



Fall-Nr.: UV 2023/63
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 09.10.2024
Entscheiddatum: 29.08.2024

Entscheid Versicherungsgericht, 29.08.2024

Art. 10, 16 und 19 UVG; Art. 43 ATSG Der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen erfolgte gestützt auf eine unvollständige medizinische Aktenlage; damit wurde der Untersuchungsgrundsatz verletzt; Rückweisung zur neurologischen und psychiatrischen Exploration und anschliessender neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. August 2024, UV 2023/63).

Entscheid vom 29. August 2024

Besetzung

Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterin Tanja Petrik-Haltiner, Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

UV 2023/63

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadeshna Ley, Blumenbergplatz 1, Postfach 1126, 9001 St. Gallen,

gegen



Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Taggeld / Heilbehandlung

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war neben einer selbständigen Erwerbstätigkeit teilzeitlich als Personalchefin für die B.____ AG tätig und über dieses Arbeitsverhältnis bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unter anderem gegen Nichtberufsunfälle versichert, als sie am 14. März 2022 um ca. 14:15 Uhr beim Skifahren von einem Skifahrer (P. B.) angefahren wurde (Suva-act. 1, 10 und 41). Die Rega wurde um 14:27 Uhr alarmiert und brachte die Versicherte ins Spital C.____, Spitäler D.____ AG (nachfolgend: Spital). Die Flugärztin notierte als Erstbefund um 14:42 Uhr einen Glasgow Coma Score (GCS) von 14 (Suva-act. 10-1) und bei Übergabe ans Spital um 15:20 Uhr einen solchen von 15 (Suva-act 10-2).

A.b. Im Spital wurden bei der Ausgangslage eines unklaren Skisturzes mit unklarem Bewusstseinsverlust sowie anterograder Amnesie der Thorax und das Becken geröntgt (Suva-act. 14-2 und 17-2) sowie eine Abdomensonografie (Suva-act. 15-2) und Computertomographien (CT) von Schädel und Halswirbelsäule (HWS) sowie Gesichtsschädel (Suva-act. 16-2) durchgeführt. Gestützt auf diese Abklärungen wurden als Hauptdiagnosen eine fragliche Bulbusverletzung rechts, eine fragliche Orbitabodenfraktur, eine Nasenbeinfraktur, ein leichtes Schädelhirntrauma (SHT) Grad 2, eine Beckenkontusion rechts und eine Thoraxkontusion rechts basal lateral sowie als Nebendiagnosen unter anderem eine rhythmogene und valvuläre Kardiopathie und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aufgeführt. Nach den genannten Untersuchungen wurde die Versicherte aufgrund der Augenverletzung (mögliche Bulbusverletzung rechts und Verdacht auf Orbitabodenfraktur) ins Spital E.____ verlegt (Suva-act. 3-2 und 18-4 unter "Procedere"). Laut Verlegungsbericht konnte sich die



Versicherte nicht an das Ereignis erinnern. Sie habe einen unklaren Bewusstseinsverlust erlebt und es bestehe eine anhaltende anterograde Amnesie. Übelkeit und Erbrechen wurden verneint. Es wurde bei einem leichten SHT Grad 2 (anhaltende anterograde Amnesie) für 24 Stunden die GCS-Überwachung empfohlen (Suva-act. 18-3 f.).

A.c. Dem Bericht des Spitals E.____ sind unter anderem die Diagnosen eines Hyposphagmas, eines Monokelhämatoms, einer Rissquetschwunde laterales Lid rechts, einer Nasenbeinfraktur, eines SHT Grad 2 (bei Erstuntersuchung GSC 14), einer Thorax- und Beckenkontusion rechts, einer rhythmogenen und valvulären Kardiopathie sowie einer PTBS zu entnehmen. Beim Eintreffen habe die Versicherte weiterhin Schmerzen an der rechten Beckenschaufel und am rechten Thorax angegeben. Sie habe Schwindel, Kopf-, Nacken-, Thorax- und Bauchschmerzen sowie Nausea verneint. Es sei ein CT der HWS veranlasst worden. Die Versicherte sei ambulant nach Hause entlassen worden (Suva-act. 29-2 f.).

A.d. Die Versicherte wurde ab dem Unfalltag bis zum 27. März 2022 zu 100 % und ab 28. März 2022 zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 8-2).

A.e. Am 31. März 2022 wurden im Röntgeninstitut F.____ mittels Magnetresonanztomografie (MRT)-Untersuchung des Beckens eine nicht dislozierte Beckenringfraktur (Sakrumfraktur rechts, Frakturen der oberen und unteren Schambeinäste beidseits und rechtsbetont) entdeckt (Suva-act. 37).

A.f. Am 20. Mai 2022 besuchte die Versicherte wegen persistierender Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung die Gedächtnissprechstunde in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG; nachfolgend: Klinik). Als Diagnosen wurden eine Störung der kognitiven Belastbarkeit nach SHT Grad 2, eine valvuläre Herzkrankheit, eine PTBS und rezidivierende Synkopen notiert. In der neuropsychologischen Testung hätten sich die subjektiven kognitiven Defizite vordergründig in einer reduzierten Belastbarkeit manifestiert, welche auch in anderen kognitiven Bereichen Auswirkung zeige. Klinisch-neurologisch sei der Befund unauffällig. Es sei der Versicherten erklärt worden, dass das Erreichen der ursprünglichen Belastbarkeit nach einem SHT durchaus mehrere Monate in Anspruch nehmen könne. Es sei ihr eine Ergotherapie (kognitives Training, Belastungssteigerung bzw. berufliche Begleitung) verschrieben worden (Suva-act. 31). Am 7. Juni 2022 fand



St.Galler Gerichte

in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am KSSG eine MRT-Untersuchung (auch: Kernspintomographie) des Neurokraniums zum Ausschluss allfälliger Mikrotraumata / Scherverletzungen statt, welche keine Traumafolgen hervorbrachte (Suva-act. 53). Im Bericht vom 9. Juni 2022 betreffend die Sprechstunde vom 20. Mai 2022 wurde deshalb die Diagnose mit "MRI Neurokranium normal" ergänzt (Suva-act. 31-2).

A.g. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, erstattete am 24. Juni 2022 einen ärztlichen Zwischenbericht. Darin hielt er unter anderem fest, dass er die Versicherte nach dem Unfall erstmalig am 18. März 2022 in seiner Sprechstunde gesehen habe. Sie sei langsam im Denken und kognitiv reduziert gewesen. Am 25. Mai 2022 habe sie weiterhin über Kopfschmerzen und eine verminderte psychische Belastbarkeit geklagt und am 21. Juni 2022 habe sie ein weiterhin schlechtes Kurzzeitgedächtnis angegeben. Seines Erachtens benötige die Versicherte nach dem erlittenen SHT Grad 2 länger, bis sie auf ihr gewohnt hohes kognitives Niveau zurückfinden werde (Suva-act. 35).

A.h. Am 31. Juli 2022 verfasste die Kantonspolizei Bern einen Anzeigerapport, nachdem die Versicherte am 11. Mai 2022 einen Strafantrag gegen P. B. gestellt hatte (Suva-act. 54-3).

A.i. Am 1. November 2022 fand ein von der Suva veranlasstes neurologisches/neuropsychologisches Assessment unter der medizinischen Leitung von Dr. med. univ. H.____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, in der Rehaklinik Bellikon (RKB) statt. Laut gleichentags erstelltem Untersuchungsbericht hatte die formale Prüfung der kognitiven Leistungen ein unspezifisches Störungsbild mit leicht bis schwer verminderten Leistungen in mehreren attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilbereichen ergeben. Unter Berücksichtigung der durchgeführten Beschwerdevalidierung seien die gezeigten kognitiven Minderleistungen aber zu relativieren. Ein gut überprüftes kognitives Beschwerdevalidierungsverfahren sowie eingebettete Validitätsparameter hätten auffällige Werte ergeben. Aufgrund einer zumindest zeitweise reduzierten Test-Compliance habe in der neuropsychologischen Untersuchung keine valide Einschätzung der beruflichen Funktionsfähigkeit erfolgen können. Bezüglich der vor gut sieben Monaten erlittenen leichten traumatischen Hirnverletzung (abgekürzt: LTHV) sei anzumerken, dass prognostisch in der Mehrheit der Fälle nach drei Monaten von einer kompletten Remission auszugehen sei.



St.Galler Gerichte

Persistierende Beschwerden seien meistens auf sekundäre Faktoren zurückzuführen, wie beispielsweise psychische Faktoren oder eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um einen chronifizierten Verlauf, an welchem psychische Faktoren beteiligt seien.

Diagnostischerseits wurden im Bericht ein Skiunfall vom 14. März 2022 mit einem LTHV, einer Nasenbeinfraktur, einem Hyposphagma, einem Monokelhämatom rechts, einer Thoraxkontusion rechts, einer Beckenfraktur mit Schambeinastfraktur beidseits und Sakrumfraktur beidseits sowie eine rhythmogene und valvuläre Kardiopathie bei Mitral- und Aortenklappeninsuffizienzen und unklarer rhythmogener Kardiopathie notiert (Suva-act. 61 und 62).

A.j. Am 9. Dezember 2022 legte die Suva das Dossier der Versicherungsmedizin vor. Dr. med. I.____, Fachärztin für Neurologie, notierte gleichentags, gemäss den vorliegenden Berichten und dem Schädel-MRT inkl. suszeptibilitätsgewichteter Bildgebung (SWI) habe keine unfallkausale strukturelle Gehirnverletzung nachgewiesen werden können. Eine psychiatrische Abklärung sei nicht angezeigt, da Dr. H.____ angesichts des üblichen Beschwerdeverlaufs nach einem leichten SHT von einem chronifizierten Verlauf ausgegangen sei, bei welchem psychische Faktoren an der Chronifizierung der Beschwerden beteiligt seien (Suva-act. 65 und 66, insbesondere 66-3).

A.k. Mit Strafbefehl vom 14. Dezember 2022 erklärte die Staatsanwaltschaft des Kantons J.____, P. B. wegen fahrlässiger Körperverletzung der Versicherten schuldig. Dieser Strafbefehl erwuchs in Rechtskraft (Suva-act. 99-33; vgl. hinsichtlich Rechtskraft dieses Strafbefehls die Verfügung des Regionalgerichts K.____ vom 17. Januar 2024 in act. G11.4).

A.l. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2022 stellte die Suva ihre Leistungen per 1. Januar 2023 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Geldleistungen wie Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung (Suva-act. 73).

A.m. Laut neuropsychologischem Abklärungsbericht vom 7. Dezember 2023 erlitt die Versicherte am 28. Dezember 2022 einen Ausrutschsturz mit Kopf- und Lendenwirbelsäulenprall, in dessen Anschluss ein Status nach Commotio Cerebri beschrieben worden sei (act. G11.5).



St.Galler Gerichte

A.n. Dr. med. L.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, welche die Versicherte seit 2014 psychotherapeutisch behandelte, verfasste am 24. Januar 2023 auf Wunsch der Versicherten einen Bericht (Suva-act. 86).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2022 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. N. Ley, St. Gallen, am 27. Januar 2023 Einsprache erheben (Suva-act. 83).

B.b. Mit Entscheid vom 18. September 2023 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 93).

C.

C.a. Dagegen erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin Ley, am 20. Oktober 2023 Beschwerde und beantragte unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Weiterausrichtung der versicherten Leistungen über den 1. Januar 2023 hinaus (act. G1). Die Beschwerdeführerin reichte mit der Beschwerde unter anderem einen Ergotherapiebericht für die Zeit vom 7. November 2022 bis 19. Juni 2023 ein (act. G1.9).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2023 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G3).

C.c. Die Parteien hielten mit Replik vom 15. Mai 2024 und Duplik vom 19. Juni 2024 an ihren Anträgen fest (act. G11 und G13). Die Beschwerdeführerin reichte mit der Replik unter anderem einen Bericht der Klinik vom 7. Dezember 2023 betreffend eine neuropsychologische Untersuchung vom Vortag ein, laut welchem der bei ihr erhobene Befund mit einem organischen Psychosyndrom nach SHT vereinbar ist (act. G11.5-5).

C.d. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.



1.1. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 14. März 2022 erbrachten Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht auf den 31. Dezember 2022 hin eingestellt und den Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung abgelehnt hat.

1.2. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) fallen dahin und der Rentenanspruch entsteht, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 19 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 2 UVG). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands noch erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffs „namhaft“ in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinn von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3).

1.3. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; André Nabold, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56 ff.).

1.4.



1.4.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Nabold, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Nabold, a.a.O., S. 58; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).

1.4.2. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1, KOSS UVG-Nabold N 53 zu Art. 6, BSK UVG-Hofer N 66 zu Art. 6, Nabold, a.a.O., S. 58). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6; Nabold, a.a.O., S. 61). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

1.5. Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang



ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein SHT (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis"). Der Fallabschluss bzw. die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist bei Anwendung der Psycho-Praxis in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 116 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juli 2017, 8C_184/2017, E. 2.2) bzw. im Zeitpunkt des Dahinfallens der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines somatischen Gesundheitsschadens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2019, UV 2018/53, E. 2.2.5). Bei der Schleudertrauma-Praxis erfolgt die Adäquanzprüfung im Zeitpunkt, in dem von der Fortsetzung der auf das Schleudertrauma-Beschwerdebild – dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind – gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist (BGE 134 V 115 ff. E. 4.3, 6.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. August 2018, 8C_114/2018, E. 4).

2.

2.1. Zwischen den Parteien unumstritten und aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nachvollziehbar erstellt ist, dass zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1.



Januar 2023 bei der Beschwerdeführerin keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen mehr vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten. Umstritten ist, ob die von der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leitungseinstellung noch geklagten organisch nicht objektivierbaren Beschwerden (Störung der kognitiven bzw. psychophysischen Belastbarkeit [act. G1 Ziff. III/5]) und die damit einhergehenden – auch nach Abheilung der übrigen Verletzungen attestierten – Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Unfallscheine in Suva-act. 33, 34, 40, 49 und 55) kausal zum Unfall vom 14. März 2022 sind (zum Begriff der Kausalität vgl. vorstehende E. 1.4 und 1.5). Namentlich stellt sich die Frage, ob die von der Beschwerdeführerin auch nach dem 31. Dezember 2022 beklagten Beschwerden auf das bei ihr diagnostizierte SHT Grad 2 zurückzuführen sind.

2.2. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertrauma- sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein SHT typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, [...]) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 f. E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 379 f. E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts muss bei einem Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS – bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen – manifestieren. Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3).

3.



3.1. Vorerst ist festzuhalten, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung bei einem SHT die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis dann gerechtfertigt ist, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio cerebri (SHT Grad 1) und einer Contusio cerebri (SHT Grad 2) liegt. Leichte Hirnerschütterungen reichen hingegen nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1, und 6. Mai 2003, U 6/03). Die Schwere eines SHT wird üblicherweise nach dem Punktwert in der GCS eingeteilt. In dieser Skala erhält ein Patient für bestimmte Reaktionen wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen eine Anzahl von Punkten, welche addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einer Commotio cerebri bzw. einem SHT Grad 1 spricht man bei einem GCS-Wert von 14-15. Auch bei einer solchen kann initial eine kurzzeitige, nicht länger als 15 Minuten dauernde, Bewusstlosigkeit einsetzen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 269. Aufl. 2023, S. 334 und 638).

3.2. Währenddem die Beschwerdeführerin vom Vorliegen eines SHT Grad 2 ausgeht und folglich die Adäquanzprüfung analog der Schleudertrauma-Praxis angewendet sehen will, geht die Beschwerdegegnerin von einem bloss leichten SHT Grad 1 aus und erachtet die Adäquanzprüfung anhand der Psycho-Praxis als angezeigt (act. G1, G7).

3.2.1. Nach dem Unfall vom 14. März 2022 wurde von der Flugärztin der Rega beim Erstkontakt mit der Beschwerdeführerin ein GCS von 14 festgehalten und bei Übergabe ans Spital ein solcher von 15 (Suva-act. 10). Dem Verlegungsbericht des Spitals an das Inselehospital ist kein GCS-Wert zu entnehmen (Suva-act. 18) und anlässlich der Erstuntersuchung im Spital E.____ wurde wiederum ein solcher von 14 festgehalten. Bei alleiniger Berücksichtigung dieser Werte wäre der Einschätzung der Beschwerdegegnerin, es habe nur ein SHT Grad 1 vorgelegen, zu folgen und der Schleudertrauma-Praxis von vornherein die Anwendung zu versagen. Hierfür würde auch der Umstand sprechen, dass die Diagnose des Spitals eines leichten SHT Grad 2 (Suva-act. 18-3) einen Widerspruch in sich trägt, da es sich bei einem leichten SHT um ein solches mit Grad 1 handeln würde (vgl. <https://www.luks.ch/was-wir-behandeln/schaedel-hirn-trauma-unter-Diagnose>, abgerufen am 21. August 2024). Das SHT Grad 2 wurde offensichtlich jedoch deshalb diagnostiziert, weil die Beschwerdeführerin nach dem Unfall unter einer länger dauernden anterograden Amnesie litt (Suva-act. 18-4). Diese im Spital erhobene Diagnose wurde von sämtlichen nachbehandelnden Fachpersonen (Suva-act. 29, Suva-act. 31-2, Suva-act. 35, Suva-act. 56) mit Ausnahme der RKB (Suva-act. 61 und 62) und der Versicherungsmedizinerin (Suva-act. 66) übernommen. Die RKB sprach nur von einer LTHV (Suva-act. 61-2). Diese entspricht vom Schweregrad her einem SHT Grad 1 (vgl. <https://www.kssg.ch/system/>



files/media_document/2020-05/Merkblatt_Leichte_Traumatische_Hirnverletzung_%2024082018_SRM%201008388.pdf, abgerufen am 21. August 2024). Dies geschah jedoch ohne Erklärung der von den rechtzeitig behandelnden Fachpersonen abweichenden Einschätzung des Schweregrads, sondern einzig unter Hinweis auf die "geltenden Kriterien der Europäischen Föderation für Neurologie". Denkbar wäre als Begründung beispielsweise der Umstand, dass als tiefster GCS-Wert ein solcher von 14 dokumentiert wurde (Suva-act. 10 und 29-2) und die Beschwerdeführerin noch am Tag des Unfalls aus dem Inselspital entlassen wurde und folglich keine vierundzwanzigstündige Überwachung als angezeigt erachtet worden war (Suva-act. 10-2, 18 und 29), obwohl eine solche vom Spital noch empfohlen worden war (Suva-act. 18-4). Dr. I. ___ sprach in ihrer Aktenbeurteilung nur von einem einfachen Kopfanprall, dessen Folgen zumeist nach einigen Tagen bis wenigen Wochen, spätestens nach drei Monaten, abklingen würden. Eine Begründung für die von einem SHT Grad 2 abweichende Diagnosestellung lässt sich auch ihrer Beurteilung nicht entnehmen (Suva-act. 66-2), weshalb ihre reine Aktenbeurteilung mangels Nachvollziehbarkeit nicht beweistauglich sein kann (vgl. vorstehende E. 1.4.2). Vor diesem Hintergrund ist unklar, ob medizinischerseits von einem SHT Grad 1 resp. einer LTHV oder von einem SHT Grad 2 auszugehen ist. Insgesamt lässt sich nicht verlässlich auf die eine oder andere medizinische Auffassung abstellen. Der Schweregrad des SHT wäre dann nicht weiter relevant, wenn bei der Beschwerdeführerin – wie von der Beschwerdegegnerin vorgebracht –, kein typisches Beschwerdebild eines SHT (vgl. hierzu vorstehende E. 1.5) vorgelegen hätte.

3.2.2. Laut den echtzeitlichen medizinischen Akten ist bei der Beschwerdeführerin von einem unklaren Bewusstseinsverlust und einer im Spital anhaltenden anterograden Amnesie auszugehen (Suva-act. 18). Sodann verabreichte die Flugärztin der Beschwerdeführerin noch am Unfallort Fentanyl und Ondansetron (Suva-act. 10-2). Bei Ersterem handelt es sich um ein Opioid-Analgetikum und bei Zweiterem um einen Wirkstoff, welcher gegen Übelkeit und Erbrechen wirkt (<https://compendium.ch/search/products?q=ondansetron> unter Indikation, abgerufen am 21. August 2024). Im Spital äusserte die Beschwerdeführerin neben rechtsseitigen Hüftschmerzen Schmerzen "hinter dem rechten Auge" (Suva-act. 18-3). Kurz nach dem Unfall eine Abgrenzung der Schmerzen im Zusammenhang mit der Augenverletzung und der Nasenbeinfraktur von sonstigen Kopfschmerzen von der Beschwerdeführerin zu erwarten, ist realitätsfremd. Dr. G. ___ stellte sodann am 18. März 2022 anlässlich der ersten Untersuchung der Beschwerdeführerin nach dem Austritt aus dem Inselspital langsames Denken und eine kognitive Reduziertheit fest (Suva-act. 35), wobei es sich offensichtlich um Konzentrations- und Gedächtnisstörungen handelt. Dass diese Beschwerden in den beiden die Beschwerdeführerin nur am Unfalltag untersuchenden Spitälern nicht



dokumentiert wurden, ist angesichts des Umstands, dass zu jenem Zeitpunkt die Augen- und die Beckenverletzung im Vordergrund und im Fokus der Untersuchungen standen, nachvollziehbar. Dies spricht auch nicht gegen das Vorliegen der von Dr. G. ___ vier Tage nach dem Unfall beobachteten Störungen bereits während der entscheidenden Latenzzeit von bis zu 72 Stunden (vgl. vorstehende E. 1.5). Angesichts der erwähnten Medikamentenabgabe durch die Flugärztin ist sodann davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihr gegenüber direkt im Anschluss an den Unfall über Übelkeit klagte, und die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin durch die Einnahme eines sehr starken Schmerzmittels verfälscht wurden. Nach dem Gesagten kann der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, wenn sie vorbringt, das typische Beschwerdebild habe bei der Beschwerdeführerin nicht vorgelegen.

3.2.3. Vor diesem Hintergrund hätte die Beschwerdegegnerin nur dann auf die sorgfältige medizinische Aufarbeitung der echtzeitlichen Befunde und Diagnosen während der entscheidenden Latenzzeit verzichten dürfen, wenn im Falle der Beschwerdeführerin ohnehin davon auszugehen wäre, dass offensichtlich eine psychische Überlagerung ihrer Beschwerden stattgefunden habe und die echtzeitlichen Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund getreten seien (vgl. vorstehend E. 1.5). Die vorhandenen medizinischen Akten erlauben diesbezüglich jedoch keinen abschliessenden Entscheid. Der Versicherungsmedizinerin Dr. I. ___ lag für ihre Aktenbeurteilung vom 9. Dezember 2022 keine Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor. Der erste aktenkundige Bericht von Dr. L. ___, bei welcher die Beschwerdeführerin seit September 2014 in psychotherapeutischer Behandlung steht, datiert nämlich vom 24. Januar 2023 (Suva-act. 86). Auch PD Dr. H. ___ von der RKB – laut Aktenlage die einzige mit der Beschwerdeführerin befasste psychiatrische Fachärztin – lagen beim neurologischen/neuropsychologischen Assessment vom 1. November 2022 keinerlei Berichte von Dr. L. ___ vor. Folglich konnte sie sich bei ihrer Einschätzung des chronifizierten Verlaufs nach einem LTHV mit Beteiligung von psychischen Faktoren (Suva-act. 62-9) mit keinerlei Vorakten auseinandersetzen. So scheint sie fälschlicherweise davon auszugehen, dass laut Beschwerdeführerin nach dem Unfall eine PTBS bestanden hat, was sie [PD Dr. H. ___] anhand der Anamnese nicht nachvollziehen könne (Suva-act. 62-9). Ein Blick in den Bericht von Dr. L. ___ schafft diesbezüglich Klarheit. Dr. L. ___s Bericht vom 24. Januar 2023 sind die folgenden psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen: rezidivierende depressive Störung mit mittelschweren und schweren Episoden, komplexe PTBS bei chronischem psychischem und physischem Missbrauch in der Herkunftsfamilie sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (Suva-act. 86-1). Die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte PTBS steht folglich in keinerlei Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. März 2022. Dr. L. ___ erklärt sodann zwar in ihrem Bericht, seit sie die Beschwerdeführerin kenne, sei



auch in stark belasteten Zeiten mit depressiver Symptomatik nie eine Krankschreibung nötig gewesen. Dr. L. ___ hält jedoch weiter fest, dass verschiedene, in indirektem Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. März 2022 stehende Umstände (dass P. B. jegliche Schuld von sich gewiesen habe, schwierige und als entwertend erlebte Kontakte mit Polizei und Versicherung sowie der langwierige Heilungsverlauf) starke Ohnmachts- und Überforderungsgefühle bei der Beschwerdeführerin ausgelöst hätten. Auf dem Boden der komplexen PTBS und dem daraus resultierenden Kontrollbedürfnis als Hauptbewältigungsstrategie könne die Beschwerdeführerin mit Ohnmachtserleben, Hilflosigkeit und Abhängigkeit schlecht umgehen. Die Konfrontation mit der Tatsache, dass jederzeit etwas Schlimmes passieren könne und das Leben nicht kontrollierbar sei, habe die Beschwerdeführerin tief erschüttert. In der Therapie sei der Unfall traumatherapeutisch bearbeitet, der Ausdruck von Wut und Trauer gefördert und die Beschwerdeführerin im Umgang mit ihren Einschränkungen unterstützt worden. Aktuell [24. Januar 2023] seien Kurzzeitgedächtnis, Merkfähigkeit, Konzentration (insbesondere am Bildschirm) und Belastbarkeit noch deutlich reduziert (Suva-act. 86-3). Angesichts dieser Ausführungen könnte nach Einschätzung des Versicherungsgerichts bei der Beschwerdeführerin durchaus eine psychische Überlagerung stattgefunden haben. Mangels fachpsychiatrischer Beurteilung, welche sich mit dieser Frage auseinandersetzt, kann dies jedoch vom Versicherungsgericht (wie gesagt) nicht beurteilt werden.

3.3. Vor diesem Hintergrund erfolgte der Entscheid der Beschwerdegegnerin, die Adäquanz mittels Psychopraxis und nicht mittels Schleudertrauma-Praxis zu prüfen, gestützt auf einen in zwei entscheidenden Punkten unvollständig erhobenen medizinischen Sachverhalt. Deshalb wird die Beschwerdegegnerin einerseits aus dem neurologischen Fachgebiet eine umfassende, sich zu den echtzeitlich erhobenen Diagnosen und Befunden äussernde und sich damit auseinandersetzende ärztliche Einschätzung einzuholen und andererseits auf dem psychiatrischen/ neuropsychologischen Fachgebiet eine Exploration der Beschwerdeführerin hinsichtlich einer allfälligen psychischen Überlagerung zu veranlassen haben. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Frage der natürlichen Kausalität der auch nach dem 31. Dezember 2022 geklagten kognitiven Beschwerden entscheidend sein. Da bislang noch kein Administrativgutachten erstattet wurde, besteht kein Anlass für die Einholung eines Gerichtsgutachtens.

4.

4.1. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 18. September 2023 in dem Sinne gutzuheissen, dass die Sache zu ergänzenden Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.



4.2. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

4.3. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden, durchschnittlich aufwändigen Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 18. September 2023 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).