



Fall-Nr.: UV 2015/76
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 04.07.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 04.07.2017

Art. 6 UVG, Art. 24 UVG: Status quo sine vel ante nach HWS-Kontusion bei vorgeschädigter HWS erreicht. Verneinung eines Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung mangels fortdauernder Unfallrestfolgen. Art. 24 UVG: Anspruch auf eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 5% für einen "schweren Tinnitus" (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juli 2017, UV 2015/76).

Entscheid vom 4. Juli 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann;
Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2015/76

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen



Helvetia Versicherungen, Rechtsdienst Personen-versicherung, Wuhrmattstrasse
19-23, 4103 Bottmingen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Geschäftsführerin des B.____ bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: National) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie gemäss undatierter Unfallmeldung am 29. Mai 2012 beim Ziehen eines mit Waren beladenen "Rollis" rückwärts auf den Rücken/Kopf stürzte (act. UM, vgl. auch act. CM3). Die Versicherte wurde ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) gebracht, wo die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie nach einem noch am Unfalltag durchgeführten CT des Neurocranium, des Gesichtsschädels und der HWS ein Schädelhirntrauma bei Status nach Synkope unklarer Ursache bei/mit in das Foramen magnum einstrahlender Fraktur des Os okzipitale, Subduralhämatom spinal und am Tenorium cerebelli links, Subarachnoidalblutung frontal beidseits, Kontusionsblutung cerebellär links sowie retrograder Amnesie diagnostizierten. Die Versicherte wurde stationär aufgenommen. Ein CT des Neurocraniums vom 31. Mai 2012 zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung vom 29. Mai 2012 eine subtotale Regredienz der Subduralhämatome spinal links auf Höhe des Foramen magnum und entlang des Tentoriums cerebelli links sowie der kleinvolumigen Subarachnoidalblutung frontal beidseits und eine diskrete Kontusionsblutung cerebellär links. Am 5. Juni 2012 wurde die Versicherte bei Attestierung einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ab 29. Mai 2012 aus dem Spital entlassen und durch ihren Hausarzt Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, weiterbetreut (act. M1, vgl. auch act. M2, act. M5). Nach einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit vom 6. August bis 14. Oktober 2012 war die Versicherte ab 15. Oktober 2012 wieder voll arbeitsfähig (act. CM3, vgl. auch act. TG).



A.b Mit Schreiben vom 7. Februar 2013 unterrichtete Dr. C.____ die National davon, dass die Versicherte durch den Unfall vom 29. Mai 2012 einen bleibenden Schaden von Geruchs- und Geschmackssinn erlitten habe (act. M5), und am 20. Februar 2013 teilte er mit, dass die unfallbedingte Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen sei. Am 16. April 2013 erfolge noch eine abschliessende Kontrolle. Der Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn werde bestehen bleiben. Gemäss Suva-Tabelle sei der Integritätsschaden bei einer beidseitigen Läsion des Nervus lingualis (Beeinträchtigung des Geschmackssinns) mit 25% bewertet (act. M6). Mit Schreiben vom 14. März 2013 liess die Klinik für Neurochirurgie des KSSG vernehmen, dass eine genaue neurochirurgische Evaluierung des Verlustes des Geruchs- und Geschmackssinns nicht möglich sei und eine Evaluierung und Quantifizierung der Beschwerden durch einen Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Arzt empfohlen würde (act. M7). Mit Versicherungsbericht vom 5. April 2013 informierte Dr. C.____ darüber, dass er die Versicherte letztmals am 11. Februar 2013 gesehen habe und sie sich vom Schädelhirntrauma weitgehend erholt habe (act. M8). In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 15. Mai 2013 vermerkte er, dass die Versicherte unter einem paroxysmalen Lagerungsschwindel leide, indem im Liegen beim Drehen nach rechts ein Sekundendrehschwindel auftrete. Er notierte ausserdem, dass im Heilverlauf eine psychosomatische Komponente mitspiele (act. M12).

A.c Am 26. Juni und 10. Juli 2013 fand in der HNO-Klinik des KSSG die von der Klinik für Neurochirurgie empfohlene (act. M7) und von der National in Auftrag gegebene (act. K13) Untersuchung statt. Die Klinikärzte stellten im Versicherungsbericht vom 15. Juli 2013 die Diagnose Anosmie und Ageusie bei Status nach Schädelhirntrauma nach synkopalem Sturzereignis 04/2012 mit Fraktur des Os occipitale, Subduralhämatom spinal und Subarachnoidalblutung frontal beidseits. Weiter wurde festgehalten, dass die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchung über einen kompletten Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns geklagt habe. Während der Verlust des Geruchssinns mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Mai 2012 stehe, könne über den Verlust des Geschmackssinns keine abschliessende Aussage gemacht werden. Es sei davon auszugehen, dass bei der Anosmie und Ageusie der Endzustand erreicht sei. Eine Besserung sei unwahrscheinlich. Die dauernde Beeinträchtigung beziehe sich auf den kompletten Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns. Gemäss Suva-Tabelle bestehe bei einem



Geschmackssinnsverlust ein Integritätsschaden von 25%. Für den Verlust des Geruchssinns werde kein Integritätsschaden beschrieben (act. M13).

A.d Am 30. August 2013 folgte eine Beurteilung der medizinischen Unterlagen durch den beratenden Arzt der National, Dr. med. D.___, Neurologe E.___, der einen Integritätsschaden von 25% für den Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns bestätigte (act. M14). Mit Verfügung vom 8. November 2013 legte die National den Integritätsschaden entsprechend fest und sprach der Versicherten auf dieser Basis eine Integritätsentschädigung von Fr. 31'500.-- zu (act. K15).

A.e Mit ärztlichem Zeugnis vom 17. Dezember 2013 informierte Dr. C.___ die National erstmals über eine Hörstörung der Versicherten, die sich mit einer Craniosacraltherapie sehr gut behandeln lasse (act. M16). Mit Schreiben vom 5. Februar 2014 sicherte die National der Versicherten die Kostenübernahme für eine Craniosacraltherapie über neun Sitzungen zu (act. R31). Am 2. April 2014 berichtete Dr. C.___ der National, dass der paroxysmale Lagerungsschwindel im Mai 2013 behandelt worden sei, worauf eine deutliche Besserung der Schwindelsymptomatik bei jedoch noch persistierendem Dröhnen in den Ohren eingetreten sei. Weder eine osteopathische Behandlung noch eine Craniosacraltherapie hätten einen Erfolg gezeigt. Inwieweit die Hörstörung mit dem Unfall zusammenhänge könne nicht beurteilt werden (act. M17).

A.f Eine auf Zuweisung von Dr. C.___ in der Radiologie F.___ am 23. April 2014 vorgenommene MRI-Untersuchung des Schädels und der intrakraniellen Gefässe und extrakraniellen Halsgefässe der Versicherten ergab normale Befunde (act. M18). Dr. C.___ wies die Versicherte auch Dr. med. G.___, Neurologie FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, Schlafmedizin SGSSC, St. Gallen, zu. Dieser führte am 13. August 2014 eine Elektroencephalographie durch, in der sich eine mässig generalisierte Hirnfunktionsstörung und eine erhebliche Müdigkeit, jedoch keine epilepsietypischen Potentiale zeigten (act. M21). Bei der Indikation einer Zervikobrachialgie seit dem Sturz nach hinten am 29. Mai 2012 mit eher pseudoradikulärer Ausstrahlung bis zu den Schulterbereichen erfolgte am 26. August 2014 im Auftrag von Dr. G.___ eine zervikale kernspintomographische Untersuchung in der F.___ (act. M22). Nach Untersuchungen vom 13. August und 2. September 2014 hielt Dr. G.___ mit Bericht vom 3. September 2014 folgende Diagnosen fest: Schweres Schädel-Hirn-Trauma mit Contusio cerebri



initial mit diffusen bilateralen Glioseherden (im Verlauf bildgebend als komplett rückläufig beurteilt), in das Foramen magnum einstrahlender Fraktur des Os occipitale, subduralem Hämatom spinal und am Tentorium cerebelli und Subarachnoidalblutung beim Sturz am 29. Mai 2012 mit milder kognitiver Einschränkung, Anosmie, Ageusie, posttraumatischem Lagerungsschwindel, posttraumatischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp; Zustand nach HWS-Beschleunigungstrauma beim Sturz am 29. Mai 2012 mit Kopflage-abhängiger Zervikobrachialgie und vertebrogenem Tinnitus bei leicht ausgeprägter Instabilität im Segment HWK4/5 und neuroforaminalen Einengungen auf Höhe HWK3/4, 4/5 und weniger 5/6. Dr. G.____ führte aus, dass sich klinisch-neurologisch gegenwärtig mässige Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, eine Anosmie und Ageusie, bei der Lagerung nach Hallpike sowohl nach links wie auch nach rechts ein kurz andauernder rotatorischer Nystagmus ohne wesentliche Gleichgewichtsstörung oder Übelkeit, ein Blickrichtungs-Nystagmus langsam erschöpflich sowie eine erhebliche Nackenmuskulatur-Verspannung und Ausstrahlung der Nackenschmerzen bis zu den Schulterbereichen beidseits im Rahmen der kraniozervikalen Provokationsmanöver hätten feststellen lassen. Die Zervikobrachialgie und der Tinnitus hätten angesichts der Hinweise im MRI am ehesten eine posttraumatische, vertebrogene Genese (act. M23).

A.g Zur Prüfung ihrer Leistungspflicht legte die National den Schadenfall am 29. Januar 2015 erneut Dr. D.____ zur neurologischen Beurteilung vor (act. K21), welche dieser am 27. Mai 2015 verfasste (act. M27).

A.h Gestützt auf dessen Aktenbeurteilung eröffnete die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Helvetia) als Rechtsnachfolgerin der National der Versicherten mit Verfügung vom 19. Juni 2015, dass sie ihre Leistungen für die Beschwerden an der HWS und den Schultern sowie die Kopfschmerzen per 19. Juni 2015 einstelle. Die Beschwerden würden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ab dem 13. Mai 2015 nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 29. Mai 2012 stehen. Für weitere Heilungskosten ab dem 19. Juni 2015 würden vorbehältlich allfälliger Rückfälle oder Spätfolgen keine Leistungen mehr erbracht. Für den Tinnitus aurium rechts werde eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 5% ausgerichtet (act. K22). Bis zum Datum des Verfügungserlasses hatte die Helvetia bzw. davor die National die



gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen; vgl. act. TG, act. R57, act. R57.1) erbracht.

A.i Nachdem die Versicherte gegenüber der Helvetia mit E-Mails vom 30. Juni 2015 (act. K24 f.) eingewendet hatte, dass eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 5% zu wenig sei, sie durch die Beeinträchtigung des Unfalls eine Lohneinbusse von jährlich Fr. 24'000.-- habe und aus gesundheitlichen Gründen ihr Geschäft habe aufgeben müssen, erklärte ihr der zuständige Sachbearbeiter der Helvetia am 9. Juli 2015 telefonisch, sie müsse Einsprache erheben, wenn sie mit der Verfügung nicht einverstanden sei. Weiter wurde ihr dargelegt, dass die Integritätsentschädigung eine Kapitalauszahlung für den Tinnitus darstelle und nichts mit der Arbeitsfähigkeit zu tun habe. Letztere betrage bei der Versicherten seit dem 15. Oktober 2012 100% (act. K26). Die Versicherte antwortete mit E-Mail vom 10. Juli 2015, sie verwechsle Taggeld und Integritätsentschädigung nicht, erachte jedoch eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 20% als angemessen (act. K28).

B.

B.a Auf den erneuten Hinweis, Einsprache erheben zu müssen (act. K29), reichte die Versicherte am 14. Juli 2015 eine entsprechende Eingabe ein (act. K31).

B.b Mit Entscheid vom 15. Oktober 2015 wies die Helvetia die Einsprache der Versicherten ab (act. K34).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 13. November 2015 Einsprache bei der Helvetia (act. G 1), welche diese mit Schreiben vom 18. November 2015 als Beschwerde an das zuständige Versicherungsgericht weiterleitete (act. G 0). In der Beschwerde erklärte die Beschwerdeführerin nochmals zu verstehen, dass die Integritätsentschädigung nicht den Lohnausfall abgelte. Weil sie seit dem Unfall nicht mehr voll habe arbeiten bzw. keine 100%-ige Leistung mehr habe erbringen können, habe sie jedoch sehr viel Geld verloren (act. G 1).



St.Galler Gerichte

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2016 beantragte die Helvetia (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Die Beschwerdeführerin reichte hierauf am 3. Februar 2016 eine Replik ein (act. G 5), der am 3. März 2016 die Duplik der Beschwerdegegnerin folgte (act. G 7). Mit Schreiben vom 8. März 2016 schloss das Versicherungsgericht den Schriftenwechsel ab (act. G 8), worauf die Beschwerdeführerin am 14. März 2016 eine weitere Eingabe einreichte (act. G 9).

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

2.1 Für die Umschreibung des Prozessthemas ist nach den Regeln über den Anfechtungs- und Streitgegenstand zu verfahren. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches - im Rahmen des durch den vorinstanzlichen Entscheid bestimmten Anfechtungsgegenstandes - den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet (BGE 130 V 502 E. 1.1). Mit Bezug auf den Anfechtungsgegenstand ist festzuhalten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige



Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 119 Ib 36, 118 V 313 E. 3b, je mit Hinweisen).

2.2 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2015 (act. K34). Diesem liegt die Verfügung vom 19. Juni 2015 zu Grunde (act. K22). In der Verfügung - wie auch im angefochtenen Einspracheentscheid - prüfte die Beschwerdegegnerin zunächst den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen für Heilbehandlungen und verneinte einen solchen ab dem 19. Juni 2015. Weiter prüfte sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung und anerkannte einen entschädigungspflichtigen Integritätsschaden von 5%. Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens können somit grundsätzlich einzig ein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf weitere Heilbehandlungen sowie die Höhe der Integritätsentschädigung bilden. Die Beschwerdeführerin bestreitet offensichtlich die Einstellung der Heilbehandlungsleistungen ab 19. Juni 2015 bzw. die Prüfung des Integritätsentschädigungsanspruchs in diesem Zeitpunkt nicht (vgl. dazu Art. 19 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 2 UVG), fordert jedoch eine höhere Integritätsentschädigung (vgl. nachfolgende Erwägung 3.2). Soweit die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 13. November 2015 (act. G 1), der Replik vom 3. Februar 2016 (act. G 5) und in der Stellungnahme vom 14. März 2016 (act. G 9) einen Antrag auf eine Invalidenrente gestellt haben sollte, ist anzufügen, dass die Beschwerdegegnerin weder in der Verfügung vom 19. Juni 2015 noch im angefochtenen Einspracheentscheid einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin geprüft hat. Indem es damit diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand fehlt, über den im vorliegenden Beschwerdeverfahren entschieden werden könnte, kann die Frage nach einem allfälligen Rentenanspruch auch nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens sein. Sollte ein solcher Beschwerdeantrag tatsächlich gestellt worden sein, könnte darauf nicht eingetreten werden.

3.



3.1 Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Angesichts dieser Gesetzesbestimmung bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für eine Integritätsentschädigung der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für eine Integritätsentschädigung besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweis; SVR 2000 Nr. 14 S. 45).

3.2 Die Beschwerdeführerin leidet unstreitig unter einem unfallbedingtem Tinnitus aurium rechts (act. M23, act. M27/17). Die Beschwerdegegnerin sprach ihr dafür im angefochtenen Einspracheentscheid (act. K34) bzw. in der diesem zu Grunde liegenden Verfügung vom 19. Juni 2015 (act. K22) eine Integritätsentschädigung zu, wobei sie das Ausmass des Integritätsschadens auf 5% festlegte. Die Beschwerdeführerin beklagt jedoch seit dem Unfall auch andauernde Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen (vgl. act. K31, act. G 9, act. M22, act. M27). Ihren Ausführungen zufolge erachtet sie den von der Beschwerdegegnerin geschätzten Integritätsschaden von 5% als zu gering und hält einen solchen von insgesamt 20% für unfallbedingte Gesundheitsschäden als angemessen (vgl. act. K29 bzw. act. G 5.3, act. K31). Zu prüfen bleibt mithin die Höhe der Integritätsentschädigung, wobei zu wiederholen ist, dass nur unfallkausale Gesundheitsschäden berücksichtigt werden können (vgl. Erwägung 3.1). Für den unbestrittenermassen unfallbedingten Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns wurde der Beschwerdeführerin bereits mit Verfügung vom 8. November 2013 eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 25% zugesprochen (act. K15). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

4.



4.1 Die Beschwerdegegnerin hat hinsichtlich der Kopf-, Nacken- und Schulterproblematik ihre Leistungspflicht zunächst anerkannt und ist für diesbezügliche Heilbehandlungskosten aufgekommen (vgl. act. M25, act. R41). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). 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 (RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/ THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge und ihres Dahinfallens ist das Gericht im Bereich der Medizin regelmässig auf Angaben ärztlicher Expertinnen oder Experten angewiesen. Für das gesamte Verwaltungs- und



Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert 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 351, E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

5.

Nachfolgend ist mithin zu prüfen, ob zwischen den von der Beschwerdeführerin über den 19. Juni 2015 hinaus geklagten Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen und dem Unfall vom 29. Mai 2012 noch ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, und sie damit für die Festlegung der Integritätsentschädigung überhaupt von Belang sein können (vgl. Erwägung 3).

5.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen



Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, MRT, CT) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

5.2 Ein massgebender Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet insbesondere auch der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor Geschehen des Unfalls. Ist es durch diesen zu keinen neuen unfallbedingten strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Von einer richtungsgebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O, S. 54). Die lediglich vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustandes basiert auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen, die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Kontusionsfolgen (vgl. nachfolgende Erwägung 6.6; vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55 f.). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Weichteilverletzung. Ihre Diagnose



drückt eine schädigende Einwirkung des Unfalls auf den Körper aus, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, S. 412; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 1139; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 357).

5.3

5.3.1 Laut Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 4. Juni 2012 wurde am Unfalltag neben dem Neurocranium und Gesichtsschädel auch die HWS computertomographisch untersucht. Als Untersuchungsergebnisse wurden jedoch einzig auf den Schädel, nicht auf die HWS bezogene Befunde erwähnt. Eine Diagnose wurde hinsichtlich der HWS ebenfalls keine gestellt (act. M1). Am 26. August 2014 wurde in der F.____ die HWS und obere BWS mittels MRI bildgebend dargestellt. Dabei zeigten sich zwar keine Neurokompressionen, jedoch mässige Facettengelenksarthrosen und Uncovertebralarthrosen mit kleinen Retrospondylophyten in den Segmenten HWK 3-HWK 6 mit mässigen foraminale Einengungen insbesondere der Neuroforamina HWK 3/4 und HWK 4/5, weniger auch HWK 5/6 links. Auffällig war ausserdem ein angedeutetes Treppenphänomen der oberen und mittleren HWS im Liegen, so dass eine Instabilität durch ergänzende Funktionsaufnahmen ausgeschlossen werden sollte. Ansonsten war das MRI der HWS und oberen BWS regelrecht. Es zeigte sich insbesondere keine Spinalkanalstenose oder Myelopathie (act. M22). Dass nachfolgend ergänzende Funktionsaufnahmen gemacht worden wären, ist aktenmässig nicht dokumentiert. Dr. G.____ nahm jedoch neben den neuroforaminale Einengungen auf Höhe HWK 3/4, 4/5 und weniger 5/6 eine leicht ausgeprägte Instabilität im Segment HWK 4/5 in die Diagnose auf (act. M23).

5.3.2 Zu den radiologischen Untersuchungen der HWS hält Dr. D.____ in seiner neurologischen Beurteilung vom 27. Mai 2015 nachvollziehbar fest, dass diese keine Verletzungszeichen, hingegen degenerative Veränderungen der Halswirbel 3 bis 6 sowie eine leichte Instabilität der Wirbel 4 und 5 ergeben hätten. Die HWS sei wahrscheinlich bereits vor dem Unfall degenerativ verändert gewesen. Die



Degenerationen hätten jedoch keine Symptome gezeigt (act. M27). So ist der medizinischen Literatur zu entnehmen, dass es sich bei Fehlen einer primären strukturellen Unfallverletzung im Bereich der Wirbelsäule (insbesondere einer Fraktur) bei den radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden - Arthrosen mit Retrospondylophyten, foraminale Einengungen sowie Instabilität - im Regelfall um rein degenerative Zustände bzw. Prozesse handelt (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 579 ff., 843; LEITLINIE DER ORTHOPÄDIE, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. Erweiterte Aufl. Köln 2002, S.191; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 175 f., 2000 zu "Spondylolisthesis", "Spondylolyse" und "Spondylosis deformans", 2016 zu "Stenose"; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 134, 1752 zu "Stenose"). Auch der Umstand, dass sich die vorgenannten Gesundheitsschäden mehrsegmental zeigten, lässt die Beurteilung von Dr. D.____ schlüssig erscheinen. Die von Dr. G.____ in seinem Untersuchungsbericht vom 3. September 2014 (act. M23) dargestellte traumatische Kausalkette - "Es wurde eine HWS-MRI-Untersuchung veranlasst, die Hinweise auf eine Instabilität in erster Linie im HWK 4/5-Segment und auf neuroforaminale Einengungen in den Segmenten HWK 3/4, 4/5 und weniger 5/6 links betont erbrachten. Somit hat die oben genannte Zervikobrachialgie am ehesten eine posttraumatische, vertebrogene Genese." - vermag an der Beurteilung von Dr. D.____ nichts zu ändern. Sie wäre nur dann stimmig, wenn bereits die Instabilität traumatisch bedingt wäre, wofür jedoch entsprechende Hinweise fehlen.

5.3.3 Die von Dr. G.____ und Dr. D.____ gestellten Diagnosen Zervikobrachialgie bzw. chronisches, rechtsbetontes myofasiales, zervikozephal und zervikothorakales Syndrom (vgl. act. M23, act. M27) bezeichnen für sich ebenso keine traumatische Verletzung, sondern gründen höchstens auf einer solchen. Laut ROCHE LEXIKON (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster", manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen - eben auch degenerative Ursachen - bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Der Begriff "chronisch" steht sodann dem Begriff "traumatisch" entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch "langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend" (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 390; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 334). Ebenso



wenig ist mit einer -algie ("Schmerz, Schmerzzustand": http://www.duden.de/rechtschreibung/_algie, abgerufen am 2. Juni 2017) eine unfallbedingte Gesundheitsschädigung ausgewiesen. Der Zusatz "myofaszial" weist schliesslich auf eine Problematik im Bereich der Muskulatur hin. Das Ursachenspektrum ist diesbezüglich vielfältig und kann ebenfalls die Folge degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen sein. Für eine sekundäre unfallkausale Situation bedarf es auch hier einer unfallkausalen Körperverletzung wie beispielsweise einer Fraktur (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 856, 860; PSCHYREMBEL, a.a.O., zu "Myalgie" S. 1418 f., zu "Myogelose" S. 1428; ROCHE, a.a.O., zu "Myalgie" S. 1268, zu "Myogelose" S. 1379; SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3 E. 5.2 mit Hinweisen, U 328/06; Urteil des EVG; vom 6. Dezember 2006, U 334/06, E. 3). Angesichts des Gesagten kann bei vorliegend fehlender unfallkausalen Körperverletzung nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der obgenannten Diagnosen zum Unfall vom 29. Mai 2012 ausgegangen werden.

5.4 Dr. D.____ verneint sodann in seiner neurologischen Beurteilung vom 27. Mai 2015 offensichtlich auch eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestandenen degenerativen Gesundheitsschäden (vgl. act. M27). Angesichts des echtzeitlich unauffälligen CT-Untersuchungsergebnisses und der rund zwei Jahre nach dem Unfall mittels MRI erhobenen mehrsegmental vorhandenen degenerativen Gesundheitsschäden leuchtet diese Beurteilung ein. Im Übrigen wird das Vorliegen einer massiven Veränderung des degenerativen Zustands durch den Unfall insbesondere auch von Dr. G.____ nicht diskutiert (vgl. act. M23).

5.5

5.5.1 Wie bereits geschildert, kann jedoch ein Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. In diesem Fall übernimmt die Unfallversicherung lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). In diesem Sinn und entsprechend des in den Akten dokumentierten Unfallmechanismus mit Sturz rückwärts auf Rücken und Kopf (act. UM, act. CM3) geht Dr. D.____ in seiner neurologischen Beurteilung vom 27. Mai 2015 von Prellungen bzw. Kontusionen des Nackens, der Schultern und des Rückens aus, was neben der erwiesenen Kontusion



des Schädels, insbesondere mit Schädelfraktur und Kontusionsblutung (vgl. act. M1), plausibel erscheint.

5.5.2 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 412). Diese Erfahrungstatsache darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine vel ante zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.5; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). In den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 101, hält der Autor ERICH BÄR, Facharzt für Chirurgie FMH, sogar fest, dass Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken (mithin Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden) ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzung zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin (ERICH BÄR, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. Ein Update. In Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45).

5.5.3 Die Rechtsprechung hat also im Falle traumatisch ausgelöster Wirbelsäulenpathologien den konkreten medizinischen Beleg des natürlichen Verlaufs durch eine richterliche Vermutung, die sich ihrerseits auf die medizinische Literatur stützt, ersetzt. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Schliesslich sprechen seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329



E. 3b). Diesfalls können anhaltende Beschwerden mit unfallfremden Befunden, beispielsweise degenerativer Art, erklärt werden.

5.5.4 Im vorliegenden Fall sind keine Gründe ersichtlich, derentwegen die Richtigkeit der Beurteilung von Dr. D.____ hinsichtlich der Kontusionsverletzung der Nacken- und Schulterweichteile der Beschwerdeführerin sei von einem Status quo sine vel ante wahrscheinlich im April 2014, spätestens aber zur Zeit seiner Untersuchung am 13. Mai 2015, auszugehen - in Zweifel zu ziehen wäre. Die Beurteilung basiert auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Dr. D.____ erhob im Bereich der HWS und der Schultern der Beschwerdeführerin als klinische Befunde gewisse schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, Druckschmerzen sowie leichte bis mässige Muskelverspannungen (act. M27). Wie bereits dargelegt, handelt es sich bei einer Myogelose, aber auch bei den schmerzhaften Bewegungseinschränkungen und Druckschmerzen, nicht um Befunde, denen spezifisch der Charakter fortdauernder Unfallfolgen anhaften würde (vgl. Erwägung 6.3; SRV 2008 UV Nr. 2 S. 3 E. 5.2 mit Hinweisen, U 328/06; Urteil des EVG vom 6. Dezember 2006, U 334/06, E. 3). Ihre Ursache kann gerade auch in degenerativen Krankheiten liegen. Bei ursprünglichem Geschehen einer Kontusionsverletzung ist eine zeitlich exakte Unterscheidung zwischen (noch) wirkenden traumatischen Unfallfolgen und verbleibendem rein degenerativem Zustand kaum möglich. Der Charakter der Heilung ist hier naturgemäss fliessend. So führte Dr. D.____ absolut nachvollziehbar aus, dass die durch die Prellung verursachten myofaszialen Verletzungen beinahe drei Jahre nach dem Unfall verheilt seien. Dieses Intervall trage auch dem Alter der Beschwerdeführerin Rechnung. Bezüglich der myofaszialen Nacken- und Schulterschmerzen habe die degenerativ veränderte HWS mit der Zeit als Ursache an Bedeutung gewonnen. Weitere Ausführungen zum Status quo sine vel ante können von Dr. D.____ nicht verlangt werden. Seine Schlussfolgerungen überzeugen, indem sie in der Erfahrungsmedizin eine eindeutige Stütze finden. Die konkrete Anamnese fügt sich in das von Dr. D.____ Gesagte ein. So ist festzustellen, dass lediglich im echtzeitlichen Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 4. Juni 2012 unter der Rubrik "Anamnese" Schmerzen im Bereich der HWS erwähnt sind (act. M1), dann jedoch in den Akten erst wieder rund ein Jahr nach dem Unfall in der Physiotherapie-Verordnung von Dr. C.____ vom 16. April 2013 die Diagnose "CVS" (Cervicalsyndrom) vermerkt ist (act. M9 und schliesslich rund zwei Jahre nach dem Unfall im MRI-Untersuchungsbericht der F.____ vom 26. August



2014 unter "Indikation" eine seit dem Unfall andauernde Zervibrachialgie mit eher pseudoradikulärer Ausstrahlung angeführt ist (act. M22). Anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 15. August 2012 klagte die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht konkret über Nacken- und Schulterschmerzen (act. CM3). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zwar am 29. Mai 2012 eine schwere Prellung des Schädels bzw. Hirns erlitten hat, die eine strukturelle Verletzung und verschiedene Blutungen zur Folge hatte, die Gewalteinwirkung auf die HWS demgegenüber nicht von besonderer Schwere gewesen sein dürfte. Nachdem die Schwere einer Verletzung naturgemäss wiederum Einfluss auf die Heilungsdauer hat, erscheint die Annahme einer den Regelfall nicht überdauernden Heilungsdauer der Kontusionsfolgen plausibel.

5.5.5 Die von der Beschwerdeführerin neben den Nacken- und Schulterschmerzen geklagten Kopfschmerzen haben auf die Festlegung des Status quo sine vel ante keinen Einfluss. Wie von Dr. D.____ schlüssig erklärt, sind diese überwiegend wahrscheinlich nicht dem Kopfanprall anzulasten, sondern stehen - wie von der Beschwerdeführerin angegeben (vgl. act. M23: "gelegentliche Kopfschmerzen vom Nacken ausgehend") - in Verbindung mit den Nacken- und Schulterschmerzen. Insofern als der Kopf in unmittelbarer Nähe des Nackens und der Schultern liegt und die Schmerzausstrahlung ein bekanntes Phänomen ist, ist eine zusammenhängende Schmerzsymptomatik ohne Weiteres nachvollziehbar. Von einer anderen Beurteilung des Status quo sine vel ante wegen der Kopfschmerzen ist damit nicht auszugehen.

5.6 Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass im konkreten Fall in Bezug auf die HWS nicht von einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auszugehen ist, bei welcher nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung bekanntermassen auch ohne nachweisbare pathologische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art, insbesondere auch Nackenschmerzen, auftreten können. Eine natürliche Kausalität der Nacken- und Schulterschmerzen bezogen auf eine schleudertraumaähnliche Verletzung in der HWS-Region (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408) ist insofern zu verneinen, als es - wie von Dr. D.____ festgestellt (vgl. act. M27/15) - überhaupt an der dafür vorausgesetzten Diagnose einer HWS-Distorsion fehlt (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 116 E. 6.2.1). Dr. G.____ nennt wohl in seinem Untersuchungsbericht vom 3.



September 2014 die Diagnose "Zustand nach HWS-Beschleunigungstrauma beim Sturz am 29. Mai 2012" (act. M23). In den echtzeitlichen medizinischen Akten findet sich indessen diese Diagnose nicht. Diagnostiziert wurde ein Schädelhirntrauma. Dabei handelt es sich zwar ebenfalls um eine schleudertraumaähnliche Verletzung (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408), deren typische Symptome jedoch nicht vorrangig Nacken- und Schulterschmerzen sind. Die Folgen des Schädelhirntraumas der Beschwerdeführerin, konkret der Tinnitus sowie der Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns, sind ausgewiesen und organischer Natur.

5.7 Aufgrund des Gesagten ist mithin nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit spätestens im Zeitpunkt der Einstellung der Heilbehandlungsleistungen, d.h. ab 19. Juni 2015, von einem Wegfall der Prellungsfolgen als Ursache der noch geklagten Nacken- und Schulterschmerzen sowie den damit verbundenen Kopfschmerzen auszugehen. Sie sind somatisch nicht mehr oder dann mit den nicht unfallbedingten Befunden degenerativer Art erklärbar, und auch nicht als Folge einer schleudertraumaähnlichen Verletzung überwiegend wahrscheinlich. Weil über das Datum der Leistungseinstellung hinaus keine unfallkausalen Verletzungsfolgen im Bereich der HWS nachgewiesen sind, entfällt auch ein unfallbedingter Integritätsschaden. Eine Integritätsentschädigung in Bezug auf die Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen ist mithin nicht geschuldet.

6.

6.1 Unbestritten ist grundsätzlich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung für den in Folge des Unfalls vom 29. Mai 2012 verbleibenden Tinnitus aurium rechts. Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2015 legte die Beschwerdegegnerin die Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 5% fest (act. K34) und stützte sich dabei auf die neurologische Beurteilung von Dr. D.____ vom 27. Mai 2015 (act. M27). Nachfolgend ist diese Integritätsschadensbemessung zu prüfen.

6.2 Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Dieser wiederum richtet sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden



für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Die Integritätsentschädigung setzt einen dauernden - voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehenden - Integritätsschaden voraus (vgl. Art. 36 Abs. 1 UVV; BGE 124 V 36 ff. E. 4). Nach Art. 36 Abs. 2 UVV wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis).

6.3

6.3.1 Die Feinrastertabelle der Suva Nr. 13 "Integritätsschaden bei Tinnitus" beinhaltet eine Bewertungsskala mit Werten für einen leichten, geringfügigen Tinnitus (Integritätsschaden = 0% [Ziff. 1]), einen schweren Tinnitus (Integritätsschaden = 5% [Ziff. 2]) und einen sehr schweren Tinnitus (Integritätsschaden = 10% [Ziff. 3]). Dr. D.____ geht bei der Beschwerdeführerin von einem schweren Tinnitus aus (act. M27-18). Folgende Richtlinie ist in der Feinrastertabelle der Suva Nr. 13 für einen schweren Tinnitus formuliert: ein überwiegend dauernd bestehendes ein- oder doppelseitiges Ohrgeräusch mit deutlicher subjektiver Belästigung, durch Umgebungsschall des Alltags häufig verdeckt, in Ruhe störend empfunden, öfters am Einschlafen hindernd, Verrichtungen (Lesen, Schreiben, Zuhören usw.) sowie Konzentration erfordernde Arbeiten in ruhiger Umgebung dauernd mässig oder zeitweise stark beeinträchtigend - also höchstens mittelgradig kompensiert und von mittelgradigem Persönlichkeitswert (Leidensdruck). Ein sehr schwerer Tinnitus ist demgegenüber ein dauernd bestehendes, ein- oder doppelseitiges Ohrgeräusch mit hoher und schwer bis sehr schwer erträglicher subjektiver Belästigung durch Umgebungsschall des Alltags nur



St.Galler Gerichte

sehr selten verdeckt, stark störend empfunden, regelmässig am Einschlafen und/oder am Durchschlafen hindernd. Verrichtungen (Lesen, Schreiben, Zuhören usw.) sind regelmässig ausgeprägt oder zeitweise sehr stark beeinträchtigt und der Tinnitus ist subjektiv vordergründig gegenüber einer vorhandenen Schwerhörigkeit oder andern zusätzlichen Beschwerden - also dekompenziert und von hohem Persönlichkeitswert (hoher Leidensdruck).

6.3.2 Laut Dr. D.____ ist die Beschwerdeführerin durch den Tinnitus in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Sie schilderte ihm gegenüber, dass sie sich am Abend immer erschöpft fühle - "die Batterien seien leer". Noch heute behindere ein Geräusch, das sie schwer beschreiben könne, das Einschlafen. Am besten lasse es sich mit dem Geräusch von Wasser beim Durchlaufen eines Heizungsradiators vergleichen. Der Tinnitus werde durch die Spannung der Nackenmuskulatur nicht verändert. Das Geräusch sei nur im Liegen vorhanden. Es pulsire nicht, sondern sei konstant, jedoch von einer Intensität, die es ihr verunmögliche, ohne Medikamente einzuschlafen. Sobald sie aufstehe - auch in der Nacht - verschwinde der Tinnitus. Angesichts dieser Beschreibung des Tinnitus erscheint dessen Einstufung durch Dr. D.____ als schwer ohne weiteres als angemessen. Die Anforderungen an einen sehr schweren Tinnitus sind nicht erfüllt. Die von der Beschwerdegegnerin festgelegte Integritätseinbusse von 5% ist damit nicht zu beanstanden. Nachdem Dr. D.____ anlässlich der klinischen Untersuchung keine Hörverminderung feststellte und bei fehlenden Angaben eines Schwindels das klinische Screening der vestibulären Funktionen unauffällig gewesen ist, entfällt auch eine höhere Integritätsentschädigung für einen Integritätsschaden wegen Schädigung des Gehörs (vgl. Feinrastertabelle der Suva Nr. 12) und/oder Störungen des Gleichgewichts (vgl. Feinrastertabelle der Suva Nr. 14).

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.