 abgeschlossen wurde, da die Rehabilitationsmassnahmen ausgeschöpft waren (AB M49). Was schliesslich die neuro-ophthalmologischen Unfallfolgen anbelangt, wurde im neurologischen Gutachten der Klinik D._____ ausgeführt, dass aktuell keine abschliessende Beurteilung möglich ist bzw. sich erst in den künftigen Verlaufsuntersuchungen zeigen werde, ob eine spontane Normalisierung eintritt oder ob eine Normalisierung durch einen operativen Eingriff erzielt werden kann (AB M47, S. 17). Im Rahmen der Verlaufsuntersuchung im September 2014 berichteten die Ärzte des Spitals H._____ von unveränderten Befunden. Da die Beschwerdeführerin mit den Doppelbildern im Rechtsaufblick gut umgehen könne und keine weitere Schieleoperation wünsche, wurden lediglich noch Kontrollen bei Bedarf

empfohlen (AB M50, S. 2). Zwar führten die Ärzte der Klinik N. _____ im Bericht vom 20. November 2014 aus, dass der Status quo sine/ante noch nicht erreicht worden ist (AB M51). Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass die Beschwerdeführerin keine weitere Operation wünschte, welche allenfalls zu einer Besserung führen könnte (AB M50). Die ophthalmologische Behandlung wurde demnach zu Recht beendet.

3.4 Aus psychiatrischer Sicht stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (AB K399) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 15. Januar 2018 (AB M57). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen (vom 4. und 18. Mai 2017) und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet, so dass darauf abgestellt werden kann (vgl. E. 3.2 hiavor).

Dr. med. E. _____ führte schlüssig und überzeugend aus, dass die Beschwerdeführerin an einer leichten (bis mittelgradigen) depressiven Episode (ICD-10: F32.10: BDI 18 Punkte) leidet und infolge der ausgeprägten Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, der affektiven Starre und der Schuld- und Insuffizienzgefühle sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit nur noch zu 50% arbeitsfähig ist (AB M57, S. 10, 13, 16). Nachvollziehbar legte die psychiatrische Gutachterin dar, dass eine depressive oder andere psychopathologische Störung mit Blick auf die Krankengeschichte vor dem Unfall (Zwangsstörung, schwere Anorexie, „schwere Gedanken“ – wahrscheinlich eine depressive Störung) auch ohne das Ereignis vom Februar 2012 eingetreten wäre (Vulnerabilität für psychopathologische Manifestationen). Sie erachtete den Unfall vom Februar 2012 als auslösendes Ereignis für die psychiatrische Störung, weshalb die depressive Störung lediglich wahrscheinlich kausal zum Unfall ist (AB M57, S. 13, 15).

Die Einschätzung von Dr. med. E._____, wonach die depressive Störung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Ereignis vom 18. Februar 2012 ist (vgl. E. 2.4 hiervor), stimmt denn auch insoweit mit der Beurteilung von Dr. med. P._____ vom 16. Juni 2015 überein, als dieser die aktuell noch bestehenden psychischen Beeinträchtigungen nicht mehr auf das Unfallereignis zurückführt (AB M54, S. 5). Auch Dr. med. L._____, welcher mit dem psychiatrischen Gutachter der Klinik D._____ davon ausgeht, dass mindestens ein Teil der schlussendlich resultierenden depressiven Symptomatik als Unfallfolge zu verstehen sei, führte im Bericht vom 30. April 2015 aus, die (unfallbedingte) Depression werde bis spätestens Ende Dezember 2015 ausgeheilt sein (AB M53, S. 5 f.).

3.5 Die Stellungnahme der Fachpsychologin lic. phil. F._____ vom März 2019 (BB 7) vermag nichts zu ändern. Zunächst ist nicht nachvollziehbar, weshalb lic. phil. R._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, von der Klinik D._____ nicht ausreichend qualifiziert sein sollte. Entgegen der Auffassung von lic. phil. F._____ diskutierte lic. phil. R._____ denn auch die visuelle Problematik. So waren anlässlich der neuropsychologischen Untersuchungen vom 28. und 30. April 2014 zwar leicht verzögerte Reaktionszeiten bei einer PC-basierten Gesichtsfeldprüfung zu verzeichnen. Hinweise auf eine Gesichtsfeldeinschränkung und Auffälligkeiten in der visuellen Exploration verneinte er jedoch (AB M46, S. 7). Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die neuropsychologische Abklärung letztlich einzig Hilfscharakter hat, da neuropsychologische Testresultate allein nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (Entscheid des BGer vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; vgl. auch UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f). Mit anderen Worten bedürfen die neuropsychologischen Testresultate der neurologischen und psychiatrischen Einordnung, was vorliegend erfolgt ist, so wurde das neurologische Gutachten der Klinik D._____

durch Dr. med. S._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, zusammen mit lic. phil. R._____, erstellt (Konsensbesprechung vom 9. Juli 2014; AB M47, S. 2, 27). Schliesslich kann auf die Einschätzung von lic. phil. F._____ insoweit nicht abgestellt werden, als dabei keine Auseinandersetzung mit den vorbestehenden auffälligen Persönlichkeitszügen und Beeinträchtigungen (Anorexie etc.) der Beschwerdeführerin erfolgte. Die Fachpsychologin hat sich allein auf die möglichen kognitiven Auswirkungen aus dem Unfallereignis fokussiert.

3.6 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass spätestens ab der Leistungseinstellung per 31. Januar 2017 ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 18. Februar 2012 und den weiterhin geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist. Durch weitere Behandlungen kann keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Der Fallabschluss per 31. Januar 2017 ist damit nicht zu beanstanden (vgl. E. 2.7 hiervor).

Selbst wenn man hypothetisch die natürliche Kausalität zwischen dem Ereignis vom 18. Februar 2012 und den weiterhin geklagten (psychischen) Beschwerden bejahen würde, wäre die adäquate Kausalität – wie nachfolgend zu zeigen ist (E. 4 hiernach) – zu verneinen. Weitere medizinische Abklärungen sind deshalb – entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (Beschwerde, S. 5) – nicht nötig, da sie nichts am fehlenden Anspruch zu ändern vermöchten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

4.

4.1 Die für die Adäquanzprüfung relevante Frage, ob die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 18. Februar 2012 ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zu bejahen. Die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen lagen zwar teilweise vor, im Vergleich zur psychischen Problematik (vgl. E. 3.6 hiervor) spielten die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt jedoch nur eine untergeordnete Rolle und sind

bald in den Hintergrund getreten. Insofern wäre die Adäquanz aufgrund der Praxis gemäss BGE 115 V 133 (sog. „Psycho-Praxis“) zu prüfen (vgl. E. 2.6.2 hiavor). Die Beschwerdegegenerin wie auch die Beschwerdeführerin gehen demgegenüber davon aus, dass die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung gelangt (AB K399, S. 10 ff.; Beschwerde, S. 8). Vorliegend kann offen bleiben, nach welchen Regeln die Adäquanz zu beurteilen ist, denn deren Kriterien werden selbst unter Berücksichtigung der für die Beschwerdeführerin günstigeren Praxis gemäss BGE 134 V 109 (da nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten unterschieden wird; BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 117 in Verbindung mit E. 10.1 S. 126 f.) nicht erfüllt (vgl. E. 2.6.2 hiavor sowie E. 4.4 hiernach).

4.2 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 37 E. 4.2.2). Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 44 E. 8.2.1). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen

Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.4). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E.4c S. 384).

Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 6.1):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Im Rahmen der Schleudertrauma-Praxis wird bei der Beurteilung der vorstehend genannten Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359 E. 5d aa S. 364 und E. 6a S. 367; RKUV 1999 U 341 S. 409 E. 3b, 1997 U 272 S. 174 E. 4a). Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist aber, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Be-

schwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (SVR 2001 UV Nr. 13 S. 48 E. 3b).

4.3 Nach den Akten trug die Beschwerdeführerin einen Schutzhelm und fuhr mit ihrem Rennfahrrad auf dem Radstreifen einer Hauptstrasse (Höchstgeschwindigkeit 80 km/h), als ein hinter ihr fahrender Personenwagen ungebremst von hinten in sie hineinfuhr, woraufhin sie beim Aufprall rückwärts auf die Motorhaube und die Windschutzscheibe des auffahren- den Personenwagens aufschlug und danach vom Personenwagen weg auf die Strasse geschleudert wurde. Die Beschwerdeführerin erlitt (insbesonde- re) ein Schädel-Hirntrauma mit Subarachnoidalblutung und diverse Fraktu- ren. Bei Ankunft der Polizei am Unfallort war die Beschwerdeführerin bei Bewusstsein, gab aber keine Antworten auf die Fragen der Polizei und schrie vor Schmerzen; sie wurde mit der Ambulanz bzw. der Rega in ein Spital gebracht (vgl. AB M1). Das Fahrrad wurde am Hinterrad sowie am Rahmen, Sattel und an der Lenkvorrichtung beschädigt. Der Personenwa- gen wurde an der Motorhaube, der Stossstange und am Kotflügel vorne rechts beschädigt (Schadenbetrag: Fr. 3'000.--; AB K2, K11, K60; BB 5).

Ausgehend vom beschriebenen augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften ging die Beschwerdegegnerin im ange- fochtenen Einspracheentscheid von einem mittelschweren Unfall im middle- ren Bereich aus (AB K399, S. 10). Nach bundesgerichtlicher Rechtspre- chung gelten Unfälle, bei denen Fahrradfahrer von einem Personenwagen angefahren wurden, häufig als mittelschwere Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (Entscheid des BGer vom 10. Juni 2008, 8C_530/2007, E. 5.2.2, bestätigt z.B. durch Entscheid des BGer vom 11. September 2013, 8C_62/2013, E. 7.3, je mit weiteren Hinweisen). Mit Blick auf den Unfallhergang sowie die erlittenen Verletzungen erscheint es im vorliegenden Fall allerdings gerechtfertigt, mit der Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne auszugehen.

4.4 Bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne müssten praxis- gemäss drei der sieben unfallbezogenen Zusatzkriterien in einfacher oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (vgl. E. 4.2 hiavor). Massgebend sind dabei die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Fallab- schluss per 31. Januar 2017 entwickelt haben (vgl. Entscheide des BGer

vom 27. November 2017, 8C_488/2017, E. 6.7 und vom 10. Oktober 2013, 8C_344/2013, E. 8).

4.4.1 Dem Unfallereignis vom 18. Februar 2012 sind bei objektiver Betrachtung eine gewisse Eindrücklichkeit und dramatische Begleitumstände nicht abzusprechen, wenn die Beschwerdeführerin infolge des Aufpralls auf die Motorhaube sowie die Windschutzscheibe des Personenwagens und anschliessend auf die Strasse geschleudert wurde. Es liegen jedoch keine Umstände vor, welche die Bejahung einer besonderen Eindrücklichkeit der Begleitumstände rechtfertigen, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (so u.a. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.5). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen. Das Kriterium wurde bzw. wird denn auch nur in deutlich gravierenderen Fällen bejaht (vgl. Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 8C_398/2012, E. 6.1.1, und RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 69 f.). Darüber hinaus kann sich die Beschwerdeführerin bezüglich des Unfallereignisses – bis auf einzelne „Fetzen von Erinnerungen“ betreffend Rega, Sirenen und Menschenansammlungen – an nichts erinnern (AB M57, S. 12; AB K57, K60); eine diesbezügliche Amnesie wurde ärztlich als gut erklärbar bestätigt (AB M47, S. 18). Dem Kriterium der Begleitumstände/Eindrücklichkeit kann daher nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall und die damit verbundenen Begleitumstände gegeben wären (Entscheid des BGer vom 1. November 2011, 8C_721/2011, E. 5.1). Das entsprechende Adäquanzkriterium ist somit nicht erfüllt.

4.4.2 Die Diagnose eines Schädel-Hirntraumas genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schädel-Hirntrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3).

Vorliegend erlitt die Beschwerdeführerin ein Schädel-Hirntrauma mit Subarachnoidalblutung und Verdacht auf Shearing Injuries sowie diverse Frakturen, Schürfwunden und eine Trochlearisparese (vgl. AB M1, M7, M19). Obwohl die Behandlung der Schulterfrakturen nach zwei Operationen (AB M5, M24) im Oktober 2013 abgeschlossen werden konnte (AB M38) und auch die Trochlearisparese links mittlerweile gut eingestellt ist (AB M50 f.), ist das Kriterium – wenn auch nicht in besonderer Weise – erfüllt.

4.4.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist nicht erfüllt: es erfordert eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ambulante Physiotherapie, alternativ-medizinische Massnahmen sowie Verlaufskontrollen sind nicht im Sinne der Rechtsprechung als belastend zu qualifizieren (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008, E. 4.2). Die Beschwerdeführerin war vom 18. Februar bis am 15. März 2012 im Spital G._____ bzw. Spital H._____ hospitalisiert (AB M1, M7). Es folgten Verlaufskontrollen und Operationen betreffend die Schulter und das linke Auge. Die entsprechenden Behandlungen konnten jedoch – wie bereits erwähnt – im Oktober 2013 und September 2014 abgeschlossen werden (AB M38, M50). Weiter begab sich die Beschwerdeführerin in ambulante Physiotherapie, Ergotherapie, Cranio-Sakraltherapie, Neuraltherapie, Kunsttherapie sowie in neuropsychologische Behandlung (vgl. AB M6 f., M34, M37, M49). Ab Juli 2014 erfolgte eine ambulante Psychotherapie (AB M55). Diese sind rechtsgemäss jedoch nicht als belastend zu qualifizieren.

4.4.4 Für die Adäquanzfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 9). Dieses Kriterium kann nur dann als erfüllt betrachtet werden, wenn die Beschwerden in Intensität und Ausmass von den üblicherweise bei Schleudertrauma-

ta und äquivalenten Verletzungen auftretenden Beeinträchtigungen abweichen, ansonsten das Kriterium stets erfüllt wäre (Entscheid des BGer vom 18. April 2011, 8C_46/2011, E. 5.2.2).

Die Beschwerdeführerin macht zwar geltend, sie leide auch heute noch an erheblichen Beschwerden, welche sie bei der Arbeit und im Haushalt einschränkten (Beschwerde, S. 11). Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin trotz ihren Einschränkungen keine Medikamente einnimmt (AB M47, S. 20) und nur noch sporadisch in die psychiatrische Behandlung geht (AB M57, S. 13). Zudem kann sie wieder einer regulären Arbeit als ... (60%-Pensum) nachgehen. Daneben arbeitet sie stundenweise als ... (ca. 10%; AB K197, 359). Auch ihren Alltag (am 28. Januar 2017 ist sie Mutter geworden, AB K339) vermag sie zu bewältigen. Damit ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden vorliegend nicht erfüllt.

4.4.5 Ebenso wenig ist im Lichte der medizinischen Akten eine ärztliche Fehlbehandlung ausgewiesen, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

4.4.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und den geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden, nötig sind besondere Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5); solche sind hier aber nicht ersichtlich. Es genügt auch nicht zur Bejahung des Kriteriums, dass Beschwerden trotz medizinischer Behandlung anhalten (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2009, 8C_768/2008, E. 4.2.4) resp. dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3).

4.4.7 Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und

solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1).

Nach der Aktenlage wurde der Beschwerdeführerin nach dem Unfall eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB M7, S. 3; M9, S. 2; M35); ihre Anstellung im C._____ wurde ihr per 31. Mai 2012 gekündigt (AB K39). Nach einem (therapeutischen) Arbeitsversuch von Oktober 2012 bis Januar 2013 im T._____ (vgl. AB K94; K98, S. 2; K107; K121; K123, S. 3) arbeitete die Beschwerdeführerin ab Februar 2013 als stellvertretende ... im ... (Beschäftigungsgrad 28%; vgl. AB K131; K134) bzw. ab August 2013 als ... in einem 35-40%-Pensum im ... (vgl. AB K144, K163). Zudem arbeitete sie seit August/September 2012 – zunächst neben ihrer entsprechenden Ausbildung, welche sie im Februar 2013 abschloss – tage- bzw. stundenweise als ... (vgl. AB K57, S. 2; K142; K157, S. 3; M37, S. 2). Seit dem 1. März 2014 ist die Beschwerdeführerin, zunächst in einem 30%-Pensum, seit Mai 2014 in einem 60%-Pensum, als ... für die ... tätig (AB K197; K235; vgl. auch AB M49, S. 2). Somit ist das Kriterium in einfacher Weise erfüllt.

4.5 Nach dem Gesagten sind höchstens das Kriterium der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (in der jeweils einfachen Form) erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 18. Februar 2012 und den über die Leistungseinstellung per 31. Januar 2017 hinaus noch geklagten Beschwerden zu verneinen ist.

Die gegen den Einspracheentscheid vom 18. Januar 2019 (AB K399) erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist damit abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen 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 wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Helsana Unfall AG, Recht & Compliance
 - 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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).