

AR_GERICHTE OG O3V-16-29 vom 29. August 2017

AR Gerichte, 2017-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-16-29

FR: AR_GERICHTE OG O3V-16-29 du 29 août 2017

IT: AR_GERICHTE OG O3V-16-29 del 29 agosto 2017

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Urteil vom 29. August 2017
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Dr. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner Verfahren Nr. O3V

Erwägungen

E. 1

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2017 sind die Änderungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) gemäss Bundesgesetz vom 25. September 2015 (AS 2016 4375) in Kraft getreten. Bei der Prüfung eines allenfalls schon vorher entstandenen Leistungsanspruchs sind die allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln heranzuziehen, wonach in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts galten. Demzufolge ist die vorliegend zu beurteilende Beschwerde für die Zeit bis Ende 2016 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445 E. 1; Urteile des Bundesgerichts 8C_491/2008 vom 9. März 2009 E. 2.1, 9C_582/2016 vom 16. Januar 2017 E. 5.1). Dies fällt materiellrechtlich indessen nicht ins Gewicht, weil die erwähnte UVG-Revision keine im vorliegenden Zusammenhang relevanten Änderungen gegenüber der bis Ende 2016 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist.

E. 3

Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Wirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat eine Versicherte Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, ab dem dritten Tag nach dem Unfall zufolge voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit auf Taggelder (Art. 16 UVG) und - sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - bei mindestens 10%iger Invalidität auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 und 19 UVG; s. auch BGE 140 V 130 E 2.2, wonach mit dem Fallabschluss die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld dahinfallen und der Rentenanspruch zu prüfen ist).

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 UVG), wobei sich die Höhe der Integritätsentschädigung grundsätzlich nach der Schwere der Beeinträchtigung richtet. Die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen werden nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist (Art. 36 Abs. 1 UVG). Hingegen werden die Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und die Hinterlassenenrenten angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist; Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, werden dabei nicht berücksichtigt (Art. 36 Abs. 2 UVG).

E. 4.1

Die Leistungspflicht der Unfallversicherung gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und den gesundheitlichen Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen in diesem Sinn sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die Seite 9 Beschwerden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden können. Dementsprechend 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 Unversehrtheit der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 142 V 435 E. 1). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen spielt die Adäquanz im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 134 V 109 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.1).

E. 4.2

Die Leistungspflicht der Unfallversicherung hört erst auf, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also der Letztere 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2, 8C_766/2016 vom 25. April 2017 E. 2.2).

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 Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der

versicherten Person, sondern bei der Unfallversicherung (Urteile des Bundesgerichts 8C_354/2007 vom 4. August 2008 E. 2.2, 8C_653/2013 vom 10. Februar 2014 E. 4.2, 8C_854/2016 vom 21. April 2017 E. 2.3). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre Seite 10 kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_570/2014 vom 9. März 2015 E. 6.2).

E. 4.3

Bei der Beurteilung der Kausalität eines Unfalls für behauptete gesundheitliche Beschwerden bzw. einer dadurch allfällig bewirkten Arbeitsunfähigkeit stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) zunächst auf Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen medizinischen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_922/2013 vom 19. Mai 2014 E. 3.2.1, 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.2). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, 140 V 193 E. 3.2).

Hinsichtlich Beweiswert 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 134 V 231 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_337/2015 vom 16. November 2015 E. 2.3). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Berichten von externen Spezialärzten ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien dagegen sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3, 135 V 465 E. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 E. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.2.2), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_107/2013 vom 23. April 2013 E. 3, 8C_454/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2). Was schliesslich die Beweiskraft versicherungsinterner Berichte anbelangt, so lässt ein Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. 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 122 V 157 E. 1d, 125 V 351 E. 3b/ee, 135 V 465 E. 4.4, 142 V 58 E. 5.1, 142 V 551 E. 8.3.1.1). Seite 11

E. 5.1

Hinsichtlich der Kausalität machte die B___ AG im Einspracheentscheid geltend, der Bericht Dr. E___ vom 30. November 2014 stehe im Widerspruch zu ihren früheren Berichten, und die Argumentation mit dem lateinischen Grundsatz "post hoc ergo propter hoc", was übersetzt "danach, also deshalb" heisst, sei nicht zulässig. Gemäss Stellungnahmen Dr. K___ vom 4. Oktober 2016 und Dr. D___ stehe die Coxarthrose links in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall, was auch aus den radiologischen Abklärungen vom 1. Juli und vom 4. November 2013 hervorgehe.

E. 5.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin in der Beschwerde entgegen, dass nicht ein Rückfall zu prüfen sei, sondern die Frage, ob der Status quo sine oder ante eingetreten sei. Zwar sei das rechte Hüftgelenk schon vor dem Unfall eingesetzt worden, doch sei das linke zuvor unauffällig gewesen, was gemäss den Dres. E___ und C___ auch aus der radiologischen Abklärung vom 26. April 2013 hervorgehe. Dr. K___ wiederum, der die Beschwerdeführerin nie persönlich untersucht habe, habe gestützt auf radiologische Abklärungen vom 1. Juli und vom 4. November 2013 von einer Coxarthrose links gesprochen, Dr. H___ nach entsprechenden Abklärungen vom 26. April, 15. und 27. Mai sowie vom 11. Juni 2013 aber nur von einer Coxarthrose rechts. Gemäss Austrittsbericht des Spitals Bülach vom 15. Juli 2013 seien ausser der rechten Hüfte alle Gelenke frei und schmerzlos beweglich gewesen. Dr. E___ habe nicht widersprüchliche Angaben gemacht, sondern in den früheren Berichten nur gemeint, dass die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit als krankheits- oder unfallbedingt schwer falle, erstere aber mit 100% und zweitere mit 80% beziffert. Auch Dr. J___ habe die Coxarthrose links wiederholt auf den Unfall und die durch diesen bewirkte einseitige Belastung zurückgeführt, weshalb die B___ AG den Wegfall der Kausalität beweisen müsse. Da sie sich im Einspracheentscheid nur mit der Coxarthrose links, nicht aber mit der rechten Hüfte befasst habe, sei dieser ungenügend begründet.

E. 5.3

In der Beschwerdeantwort machte die Unfallversicherung geltend, ihr obliege nur bezüglich der rechtsseitigen Hüftbeschwerden eine Beweislast, weil sie nur hier eine Leistungspflicht anerkannt und Leistungen erbracht habe. Die Kausalität der Beschwerden an der linken Hüfte müsse hingegen die Versicherte nachweisen. Dr. E___ habe die linksseitigen Hüftbeschwerden nach wiederholten Untersuchungen anfangs als krankheitsbedingt gesehen und betreffend Arbeitsunfähigkeit unterschieden zwischen krankheits- und unfallbedingt; eine gegenteilige Behauptung habe sie erst am 30. November 2015 und damit nach der Leistungsablehnung bzw. -einstellung der B___ AG aufgestellt. Dr. J___ habe die beidseitige Seite 12 gen Beschwerden gemäss Stellungnahme vom 26. Oktober 2016 nicht auf den Unfall und die TEP rechts zurückgeführt, sondern vielmehr festgehalten, dass die TEP links mit den Problemen an der rechten Hüfte nichts zu tun habe, sondern wegen der Coxarthrose links erfolgt sei, weshalb sich unfallbedingte Beschwerden rechts höchstens insofern auf die linke Hüfte auswirkten, als durch das Hinken rechts die linke Seite massiv überbelastet worden sei. Coxarthrosen seien jedoch stellungs- oder oft auch erblich bedingt.

E. 5.4

Dagegen wendete die Beschwerdeführerin in der Replik ein, Dr. E___ habe schon in früheren Berichten auf eine Mitverursachung der linksseitigen Hüftbeschwerden durch eine Mehrbelastung hingewiesen. Ihre Angabe in der Stellungnahme vom 23. September 2015,

dass schon vor dem Unfall eine beidseitige Coxarthrose bestanden habe, sei dagegen falsch, ebenso jene Dr. K___ vom 4. Oktober 2016, dass schon zum Unfallzeitpunkt eine deutliche Sklerosierung der Gelenkpfanne und weitere degenerative Anzeichen links vorgelegen und dessen Behauptung vom 24. Januar 2017, dass die Dres. J___ und E___ die Sklerose und den verschmälerten Gelenkspalt an der linken Hüfte übersehen hätten. Vorliegend sei von sich gegenseitig beeinflussenden Beschwerden auszugehen, sodass zumindest von einer Teilkausalität auszugehen sei.

E. 6.1

Zunächst ist zu klären, welche von der Versicherten berichteten gesundheitlichen Beschwerden vom Fallabschluss überhaupt betroffen sind. In der Beschwerde ist die Rede von anhaltenden Problemen in beiden Hüftgelenken. Während Physiotherapeut F___ am 30. Juli 2014 noch von schwankenden Schmerzen in der rechten Leiste ohne erklärbare Ursache gesprochen hatte, war bei Versicherungsarzt Dr. D___ am 8. Juli 2015 von glutealen sowie in beide Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen und bei der behandelnden Ärztin Dr. E___ am 30. November 2015 zusätzlich von einer allgemeinen Dekonditionierung der Muskelkraft und des Kreislaufs die Rede. Mithin ist im Wesentlichen von nicht näher bezeichneten beidseitigen Hüftbeschwerden auszugehen.

E. 6.2

Vorab ist ferner festzuhalten, dass für den Fall einer Verneinung der Kausalität des Unfalls für die anhaltenden gesundheitlichen Beschwerden der Versicherten die Frage, ob durch eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes hätte erreicht werden können bzw. ob der Fallabschluss verfrüht erfolgte, nicht mehr zu prüfen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_636/2016 vom 16. November 2016 E. 6).

Seite 13

E. 6.3

Alsdann stellt sich die Frage, wer was zu beweisen hat. Zweifellos muss die Unfallversicherung den Wegfall des Kausalzusammenhangs bezüglich der rechten Hüfte nachweisen, nachdem sie für die dortigen Beschwerden unbestrittenermassen Leistungen erbracht hat. Sie versuchte, diesen Nachweis in Verfügung und Einspracheentscheid indirekt über den Hinweis, dass weitere Therapien nicht mehr zu einer wesentlichen Verbesserung führen könnten, zu erbringen, worauf später (Ziff. 7 f. hiernach) einzugehen sein wird.

Betreffend linker Hüfte muss hingegen die Beschwerdeführerin nachweisen, dass die dortigen Beschwerden unfallbedingt sind. Orthopäde Dr. C___ wies gegenüber der BVK schon am 23. April 2014, also weniger als ein Jahr nach dem fraglichen Unfall vom 30. Juni 2013 mit Verletzung der rechten, mit einer TEP voroperierten Hüfte darauf hin, dass beidseitig, vor allem aber links, Leistenschmerzen bestünden, weshalb auch dort eine TEP nötig sei. Dr. D___ bezog sich am 28. Mai und am 10. September 2014 darauf und sprach von einer krankheitsbedingten Coxarthrose links bzw. am 8. Juli und 7. Oktober 2015 davon, dass die (nunmehr wieder) beidseitigen Hüftbeschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Dr. E___ hatte die linksseitigen Hüftbeschwerden mit Bericht vom 9. Juli 2014 noch als krankheitsbedingt erachtet, um aber - entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin - bereits am

E. 7

Oktober 2014 und nicht erst am 30. November 2015 darauf zurückzukommen und die Mehrbelastung des unfallgeschädigten rechten Beines als Mitursache für die linksseitigen Hüftbeschwerden zu bezeichnen, woran sie auch am 3. Juni 2015 und insbesondere am 23. September 2015 sowie am 30. November 2015 festhielt. Auch der behandelnde Arzt Dr. J___, zu dem die Versicherte von Dr. E___ nach ihrem Umzug von Niederweningen nach Walzenhausen gewechselt hatte, meinte am 23. November 2015, dass es sich bei den anhaltenden Beschwerden (an beiden Hüften) um eine Folge des Unfalls handle, da bisher keine angemessene Behandlung von dessen "sekundären Dysfunktionen" stattgefunden habe. Demgegenüber meinte er am 26. Oktober 2016, dass die TEP links nicht mit dem Unfall nichts zu tun habe, sondern wegen der dortigen Coxarthrose nötig geworden sei. Dr. K___ wiederum hielt an der bereits am 4. Oktober 2016 vertretenen Auffassung fest, dass die Coxarthrose links nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehe, mit Stellungnahme vom 24. Januar 2017, die erst nach Erhebung der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde abgegeben wurde, sich aber zur Kausalitätsfrage ausspricht und deshalb ohne weiteres berücksichtigt werden kann (vgl. zur zeitlichen Ausdehnung des Streitgegenstandes BGE 130 V 138 E. 2.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_300/2010 vom 23. Juli 2010 E. 4.1 und 8C_674/2014 vom 5. Mai 2015 E. 4.1). Dem scheint aber der vom Orthopädiezentrum Zürich vor dem Unfall am 15. Mai 2013 (BB-act. M2) erstattete Bericht über eine Röntgen-abklärung beider Hüften entgegenzustehen, wo (nur) von einer fortgeschrittenen Cox-arthrose rechts die Rede war. Auch im Bericht des Spitals Bülach vom 5. Seite 14 November 2013 (BB-act. M15) über eine Röntgenabklärung beider Hüften wurde links kein pathologischer Befund erwähnt. Hingegen stellte Gutachter Dr. C___ bereits im Röntgen vom 15. April 2014 eine deutliche und progrediente konzentrische Coxarthrose links mit zu ca. 80% aufgebrauchtem Gelenksknorpel fest (BB-act. M23, S. 7), welcher Befund auch im Rahmen einer Szintigraphie am Stadtspital Triemli gemäss Bericht vom 4. April 2014 (BB-act. M24) erhoben wurde. Angesichts dieser sehr widersprüchlichen medizinischen Angaben erscheint eine schlüssige Beantwortung der Frage, ob die linksseitigen Hüftbeschwerden nun unfallbedingt sind oder nicht, als praktisch unmöglich. Da die Beweislast hierfür wie erwähnt aber der Beschwerdeführerin obliegt, dürfte ihr das Misslingen des mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erbringenden Nachweises zum Nachteil gereichen, was allerdings nichts an der unbestrittenen unfallbedingten Kausalität der rechtsseitigen Hüftbeschwerden ändert.

E. 7.1

An dieser Stelle ist nunmehr auf den Vorwurf der Beschwerdeführerin eines verfrühten Fallabschlusses einzugehen. Diesbezüglich ist im Einspracheentscheid nachzulesen, nach Angaben des Spitals Bülach vom 13. Dezember 2013 (BB-act. M19) sei die Behandlung bis auf die Jahreskontrolle im Juli 2014 abgeschlossen. Gemäss Dr. C___ befinde sich die Versicherte zwar noch in der Rehabilitationsphase, doch stünden derzeit starke Beschwerden zufolge einer Cox-arthrose links im Vordergrund. Ein gemäss Szintigraphie bestehender Verdacht auf eine Lockerung der femoralen Komponente im Hüftschaff rechts finde klinisch kein Korrelat. Am 28. Mai 2014 habe Dr. D___ eine deutliche Verbesserung mittels Therapie noch für möglich gehalten, am 7. Oktober 2015 in Anbetracht einer rein unfallbezogenen vollen Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit jedoch nicht mehr. Die Dres. L___, D___ und G___ teilten die Auffassung der Unfallversicherung, dass Ende Oktober 2015 der Endzustand erreicht worden sei, zumal damals adaptiert eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe und die behandelnden Ärzte nur über geringfügige Verbesserungen berichtet hätten, wobei sie nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Faktoren un-

terschieden hätten.

E. 7.2

Dagegen brachte die Versicherte in der Beschwerde vor, dass der gesundheitliche Zustand gemäss den Dres. E___ und J___ durch weitere medizinische Massnahmen, insbesondere durch Physiotherapie, sehr wohl verbesserbar sei. Ausserdem stütze sich der Einspracheentscheid auf Dr. D___, der jedoch eine reine Aktenbeurteilung abgegeben habe.

E. 7.3

Seite 15

Die Unfallversicherung entgegnete in der Beschwerdeantwort, dass die behandelnden Ärzte betreffend Fallabschluss zu Unrecht auch die unfallfremden Beschwerden an der linken Hüfte berücksichtigt hätten. Abgesehen davon sei eine Beurteilung in aller Regel prognostisch und nicht retrospektiv abzugeben, weshalb die Angaben der Beschwerdeführerin hinsichtlich Verbesserungen nach dem Fallabschluss bedeutungslos seien. Ebenfalls nicht relevant sei, dass während längerer Zeit keine aktiven Therapien möglich gewesen seien, da schon damals eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Im Übrigen habe man den Fallabschluss auf die gesamten Akten abgestützt.

E. 8.1

Wie bereits angetönt (Ziff. 3 hiervor), ist ein Fallabschluss dann nicht verfrüht, wenn noch mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes gerechnet werden darf. Dabei bedeutet der Begriff "namhaft", dass die durch weitere Heilbehandlungen zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss und unbedeutende Verbesserungen nicht genügen, wobei sich diese in erster Linie auf die Arbeitsfähigkeit beziehen (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2016 vom 4. April 2017 E. 2.2). Auch wenn also die Befindlichkeit einer Versicherten durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch als verbesserbar erscheint, nicht aber die Arbeitsfähigkeit, ist der Fall in aller Regel abzuschliessen (vgl. Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 144). Zu berücksichtigen ist dabei nur der unfallbedingte, nicht aber der krankheitsbedingte Gesundheitszustand (Urteil des Bundesgerichts 8C_892/2015 vom 29. April 2016 E. 4.1).

E. 8.2

Vorliegend war der Heilungsverlauf schwankend. Gemäss Beurteilung Dr. D___ vom 20. Mai 2015 ist ein wellenförmiger Verlauf nach wiederholten grossen Eingriffen, wie sie im Fall der Beschwerdeführerin zweifellos stattfanden, mit einer Nachbehandlungsdauer von (etwa) zwei Jahren üblich, in der Regel allerdings mit einem Trend nach oben. Obwohl ein solcher vorliegend nicht ohne weiteres auszumachen ist und er sich den schwankenden Schmerzverlauf in der rechten Leiste nicht erklären konnte, empfahl Physiotherapeut F___ am 30. Juli 2014 weitere Therapie zur Schmerzlinderung und zur Verbesserung der Muskulatur. Auch Gutachter Dr. G___ empfahl am 21. Mai 2015 weiterhin Physiotherapie zur Kräftigung der Oberschenkelmuskulatur beidseits inklusive Dehnübungen, besonders aber links zur Aufdehnung der Quadrizepsmuskulatur und Vergrösserung des retropatellaren Raumes. Gleichzeitig bezeichnete er - wie zuvor schon Dr. D___ am 20. Mai 2015 - das Übergewicht der Versicherten als Problem bzw. eine Gewichtsreduktion hinsichtlich der Gesundung oder mindestens einer Linderung der Beschwerden als vorteilhaft. Überdies sah er - wie Dr. D___ schon am 28. Mai 2014 - einen Überkonsum von Schmerzmitteln. Seite

16 Letzterer riet am 8. Juli 2015 zu einer Entwöhnung vom Opiat MST, was innert acht Monaten als erreichbar erscheine. Dass die Unfallversicherung mit Schreiben vom 26. August 2015 nur die Kosten für die Schmerzmittel-Entwöhnung bis Ende April 2016 übernehmen wollte, ab Ende August 2015 aber keine weiteren Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (und damit auch Taggelder), ist vor diesem Hintergrund kaum nachvollziehbar.

E. 8.3

Als Reaktion auf dieses Ansinnen meinte denn auch das Spital Bülach, wo die Versicherte am 3. und am 25. Juli 2013 sowie am 19. Juni 2014 operiert worden war, am 2. September 2015, eine Weiterführung der Physiotherapie zum Kraftaufbau wäre sinnvoll und ein anhaltender Nutzen erkennbar; diese Empfehlung wird dadurch untermauert, dass das Spital die Arbeitsunfähigkeit (in jeglicher Tätigkeit) auf 100% bezifferte, da eine sitzende Tätigkeit noch nicht während längerer Zeit möglich sei und immer wieder ein Wechsel zwischen Sitzen und Stehen bzw. Gehen nötig sei. Auch die Angaben von Physiotherapeut F___ vom 8. September 2015, dass eine aktive Therapie zur Steigerung von Kraft und Belastbarkeit richtig wäre, diese aber immer wieder durch starke Schmerzen beeinträchtigt werde, zeigt weiteren therapeutischen Handlungsbedarf im Sinne einer nachhaltigen und substanziellen Gewichtsreduktion sowie einer adäquaten Behandlung von im Rahmen einer aktivierenden (Physio-)Therapie allfällig auftretenden Schmerzen auf. Der von Versicherungsmediziner Dr. D___ am 7. Oktober 2015 und in der Folge von der Unfallversicherung in Verfügung und Einspracheentscheid vertretenen Auffassung, weitere Therapien könnten keine bedeutenden Verbesserungen mehr bringen, kann deshalb nicht gefolgt werden. Dies insbesondere auch nicht mit Blick auf die Schreiben des behandelnden Arztes Dr. J___ vom 23. November 2015 und vom 26. Oktober 2016, wonach durch seine Manualtherapie und myofasziale Behandlung eine schnelle Besserung der Beschwerden eingetreten sei, die wiederum die Wirksamkeit der Physio- und wohl auch anderer Therapien erhöhe. Unter diesen Umständen darf - bei erwartbarer Kooperation der Versicherten - mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit gerechnet werden, zumal auch Hausärztin Dr. E___ am 30. November 2015 meinte, eine adaptierte Tätigkeit sei ohne weiteres vorstellbar. In Aufhebung des Einspracheentscheides und der diesem zugrundeliegenden Verfügung ist die Angelegenheit deshalb an die B___ AG zu weiteren therapeutischen Bemühungen und zur Neuentscheidung nach deren Abschluss zurückzuweisen.

E. 9.1

Die Beschwerdeführerin ersuchte erstmals in der Replik um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung im Einspracheverfahren. Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass für ein abgeschlossenes Verfahren keine unentgeltliche Rechtspflege mehr bewilligt werden kann (Stefan Meichssner, Das Grundrecht auf unentgeltliche Rechtspflege, Basel 2008, S. 172; Bernhard Waldmann, in: Bernhard Waldmann, Eva Maria Belser, Astrid Epiney [Hrsg.], Basler Kommentar Bundesverfassung, Basel 2015, Art. 29 N 73 f.).

E. 9.2

Abgesehen davon setzt die Bejahung der unentgeltlichen anwaltlichen Verteidigung im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren kumulativ nicht nur voraus, dass diese sachlich geboten, das Rechtsbegehren nicht aussichtslos und die Partei bedürftig ist (Art. 37 Abs. 4 ATSG; BGE 132 V 200 E. 4.1), sondern ist die Notwendigkeit der anwaltli-

chen Vertretung in diesem Verfahren nur ausnahmsweise dann zu bejahen, wenn sich schwierige Fragen rechtlicher oder tatsächlicher Natur stellen. Zu berücksichtigen sind dabei die konkreten Umstände des Einzelfalls, Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie weitere Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens. Neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit fallen auch bei der versicherten Person liegende Gründe in Betracht, etwa ihre Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden. Schliesslich muss eine gehörige Interessenwahrung durch Verbandsvertreter, Fürsorgestellten oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen ausser Betracht fallen (Urteil des Bundesgerichts 9C_29/2017 vom 6. April 2017 E. 1). Vorliegend wurde vom Vertreter der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht bzw. näher begründet, inwiefern sich im Einspracheverfahren die Annahme eines Ausnahmefalls aufgedrängt haben bzw. weshalb nicht die Vertretung durch die erwähnten Dritten in Frage gekommen sein sollte. In diesem Punkt ist die Beschwerde mithin abzuweisen.

E. 10

10.1

In unfallversicherungsrechtlichen Verfahren sind - unabhängig vom Verfahrensausgang - keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

E. 10.2

Der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zulasten der Unfallversicherung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 1 UVG), wobei die Rückweisung der Sache an die Unfallversicherung mit noch offenem Ausgang für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung praxismässig als volles Obsiegen gilt, und dies unabhängig davon, ob sie überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wurde (BGE 132 V 215 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 6). Nicht abgestellt kann demgegenüber auf die von RA AA___ für das vorliegende Beschwerdeverfahren eingereichte Kostennote über Fr. 5'579.50, die auf einem als überhöht erscheinenden Aufwand von 19.87 Stunden be- Seite 18 ruht, nachdem schon für das Einspracheverfahren im Rahmen einer Kostennote über Fr. 3'731.85 ein Aufwand von 13.29 Stunden geltend gemacht worden war.

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Sache zur ergänzenden Abklärung und Neuentscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird eine Entschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- zulasten der Vorinstanz zugesprochen.
4. Rechtsmittel:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden, wenn er einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken könnte oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit und Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz, BGG, SR 173.110, Art. 93 BGG). Andernfalls ist die subsidiäre Verfassungsbeschwerde gegeben

(Art. 113 ff. BGG). In beiden Fällen ist die Beschwerde beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 18.12.17

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.