

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 21

Entscheid vom 6. September 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____

gegen

C. _____ AG

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1977) ist seit 2013 bei der D._____ als kaufmännische Angestellte in einem Vollzeitpensum unbefristet angestellt und dadurch bei der C._____ AG (nachfolgend Vorinstanz) obligatorisch unfallversichert. Am 14. April 2021 meldete die Arbeitgeberin der Vorinstanz, A._____ sei am 4. April 2021 beim Skifahren auf der Skipiste in Laax von einer unbekanntenen Person angefahren worden; sie habe eine Gehirnerschütterung, gebrochene Rippe, kollabierte Lunge sowie Schürfungen und Prellungen erlitten (Vi-act. A1). Die Vorinstanz anerkannte das Unfallereignis und erbrachte Leistungen.

B. Bei persistierenden Beschwerden sowie anhaltender Arbeitsunfähigkeit holte die Vorinstanz betreffend Kniebeschwerden bei Dr.med. F._____ (FMH Chirurgie) sowie betreffend die weiteren Beschwerden bei Dr.med. E._____ (Facharzt Neurologie) je eine Aktenbeurteilung ein (Vi-act. M19 und M34). Basierend auf diesen Aktenbeurteilungen verfügte die Vorinstanz am 21. März 2022, die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für die HWS-Beschwerden inkl. der daraus resultierten Symptome würden per 31. März 2022 eingestellt; die weiteren Behandlungen und Therapien der Kniebeschwerden würden weiterhin übernommen (Vi-act. A48). Eine durch A._____ am 2. Mai 2022 hiergegen erhobene Einsprache wies die Vorinstanz mit Einspracheentscheid vom 14. Februar 2023 ab (Vi-act. A60 und A79).

C. Am 15. März 2023 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der C._____ AG vom 14. Februar 2023 (UVG 44.018.178/15) sei dahingehend abzuändern, dass diese der Beschwerdeführerin für die Folgen des Ereignisses vom 4. April 2021 vollumfänglich die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat, und zwar auch nach dem 31. März 2022, insbesondere Taggelder und Heilkosten.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids der C._____ AG vom 14. Februar 2023 (UVG 44.018.178/15) zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selber ergänzende Abklärungen anzuordnen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

D. Mit Vernehmlassung vom 28. Juni 2023 beantragt die Vorinstanz, es sei die Beschwerde vom 15. März 2023 abzuweisen. Hierzu nimmt die Beschwerdeführerin am 22. August 2023 Stellung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die Beschwerdeführerin erlitt am 4. April 2021 unbestrittenermassen einen Skiunfall, worauf sie medizinisch versorgt werden musste, wofür die Vorinstanz leistungspflichtig wurde (Vi-act. A1, M3, M2). Bei anhaltender, zumindest teilweiser Arbeitsunfähigkeit und verschiedenen geklagten Beschwerden überprüfte die Vorinstanz ihre Leistungspflicht und stellte mit Verfügung vom 21. März 2022 fest, selbst wenn die aktuell beklagten Beschwerden noch natürlich unfallkausal wären, seien die Behandlungen ab dem 17. März 2022 nicht als adäquat kausale Folge des Unfallereignisses zu werten. Die Versicherungsleistungen wurden daher - mit Ausnahme jener für die Kniebeschwerden - per 31. März 2022 eingestellt. Demgegenüber sind gemäss Beschwerdeführerin sämtliche Beschwerden durch das Unfallereignis verursacht; die Vorinstanz habe den Fall zu früh abgeschlossen. Auch sei die Adäquanz zu bejahen. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist damit, ob die Vorinstanz die Versicherungsleistungen (ausser für die Kniebeschwerden) zu Recht per 31. März 2022 eingestellt hat.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesund-

heitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 E. 5.3 je mit Hinweisen).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar 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/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteile BGer 8C_756/2021 vom 10.2.2022 E. 4.3; 8C_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.1 8C_493/2021 vom 4.3.2022 E. 3.3.2).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 E. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 E. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 E. 2, nicht pu-

bl. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 2).

Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offen gelassen werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen (Urteil EVGer B 21/02 vom 11.12.2002 E. 3.2). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanztprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheidrelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanztprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (Urteil BGer 8C_151/2009 vom 7.5.2009 E. 2.1).

2.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.3.2 Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Versicherer bezieht sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalles darstellt. Mithin kann sich der Wegfall der Kausalität nur auf Verletzungen und Beschwerden beziehen, die bei der ursprünglichen Anspruchsbeurteilung zur Diskussion standen und als kausal anerkannt wurden. Der Versicherer hat nicht auch das Nichtbestehen einer Unfallkausalität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu beweisen, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil BGer 8C_363/2009 vom 20.8.2009 E. 2.3.2; Urteil EVG U 6/05 vom 27.4.2005 E. 3.2; VGE I 2021 39 vom 24.8.2021 E. 1.3.3; AJP 2006 S. 1290 ff.). Ebenso wenig ist es Sache der Unfallversicherung, eine alternative Ursache für Befunde zu finden, für die sie mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Ereignis nicht leistungspflichtig ist (Urteil BGer 8C_592/2016 vom 1.12.2016 E. 3.2.3).

Für die Frage, ob die Kausalität oder deren Wegfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist resp. den Versicherten oder den Versicherer die Beweislast trifft (vgl. nachfolgend), ist somit massgebend, ob die geklagten Beschwerden (für welche Leistungen des Versicherers beansprucht werden) dem Gesundheitsschaden und seinen Symptomen angehören, der beim anerkannten Unfall unmittelbar festgestellt wurde.

2.4 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

2.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstel-

le) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn 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 (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

2.6.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen sind (Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 E. 4.3). 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1). 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 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hin-

weisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.6.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Zu betonen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.2). Es bedarf besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Ihren Berichten und Gutachten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner oder beratender Ärzte, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

2.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

2.6.4 Schliesslich sind auch reine Aktengutachten beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die

direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 9C_647/2020 vom 26.8.2021 E. 4.2 in fine).

3. Was den Skiunfall vom 4. April 2021 und den Gesundheitsverlauf anbelangen, so ergibt sich aus den Akten:

3.1.1 Am 14. April 2021 meldete die Arbeitgeberin der Vorinstanz, die Beschwerdeführerin sei am 4. April 2021 um 11 Uhr in Laax auf der Skipiste von einem Unbekannten angefahren worden. Als Verletzungen aufgeführt werden eine Gehirnerschütterung, gebrochene Rippe, kollabierte Lunge, Schürfungen und Prellungen. Sie sei seit dem Unfalltag 100% arbeitsunfähig. Die Erstbehandlung sei im Regionalspital Surselva AG erfolgt, die Nachbehandlung beim Hausarzt Dr.med. G. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) (Vi-act. A1).

3.1.2 Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall durch die Rega ins Spital überführt. Gemäss medizinischem Einsatzprotokoll der Rega erlitt die Beschwerdeführerin einen Skisturz mit isoliertem Thoraxtrauma, Verdacht auf Sternumkontusion DD Fraktur, Verdacht auf Rippenfraktur rechts. Die Beschwerdeführerin hatte Atemnot, die Atemwege waren frei, die Geräusche normal, symmetrisch belüftet. Die Neurologie war unauffällig, GCS 15, der psychische Zustand war ebenfalls unauffällig (Vi-act. M3).

3.1.3 Die Beschwerdeführerin war vom 4. bis 7. April 2021 zur GCS Überwachung und Analgesie im Regionalspital Surselva hospitalisiert (Vi-act. M2). Der Bericht an den Hausarzt nennt als Diagnose:

1. Stumpfes Thoraxtrauma mit Verdacht auf anteriore Rippenfraktur (5. Rippe) rechts
2. Leichte Traumatische Hirnverletzung Grad I

Unter Anamnese dokumentierte das Spital, die Beschwerdeführerin sei nach einem Skisturz mit Kopfanprall und konsekutiv kurzer Bewusstlosigkeit von ca. 10-20 Sekunden notfallmässig zugewiesen worden. Es bestehe eine Amnesie zum Ereignis. Sie habe direkt nach dem Sturz starke Schmerzen im anterioren rechtsseitigen Thorax mit initialer Atemnot verspürt; es sei ein konstant dumpfer Schmerz, stechend bei Mobilisation. Die initial bestehende Übelkeit sei spontan sistiert; kein Erbrechen, keine Kopfschmerzen, keine anterograde oder retrograde Amnesie. Für den klinischen Untersuch bei Eintritt wurde u.a. festgehalten, die Hirnnerven seien kursorisch unauffällig; es bestehe ein Prellmarker über dem Nasenbein, leichte Druckdolenz. Starke Schmerzen über dem Brustkorb; radiologisch bestand der Verdacht auf eine Fraktur der 5. Rippe rechts. Im Verlauf sei die Beschwerdeführerin stets orientiert gewesen. Die Überwachung sei bei einem

GCS von durchwegs 15 unauffällig verlaufen. Unter angepasster analgetischer Therapie sei die Schmerzsymptomatik rechtsthorakal regredient. Das Spital empfahl körperliche Schonung und das Vermeiden von audiovisuellen Reizen für mindestens 4 bis 5 Tage; bei fehlender Symptomatik könne anschliessend über die nächsten 5 Tage ein schrittweiser Aktivitätsaufbau erfolgen. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde bis am 18. April 2021 attestiert.

3.2.1 Auf Anfrage der Vorinstanz meldete die Beschwerdeführerin am 4. Juni 2021, die Behandlung beim Hausarzt sei noch nicht abgeschlossen. Sie leide noch an unfallbedingten Kopfschmerzen, Schwindel sowie Schmerzen rechts Rücken Brustkorb (Vi-act. A5).

3.2.2 Am 19. Juni 2021 erstattete der Hausarzt Bericht (Vi-act. M4). Die Beschwerdeführerin leide unter Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Nackensteifigkeit, Schmerzen am Hals bis pectoral rechts, Schmerzen beim Atmen. Objektive Befunde sei ein nuchaler Hartspann, Druckschmerz am Sternum bds betont rechts bis subaxillär rechts; Beweglichkeitseinschränkung, Druckschmerz M. sternocleidomastoideus rechts > links. Als Diagnosen listete er auf:

- Stumpfes Thoraxtrauma mit Vd. a. anteriorer Rippenfraktur (5. Rippe) rechts
 - Analgesie mit Opiaten
- Leichte Traumatische Hirnverletzung Grad I, mit Postcommotio-Symptomen (Kopfschmerzen, Lärmempfindlichkeit usw.)
- whs. auch kraniocervikales Beschleunigungstrauma erlitten mit entsprechenden Beschwerden
- vegetative Dysregulation posttraumatisch mit Appetitlosigkeit, intermitt. Herzrasen, Übelkeit, Unwohlsein, Mundtrockenheit, Lärmempfindlichkeit

Die Beschwerdeführerin sei bis am 10. Mai 2021 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ein Arbeitsversuch (Home office) 70% am 3. Mai 2021 sei missglückt. Ab dem 11. bis 30. Mai 2021 sei die Arbeitsunfähigkeit bei 75% gelegen, dann bis 7. Juni 2021 bei 70%, anschliessend bis 21. Juni 2021 bei 60% (nur stundenweise, empfohlen Home office). Diese Arbeitsfähigkeit sei bei einer andern zumutbaren Erwerbstätigkeit gleich einzuschätzen; prognostisch werde sie erhöht. Die Therapie bestehe aus Physiotherapie, Analgesie und Osteopathie, was eine Besserung der Beschwerden, Reduktion der Kopfbeschwerden zeige. Dies werde weitergeführt. Mit zunehmender Besserung der Beschwerden im Kopfhalsbereich und Reduktion der Thoraxschmerzen könne die Beschwerdeführerin ihre berufliche Tätigkeit langsam wieder aufnehmen.

3.3 Am 12. Juli 2021 erfolgte bei klinischen Angaben 'Status nach Skisturz Anfang April; Unfall nicht erinnerlich; schwere commotio mit Verdacht auf postkonusionelles Syndrom. Stumpfes Thoraxtrauma' sowie bei Fragestellung nach Ausschluss einer traumatischen Hirnverletzung ein MR Schädel mit MRA der Hirngefäße (Vi-act. M6). Hierüber berichtete Prof. Dr.med. H._____ (Facharzt Radiologie) dem Hausarzt:

Befund:

In der suszeptibilitätsgewichteten Bildgebung besteht kein Hinweis für eine Blutung bzw. kein Hinweis für ein Blutungsresiduum. In der Dark-Fluid-Sequenz normale Darstellung des supratentoriellen und des infratentoriellen Marklagers. Regelrechte Darstellung des Balkens. Die Ventrikelräume sind regelrecht konfiguriert und normal weit. In der diffusionsgewichteten Bildgebung besteht kein Hinweis für eine Diffusionsrestriktion. Normale Darstellung der Arterien des Circulus Willisii in der TOF MRA. Nach Kontrastmittelgabe kein Hinweis für eine Bluthirnschrankenstörung. Normale Darstellung der grossen Hirnvenen und der Sinusvenen.

Symmetrische Darstellung der Orbita. Normale Darstellung des Nervus opticus sowie des Chiasma opticum. Regelrechte Belüftung der Nasennebenhöhlen.

Beurteilung:

Kein Hinweis für eine stattgehabte intrazerebrale Blutung. Kein Hinweis für eine Gefässmalformation. Kein Hinweis für eine Raumforderung.

3.4.1 Am 20. September 2021 erkundigte sich die Vorinstanz bei der Beschwerdeführerin nach dem Verlauf (Vi-act. A12). Sie sei relativ froh, den Alltag meistern zu können; das Hauptproblem sei aktuell der Schwindel, ansonsten habe sie keine Beschwerden. Sie habe die Arbeitsfähigkeit auf 40% gesteigert, was aktuell das Limit sei. Sie habe auch noch einen Tinnitus; der Kopf fühle sich laut an, sie sei lärmempfindlich. Sie habe Schwindelattacken. Wenn diese Attacken auftreten und sie sich schnell erholen könne, würden sie schnell wieder verschwinden; wenn sie sich jedoch durchbeisse und später erhole, würden die Anfälle länger dauern. Sie sei noch in Behandlung.

3.4.2 Auf neuerliche Anfrage hin berichtete der Hausarzt der Vorinstanz am 26. September 2021. Unter langsamer Steigerung mit stundenweiser Arbeit sei es anfangs Juli eskaliert. Der Chef habe diverse Fehler bemerkt; sie habe sich nicht konzentrieren können und sei nach Hause geschickt worden. Es sei ihr darauf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden; Ende August habe sie die Arbeit mit einem 25%-Pensum wieder aufgenommen. Als Beschwerden, objektive Befunde und Diagnosen wiederholt er die Angaben des letzten Berichtes (vgl. oben E. 3.2.2). Seit dem 6. September 2021 bestehe wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 60%. Der Behandlungsabschluss sei unklar, der Verlauf sei prolongiert aber mit insgesamt günstiger Prognose. Die nächste Konsultation sei am 5. Oktober 2021 (Vi-act. M8).

3.4.3 Am 28. September 2021 berichtete der Physiotherapeut, mit Hilfe regelmässiger Physiotherapie und Osteopathie hätten die Kopfschmerzen, die Schmerzen im anterioren Rippenbogen sowie die vegetativen Symptome (Appetitlosigkeit, intermittierendes Herzrasen, Übelkeit, Unwohlsein, Lärmempfindlichkeit) auf ein erträgliches Niveau gesenkt werden können. Im Juli 2021 sei es wegen schwieriger Arbeitssituation (Druck etc.) zu einem Rückfall der Symptome gekommen, worauf eine Therapiepause eingelegt worden sei. Zusätzlich seien auch noch Gleichgewichtsproblematiken und Konzentrationsstörungen dazugekommen (Vi-act. M9).

3.5.1 Am 5. Oktober 2021 erkundigte sich die Vorinstanz bei der Beschwerdeführerin neuerlich nach dem Verlauf (Vi-act. A14). Sie informierte, ab Mitte Oktober werde die Arbeitsfähigkeit auf 50% gesteigert. Die Physiotherapie werde beendet; sie werde neu zum Chiropraktor überwiesen. Sie leide an einem Tinnitus und Schwindel, was der Chiropraktor hoffentlich lösen könne. Die Vorinstanz kündigte der Beschwerdeführerin die Durchführung einer neurologischen Abklärung an. Zudem informierte die Beschwerdeführerin über eine Knieproblematik. Nach einem Unfall 2014 sei konservativ behandelt worden. Durch den Skiunfall sei auch das Knie wieder beschädigt worden, was sie durch die anfänglichen Schmerzmittel nicht bemerkt habe. Sie habe nun wieder grosse Schmerzen. Sie sei diesbezüglich an den Orthopäden überwiesen worden (vgl. auch Überweisungsschreiben des Hausarztes; Vi-act. M12).

3.5.2 Dr.med. I. _____ (Facharzt orthopädische Chirurgie und traumatologie des Bewegungsapparates), der die Beschwerdeführerin bereits wegen einer kleinen Meniskusläsion links 2014 sowie bezüglich HWS-Schmerzen kannte (zudem erwähnt er eine bestehende Makuladegeneration mit eingeschränktem Visus), untersuchte ihr Knie links am 7. Oktober 2021. Er beschrieb ein erschwertes Ausziehen der Beinkleider; Mühe bei der Flexion des linken Knies, vorsichtiges Gangbild, leicht hinkend; in Hocke gehen und aufstehen unmöglich. Eine Diagnose sei schwierig, die Beschwerdeführerin habe möglicherweise eine mediale Meniskusläsion; man werde zur genauen Abklärung eine MRI-Untersuchung durchführen und dann über das weitere Prozedere befinden (Vi-act. M10). Weitere, das linke Knie betreffende Berichte befinden sich nicht in den Unterlagen.

3.6 Am 26. Oktober 2021 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr.med. J. _____ (Fachärztin Neurologie) neurologisch untersucht (Vi-act. M16). Sie stellte die Diagnosen:

- St.n. leichter traumatischer Hirnverletzung Grad I mit postcommotio Syndrom am 04.04.2021

- St.n. stumpfem Thoraxtrauma mit Verdacht auf anteriorer Rippenfraktur rechts am 04.04.2021 bei Sturz mit Kopfanprall und kurzzeitiger Bewusstlosigkeit von ca. 10 bis 20 Sekunden und Amnesie zum Ereignis
- Anamnestisch MRI-Schädel ca. August, September 2021 sei "alles in Ordnung gewesen"

Nach klinischer Untersuchung und EEG gelangte Dr.med. J. _____ zur Beurteilung:

Protrahierte Symptome nach leichter traumatischer Hirnverletzung mit wahrscheinlich auch craniocervikalen Beschleunigungstrauma mit entsprechenden Beschwerden. Im MRI-Schädel anamnestisch sei im Sommer 2021 alles in Ordnung gewesen. Klinisch sehe ich im Moment keine neurologischen Ausfälle. Ich habe die Patientin beruhigt und versucht zu erklären, dass diese Symptome und auch vegetativen Begleiterscheinungen über Monate persistieren können, auch nach leichtem Trauma und habe ihr die Fortsetzung der Einnahme von Magnesium empfohlen. Wahrscheinlich kann die Patientin im Verlauf der nächsten Monate ihr Arbeitspensum weiter etappenweise steigern.

3.7 Am 9. November 2021 berichtete der Chiropraktor Dr. K. _____ dem Hausarzt, es habe eine ausgeprägte Schwindelreaktion auf okulovestibuläre Übungen und einmalige chiropraktische Manipulation der Kopfgelenke bestanden; seitdem nur HWS-Traktion und Dry Needling der Suboccipitalmuskulatur. Bei der letzten Konsultation habe er ihr eine Verordnung für spezifische Schwindelphysiotherapie ausgehändigt. Dr. K. _____ sehe die Beschwerdeführerin zurzeit ein- bis zweimal in der Woche und er habe sie instruiert, Bildschirmzeit möglichst zu vermeiden. Deshalb habe er eine AUF 100% bis 15. November 2021 ausgestellt, die er voraussichtlich noch verlängern werde (Vi-act M17).

3.8 Im Auftrag der Vorinstanz erstellte Dr.med. F. _____ am 25. Dezember 2021 eine die Kniebeschwerden betreffende Aktenbeurteilung (Vi-act. M19). Er bestätigte, das MRI vom 11. Oktober 2021 (nicht in den Akten) zeige einen progredienten Riss im medialen Meniscus Corpus/Hinterhorn sowie eine progrediente patello-femorale Arthrose 2°-3° und einen geringgradigen Erguss. Es handle sich dabei um Folgen des Ereignisses vom 4. April 2021.

3.9.1 Auf Zuweisung durch Dr. K. _____ erfolgte im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen am USZ am 3. Januar 2022 die Erstkonsultation der Beschwerdeführerin zur Abklärung bei Schwankschwindel seit dem Skiunfall (Vi-act. M22). Der Schwankschwindel sei ihr bereits am ersten Tag nach dem Unfall aufgefallen. Aktuell trete täglich ein intermittierender Schwankschwindel auf, dessen Dauer sich auf mehrere Stunden belaufe; gleichzeitig bestünden Nausea und Vomitus. Bestimmte Triggerfaktoren würden nicht beobachtet; schnelle Kopfdrehungen seien nicht zwingender Auslöser. Zudem

bestehe seit dem Unfall ein dauernder Rauschtinnitus links; intermittierend komme es auch zu einem pfeifenden Tinnitus. Kopfschmerzen seien nicht bekannt, wobei es in der Vorwoche zu einer einmaligen Kopfschmerzepisode gekommen sei. Die bisherige Therapie mit Chiropraktor und Osteopathie habe keine Verbesserung der Beschwerden gezeigt. Die von der Physiotherapie beobachteten Nackenverspannungen würden subjektiv nicht wahrgenommen und die im Bericht genannten vegetativen Beschwerden seien nicht mehr vorhanden (vgl. oben E. 3.4.3). Lediglich bei Menschenansammlungen und visuellen Reizen bemerke sie eine Verstärkung des Schwindels; zudem gebe sie an, im Vorfeld des Schwindels eine klare Rhinorrhoe streng auf der linken Seite bemerkt zu haben; ob der Schwindel zwingend mit dieser zusammenhänge, könne sie nicht sagen. Anlässlich der Erstkonsultation wurde bei Frage nach BPLS eine Drehstuhlreposition mit Videobrille durchgeführt, ohne dass sich Hinweise auf einen BPLS zeigten (Vi-act. M20) und ebenso ein Video-Kopfimpulstest, welcher normale peripher-vestibuläre Funktion der horizontalen Bogengänge beidseits zeigte (Vi-act. M28). Im Bericht zur Erstkonsultation gelangte das Zentrum zur Beurteilung:

In den heutigen klinischen Untersuchungen ergab sich kein Hinweis auf eine anhaltende peripher- oder zentral-vestibuläre Funktionsstörung. In Zusammenschau von Anamnese und Befunden besteht der Vd.a. auf ein post-kontusionelles Syndrom. Hierfür spricht insbesondere auch die Verstärkung des Schwindels durch die Exposition komplexer visueller Reize. Differenzialdiagnostisch kann ein Liquorunterdruck-Syndrom bei jeweils klarer Rhinorrhoe linksseitig vor Schwindelepisoden in Frage kommen.

Es wurden verschiedene Zusatzabklärungen veranlasst und eine vestibuläre Physiotherapie mit Schwerpunkt der visuellen Desensibilisierung verordnet.

3.9.2 Am 10. Februar 2022 wurde die Beschwerdeführerin in der Rhinologie Sprechstunde ORL des USZ untersucht mit folgender Beurteilung: (Vi-act. M32):

In der heutigen rhinologischen Vorstellung ergibt sich kein Anhalt auf eine Rhinoli-quorrhoe. Bei aktueller Beschwerdefreiheit kann jedoch auch kein Sekret gewonnen werden. Wir empfehlen eine Sekretgewinnung mit Beta Trace Testung, sobald die Rhinorrhoe wieder auftreten sollte. Auch otologisch zeigt sich keine Pathologie. Wir empfehlen die weitere Behandlung bei nun zunehmendem Schwindel im Schwindelzentrum.

3.9.3 Über die Abklärungen am USZ informierte die Beschwerdeführerin die Vorinstanz am 21. Februar 2022. Sie verliere Flüssigkeit im Hirn; auf dem CT sehe man jedoch nichts. Sie habe einen Unterdruck und dies löse einen Schwindel aus. Sie habe auch eine Ohrenspülung vornehmen müssen und danach einen Lagerungsschwindel erlitten und aufgrund dessen nicht mehr schlafen können. Sie habe nun wieder einen anderen Schwindel; die Ärzte würden vermuten, dass sie Flüssigkeit im Hirn verliere. Dann sei sie auch apathisch (Vi-act. A 35).

3.9.4 Nach den diversen Testungen vom 24. Januar 2022 (vgl. Vi-act. M21, M23 - M27) erfolgte am 28. Februar 2022 eine Verlaufskontrolle im Schwindelzentrum mit Abschluss der Behandlung (Vi-act. M33). Die Beschwerdeführerin habe initial eine Besserung des Schwankschwindels bemerkt. Mitte Februar habe sie allerdings für wenige Sekunden einen lageabhängigen Drehschwindel festgestellt. Eine Kollegin habe ein Befreiungsmanöver gezeigt mit nun regredienten Beschwerden. Als Diagnose wird im Bericht vermerkt:

Vd.a. post-kontusionelles Syndrom am 04.04.2021

- Sturz auf der Skipiste, Unfallhergang unklar aufgrund Amnesie

- *Klinik:*

- Seither bestehender, intermittierender, Schwankschwindel über Stunden, Tinnitus links bei subjektiv unauffälligem Hörvermögen

- *Diagnostik:*

- neuro-otologischer Status am 03.01.2022 unauffällig bei ausgeprägter Unsicherheit

- apparativ-vestibuläre Diagnostik (vKIT horizontale BG, DVA, SVV) unauffällig

- MR Schädel mit MRA der Hirngefäße vom 12.07.2021 ohne wegweisende Befunde

- 2-Achsen-Drehstuhllagerung ("Rotundum"): keine Hinweise auf BPLS.

- *Therapie:*

- vestibuläre Physiotherapie

- Abklärung Rhinorrhoe links

- **Aktuell: anamnestisch a.e. St. n. BLPLS links**

Unter Prozedere wird u.a. festgehalten, sie solle die vestibuläre Physiotherapie weiterführen, die Bürotätigkeit langsam aufstocken mit Versuch 100% ab sechs Wochen.

3.10 Am 17. März 2022 gab Dr.med. E. _____ eine neurologische Aktenbeurteilung ab (Vi-act. M34). Nach Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs bis zum Bericht von Dr. K. _____ (vgl. oben E. 3.7) gelangte er zur Beurteilung, aufgrund der unfallnah beschriebenen Symptome habe die Beschwerdeführerin eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten, den leichtest möglichen Schweregrad. Bei dieser klinisch gestellten Diagnose sei die Wahrscheinlichkeit äusserst gering, dass eine relevante strukturelle Schädigung des Schädels und des Hirns bestehe. Nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung bestünden in der Regel zunächst noch Symptome, die meisten Verunfallten würden aber innerhalb von Tagen oder Wochen beschwerdefrei. Auch eine Rippenfraktur sei stark schmerzhaft, bis sie nach einigen Wochen verheilt sei. Es sei deshalb zu erwarten gewesen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Ereignis einige Zeit eingeschränkt gewesen sei, insbesondere auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit, mit danach stetiger Besserung. Es habe sich jedoch gezeigt, dass der Verlauf von Beginn an verzögert gewesen sei. Der Anlass Anfangs Juli habe wieder zu

längerer voller Arbeitsunfähigkeit geführt. Vor allem aber seien die Symptome danach wieder deutlich stärker gewesen und es seien sogar neue Symptome hinzugekommen. Bei neutraler Lesung der medizinischen Berichte springe ins Auge, dass im Verlauf immer schwerwiegendere Diagnosen gestellt worden seien. Aus der zunächst leichtesten Form einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei plötzlich eine schwere Commotio geworden; zusätzlich sei ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma diagnostiziert worden. Aus der Fraktur einer Rippe sei einmal eine Fraktur des Brustbeins (Sternum) und einmal eine Fraktur von zwei Rippen geworden. Es sei offenkundig, dass die behandelnden Fachpersonen versucht hätten, aus den im Verlauf bestehenden Symptomen retrospektiv auf die erlittenen Verletzungen zu schliessen. Erwiesen sei jedoch, dass die initiale Hirnverletzung in jeglicher Betrachtungsweise leichtgradig gewesen sei. Klinisch habe es sich um die leichteste Form einer leichten traumatischen Hirnverletzung gehandelt und radiologisch hätten strukturelle Schäden ausgeschlossen werden können. Die Verschlechterung der Symptome nach Juli 2021 könnten organisch nicht erklärt werden; ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr.med. E. _____ gelangte zum Schluss, die beklagten Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis, weil der Unfall nicht zu einer strukturellen Schädigung des Hirns oder der HWS geführt habe und die anhaltenden Beschwerden nicht mit einer organischen, radiologisch oder klinisch fassbaren Läsion erklärt werden könnten.

3.11.1 Gemäss einem Bericht des Physiotherapeuten vom 20. April 2022 hat sich der Verlauf als sehr schwierig gestaltet; auch, da von ärztlicher Seite bis dahin keine eindeutige Diagnose vorgelegen habe; am ehesten ein Verdacht auf postkontusionellen Schwindel, posttraumatischer BPLS sei ausgeschlossen worden. Bisher hätten die verschiedenen Ansätze der Schwindeltherapie keinen Erfolg gebracht; die Therapie habe auch immer wieder unterbrochen werden müssen, da es zu starken Schwindelepisoden gekommen sei. Er habe die Beschwerdeführerin an Dr.med. L. _____ (Facharzt HNO) empfohlen, damit sie endlich eine zentrale ärztliche Anlaufstelle für ihr Leiden habe (Vi-act. M39).

3.11.2 In den Akten liegt sodann ein Überweisungsschreiben von Dr.med. L. _____ an das Swiss Concussion Center Zürich, Dr.med. M. _____ (Fachärztin Neurologie), vom 17. März 2022. Dem Schreiben ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall an einem undulierenden Schwindel leide, der durch visuelle Reize verstärkt werde. Sie sei am Schwindelzentrum USZ umfassend abgeklärt worden. Da der Physiotherapeut mit der Therapie nicht weiterkomme, habe dieser ihn um eine Zweitmeinung ersucht.

Dr.med. L. _____ führt die Symptome bzw. Limitationen auf ein ungenügend kompensiertes postkontusionelles Syndrom zurück. Er stellte die Diagnosen:

- Postkontusionelles Syndrom nach Skiunfall am 04.04.2021
- SHT °1, stumpfes Thoraxtrauma, vollständige Unfall-Amnesie
- apparativ keine Hinweise für peripher-vestibuläres Defizit (USZ)
- Schwankschwindel, visuelle Intoleranz

Dr.med. L. _____ ersuchte das Swiss Concussion Center, die Beschwerdeführerin in eine gezielt visuo-vestibuläre Rehabilitation einzuschleusen (Vi-act. M37).

3.11.3 Am 5. Mai 2022 erfolgte die Erstvorstellung im Swiss Concussion Center (SCC), wo die Diagnose einer LTHV (LOC von 10-20sek; Amnesie für Unfallereignis) infolge Skisturz am 4. April 2021 gestellt wurde (Vi-act. M42). Nach detaillierter Beschwerdeaufnahme und Befunderhebung gelangte das SCC zur Beurteilung:

Bei Fr. A. _____ besteht ein anhaltendes Beschwerdebild nach LTHV erlitten infolge eines Skisturzes am 04.04.2021. Aktuell im Vordergrund steht ein Dauerschwankschwindel, eine posturale Instabilität mit visueller Abhängigkeit und ein visuell induzierter Schwindel. Syndromal passt die Störung zu einem persistierenden postural-perzeptiven Schwindel (PPPD). Die zugrundeliegende Ursache ist a.e. zentral-vestibulär, eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung wurde bereits im Vorfeld diagnostisch ausgeschlossen. Die vorbestehende Visusstörung wirkt vermutlich als unterhaltender Faktor des Beschwerdekompleses.

Es wurden ein Trainingsprogramm und physiotherapeutische Behandlungsvorschläge abgegeben. Die Arbeitsfähigkeit wurde mit 100% angegeben.

3.11.4 Am 2. Juni 2022 erfolgte am SCC eine dynamische Posturographie. Gemäss Beurteilung desselben Tages zeigten sich dabei erhebliche Beeinträchtigungen der multisensorischen Integration, wobei vor allem eine Fehlnutzung der vestibulären Information vorlag, weshalb man die Vorberichte noch einmal sichte und feststellte, dass in der apparativ vestibulären Beurteilung vom 21. Januar 2022 eine Utrikulus-Unterfunktion links beschrieben worden sei. Zusammenfassend könne diskutiert werden, ob es durch das Kopftrauma nebst der LTHV noch zu einer Commotio/Contusio labyrinthi links gekommen sei. Die aktuellen Befunde, vor allem das Ausmass der Beeinträchtigungen in der dynamischen Posturographie, seien allerdings einzig durch die Utrikulus-Unterfunktion links ungenügend erklärt (Vi-act. M40).

3.11.5 Am 7. Juli 2022 erfolgte am SCC eine Verlaufskonsultation (Vi-act. M43). Es zeigte sich ein guter Verlauf; die Beschwerdeführerin habe von der multimodalen Behandlung sehr profitiert, die Balance habe sich normalisiert, weshalb eine Fortsetzung der Behandlung indiziert sei. Da die Kostenübernahme der mul-

timodalen Behandlung noch unklar sei, habe sie sich für die reguläre Physiotherapie entschlossen, was aus medizinischer Sicht vertretbar sei, obschon die multimodale Behandlung aufgrund der Komplexität des Beschwerdebildes indiziert und wissenschaftlich belegt sei. Zuletzt gehe es auch um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, da die Befunde auch berufsrelevant seien. Bezüglich weiterer Diagnostik erfolgte eine Überweisung an die Psychiatrische Universitätsklinik zur Erstabklärung (ein Termin fand aber nicht statt; Vi-act. M43). Es wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestätigt, an den Therapietagen 50% Arbeitsunfähigkeit.

3.12 Am 29. April 2022 bestätigte Dr.med. N._____ (Facharzt Ophthalmologie / Ophthalmochirurgie) gegenüber der Beschwerdeführerin, sie seit 2006 zu kennen und aufgrund der genetisch bedingten Netzhauterkrankung (Malattia leventinese) regelmässige Kontrollen durchzuführen. Bislang habe trotz der Veränderungen ein guter Visus mit Korrektur beidseits bestanden. Nach einem schweren Ski-Unfall im Jahr 2021 mit Knochenbrüchen und Bewusstlosigkeit sei ein chronischer Schwindel aufgetreten, zudem eine plötzliche Unfähigkeit, in die Nähe scharf sehen zu können. Und weiter (Vi-act. M38):

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Patientin nach schwerem Ski-Unfall plötzlich nicht mehr fähig war, in die Nähe scharf zu sehen und dazu eine Lesebrille benötigt. Diese plötzlich aufgetretene Alterssichtigkeit ist vermutlich auf den Sturz zurückzuführen, welcher ja schwer war und mit Bewusstlosigkeit verbunden, und diese[r] Mechanismus einer Trauma bedingten plötzlichen Alterssichtigkeit ist häufig in diesem Zusammenhang zu beobachten.

3.13 Bereits schon am 21. März 2022 verfügte die Vorinstanz den Fallabschluss per 31. März 2022, einzig Leistungen betreffend Kniebeschwerden wurden weiter ausgerichtet (vgl. Ingress Bst. B; Vi-act. 48). In der Einsprache vom 2. Mai 2022 monierte die Beschwerdeführerin u.a., Dr.med. E._____, auf dessen Aktenbeurteilung sich die Vorinstanz abstütze, hätten nicht die vollständigen Akten vorgelegen (Vi-act. A60 Rz. 23). In der Folge holte die Vorinstanz diese weiteren Berichte ein und unterbreitete sie Dr.med. E._____, der am 9. Dezember 2022 eine zweite Aktenbeurteilung unter Berücksichtigung aller vorliegenden Akten und ebenso der IV-Akten (welche nicht im Dossier liegen) abgab (Vi-act. M44). Zusammenfassend bestätigte er seine Beurteilung vom 17. März 2022 (vgl. oben E. 3.10), wobei er ausführlich auf die neuen Berichte einging. So sei die ohrenärztliche Abklärung in der Schwindelsprechstunde USZ zum Schluss gekommen, dass keine strukturelle Schädigung des Gleichgewichtsorgans nachweisbar sei. In der neurologischen Abklärung am SCC habe die Neurologin schlussgefolgert, das Beschwerdebild passe zu einem persistierenden postural-perzeptiven Schwindel (PPPD), also einen anhaltenden, nicht organisch beding-

ten Schwindel, der zeitlich nach einem akuten Auslöser anhalte. Die Diagnosekriterien des PPPD seien bei der Beschwerdeführerin in der Tat erfüllt. Somit decke sich die klinische Einschätzung der Neurologin mit der Einschätzung vom 17. März 2022, wonach keine organische Schwindelursache vorliege. Eine Innenohr-Verletzung sehe sie lediglich als möglich an. Der Befund der Versicherten sei somit vereinbar mit einer isolierten Unterfunktion des linken Utrikulus, die aber zentral kompensiert sei. Entsprechend würden bei diesem Befund keine Symptome erwartet. Zu dieser theoretischen Aussage passe, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht durch Bewegungen ausgelöst würden. Bei einer anhaltenden peripher-vestibulären Störung sei aber genau zu erwarten, dass Bewegungen Schwindel auslösen oder verstärken würden. Der apparativ festgestellte Befund des Utrikulus sei deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich mit Symptomen verbunden. Mit der behandelnden Neurologin sei festzustellen, dass ein Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Utrikulus-Unterfunktion nicht wahrscheinlich sei. Erstens sei zeitnah zum Unfall kein akutes vestibuläres Syndrom dokumentiert. Zweitens hätten sich die Symptome seit dem Unfall in der Art nicht wesentlich verändert. Wenn der Ausfall allerdings beim Unfall akut gewesen wäre und erst im weiteren Verlauf zentral kompensiert worden sei, hätte diese zentrale Kompensation zu einer Veränderung (sprich Verbesserung/Verschwinden) der Symptome führen müssen.

Entgegen der Einsprache würden keine objektiven Parameter die Unfallkausalität des Schwindels belegen. Die dynamische Posturographie habe eine Beeinträchtigung der multisensorischen Integration gezeigt, wobei vor allem die vestibuläre Information fehlgenutzt worden sei. Ihr Hirn nutze die vestibuläre Information zu wenig; es stütze sich übermässig stark auf die visuellen Informationen. Dies erkläre, warum sie im Test vor allem dann Mühe gehabt habe, wenn die visuelle Information gefehlt habe. Damit sei auch verständlich, weshalb die Neurologin zu Recht geschrieben habe, dass das in der dynamischen Posturographie gezeigte Ausmass der Beeinträchtigungen sowie das Ausmass der subjektiven Symptome nicht mit der apparativ dokumentierten Utrikulus-Unterfunktion erklärt werden könne. Der Utrikulus sei Teil des peripheren vestibulären Systems. Die Posturographie zeige aber keine Störung der einzelnen sensorischen Funktionen, sondern eine Fehlfunktion in der Integration aller sensorischen Funktionen zu einem einheitlichen Bild. Die hier demonstrierte Funktionsstörung könne viele verschiedene Ursachen haben. Im Falle der Versicherten bleibe die am 17. März 2022 gestellte Schlussfolgerung jedoch unverändert. Die Funktionsstörung der posturalen Stabilität könne nicht auf eine radiologisch fassbare strukturelle Schädigung des Hirns zurückgeführt werden, da eine solche Schädigung nicht nachweisbar gewesen sei.

Weiter verweist Dr.med. E. _____ darauf, dass gemäss Dr.med. N. _____ die Presbyopie 'vermutlich' und nicht 'überwiegend wahrscheinlich' unfallkausal sei. Sie sei definitionsgemäss eine altersbedingte Störung und in der Altersgruppe der Beschwerdeführerin seien rund 70% der Menschen von Presbyopie betroffen. Es sei kein patho-physiologischer Mechanismus ersichtlich, über den ein Unfall ohne direkte Augenverletzung zu einem Verlust der Elastizität von Linse, Ziliarmuskel und Zonulafasern und damit zu einer Presbyopie führen könnte.

In der Folge wies die Vorinstanz die Einsprache am 14. Februar 2023 ab.

4. Die Vorinstanz stellt im angefochtenen Entscheid massgeblich auf die Aktenbeurteilungen von Dr.med. E. _____ ab, wonach der Skiunfall vom 4. April 2021 zu keiner strukturellen Schädigung des Hirns oder der HWS führte, die anhaltenden Beschwerden nicht mit einer organischen, radiologisch oder klinisch fassbaren Läsion erklärt werden könnten, die beklagten Beschwerden daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis stünden. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von beratenden Ärzten der Versicherungen zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1; vorstehend E. 2.6.2).

5. Vorab ist festzuhalten, dass die Vorinstanz die von der Beschwerdeführerin geklagten Kniegelenksbeschwerden links von der Leistungseinstellung per 31. März 2022 ausgenommen hat. Die von der Beschwerdeführerin am 5. Oktober 2021 gemeldeten Kniebeschwerden (Vi-act. A14) bildeten auch nicht Streitgegenstand des angefochtenen Einspracheentscheides, der sich zum Knie gar nicht äusserte (bis auf die Feststellung, mit der Verfügung seien die Leistungen bis auf jene betreffend das Knie eingestellt worden; Vi-act. A79). Auch ist nicht aktenkundig, ob die orthopädischen Abklärungen bei oder veranlasst durch Dr.med. I. _____ Weiterungen zur Folge hatten. Es ist unklar, ob die Beschwerdeführerin das linke Kniegelenk betreffende Versicherungsleistungen beansprucht hat. Klar ist hingegen, dass die Vorinstanz die verfügte Leistungseinstellung einzig auf jene geklagten Beschwerden bezog, welche sie in der Verfügung als "HWS-Beschwerden inkl. der daraus resultierenden Symptome" beschrieb. Für die Kniebeschwerden wurden Leistungen für weitere Behandlungen und Therapien ausdrücklich zugesagt (Vi-act A48). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin stand es der Vorinstanz frei, mit Verfügung vom 31. März 2022 einzig über diese damals strittigen Leistungen zu entscheiden. Die Kniebeschwerden bzw. Leistungen hierfür waren nicht strittig.

6.1 Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin erfüllen die Aktenbeurteilungen von Dr.med. E._____ die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. oben E. 2.6). Dr.med. E._____ setzt sich darin in Kenntnis der umfassenden medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinander. Seine Schlussfolgerungen erfolgen gestützt auf die Vorakten und mit Verweisen auf die medizinische Literatur. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Kausalität nachvollziehbar begründet.

6.2 So führt Dr.med. E._____ aus, die Beschwerdeführerin habe am 4. April 2021 einen Skiunfall mit einer leichten traumatischen Hirnverletzung ohne strukturelle Schäden zugezogen und er begründet dies mit der ärztlich dokumentierten Klinik und der Bildgebung. Tatsächlich findet diese Beurteilung ihre Abstützung in den ereignisnahen ärztlichen Berichten der Rega (oben E. 3.1.2) und des Regionalspitals Surselva AG (oben E. 3.1.3) und ebenso im Befund des MRI vom 12. Juli 2021 (oben E. 3.3). Die Rega dokumentiert als Hauptdiagnose eine Rippenfraktur; die Neurologie und der psychische Zustand waren ausdrücklich unauffällig; notiert wird ein GCS 15. Die Hospitalisation erfolgte zwecks GCS-Überwachung und Analgesie. Anamnestisch wird ein Skisturz mit Kopfanprall und konsekutiv kurzer Bewusstlosigkeit (ca. 10-20 sec) und Amnesie zum Ereignis dokumentiert. Die geklagten Schmerzen bezogen sich auf den Thorax. Die initial bestehende Übelkeit sistierte spontan. Erbrechen und Kopfschmerzen werden ebenso ausdrücklich ausgeschlossen wie eine anterograde oder retrograde Amnesie. Der gesamte Verlauf wird als unauffällig beschrieben; GCS betrug durchwegs 15. Namentlich fällt auf, dass während des gesamten Spitalaufenthalts (4. bis 7.4.2021) keinerlei Symptome wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen o.ä. dokumentiert sind, was mit der späteren Aussage der Beschwerdeführerin kontrastiert, die Schwindelanfälle würden unmittelbar seit dem Unfall bestehen. Nachdem die Hospitalisation explizit zur GCS-Überwachung erfolgt ist und mehrere Tage dauerte, wäre zu erwarten, dass entsprechende Symptome aufgenommen und dokumentiert wären, resp. erlaubt das Fehlen entsprechender Dokumentation den Schluss, dass sich der Verlauf effektiv unauffällig gestaltete und keine der entsprechenden Symptome vorlagen. Entsprechend stellte Dr.med. E._____ zu Recht fest, klinisch habe die leichteste Form einer leichten traumatischen Hirnverletzung vorgelegen, womit seine Beurteilung auch mit der vom Spital gestellten Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung Grad I übereinstimmt.

Bei anhaltenden Symptomen veranlasste der Hausarzt ein MRI des Schädels mit der expliziten Fragestellung des Ausschlusses einer traumatischen Hirnverletzung. Der Befund des am 12. Juli 2021 durchgeführten MRI war blande ohne jegliche Hinweise für eine traumatische Verletzung (oben E. 3.3), weshalb Dr.med. E._____ ebenso korrekt feststellte, radiologisch hätten strukturelle Schäden ausgeschlossen werden können. Einen davon abweichenden radiologischen Befund erhebt keine Fachperson.

6.3 Weiter ist auch die Beurteilung von Dr.med. E._____ nachvollziehbar, es sei augenfällig, dass im Verlauf immer schwerwiegendere Diagnosen gestellt worden seien, für welche es in den initialen Berichten keinerlei Anhaltspunkte gebe. So fällt denn auf, dass Dr.med. G._____ in seinen Berichten als Diagnose ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma erwähnt, dies aber zum einen nur als Verdachtsdiagnose ('wahrscheinlich') und zum andern fügt er keinerlei Begründung für diese Verdachtsdiagnose an (vgl. oben E. 3.2.2). Demgegenüber begründet Dr.med. E._____ schlüssig, warum ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma nicht überwiegend wahrscheinlich ist. So sei denkbar, dass beim dokumentierten Kontakt des Brustkorbs und Schädels mit dem Boden eine gewisse Verrenkung der HWS aufgetreten sei. Derartige Beschwerden seien aber nicht dokumentiert, obschon die Überprüfung der Wirbelsäule zu den ganz wichtigen Aufgaben der medizinischen Akutversorgung nach derartigen Unfällen gehöre. Zudem würden sich die wirkenden Kräfte beim Skisturz grundlegend von einem Auto-Auffahrunfall-Schleudertrauma unterscheiden, namentlich seien keine hin- und herschleudernde Bewegungen des Kopfes zu erwarten. Zudem sei sicher, dass keine strukturelle Schädigung der HWS durch den Unfall bedingt war (Vi-act. M34). Hierzu ist zu wiederholen, dass im Austrittsbericht zum viertägigen Spitalaufenthalt keinerlei Symptome beschrieben werden, welche auf ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma schliessen lassen.

Der Physiotherapeut, in dessen Praxis die Beschwerdeführerin seit dem Unfall in physiotherapeutischer und osteopathischer Behandlung war, übernimmt die Verdachtsdiagnose eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas ohne Weiterungen (Vi-act. M9). Soweit er im Bericht vom Oktober 2021 einen Muskelhartspann des Schultergürtels aufführt (Vi-act. M9), ist festzustellen, dass gemäss Anamnese vom 3. Januar 2022 Nackenverspannungen subjektiv durch die Beschwerdeführerin nicht wahrgenommen wurden (Vi-act. M22) und sie auch am 5. Mai 2022 zervikale Beschwerden verneinte (Vi-act. M42). Vor allem aber lässt sich dem Bericht des Physiotherapeuten entnehmen, dass die Gleichgewichtsproblematiken und Konzentrationsstörungen als Symptome erst neu nach dem Eklat am

Arbeitsplatz im Juli 2021 hinzugekommen seien; mithin ebenfalls nicht wie später geltend gemacht seit Anfang bestanden (Vi-act. M9).

Wenn Dr.med. I. _____ im Bericht vom 8. Oktober 2021 festhält, die Beschwerdeführerin habe eine schwere commotio cerebri mit retro- und anterograde Amnesie erlitten, so ist dies offenkundig aktenwidrig (Vi-act. M10).

Auffallend ebenso, dass die Neurologin Dr.med. J. _____ im persönlichen Untersuch vom 26. Oktober 2021 sowohl klinisch als auch im EEG keine Auffälligkeiten feststellen konnte. Soweit sie in der Beurteilung ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma als wahrscheinlich erwähnt, so bleibt auch dies höchstens eine Verdachtsdiagnose und stimmt zwar mit den Berichten von Dr.med. G. _____, der die Überweisung vornahm, überein, bleibt aber unbegründet und vermag so kein Schleudertrauma als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge zu begründen (Vi-act. M16).

6.4 Anlässlich der Untersuchung am USZ vom 3. Januar 2022 wird erstmals nicht mehr von einem post-commotio Syndrom berichtet, sondern von einem post-kontusionellen Syndrom. Allerdings wird auch dies als Verdachtsdiagnose formuliert und dies ohne Auseinandersetzung mit ereignisnahen medizinischen Berichten. Zudem ergaben die breit durchgeführten Untersuchungen einen - abgesehen von einer Utrikulus-Unterfunktion links - blanden Befund; Hinweise auf einen BPLS (benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) fanden sich keine. Weiter wurde festgehalten, die Anamnese mit St.n. Skiunfall im April 2021 spreche eher für eine zentrale Maladaptation im Rahmen eines post-kontusionellen Syndroms (Vi-act. M22). Damit aber resultierte diese Verdachtsdiagnose primär aufgrund der Anamnese, womit wiederum die auf den initialen Berichten basierende Beurteilung von Dr.med. E. _____, die Beschwerdeführerin habe eine leichte traumatische Hirnverletzung Grad I erlitten, nicht zu beanstanden ist.

6.5 In seiner zweiten Aktenbeurteilung vom 9. Dezember 2022 geht Dr.med. E. _____ auf die neuen, seit 2022 erstellten medizinischen Berichte und ebenso die Vorbringen in der Einsprache ein.

Soweit er festhält, bei den neurootologischen Abklärungen der Schwindelsprechstunde USZ seien keine strukturellen Schädigungen des Gleichgewichtssystems nachweisbar gewesen, so stimmt dies mit den Berichten des Schwindelzentrums überein; die Diagnostik ergab als einzige Auffälligkeit eine Utrikulus-Unterfunktion links, ohne sich indes zur Ätiologie zu äussern (vgl. Vi-act. M32, M33 und M22; vgl. auch oben E. 6.4).

Soweit Dr.med. N. _____ in seinem Schreiben vom 29. April 2022 an die Beschwerdeführerin eine akut aufgetretene Presbyopie als posttraumatische Akko-

modationsstörung diagnostizierte, so betont Dr.med. E. _____, selbst Dr.med. N. _____ 'vermute' diese Kausalität nur (vgl. oben E. 3.12). Tatsächlich begründet Dr.med. N. _____ den Kausalzusammenhang allein aus der zeitlichen Abfolge und äusserte dies explizit als Vermutung. Weitere Zweifel an dieser Beurteilung liegen darin, dass Dr.med. N. _____ die Presbyopie anlässlich des Untersuchs vom 22. März 2022 feststellte, mithin rund ein Jahr nach dem Unfall. Demgegenüber begründet Dr.med. E. _____ nachvollziehbar, bei der Presbyopie handle es sich definitionsgemäss um eine altersbedingte Störung; in der Altersgruppe der Beschwerdeführerin seien rund 70% davon betroffen und es sei kein pathophysiologischer Mechanismus ersichtlich, über den ein Unfall ohne direkte Augenverletzung zu einer Presbyopie führen könnte. An dieser Beurteilung vermag die von Dr.med. N. _____ geäusserte Vermutung keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

Am 5. Mai 2022 erfolgte die Erstkonsultation am SCC mit weiteren Konsultationen am 2. Juni 2022 und 7. Juli 2022 (Vi-act. M40, M42 und M43). Auch mit diesen Berichten setzt sich Dr.med. E. _____ sorgfältig auseinander. So weist er darauf hin, dass die Neurologin zum nachvollziehbaren Schluss gekommen sei, das Beschwerdebild passe zu einem persistierenden postural-perzeptiven Schwindel, mithin einem nicht organisch bedingten Schwindel, der zeitlich nach einem akuten Auslöser anhalte. Dies bestätige seine Beurteilung, wonach keine organische Schwindelursache vorliege. Weiter ist Dr.med. E. _____ zuzustimmen, wenn er ausführt, die Neurologin äussere sich nur zurückhaltend, es könne diskutiert werden, ob es aufgrund der Utriculus-Unterfunktion links beim Kopftrauma nebst der LTHV noch zu einer Commotio/Contusio labyrinthi links gekommen sei (vgl. oben E. 3.11.4). Im Bericht vom 2. Juni 2022 und 7. Juli 2022 wird dies denn auch nur als Verdachtsdiagnose geäussert, was rechtsprechungsgemäss ohnehin nicht ausreicht, um eine Unfallkausalität mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erstellen (Urteil BGer 8C_113/2020 vom 27.3.2020 E. 8.2.2.1). Zudem ergänzt die Neurologin, die aktuellen Befunde liessen sich ohnehin nicht einzig durch eine Utrikulus Unterfunktion links erklären. Dr.med. E. _____ belässt es nicht nur mit dem Hinweis auf diese Beurteilung der Neurologin, sondern erklärt dies auch nachvollziehbar, dass der apparativ festgestellte Befund der Utrikulus-Unterfunktion nicht überwiegend wahrscheinlich mit Symptomen verbunden ist, da die Beschwerden der Versicherten nicht durch Bewegungen ausgelöst wurden (vgl. Vi-act. M42, M22), ihr Befund somit vereinbar ist mit einer isolierten Unterfunktion des linken Utrikulus, die zentral kompensiert ist. Auch begründet er konkret, warum ein Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Utrikulus-Unterfunktion links nicht wahrscheinlich ist. Erstens sei zeitnah zum Unfall kein akutes vestibuläres Syn-

drom dokumentiert, zweitens hätten sich die Symptome seit dem Unfall in der Art nicht wesentlich verändert und wenn der Ausfall beim Unfall akut gewesen wäre und erst im weiteren Verlauf zentral kompensiert worden wäre, hätte diese zentrale Kompensation zu einer Veränderung (sprich Verbesserung/Verschwinden) der Symptome führen müssen. Medizinische Berichte, welche an dieser schlüssigen Beurteilung Zweifel erwecken würden, liegen keine vor.

Bleibt anzufügen, dass entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin auch aus dem Ergebnis der dynamischen Posturographie keine Schlussfolgerungen hinsichtlich Unfallkausalität gezogen werden können. Die Posturographie vermag rechtsprechungsgemäss keine Unfallfolge organisch objektiv auszuweisen. Zwar können damit bestimmte Informationen gewonnen werden und lassen sich sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Die Posturographie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie eines Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen (Urteile BGer 8C_446/2013 vom 14.11.2013 E. 3.2.3.2; 8C_75/2010 vom 1.4.2010 E.4 mit weiteren Hinweisen). Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass sich der Zustand gemäss Verlaufskonsultation vom 7. Juli 2022 dank multimodaler Behandlung verbessert hat (vgl. oben E. 3.11.5), vermag dies doch keine Ursache der gebesserten Beschwerden nachzuweisen.

Schliesslich ist der Vorinstanz zuzustimmen, wenn sie vernehmlassend ausführt, Dr.med. L._____ postuliere keine eigentliche Unfallkausalität und es finde sich in seinem Bericht auch keine Begründung für eine Kausalität. Tatsächlich beschränkt sich Dr.med. L._____ auf die Aussage, seit dem Unfall bestünde ein undulierender Schwankschwindel, ohne sich zum Zusammenhang zu äussern oder einen solchen herzuleiten (vgl. oben E. 3.11.2). Ein zeitlicher Ablauf allein vermag rechtsprechungsgemäss keine Unfallkausalität zu begründen (Unzulässigkeit der post hoc ergo propter hoc Argumentation; Urteil BGer 8C_387/2021 vom 2.8.2021 E. 4.2.2).

6.6.1 Es ist damit nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz in ihrer Entscheidung auf die Aktenbeurteilungen von Dr.med. E._____ abgestellt hat und zum Schluss gelangte, dass die Beschwerdeführerin eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitt, der Unfall nicht zu einer strukturellen Schädigung des Hirns oder der HWS geführt hat und dass die anhaltenden Beschwerden nicht mit einer organischen, radiologisch oder klinisch fassbaren Läsion erklärt werden können (Vi-act. M34 und M44).

6.6.2 Gemäss Dr.med. E._____ war zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin nach der erlittenen Rippenfraktur sowie der leichten traumatischen Hirnverlet-

zung nach dem Ereignis einige Zeit lang namentlich auch in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung seien indes die allermeisten Betroffenen innert Tagen bis Wochen beschwerdefrei und eine Rippenfraktur sei nach 6 bis 12 Wochen abgeheilt, weshalb in Berücksichtigung der Interaktion von Fraktur und Hirnverletzung spätestens nach 6 Monaten die Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien bzw. die volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt sei (vgl. M44 und M34).

Die Vorinstanz erbrachte Versicherungsleistungen bis am 31. März 2022 und damit während rund 12 Monaten. Die beklagten Beschwerden (ausser den Kniebeschwerden) stünden über diesen Zeitpunkt hinaus nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Skiunfall vom 4. April 2021. Vor dem Hintergrund der beweiskräftigen Beurteilung von Dr.med. E. _____ ist dies nicht zu beanstanden (vgl. auch Urteil BGer 8C_73/2020 vom 7.5.2020 E. 7.1.3, wo die Beurteilung der vollständigen Ausheilung einer leichten traumatischen Hirnverletzung innerhalb eines Jahres bestätigt wurde; vgl. auch Urteil BGer 8C_527/2020 vom 2.11.2020 E. 4.2, wo die Beurteilung einer üblicherweise Rückbildung der post-commotionellen Beschwerdesymptomatik innert Wochen bzw. maximal dreier Monate bestätigt wurde).

6.7 Der Fallabschluss per 31. März 2022 ist überdies auch aus folgendem Grund nicht zu beanstanden, selbst wenn die in diesem Zeitpunkt noch geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen würden (was, wie aufgezeigt, nicht der Fall ist).

Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (Urteil BGer 8C_388/2019 vom 20.12.2019 E. 3.2). Dass die versicherte Person von weiterer Physiotherapie profitieren kann, genügt für einen Aufschub des Fallabschlusses praxismässig ebenso wenig wie ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen, da sie keine mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung sind (Urteil BGer 8C_674/2019 vom 3.12.2019 E. 4.3). Bei Massgeblichkeit der Schleudertraumapraxis kann der Fall erst abgeschlossen werden, wenn insgesamt keine namhaf-

te Besserung mehr zu erwarten ist, wogegen noch behandlungsbedürftige psychische Leiden bei Anwendung der Psycho-Praxis keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses darstellen, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei dieser Praxis unberücksichtigt bleiben (Urteil BGer 8C_388/2019 vom 20.12.2019 E. 3.2).

Vorliegend ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin im April 2022 die Arbeit wieder zu 100% aufnahm. Das USZ ging in seinem Bericht vom 28. Februar 2022 vom Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit in sechs Wochen aus (Vi-act. M33), die Arbeitsunfähigkeit betrug dabei Ende Februar 2022 25% (Vi-act. A45). Auch das SCC attestierte der Beschwerdeführerin im Mai 2022 eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Vi-act. M42). Eine namhafte Steigerung der Arbeitsfähigkeit war im Zeitpunkt des Fallabschlusses damit so oder anders ausgeschlossen, weil sie bereits vollständig erreicht war.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, für den Fallabschluss sei nicht allein das Erreichen der Arbeitsfähigkeit entscheidend, so gilt es festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt auch in keiner auf eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes ausgerichteten ärztlichen Behandlung mehr war (vorbehalten bleibt eine Therapie der Kniebeschwerden, wozu keine Akten im Recht liegen, die aber auch nicht Streitgegenstand bilden, vgl. oben E. 5). Die Abschlussuntersuchung am USZ fand am 28. Februar 2022 statt; unter Prozedere wurde die vestibuläre Physiotherapie empfohlen (Vi-act. M33). Weiter erfolgten Abklärungen am SCC, wo ebenfalls Physiotherapie verordnet wurde (Vi-act. M43). Es gilt dies nach dem Erwähnten nicht als auf eine namhafte Besserung gerichtete ärztliche Behandlung. Zudem erfolgte die Verordnung durch das SCC ausdrücklich zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit (vgl. oben E. 3.11.5), was den Fallabschluss nicht hindert. Bleibt anzufügen, dass die Beschwerdeführerin eine leichte traumatische Hirnverletzung Grad I erlitt; ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma konnte als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge ausgeschlossen werden. Es besteht keine Grundlage für die Anwendung der Schleudertraumapraxis (vgl. Urteil BGer 8C_812/2021 vom 17.2.2022 E. 6.2). Massgeblich wäre mithin einzig eine auf somatische Leiden gerichtete ärztliche Behandlung, welche nicht erfolgt ist.

6.8.1 Eine Adäquanzprüfung ist nur vorzunehmen, wenn die im Zeitpunkt der Prüfung geklagten Beschwerden natürlich kausal zum Unfallereignis sind. Wie bereits aufgezeigt wurde, hat die Vorinstanz eine überwiegend wahrscheinliche, natürliche Unfallkausalität der geklagten Beschwerden jedoch zu Recht verneint. Andererseits kann die Prüfung der natürlichen Unfallkausalität auch unterbleiben, wenn die Adäquanz ohnehin zu verneinen wäre (vgl. oben E. 2.2.2). Die Prüfung

der Adäquanz darf dabei erst vorgenommen werden, wenn der Fall abgeschlossen werden kann, was nicht zuletzt davon abhängt, ob die Psychopraxis (nach BGE 115 V 133 E. 6) oder die Schleudertraumapraxis (nach BGE 134 V 109 E. 10) anwendbar ist (vgl. oben E. 2.2.2). Wie zuvor ausgeführt, besteht vorliegend keine Veranlassung zur Anwendung der Schleudertraumapraxis. Auch wurde der Fall nach dem Ausgeführten zu Recht per 31. März 2022 abgeschlossen. Mithin stand auch der Adäquanzprüfung nichts im Wege.

6.8.2 Soweit die Beschwerdeführerin die Anwendung der Schleudertraumapraxis verlangt, kann dem nach dem Gesagten nicht gefolgt werden. Weder ist ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma noch eine contusio cerebri mit dem notwendigen Beweisgrad erwiesen (vgl. oben 6.3, 6.4, 6.7). Zudem kann ergänzt werden, dass ein GCS-Wert von 15 Punkten (wie er bei der Beschwerdeführerin dokumentiert ist) praxisgemäss höchstens einer leichten commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung entspricht, was grundsätzlich nicht für die Anwendung der Adäquanzbeurteilung gemäss Schleudertraumapraxis genügt (Urteil BGer 8C_386/2020 vom 24.8.2020 E. 4.3.2). Entsprechend hat die Vorinstanz zu Recht die Psycho-Praxis angewendet.

6.8.3 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es seien mindestens die für einen mittelschweren Unfall erforderlichen Kriterien für die Bejahung der Adäquanz erfüllt, so beschränkt sich ihre Begründung auf die Behauptung der Erfüllung. Allein das Vertreten einer von der vorinstanzlichen Meinung abweichenden Darstellung genügt indes den Anforderungen an eine rechtsgenügende Begründung nicht. Die Beschwerdeführerin zeigt nicht auf, warum denn der Skiunfall - an welchen sie sich im Übrigen gar nicht zu erinnern vermag - eindrücklicher als ohnehin jeder mittelschwere Unfall (von einem solchen gehen beide Parteien aus) sein soll. Warum die leichte traumatische Hirnverletzung sowie die Rippenfraktur Verletzungen besonderer Art darstellen sollen, ist unbegründet. Erforderlich wären Verletzungen der Art, die erfahrungsgemäss geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen (BGE 140 V 356 E. 5.5), was weder bei der leichten traumatischen Hirnverletzung noch der Rippenfraktur zutrifft. Daran ändert die Tatsache, dass es nicht die erste leichte Gehirnerschütterung war, nichts, selbst wenn die konstitutionelle Prädisposition nicht ausser Acht zu lassen ist (vgl. Urteil BGer 8C_551/2022 vom 31.3.2023 E. 4.3.2). Für die Beschwerdeführerin ist das Kriterium einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung 'gewiss' erfüllt, ohne allerdings darzutun, was ihr diese Gewissheit gibt. Verlangt wäre eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden (BGE 140 V 356 E. 5.6.2). Vorliegend aber war die Beschwerdeführerin in erster Linie in ärztlicher Abklärung,

ohne dass ein organisches Substrat für ihre Beschwerden hätte gefunden werden können und ohne dass eine gezielte ärztliche Behandlung eingeleitet worden wäre. Körperliche Dauerschmerzen macht die Beschwerdeführerin nicht geltend. Die Behauptung, der Hausarzt hätte sie früher an Dr.med. L. _____ überweisen müssen, was als ärztliche Fehlbehandlung zu qualifizieren sei, kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin vermag sich auf keinen einzigen medizinisch begründeten Bericht zu berufen, woraus Anhaltspunkte zu entnehmen wären, dass ein bestimmter behandelnder Arzt konkret nicht lege artis vorgegangen wäre, Sorgfaltspflichten verletzt oder einen Kunstfehler begangen hätte, welcher eine zivil- oder öffentlichrechtliche Haftung begründen würde (vgl. Urteil BGer 8C_606/2022 vom 4.5.2023 E. 5.2). Auch liegen kein schwieriger Heilungsverlauf und keine erheblichen Komplikationen vor. Es bedürfte dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil BGer U 479/05 vom 6.2.2007 E. 8.5 in: SVR 2007 UV Nr. 25). Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (Urteile BGer 8C_15/2013 vom 24.5.2013 E. 10; 8C 729/2012 vom 4.4.2013 E. 8.6). Schliesslich muss auch das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als nicht erfüllt gelten. Eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand bis 10. Mai 2021 und wieder nach dem Eklat am Arbeitsplatz im Sommer 2021 sowie nachdem Dr. K. _____ im November 2021 zwecks Reizabschirmung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit veranlasst hatte (vgl. Vi-act. A54, oben E. 3.4.2; E. 3.7). Gemäss beweiswertiger Beurteilung von Dr.med. E. _____ ist eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sodann längstens für sechs Monate begründet. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt. Wenn mit der Vorinstanz und der Beschwerdeführerin von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne ausgegangen wird, müssten für die Bejahung der Adäquanz von den sieben Kriterien (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) mindestens drei in der einfachen Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (Urteil BGer 8C_473/2022 vom 20.1.2023). Rechtsprechungsgemäss ist nur mit grosser Zurückhaltung von einer ausgeprägten Erfüllung eines Kriteriums auszugehen (Urteil BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 E. 6.4.1). Für welches, resp. welche zwei Kriterien diese Anforderung erfüllt wäre, ist nicht ersichtlich. Aber auch in einfacher Form sind nach dem Gesagten nicht mindestens drei Kriterien erfüllt, weshalb die Vorinstanz die Adäquanz zu Recht verneint hat.

7. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8. Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. ^{fbis} und lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 6. September 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 19. September 2023