

**VBE.2022.279 / ss / ce**

Art. 42

**Urteil vom 13. April 2023**

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident  
Oberrichter Kathriner  
Oberrichterin Fischer  
Gerichtsschreiber Siegenthaler

Beschwerde-  
führerin

**A.**\_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Marco Unternährer, Rechtsanwalt,  
Sempacherstrasse 6 (Schillerhof), Postfach, 6002 Luzern

Beschwerde-  
gegnerin

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG  
(Einspracheentscheid vom 30. Juni 2022)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

Die 1973 geborene Beschwerdeführerin war seit dem 1. Januar 2016 als Allrounderin Motorradhandel bei der B. GmbH, in Q., angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Nichtberufs- und Berufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 9. Juni 2016 zog sie sich bei einem Motorradunfall ein schweres Schädelhirntrauma sowie mehrere Frakturen an der linken Hand zu. In der Folge anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den fraglichen Unfall und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus. Nach diversen medizinischen und beruflichen Abklärungen stellte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. September 2021 diese vorübergehenden Leistungen per 30. September 2021 ein und sprach der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Oktober 2021 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 66 % eine Invalidenrente sowie aufgrund einer Integritätseinbusse von 70 % eine Integritätsentschädigung von Fr.103'740.00 zu. Die dagegen am 19. Oktober 2021 erhobene Einsprache wies sie am 30. Juni 2022 nach Vornahme weiterer Abklärungen ab, soweit sie darauf eintrat.

### **2.**

#### **2.1.**

Gegen diesen Entscheid erhob die Beschwerdeführerin am 12. August 2022 fristgerecht Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

- "1. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 30.06.2022 sei aufzuheben und der Einsprecherin sei eine UV-Rente aufgrund eines 100%igen IV-Grades zuzusprechen.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Integritätsentschädigung aufgrund mindestens 80%iger Integritätseinbusse zuzusprechen.
3. Der Beschwerdeführerin seien die notwendigen medizinischen Therapien (Physiotherapie viermal im Monat; Ergo-Handtherapien viermal im Monat; Psychotherapie zweimal im Monat; zweimal Hausarztbesuche pro Jahr; einmal pro Jahr neurologischer Verlaufsuntersuchung bei einem Neurologen nebst angepasster Medikation; etc.) zu gewähren. Weitergehende Anträge bleiben vorbehalten.
4. Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin sämtliche zusätzlichen medizinischen Abklärungskosten durch Dr. C. zurückzuerstatten.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

#### **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 22. September 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

### **2.3.**

Mit Replik vom 14. Dezember 2022 hielt die Beschwerdeführerin unter Einreichung eines weiteren medizinischen Berichts an ihren Rechtsbegehren fest.

### **2.4.**

Am 5. Januar 2023 stellte die Beschwerdeführerin nachstehende Anträge:

"1. Das vorliegende Verfahren sei bis auf weiteres zu sistieren.

2. Die Parteien einigen sich darauf, dass die Gutachterstelle Asim, Basel mit einer Begutachtung beauftragt wird."

### **2.5.**

Mit Duplik vom 18. Januar 2023 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Rechtsbegehren fest und ersuchte um Abweisung des Antrags auf Verfahrenssistierung.

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

#### **1.1.**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprache einer Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 66 % damit, dass der Beschwerdeführerin eine körperlich angepasste Tätigkeit, die dem von den Versicherungsmedizinern definierten Zumutbarkeitsprofil entspreche, in einem Pensum von insgesamt 50 % zumutbar sei. Die Gegenüberstellung von Validen- und (unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 25 % festgesetztem) Invalideneinkommen ergebe eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 40'304.00, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 66 % entspreche (Vernehmlassungsbeilage [VB] 733 S. 6 f. und S. 15 ff.; vgl. VB 694 S. 1 ff.). Aufgrund der entsprechenden Beurteilungen ihrer Versicherungsmediziner sei von einer aus dem Unfall resultierenden Integritätseinbusse von gesamthaft 70 % auszugehen, weshalb die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Entschädigung in entsprechender Höhe habe (VB 733 S. 18 ff.; vgl. VB 694 S. 3 f.). Auf den von dieser gestellten Antrag um Gewährung von medizinischen Therapien nach Rentenfestsetzung trat die Beschwerdegegnerin nicht ein, da es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand fehle (VB 733 S. 5 f.).

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, auf die Beurteilung der Versicherungsmediziner, insbesondere in neurologischer und psychiatrischer Hinsicht, könne aus diversen Gründen nicht abgestellt werden, womit deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Integritätseinbusse nicht korrekt seien (Beschwerde, Ziff. II. 2. ff.).

Allenfalls sei ein neutrales interdisziplinäres Gutachten einzuholen (Beschwerde, Ziff. II. 15 f.). Zudem seien ihr die notwendigen medizinischen Therapien zu gewähren, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern (Beschwerde, Ziff. II. 14.), sowie die ihr aufgrund des Umstands, dass die Beschwerdegegnerin die Untersuchungspflicht verletzt habe, entstandenen Abklärungskosten zu erstatten (Beschwerde, Ziff. II. 17).

## **1.2.**

Vorliegend streitig sind demnach die Höhe des Renten- und Integritätsentschädigungsanspruchs der Beschwerdeführerin, deren Anspruch auf Gewährung medizinischer Massnahmen nach der Rentenfestsetzung und die Rechtmässigkeit der Verweigerung der Übernahme der Kosten der Abklärung durch Dr. med. C.

## **2.**

### **2.1.**

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Innerhalb des Anfechtungsgegenstands bilden die von der Beschwerde führenden Person gestellten Anträge den Streitgegenstand. Ist im Sozialversicherungsverfahren ein Einspracheverfahren vorgesehen, wird das Verwaltungsverfahren erst durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, welcher die ursprüngliche Verfügung ersetzt (BGE 132 V 368 E. 6.1) und alleiniger Anfechtungsgegenstand des erstinstanzlichen Beschwerdeverfahrens ist. Die Verfügung, soweit angefochten, hat daher mit Erlass des Einspracheentscheids jede rechtliche Bedeutung verloren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2022 vom 24.10.2022 E. 4.1).

### **2.2.**

Die Beschwerdegegnerin ist im angefochtenen Einspracheentscheid auf das Begehren der Beschwerdeführerin um Gewährung von medizinischen Therapien nach Rentenfestsetzung gemäss Art. 21 UVG (vgl. Ziff. 3 der Anträge in VB 698) nicht eingetreten. Zur Begründung führte sie aus, dass über den entsprechenden Anspruch in der Verfügung vom 20. September 2021 nicht befunden worden sei. Damit fehle es hinsichtlich der Einsprache an einem Anfechtungsgegenstand und folglich einer "Sachurteilsvoraussetzung" (VB 733 S. 5 f.).

### **2.3.**

Angesichts des Umstands, dass die Beschwerdegegnerin sich in der dem angefochtenen Einspracheentscheid zugrunde liegenden Verfügung vom 20. September 2021 nicht zum Anspruch der Beschwerdeführerin auf

Übernahme von Heilbehandlungskosten nach Festsetzung der Rente gemäss Art. 21 UVG äusserte (VB 694 S. 1 ff.), ist nicht zu beanstanden, dass sie nicht auf den in der Einsprache gestellten entsprechenden Antrag eintrat (und der Beschwerdeführerin den Erlass einer Verfügung betreffend den fraglichen Anspruch in Aussicht stellte [VB 733 S. 21]). Entsprechend kann auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht auf den Beschwerdeantrag betreffend Übernahme von Heilbehandlungskosten eingetreten werden.

### **3.**

#### **3.1.**

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihrer Versicherungsmediziner, die die Beschwerdeführerin in den Disziplinen Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Ophthalmologie und Oto-Rhino-Laryngologie fachärztlich untersucht hatten. Den entsprechenden Berichten ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

##### **3.1.1.**

In ihrem Bericht vom 10. Dezember 2018 diagnostizierte Versicherungsmedizinerin Dr. med. D., Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), gestützt auf die bei der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 13. November 2018 in ihrem Fachbereich erhobenen Befunde eine posttraumatische Anosmie, eine posttraumatische Innenohrschwerhörigkeit rechts, einen Tinnitus und eine posttraumatische Vestibulopathie bei Abduzensparese rechts (VB 472 S. 1). Der klinisch festgestellte Verlust des Riechvermögens ergebe gemäss Art. 36 Abs. 2 i.V.m. Anhang 3 UVV eine Integritätseinbusse von 15 %. Auf dem rechten Ohr ergäbe sich ein Hörverlust von 19 %, welcher nicht als erheblich gelte und damit keine (anspruchsrelevante) Integritätseinbusse begründe. Der Tinnitus führe zu deutlicher subjektiver Belästigung und werde – da durch den Alltagslärm häufig verdeckt, aber in Ruhe als störend empfunden – höchstens mittelgradig kompensiert und führe zu mittelgradigem Leidensdruck, womit gemäss Suva-Tabelle 13 für den Integritätsschaden bei Tinnitus eine Integritätseinbusse von 5 % resultiere. Die sowohl objektiv als auch subjektiv als mässig zu bezeichnenden Schwindelbeschwerden lösten gemäss Suva-Tabelle 14 für den Integritätsschaden bei Störungen des Gleichgewichtssystems eine Integritätseinbusse von 15 % aus. Gesamthaft ergebe sich daher auf dem ORL-Gebiet eine Integritätseinbusse in Höhe von 35 % (VB 472 S. 4 f.).

##### **3.1.2.**

In seiner neurologischen Beurteilung vom 11. Januar 2019 hielt Dr. med. E., Facharzt für Neurologie vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, fest, bei der Beschwerdeführerin lägen als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen am Gehirn bilaterale fronto basale sowie linkstemporale Kontusionsfolgen vor. Ausserdem

seien shearing injuries rechts parieto-okzipital nachgewiesen worden (VB 479 S. 9). Die initial noch vorhandene Desorientierung und die sprachlichen Störungen hätten sich vollständig zurückgebildet. Auch die übrigen kognitiven Symptome hätten sich ausweislich der dokumentierten neuropsychologischen Untersuchungsbefunde normalisiert (vgl. zu beidem VB 104 S. 2 und VB 167 S. 3 f.). Es habe aber eine Fatigue-Symptomatik und eine im Verlauf eher zunehmende ängstlich-depressive Verstimmung persistiert, die den aktuellen Zustand prägten (vgl. erwähnte sowie VB 257). Weder Dr. med. F., Fachärztin für Neurologie, noch der behandelnde Neurologe Dr. med. C., Facharzt für Neurologie, hätten eine neurologische Behandlung als indiziert angesehen (vgl. VB 226 S. 2 sowie 236 S. 1 und 262 S. 6). Für letzteren wie auch für Kreisarzt Dr. med. G., Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hätten die psychischen Symptome im Vordergrund gestanden (VB 479 S. 8 f.; Verweis auf VB 173 S. 4; 262 S. 7 f.; 291 S. 9). Die persistierenden neuropsychologischen Beschwerden (wie vermehrte Ermüdbarkeit und Verlangsamung) seien in eine ängstlich-depressive, sich eher verschlechternde Symptomatik "eingebettet". Eine neurologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne Einbezug der neuropsychiatrischen Symptomatik sei nicht sinnvoll, weshalb die Beurteilung eines "Kreisarztpsychiater[s]" einzuholen sei. (VB 479 S. 9). Der Integritätsschaden könne erst nach psychiatrischer Beurteilung geschätzt werden. "Rein «kognitiv»" sei er "höchstens leicht" (VB 479 S. 10).

### **3.1.3.**

In seinem Bericht vom 14. März 2019 stellte Kreisarzt Dr. med. H., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 7. März 2019 eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit bei mentaler Beanspruchung fest. Sie leide an einer objektiv leicht gestörten, vor allem aber subjektiv als störend empfundenen Affektregulation bei wahrscheinlich überdies leicht beeinträchtigter sozialer Kognition in komplexen Situationen (VB 497 S. 7). Hinzu komme die neuropsychologisch objektivierbare (vgl. dazu VB 410 S. 2 ff.) leichte Verlangsamung bei visuellen Aufgaben, in der "Alertness" und in mittelgradig bis deutlichem Ausmass bei der visuo-motorischen Koordinationsfähigkeit (VB 497 S. 7 f.). Diagnostisch liege eine leichte hirnorganisch bedingte affektive Störung bei neuropsychologisch nachgewiesenen Defiziten bei der visuo-motorischen Koordination und Verlangsamung nach Schädelhirntrauma (F07.8) vor. Zudem bestehe Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25), wobei davon ausgegangen werden dürfe, dass der Anteil dieser Anpassungsstörung am Gesamtbeschwerdebild bei Weiterführung der Psychotherapie bis Ende 2019 im Wesentlichen wegtherapiert sein werde (VB 497 S. 8)

#### **3.1.4.**

Mit Verweis auf den aktuellen Bericht des behandelnden Augenarztes der Beschwerdeführerin vom 24. Mai 2019 (VB 514) stellte Dr. med. I., Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, in seinem Bericht vom 9. August 2019 fest, dass mit der Prismenbrillen-Korrektur keine Diplopie mehr und beidseitig ein voller Fernvisus bestünden. Die augenärztliche Situation erlaube es der Beschwerdeführerin – bei Tragen der Prismenbrille – wieder, jegliche Tätigkeit in vollem Umfang auszuüben. Es bestehe kein "augenärztlicher Integritätsschaden" (VB 522 S. 1).

#### **3.1.5.**

Im Rahmen der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 9. Januar 2020 stellte Dr. med. G. im Bericht vom 15. Januar 2020 fest, die klinische Untersuchung habe einen unauffälligen neurologischen Befund seitens des Kopfes sowie eine Druckschmerzhaftigkeit im Kopf-, Nacken-, Schulter- und Oberarmbereich gezeigt. Zudem sei eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schulter- und des linken Handgelenks, eine endgradige eingeschränkte Beweglichkeit des linken Ellenbogengelenks sowie eine Minderung der groben Kraft der linken Hand und deren Finger festgestellt worden. Es sei noch eine aktuelle Bildgebung des linken Hand- und des linken Schultergelenks sowie der Halswirbelsäule zu veranlassen (VB 564 S. 10).

Nach Durchführung der entsprechenden Bildgebung (vgl. VB 571, 572 und 589 i.V.m. 579) erachtete Dr. med. G. in seinem Bericht vom 20. April 2020 den Endzustand in unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht als überwiegend wahrscheinlich erreicht (VB 594 S. 9 f.). Gestützt auf die klinischen und bildgebenden Befunde und die Messdaten erstellte er das Leistungsprofil für die Beschwerdeführerin (VB 594 S. 10 f.) und attestierte dieser in einer diesem Leistungsprofil entsprechenden Tätigkeit aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (VB 594 S. 11). Gestützt auf die erwähnte Befundlage schätzte er auf unfallchirurgisch-orthopädischem Fachgebiet sodann unter Verweis auf die Suva-Tabellen 1.2 und 5.2 für den Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten und bei Arthrosen die Integritätseinbusse auf 15 % (VB 595 S. 1).

#### **3.1.6.**

In ihrem Bericht vom 24. Januar 2020 stellte die Versicherungsmedizinerin med. pract. J., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, nach der Untersuchung vom 9. Januar 2020 fest, dass die von Dr. med. H. gestellte Prognose einer Verbesserung hinsichtlich der Anpassungsstörung bei Fortsetzung der Psychotherapie (vgl. E. 3.1.3.) zutreffend gewesen sei, ergebe sich doch aus dem Bericht der behandelnden Psychotherapeutin Dr. phil. K. (VB 552), dass ein Anpassungsprozess an

die traumatische Hirnverletzung erfolgt sei. Es liege diesbezüglich keine Krankheitsrelevanz mehr vor. Diagnostisch liege ein leichtes organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma bei neuropsychologisch nachgewiesenen leichten kognitiven Defiziten (ICD-10 F07.2) vor (VB 568 S. 10). Das Ausmass der Arbeitsfähigkeit wie auch einer allfälligen Integritätseinbusse könne erst nach erfolgten Integritätsmassnahmen beurteilt werden (VB 568 S. 10 f.).

Am 15. April 2021 wurde die Beschwerdeführerin erneut von med. pract. J. psychiatrisch untersucht. Diese hielt im Bericht vom 6. Juli 2021 fest, die Beschwerdeführerin habe die vorgeschlagenen Eingliederungsmassnahmen nicht wahrgenommen, da sie sich dazu subjektiv nicht in der Lage gefühlt habe (VB 656 S. 15); es sei davon auszugehen, dass weitere Eingliederungsmassnahmen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) aussichtslos seien (VB 656 S. 1). Med. pract. J. bestätigte ihre am 24. Januar 2020 gestellte Diagnose eines leichten organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma bei neuropsychologisch nachgewiesenen leichten kognitiven Defiziten (ICD-10 F07.2; VB 656 S. 12 f.). Mit Blick auf die Anpassungsstörung führte sie aus, Dr. phil. K. berichte über einen weiterhin guten Verlauf des Anpassungsprozesses (vgl. VB 642 S. 1 f.). Bei der Untersuchung habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin mit den daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und dem im Untersuchungsgespräch gebotenen psychopathologischen Bild gezeigt, welche sich auch deutlich in der unterschiedlichen Selbstbeurteilung der Funktionsstörungen im Mini-ICF-APP-S und der durch sie vorgenommenen Fremdbeurteilung mit Hilfe des Mini-ICF-APPs zeige. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei folglich von einer übertriebenen Darstellung der Beschwerden hinsichtlich des Ausmasses und der resultierenden Funktionseinschränkungen auszugehen (VB 656 S. 14). Die als mässig ausgeprägt eingeschätzte Beeinträchtigung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit wirke sich auf das zeitliche Leistungsvermögen aus. Eine Tätigkeit in reduziertem Pensum mit frei gewählten Pausen sei in einem 60%-Pensum zumutbar. Die vermehrten Pausen führten dabei zu einem "um 10 % verminderten Rendement", sodass die "zeitliche Leistungsfähigkeit gesamthaft bei 50 %" einzuschätzen sei. Aufgrund der mässig ausgeprägten Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien strukturierte Tätigkeiten vorzuziehen. Aufgrund des Tinnitus und der erhöhten Lärmempfindlichkeit (vgl. E. 3.1.1.) sei eine ruhige Arbeitsumgebung erforderlich. Fahrtätigkeiten seien nicht zumutbar (VB 656 S. 15 f.).

Hinsichtlich der Integritätseinbusse wies med. pract. J. auf die Beurteilung von Dr. med. E. vom 10. Januar 2019 hin, welcher auf neurologischem Fachgebiet den Integritätsschaden "rein «kognitiv» als höchstens leicht" eingeschätzt hatte (vgl. E. 3.1.2.). Med. pract. J. führte aus, gemäss Suva-Tabelle 8 für den Integritätsschaden bei Hirnfunktionsstörungen nach



Hirnverletzung würde die Einbusse bei leichten Hirnfunktionsstörungen bei 20 % liegen (VB 657 S. 1). Auf psychiatrischem Gebiet sei ein leichtes organisches Psychosyndrom zu berücksichtigen. Eine deutliche Persönlichkeitsveränderung, wie sie für eine mittelschwere Störung nach besagter Tabelle erforderlich wäre, liege nicht vor. Damit gingen "die psychiatrischen [Defizite] in der leichten Störung nach Tabelle 8 der Suva für den Integritätsschaden bei Hirnfunktionsstörungen nach Hirnverletzung auf." Der Integritätsschaden liege somit gesamthaft für die neurologischen und psychiatrischen Einschränkungen bei 20 %. Zusammen mit den Integritätsschäden von 15 % aus dem unfallchirurgisch-orthopädischen Fachgebiet (E. 3.1.5.) und von 35 % aus dem Gebiet der ORL (E. 3.1.1.) ergebe sich damit ein Gesamtintegritätsschaden von 70 % (VB 657 S. 1 f.).

### **3.2.**

Gestützt auf diese versicherungsmedizinischen Berichte ging die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 30. Juni 2022 (mit Verweis auf die Verfügung vom 20. September 2021 [VB 694]) davon aus, dass der Beschwerdeführerin unter (ausschliesslicher) Berücksichtigung der Unfallfolgen leichte, körperlich angepasste Tätigkeiten (vgl. Beurteilung Dr. med. G. in VB 594 S. 10 f.) ohne Anforderungen an den Geruchs- oder Geschmackssinn (vgl. E. 3.1.1.) mit der Möglichkeit zu selbstgewählten, vermehrten Pausen, ohne Fahrtätigkeiten, in einer ruhigen Arbeitsumgebung in einem Pensum von 60 % zumutbar seien. "Die vermehrten Pausen führten zu einem um 10% verminderten Rendement, sodass die zeitliche Leistungsfähigkeit gesamthaft bei 50% einzuschätzen sei" (VB 733 S. 6; vgl. E. 3.1.6.). Zudem bestätigte sie die am 20. September 2021 verfügte Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 70 % (VB 733 S. 19 f.)

## **4.**

### **4.1.**

Am 1. Januar 2017 sind die Änderungen vom 25. September 2015 des UVG bzw. der UVV betreffend Unfallversicherung und Unfallverhütung in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der besagten Änderungen ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Der vorliegend streitige Unfall ereignete sich am 9. Juni 2016 (VB 1), weshalb der Leistungsanspruch nach den bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen zu prüfen ist.

### **4.2.**

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis am 31. Dezember 2016 gültigen Fassung). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen,

geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung.

#### **4.3.**

##### **4.3.1.**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

##### **4.3.2.**

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

#### **5.**

##### **5.1.**

Unter Verweis auf vorige Ausführungen (E. 3) ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung fachärztlich umfassend und in Kenntnis der Vorakten (VB 472 S. 1 f.; 479 S. 1 ff.; 497 S. 1 ff.; VB 522 mit Verweis auf VB 324, 395 und 514; 564 und 594 je S. 1 ff.; 568 und 656 je S. 1 ff.) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (VB 472 S. 2 f.; 497 S. 3 ff.; 564 S. 6 f.; 568 S. 7 ff. und 656 S. 4 f.) untersucht wurde. Die Beurteilung der medizinischen Situation sowie die fachärztlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (VB 472 S. 4 ff.; 479 S. 8 f.; 497 S. 7 f.; 522 mit Verweis auf 514; 564 S. 9 f.; 594 S. 9 ff.; 595 S. 1; 568 S. 10 f. und 656 S. 12 ff.; 657 S. 1 f.). Die erwähnten versicherungsmedizinischen Berichte werden den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme demnach gerecht (vgl. E. 4.3.1.). Sie sind somit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen.

## **5.2.**

### **5.2.1.**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens seien aus verschiedenen Gründen nicht verwertbar. Unter anderem kritisiert sie das Vorgehen der neurologischen und psychiatrischen Versicherungsmediziner, welche mehrfach von fachspezifischen Begutachtungsleitlinien abgewichen seien (Beschwerde, Ziff. II. 2. ff.). Insbesondere sei eine psychiatrische Beurteilung einer Hirnverletzung nicht ohne (vorgängige) umfassende neurologische und neuropsychologische Abklärung möglich (Beschwerde, Ziff. II. 4. b und d; Ziff. 5. letzter Abschnitt). Zudem widerspreche die Beurteilung der Versicherungspsychiaterin med. pract. J. den früheren versicherungspsychiatrischen, versicherungsneurologischen und neuropsychiatrischen Einschätzungen (Beschwerde, Ziff. II. 4. e; Ziff. 5. letzter Abschnitt).

### **5.2.2.**

Was die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma im Erwachsenenalter" (Beschwerde, Ziff. II. 2.; Beschwerdebeilage [BB] 3) und die "Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin – II. Fachspezifischer Neurologischer Teil" (Beschwerde, Ziff. II. 3.; BB 5) betrifft ist anzumerken, dass solche Leitlinien lediglich eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachperson darstellen und weder Gesetz noch Rechtsprechung eine Begutachtung nach den entsprechenden Leitlinien vorschreiben. Insofern verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die entsprechenden Leitlinien anlehnt (zum Neurologischen siehe Urteil des Bundesgerichts 8C\_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.1.2 mit Hinweisen; zum Psychiatrischen vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Entsprechend vermag das Abweichen von den darin festgehaltenen "Empfehlungen" (vgl. BB 3 S. 1) im Rahmen der vorliegend durchgeführten Begutachtungen nicht, die Gültigkeit und Aussagekraft der Ergebnisse der entsprechenden Begutachtungen zu mindern oder gar abzuerkennen.

### **5.2.3.**

Zum Vorwurf, es habe keine für eine zuverlässige psychiatrische Beurteilung notwendige umfassende neurologische und neuropsychologische Abklärung stattgefunden, kann zum einen auf die am 26. Juni 2018 vorgenommene neuropsychologische Untersuchung in der Klinik P. verwiesen werden. Im entsprechenden Bericht vom 17. Juli 2018 wurde die neuropsychologische Diagnose einer leichten neuropsychologischen Störung mit Defiziten bei der visuo-motorischen Koordination und einer Verlangsamung (ICD-10: F07.8) nach Schädelhirntrauma gestellt (VB 410 S. 2). Einzig ungeprüft geblieben sei gemäss dem fraglichen Bericht aufgrund der

Ermüdbarkeit und Verlangsamung der Beschwerdeführerin deren komplexere soziale Kognition, wobei sich im beobachteten Verhalten Schwierigkeiten in der affektiven Kontrolle und Regulation manifestiert hätten (VB 410 S. 11). Inwiefern es sich bei dieser Instabilität der Affektregulation um eine (neurologische) Frontalhirnstörung oder um eine (psychiatrische) Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion handle, sei gemäss den beiden Neuropsychologen, welche die Untersuchung durchgeführt hatten, psychiatrisch zu beantworten (VB 410 S. 12).

Zum anderen ist auf die vorerwähnte neurologische Beurteilung vom 11. Januar 2019 zu verweisen, in welcher sich der Neurologe Dr. med. E. auf die umfassenden medizinischen Akten inklusive Bildgebung stützte. Er gelangte – mit Blick auf den Aktenverlauf in nachvollziehbarer Weise – zum Schluss, dass eine Besserung der kognitiven Symptome eingetreten sei, und sah – wie diverse weitere Fachmediziner – die (nicht mit den somatischen Befunden zu erklärende) Symptomatik in erster Linie vor dem Hintergrund einer psychischen Ursache (E. 3.1.2.).

Die Beurteilung des Neurologen Dr. med. E. wurde sodann durch die Psychiaterin med. pract. J. bei deren Untersuchung am 9. Januar 2020 bestätigt (E. 3.1.6). Aufgrund der seit der Untersuchung in der Klinik P. (vgl. insb. VB 410 S. 4 f.) aktenkundig stets unauffälligen Affektivität der Beschwerdeführerin – von med. pract. J. bei der Untersuchung vom 9. Januar 2020 ebenfalls explizit festgestellt (VB 568 S. 9) – erscheint nachvollziehbar, dass die Kreisärztin davon ausging, dass die einst gestörte Affektivität mittels Psychotherapie erfolgreich behandelt worden und dementsprechend nicht mehr zu diagnostizieren sei. Demgegenüber wurden die neuropsychologisch in der Klinik P. festgestellten leichten kognitiven Defizite (vgl. voranstehend) unverändert mitberücksichtigt (E. 3.1.6.). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde, Ziff. II. 4. b und d; Ziff. 5. letzter Abschnitt) fand also eine umfassende neurologische und neuropsychologische Untersuchung und eine deren Ergebnisse berücksichtigende psychiatrische Abklärung statt.

Aus dem Gesagten ergibt sich auch, dass der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Widerspruch zwischen der Beurteilung von med. pract. J. und den früheren fachärztlichen Einschätzungen (Beschwerde, Ziff. II. 4. e; Ziff. 5. letzter Abschnitt) nicht vorliegt. Soweit Kreisarzt Dr. med. H. am 7. März 2019 noch auf eine leichte hirnorganisch bedingte affektive Störung schloss (VB 497 S. 8), ist zu berücksichtigen, dass er damals eine relative Affektarmut aus der klinischen Beobachtung bereits nicht mehr feststellen konnte, sondern dies aus dem lebensgeschichtlichen Kontext ableitete (VB 497 S. 7). Die nachvollziehbar begründete Feststellung eines seit der Beurteilung der Klinik P. aktenkundig festgestellten unauffälligen Affekts durch med. pract. J. im Rahmen der Schlussbeurteilung steht damit folglich nicht im Widerspruch und ist

nachvollziehbar. Dies gilt im Übrigen auch für die von ihr entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, Ziff. II. 5) nachvollziehbar begründeten und aufgezeigten deutlichen Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeschilderung mit erheblichen Funktionseinschränkungen und dem psychopathologischen Bild, die auf eine deutlich übertriebene Darstellung der Beeinträchtigungen seitens der Beschwerdeführerin schliessen liessen (VB 656 S. 14).

### **5.3.**

#### **5.3.1.**

Die Beschwerdeführerin macht weiter – mit Verweis auf die Einschätzungen des behandelnden Neurologen Dr. med. C. vom 26. September 2019 und 15. Oktober 2021 – geltend, dieser erbringe entgegen den Feststellungen der Beschwerdegegnerin den klaren Beweis aus neurologischer Sicht, dass erstens keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorliege und zweitens die neuropsychologische Diagnostik eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung aufzeige (Beschwerde, Ziff. II. 6. mit Verweis auf VB 531 S. 2 und vor allem VB 699). Nachdem sich sowohl der Neurologe Dr. med. E. als auch die Psychiaterin med. pract. J. zum Bericht vom 15. Oktober 2021 geäussert und fundiert begründet haben, weshalb dieser nichts an ihrer jeweiligen Einschätzung zu ändern vermöge (VB 709 f.), vertritt die Beschwerdeführerin in der Beschwerde unter Beilage neue Berichte von Dr. med. C. vom 10. August und 13. Dezember 2022 weiterhin diese Ansicht (Beschwerde, Ziff. II. 7. f. und BB 6).

#### **5.3.2.**

##### **5.3.2.1.**

Die von Dr. med. C. im Bericht vom 15. Oktober 2021 (VB 699) vorgebrachte Kritik an der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde durch die entsprechenden Stellungnahmen von Dr. med. E. vom 25. Januar 2022 aus neurologischer (VB 709) und von med. pract. J. vom 2. Februar 2022 aus psychiatrischer (und neurologischer, vgl. Facharzttitel) Sicht (VB 710) nachvollziehbar widerlegt. So hat letztere etwa stringent dargelegt, dass die seitens der Versicherungsmediziner angeblich unberücksichtigt gebliebene Fatigue-Symptomatik (vgl. VB 699 S. 3 ff.) als ebensolches Symptom im Rahmen des diagnostizierten organischen Psychosyndroms als Diagnosekriterium C1 ("Klagen über [...] ausgeprägte Erschöpfung") abgebildet sei (VB 710 S. 1 mit Verweis auf VB 656 S. 13). Die Erstellung des Leistungsprofils und die Festsetzung des Integritätsschadens seien unter Berücksichtigung aller Beschwerde und Befunde, inklusive der Fatigue-Symptomatik, erfolgt (VB 710 S. 1, 2). Die "Testdiagnostik" stelle eine Ergänzung zur psychiatrischen Untersuchung und – entgegen der Annahme von Dr. med. C. (vgl. VB 699 S. 6) – nicht einen Ersatz für eine neuropsychologische Testung dar. Der von Dr. med. C. verwendete Begriff "Mentalisierungskompetenz" (vgl. VB 699 S. 6 f.) stelle weder im Fachgebiet der Psychiatrie noch der Neurologie oder der Neuropsychologie

ein Referenzkonstrukt dar. Entgegen der Annahme von Dr. med. C. sei beim ICF-Rating bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der "allgemeine Arbeitsmarkt" die Referenz (VB 710 S. 2). Auch wies med. pract. J. zu Recht darauf hin, dass Dr. med. C. als Neurologe sich fachfremd zur psychiatrischen Beurteilung äusserte (VB 710 S. 1). Die entsprechenden Stellungnahmen von Dr. med. E. und med. pract. J. sind überzeugend begründet.

#### **5.3.2.2.**

In der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme von Dr. med. C. vom 10. August 2022 nahm dieser primär Stellung zum Einspracheentscheid vom 30. Juni 2022 und ging nicht auf die medizinischen Beurteilungen von Dr. med. E. vom 25. Januar 2022 sowie von med. pract. J. vom 2. Februar 2022 ein. Seine Kritik bezog sich vor allem auf die formelle, rechtliche Ebene, etwa auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Beweiswert verschiedener ärztlicher Berichte (vgl. BB 6 S. 2 f.). Eine fehlende Objektivität seinerseits stellte er selbst in Abrede (BB 6 S. 3), schrieb im Widerspruch dazu allerdings, dass trotz erheblichen zerebralen Verletzungen der Unfallversicherer "lediglich" eine Invalidenrente von 66 % und eine Integritätsentschädigung von 70 % zuspreche (BB 6 S. 2). Eine Voreingenommenheit von seiner Seite ist insofern klar ersichtlich. Auf seine Kritik in medizinischer Hinsicht (BB 6 S. 5 ff.) gingen die Versicherungsmediziner med. pract. J. und Dr. med. L., Facharzt für Neurologie, in ihrer Stellungnahme vom 20. September 2022 erneut ein. Dabei hielten sie fest, dass rein aufgrund der Läsionsmuster Rückschlüsse auf bestehende Einschränkungen nicht zulässig seien. Grundsätzlich bedürfe es dazu einer fundierten Untersuchung, basierend auf einer Verhaltensbeobachtung. Dabei gelte es, Belastungsreaktionen, psychosoziale Faktoren und nicht organische Persönlichkeitsänderungen zu differenzieren. Dies sei erfolgt (VB Bg. Bel. 1 S. 2). Sodann gingen med. pract. J. und Dr. med. L. detailliert mit Verweis auf entsprechende medizinische Fachliteratur auf einzelne Aussagen von Dr. med. C. ein und hielten fest, dass bei der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen eine hirnorganische Schädigung vorliege. Zusätzlich könne bei einer derartigen Schädigung eine Anpassungsstörung vorliegen. Hierbei werde gemäss den einschlägigen Leitlinien zusätzlich eine psychopathologische Expertise unter Beachtung der Definitionen in ICD oder DSM gefordert. Bei der Beschwerdeführerin seien vorliegend im Verlauf dreimal psychiatrische Beurteilungen mit Untersuchung und ausführlicher versicherungspsychiatrischer Würdigung der individuellen Faktoren erfolgt. Es könne daher nicht nachvollzogen werden, weshalb Dr. med. C. davon ausgehe, dass hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung etwas "ausser Acht gelassen" worden sei (VB Bg. Bel. 1 S. 2 f.). Sodann erläuterten sie die Verwendung der Mini-ICF-APP-S (VB Bg. Bel. 1 S. 2 f.), die Erhebung der Fremdanamnese beim Lebensgefährten der Beschwerdeführerin und die Möglichkeit von Eingliederungsmassnahmen für Menschen mit traumatischen Hirnverletzungen

(VB Bg. Bel. 1 S. 4). Diese Ausführungen sind fundiert begründet, leuchten ein und entkräften damit die Einwände von Dr. med. C.

#### **5.3.2.3.**

Zu der replikweise eingereichten Stellungnahme Dr. med. C.s vom 13. Dezember 2022 (Replikbeilage [RB] 1) nahmen die Versicherungsmediziner med. pract. J. und Dr. med. L. am 17. Januar 2023 wiederum Stellung (Duplikbeilage [DB] 1). Sie hielten fest, dass sowohl die temporalen Läsionen als auch – entgegen der Annahme von Dr. med. C. (vgl. RB 1 S. 2) – die frontalen Läsionen bildgebend nachgewiesen und "unstrittig" seien und versicherungsmedizinisch als Grundlage für die kognitiven Einschränkungen bestätigt werden könnten (DB 1 S. 1). Soweit Dr. med. C. auf die Verhaltensbeobachtung bei der neuropsychologischen Abklärung in der Klinik P. (Bericht vom 17. Juli 2018; vgl. VB 410 S. 4 f.) verwies (RB 1 S. 3 f.), hielten med. pract. J. und Dr. med. L. fest, dass in diesem Bericht selbst diagnostisch mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen ausgegangen und darauf hingewiesen worden sei, dass hinsichtlich der Instabilität der Affektregulation psychiatrisch zu beantworten sei, inwiefern es sich dabei um eine Frontalhirnstörung oder um eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion handle. Leichte exekutive Funktionseinschränkungen seien nur in einer komplexen Planungsaufgabe sowie in der reduzierten verbalen Erfassungsspanne ersichtlich gewesen (vgl. VB 410 S. 11 f.). In den beiden folgenden, mehrstündigen psychiatrischen Verlaufsuntersuchungen bei der Beschwerdegegnerin seien schliesslich die in der Klinik P. beschriebenen Auffälligkeiten nicht beobachtet worden (DB 1 S. 1 f.). Letztlich sei es aber nicht entscheidend, ob die Diagnose eines organischen Psychosyndroms oder diejenige einer organischen Persönlichkeitsänderung gestellt werde. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien die funktionellen Einschränkungen entscheidend, die in den psychiatrischen Untersuchungsberichten anhand des Mini-ICF-APP ausführlich dargelegt worden seien (DB 1 S. 2). Die von Dr. med. C. postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie Unfähigkeit zu beruflichen Massnahmen sei mit dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 17. Juli 2018 sicherlich nicht zu begründen (DB 1 S. 3).

Auch diese Ausführungen von med. pract. J. und Dr. med. L. sind nachvollziehbar und entkräften die Einwände von Dr. med. C. in überzeugender Weise. Sie stimmen zudem mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung überein, wonach es invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche funktionellen Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 144 V 245 E. 5.5.2 S. 250; Urteil des Bundesgerichts 9C\_857/2018 vom 22. Juli 2019 E. 4.2.1).

### **5.3.3.**

Nach dem Dargelegten bestehen keine Zweifel (vgl. E. 4.3.2.) an den Beurteilungen der verschiedenen Fachärzte der Beschwerdegegnerin, insbesondere ist auch keine mittelschwere bis schwere neuropsychologischen Beeinträchtigung ersichtlich (E. 5.3.1.). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die neuropsychologische Beeinträchtigung bereits im Jahr 2018 als lediglich leicht beurteilt worden war (vgl. E. 3.1.3. mit Verweis auf VB 410 S. 2 ff.). Auf das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die nachvollziehbaren versicherungsmedizinischen Einschätzungen definierte Belastungsprofil einer angepassten Tätigkeit (vgl. VB 733 S. 6 sowie E. 3.1.5. f.) kann daher abgestellt werden. Davon ging im Übrigen auch die zuständige Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes aus (BB 7 S. 3).

### **5.4.**

#### **5.4.1.**

Die Beschwerdeführerin bemängelt überdies in mehrfacher Hinsicht, dass die Beschwerdegegnerin lediglich von einer Integritätseinbusse im Umfang von 70 % ausging (Beschwerde, Ziff. II. 9 ff.).

#### **5.4.2.**

Hinsichtlich der aus augenärztlicher Sicht bestehenden Integritätseinbusse (Beschwerde, Ziff. II. 10.) trifft zwar zu, dass gemäss Suva-Tabelle 11 für den Integritätsschaden bei Augenverletzungen nach Ziffer 8 aus einer Diplopie "[i]n schweren Fällen, je nach Lage und Grösse des diplophen Blickfeldes" eine Integritätseinbusse von 5-30 % resultiert. Vorliegend konnte die Diplopie jedoch durch die Prismenbrillen-Korrektur komplett behoben werden, womit keine Grundlage für eine Integritätsentschädigung aufgrund eines augenärztlich festgestellten Schadens besteht (E. 3.1.4.).

Auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die "ORL-SUVA-Ärztin" habe bei Bewertung der Integritätseinbusse mit 35 % weder die "Verschlechterung der Hörsituation auf dem rechten Ohr" noch "den fehlenden Druckausgleich" beurteilt (Beschwerde, Ziff. II. 11.), geht fehl. So führte Dr. med. D. in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2018 explizit aus, dass die Beeinträchtigung betreffend das rechte Ohr das Ausmass der Erheblichkeit mit einem Hörverlust von 19 % nicht erreiche, womit sich "keine Einbusse der Integrität" ergebe (E. 3.1.1.; VB 472 S. 5). Dies erscheint mit Blick auf die massgebliche Suva-Tabelle 12 für den Integritätsschaden bei Schädigung des Gehörs, Tabelle 2A), als richtig. Auch für den angeblich fehlenden Druckausgleich hat dies zu gelten, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin diesen nicht als persistent bezeichnete (VB 472 S. 2).

Unzutreffend ist auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, Dr. med. G. habe seine kreisärztliche Abschlussbeurteilung vom 9. Januar 2020 sowie die Beurteilung des Integritätsschadens vom 16. April 2020 ohne aktuelle



Bildgebung vorgenommen (Beschwerde, Ziff. II. 12.). Vielmehr hat Dr. med. G. im Rahmen der Abschlussuntersuchung vom 9. Januar 2020 eben gerade eine aktuelle Bildgebung der massgeblichen Körperpartien veranlasst (VB 564 S. 10). Diese hat er am 20. April 2020 denn auch – insbesondere hinsichtlich der Integritätseinbusse – im unfallchirurgisch-orthopädischen Fachbereich entsprechend gewürdigt (VB 594 S. 7 und 9 f. sowie VB 595 S. 1).

Betreffend das Vorbringen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der psychiatrischen und neurologischen Integritätseinbusse (Beschwerde, Ziff. II. 9.) kann vollumfänglich auf die vorstehenden Ausführungen (E. 5.3.2.) und die mit der Vernehmlassung bzw. der Duplik eingereichten entsprechenden Stellungnahmen der Fachärzte (VB Bg. Bel. 1, DB 1) verwiesen werden. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen die von den Versicherungsmedizinern fachärztlich-psychiatrisch bzw. –neurologisch abgegebene und nachvollziehbar begründete Einschätzung, wonach die Integritätseinbusse sich auf insgesamt 20 % belaufe, nicht in Zweifel zu ziehen.

Insgesamt ist die für die Folgen des Unfalls zugesprochene Entschädigung für eine Integritätseinbusse von insgesamt 70 % demnach nicht zu beanstanden.

## **5.5.**

Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin noch den Stellungnahmen des behandelnden Facharztes Dr. med. C. Hinweise, welche geeignet sind, die Schlüssigkeit und Vollständigkeit der versicherungsmedizinischen Abklärungen und der sich darauf stützenden Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit und Integritätsentschädigung im Rahmen des Einspracheentscheids vom 30. Juni 2022 in Frage zu stellen. Weitere Abklärungen – insbesondere die Einholung eines interdisziplinären Gerichtsgutachtens (Beschwerde, Ziff. II. 15. f.) – versprechen keine zusätzlichen wesentlichen Erkenntnisse, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94) zu verzichten ist.

## **6.**

### **6.1.**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt neben dem natürlichen Kausalzusammenhang 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 Er-

folg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181; 129 V 402 E. 2.2 S. 405; 125 V 456 E. 5a S. 461 f.).

Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis unter anderem auf BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; sogenannte Psycho-Praxis), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen; sogenannte Schleudertrauma-Praxis [vgl. BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130]).

## **6.2.**

Hinsichtlich der im Zusammenhang mit dem erlittenen schweren Schädel-Hirntrauma stehenden, mit keinem organisch objektivierbaren Substrat zu erklärenden Beschwerden ist der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. Juni 2016 angesichts dessen Schwere (vgl. dazu VB 51) und der weiteren sich aus den Akten ergebenden relevanten Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126), ohne Weiteres zu bejahen.

## **7.**

Nach dem Gesagten erweist sich die von der Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. Juni 2022 zugesprochene Rente basierend auf einen Invaliditätsgrad von 66 % sowie die zugesprochene Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 70 % (VB 733) als Rechens.

## **8.**

Mit Verweis auf obige Ausführungen (E. 5.2. ff.) ist zudem nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin die ihr obliegende Untersuchungspflicht verletzt haben sollte. Damit besteht auch kein Anlass, sie zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die dieser entstandenen Kosten der von

Dr. med. C. durchgeführten Abklärungen zu erstatten (Beschwerde, Ziff. II. 17).

**9.**

Aufgrund des vorliegenden Endentscheids und unter Verweis auf Erwägung 5.5. ist das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 5. Januar 2023 um Verfahrenssistierung gegenstandslos geworden.

**10.**

**10.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde vom 12. August 2022 abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

**10.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**10.3.**

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

---

### **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

---

Aarau, 13. April 2023

### **Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Siegenthaler