

# **BL\_GERICHTE 725 2023 255 vom 17. Oktober 2024**

BL Gerichte, 2024-10-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_2023\\_255](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2023_255)

FR: BL\_GERICHTE 725 2023 255 du 17 octobre 2024

IT: BL\_GERICHTE 725 2023 255 del 17 ottobre 2024

## **Regeste**

Beurteilung der Kausalität im Zusammenhang mit einem Rückfall; Würdigung der Arztberichte

## **Erwägungen**

### **E. 3**

Die Beschwerdeführerin bringt vorweg vor, keiner der zwei relevanten Fälle (Schaden-Nrn. Y. und Z. ) sei rechtskräftig mittels Verfügung abgeschlossen worden.

#### **E. 3.1**

Das Bundesgericht hat im Entscheid 132 V 412 ff. festgehalten, dass der Unfallversicherer, welcher die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ohne Zusprechung von Dauerleistungen (Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung) beabsichtigt, den damit einhergehenden Fallabschluss nicht im formlosen Verfahren (Art. 51 Abs. 1 ATSG) behandeln darf, sondern vielmehr verpflichtet ist, einen solchen Fallabschluss formell zu verfügen. Falls der Versicherer jedoch die (ganze oder teilweise) Verweigerung von Leistungen zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos mitgeteilt hat und die betroffene Person damit nicht einverstanden ist, hat sie dies grundsätzlich innerhalb eines Jahres zu erklären. Diesfalls hat der Versicherer eine Verfügung zu erlassen, gegen welche Einsprache erhoben werden kann. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145). Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob ursprünglich davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit mehr auftreten. Diese Frage ist im Rahmen einer ex ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der damaligen konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C\_102/2008, E. 4.1 und vom 26. August 2008, 8C\_433/2007, E. 2.3, je mit Hinweisen).

#### **E. 3.2**

Wie eingangs dargelegt, erlitt die Beschwerdeführerin in den Jahren 2000, 2001 und 2006 jeweils einen Unfall. Diese Ereignisse wurden von der Beschwerdegegnerin als Unfälle anerkannt und sie übernahm nach Eingang der Unfallmeldungen die Kosten für die

notwendigen Behandlungen. Unbestritten ist, dass diese Fälle von der Suva nie mittels einer formellen Verfügung abgeschlossen wurden. In einer E-Mail vom 19. Januar 2023 unter dem Betreff "Rückfallmeldung zum Grundfall Z. vom 21.06.2006" führte die Beschwerdeführerin aus, sie sende [der Suva] die "beiliegende PDF Rückfallmeldung mit der Bitte um Wiedereröffnung des Unfalls". Damit ist zweifellos davon auszugehen, dass der Unfall vom 21. Juni 2006 im November 2022 längst abgeschlossen war, nachdem die Suva jahrelang keine Leistungen mehr erbracht und auch die Beschwerdeführerin keine Leistungen von der Suva verlangt hatte. Damit ist auch durchaus nachvollziehbar, dass selbst die Beschwerdeführerin von einem Rückfall ausging und die Wiedereröffnung des Grundfalls beantragte. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass die Unfälle formlos bzw. stillschweigend und rechtskräftig abgeschlossen worden sind.

#### **E. 4**

Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang der Rückfallmeldung der Versicherten zu Recht einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 21. Juni 2006 und den als Rückfall gemeldeten Beschwerden verneinte und folglich eine Leistungspflicht ablehnte.

##### **E. 4.1**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

##### **E. 4.2**

Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 mit Hinweis). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz 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 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb).

### **E. 4.3**

Bei der Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle (Art. 11 UVV) gilt es zu beachten, dass Rückfälle begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2022, 8C\_448/2022, E. 2.3 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C\_193/2014, E. 2 mit Hinweisen). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C\_506/2008, E. 3.1 mit Hinweis). Da vorliegend die Unfälle aus den Jahren 2000, 2001 und 2006 formlos bzw. stillschweigend abgeschlossen wurden (vgl. E. 3.2 hiervor), hat die Beschwerdeführerin den Beweis für das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall geltend gemachten Beschwerdebild und den Unfällen nachzuweisen.

#### 5.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 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. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) 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, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). 5.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis). 6.1 Die ablehnende Verfügung der Suva vom 14. Februar 2024 wurde mit der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. D., Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom gleichen Tag begründet. Dr. D. weist auf die verschiedenen degenerativen bzw. abnutzungsbedingten Veränderungen hin, welche in den vorliegenden radiologischen Befunden beschrieben und in der ebenfalls vorliegenden Bildgebung nachvollziehbar seien. Ab dem Bandscheibenfach 3/4 nach caudal seien praktisch alle Segmente der Halswirbelsäule mehr oder weniger davon betroffen. Es handle sich um multisegmentale Höhenminderung der Intervertebralfächer als Ausdruck von Bandscheibendegenerationen, Bandscheiben-Bulging, Retrospondylophyten und arthrotischen Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke und der Wirbelkörper. In der Folge seien durch diese abnutzungsbedingten beziehungsweise degenerativen Veränderungen verschiedene Austrittspunkte der Spinalnerven verengt beziehungsweise bei wohl generell etwas schmächtigem Spinalkanal dieser ebenfalls. Es handle sich bei diesen Veränderungen mit Sicherheit nicht um Unfallfolgen, es seien allesamt krankhafte beziehungsweise abnutzungsbedingte

Veränderungen ohne Zusammenhang zu den oben erwähnten drei Schadenereignissen. 6.2 Mit ihrer Vernehmlassung hat die Beschwerdeführerin Stellungnahmen der Versicherungsmediziner Dr. med. E. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. Oktober 2023 und Dr. med. F. , Facharzt Neurologie, vom 11. Oktober 2023 eingereicht. Dr. E. hält fest, dass durch den Auffahrunfall vom 19. Mai 2001 an der Lendenwirbelsäule keine strukturellen Verletzungen erfolgten, was durch die damalige MRI-Bildgebung vom 29. Mai 2001 dokumentiert worden sei. Dies ergebe sich auch durch die Formulierung des Neurologen Dr. G. in seinem Bericht vom 5. Juni 2001, wonach die MRI-Untersuchung "normal" gewesen sei. Des Weiteren führt Dr. E. aus, dass das MRI der Lendenwirbelsäule vom 12. Januar 2023 im Spital I. überwiegend wahrscheinlich keine strukturell objektivierbare Unfallfolgen zeige und dass die beschriebene Verengung des Spinalkanals altersbedingt und degenerativ bedingt sei. Dr. F. seinerseits führt aus, die Bilddiagnostik vom 9. August 2006 (Velosturz auf die Schulter) eine HWS ohne Frakturen oder Frisuren der Wirbelkörper dokumentiert, ohne Nachweis unfallkausaler struktureller Läsion im Bereich C6/C7, bei beginnenden abnutzungsbedingten Veränderungen. Weiter hält er fest, dass die Peroneusparese links bereits im Bericht von 7. Juni 2001 durch den Neurologen Dr. G. nicht als unfallkausal angesehen worden sei, sondern als Druckläsion aus dem Schlaf heraus. Zusammenfassend legt Dr. F. dar, dass weder durch das Unfallereignis 2001 lumbal noch durch das Unfallereignis 2006 cervical strukturelle Veränderungen erfolgten.

#### **E. 7**

Es fällt auf, dass sich die Beschwerdeführerin trotz ihres sonstigen beträchtlichen Aufwands auf keine ärztlichen Unterlagen berufen kann, die sich direkt mit den Meinungen der Versicherungsmediziner auseinandersetzen. Die ablehnende Verfügung vom 14. Februar 2023 wurde mit der der Verfügung beigelegten Beurteilung von Dr. D. vom gleichen Tag begründet. Obwohl die Behandlung durch PD Dr. med. B. , FMH Neurologie, bereits seit dem 11. Januar 2023 andauerte, hielt es die damals bereits durch ihren Rechtsanwalt vertretene Beschwerdeführerin nicht für nötig, in der Einsprache vom 17. März 2023 zum Bericht von Dr. D. aus fachärztlicher Sicht Stellung beziehen zu lassen. In der Einsprache wird lediglich auf den Bericht von PD Dr. B. vom 11. Januar 2023 verwiesen, der die Beurteilung von Dr. D. jedoch mit keinem Wort erwähnt. Im Bericht von Dr. B. vom 11. Januar 2023 wie auch in seinen späteren Berichten wird lediglich ein Status nach zweimaligen Unfällen 2001 und 2006 erwähnt. Weiter werden rein anamnestische Erklärungen der Beschwerdeführerin festgehalten, wonach sie seit 2001 bzw. 2006 unter chronischen Schmerzen gelitten habe. Dr. E. und Dr. F. wie auch bereits Dr. D. machen zu Recht geltend, dass PD Dr. B. bezüglich der Beschwerden im Zeitraum 2006 bis 2022 einzig auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin abstellt, was den Schluss zulässt, dass angesichts fehlender echtzeitlicher Berichte für diesen sehr langen Zeitraum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rückfallkausalität vorliegt, insbesondere auch weil keine Brückensymptome nachgewiesen sind. Bereits Dr. D. wies zu Recht auf die verschiedenen degenerativen bzw. abnutzungsbedingten Veränderungen hin.

#### **E. 8**

Zusammenfassend ergibt sich, dass in Anbetracht der langen Dauer vom letzten Unfallereignis im Jahr 2006 bis zum Vorliegen der Ende 2022 geltend gemachten bzw. dokumentierten Beschwerden sehr hohe Anforderungen an den Beweis der Rückfallkausalität zu stellen sind. Dieser Beweis gelingt der Beschwerdeführerin

klarerweise nicht. An dieser Einschätzung vermögen auch die diversen während des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte von PD Dr. B., des Imamed J. und von Prof. Dr. med. C. nichts zu ändern, da sich diese nicht zur Frage der Kausalität äussern. Des Weiteren ist auch der Antrag, die Beschwerdegegnerin habe die Kosten für die Diagnostik der externen medizinischen Abklärungsmassnahmen, die zur Beurteilung des Anspruchs notwendig gewesen seien, zu übernehmen, abzulehnen. Die diagnostischen Abklärungen wurden jeweils im Rahmen der Behandlungen bzw. zu Beginn der Behandlungen vorgenommen. Eine diesbezügliche Leistungspflicht ist – insbesondere nach Verneinung der Rückfallkausalität – abzulehnen. Damit ergibt sich, dass die vorliegende Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

9.1 Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Für das vorliegende Beschwerdeverfahren hat die Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung ersucht. Das Kantonsgericht hat diesem Gesuch mit Verfügung vom 25. August 2023 entsprochen und der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Dr. Krummenacher bewilligt. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 26. Januar 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 48.25 Stunden geltend gemacht, was sich Anbetracht der Komplexität der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen im Vergleich mit ähnlich gelagerten Fall als wesentlich zu hoch erweist. Insbesondere als zu hoch erweisen sich die geltend gemachten Aufwände für die Ausarbeitung der Beschwerde (rund 29 Stunden) und die mit der Beschwerdeführerin geführten Telefonate (rund 12 Stunden). Zudem gestaltet sich die Beschwerde sehr ausschweifend. Dazu kommt, dass der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin bereits im Einspracheverfahren vertreten und auch Teile der Einsprache in die Beschwerde übernommen hat. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass sich der Aufwand eines Rechtsvertreters in Verfahren im Rahmen der unentgeltlichen Prozessführung auf das Notwendige zu beschränken hat, was vorliegend nicht der Fall ist. Gestützt auf diese Ausführungen erweist sich ein Gesamtaufwand von 14 Stunden (10 Stunden im Jahr 2023 und 4 Stunden im Jahr 2024) für die sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Advokaten vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Nicht zu beanstanden ist sodann die geltend gemachte Spesenpauschale von 3 %. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist deshalb ein reduziertes Honorar von Fr. 3'109.35 (10 Stunden à Fr. 200.-- + 3 % Spesenpauschale zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer auf den Betrag von Fr 2'060.-- und 4 Stunden à Fr. 200.-- + 3 % Spesenpauschale zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer auf den Betrag von Fr. 824.--) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird – soweit darauf eingetreten werden kann – abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 3'109.35 (inkl. Auslagen und 7,7 % auf den Betrag von Fr. 2'060.-- bzw. 8,1 % Mehrwertsteuer auf den Betrag von

Fr. 824.--) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht mit Urteil vom 3. April 2025, 8C\_196/2025, abgewiesen. ERROR: syntaxerror OFFENDING COMMAND: --nostringval-- STACK:

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