

# GR\_GERICHTE S 2017 118 vom 27. November 2018

GR Gerichte, 2018-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2017 118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_118)

FR: GR\_GERICHTE S 2017 118 du 27 novembre 2018

IT: GR\_GERICHTE S 2017 118 del 27 novembre 2018

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 2

Vom 19. Januar bis zum 15. Februar 2014 befand sich A.\_\_\_\_\_ zur Rehabilitation in der Klinik C.\_\_\_\_\_. Von dort wurde sie zur psychologischen Weiterbetreuung den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR) zugewiesen. In der Folge wurde eine Anpassungsstörung diagnostiziert und eine Behandlung mit regelmässigen Therapiegesprächen und Psychopharmaka durchgeführt. Weil zudem auch weiterhin diverse körperliche Beschwerden vorlagen, wurde A.\_\_\_\_\_ durch ihren Hausarzt und physiotherapeutisch behandelt, unterzog sich ambulanten Kontrolluntersuchungen im Spital B.\_\_\_\_\_ und erhielt Leistungen der Spitex.

### E. 3

Nachdem zunächst die D.\_\_\_\_\_ die Heilungskosten übernommen und Taggelder ausgerichtet hatte, anerkannte die SUVA ihre Leistungspflicht. Am 29. Juli 2014 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Dabei wurden vor allem von Seiten der linken Schulter erhebliche Defizite festgestellt und ein nochmaliger Rehabilitationsaufenthalt empfohlen, so dass sich A.\_\_\_\_\_ in der Folge vom 7. August bis zum 11. September 2014 in der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ aufhielt. Dort wurden, nebst anderem, eine Anpassungsstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert und die Weiterführung der hausärztlichen sowie der psycho- und physiotherapeutischen Behandlung empfohlen.

### E. 4

Am 21. Oktober 2014 wurde das Osteosynthesematerial am Humeruskopf im Spital B.\_\_\_\_\_ operativ entfernt. Im Verlauf zeigte sich eine zunehmende

- 3 - Nekrose des Humeruskopfes und am 17. März 2015 wurde im Spital F.\_\_\_\_\_ eine Schulterprothese implantiert.

### E. 5

Vom 25. November 2014 bis zum 15. Januar 2015 wurde A.\_\_\_\_\_ in der Tagesklinik der PDGR behandelt. Danach wurde die ambulante psychotherapeutische Behandlung fortgeführt.

### E. 6

Mit Verfügungen vom 8. April 2015 und vom 16. Juni 2015 wurde A.\_\_\_\_\_ ab dem 1. Februar 2015 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Dieser

Rentenanspruch erlosch am 1. Juni 2015 mit dem Entstehen des Anspruchs auf eine Altersrente der AHV.

### **E. 6.1**

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind nach der Rechtsprechung alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene gesundheitliche Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E.3.1). Ob zwischen einem Unfall und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde 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 129 V 177 E.3.1).

### **E. 6.2**

Zur Abklärung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen (BGE 122 V 157 E.1b). Die medizinischen Unterlagen unterliegen wie sämtliche Beweismittel in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Es gilt das gesamte Beweismaterial objektiv zu würdigen, bei sich widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine oder andere medizinische These abzustellen ist, und zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 143 V 124 E.2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes ärztlicher Stellungnahmen ist entscheidend, ob diese auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung

- 9 - der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchten und in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen vermögen (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ärztlicher Stellungnahmen ist folglich grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet

erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Arztes allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2).

### E. 6.3

Im vorliegenden Fall finden sich zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom D.1.\_\_\_\_\_ und den psychischen Problemen der Beschwerdeführerin folgende ärztliche Aussagen: Austrittsbericht des Spitals B.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2014: Es liege, nebst zahlreichen weiteren Diagnosen, eine depressive Störung vor (Beilage der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 14 S. 22).

- 10 - Bericht der Klinik C.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2014: Es liege eine depressive Störung vor. Die unfallbedingten körperlichen Einschränkungen und Schmerzen seien sehr frustrierend und psychologisch belastend (Bg-act. 14 S. 13 f.). Bericht der PDGR vom 2. Mai 2014: Die Beschwerdeführerin sei den PDGR von der Klinik C.\_\_\_\_\_ zur psychologischen Weiterbetreuung zugewiesen worden (Bg-act. 14 S. 1). Sie leide an einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger) gemäss ICD-10 F43.23. Sie berichte von einer an und für sich psychosozial stabilen Situation. Seit zehn Jahren lebe sie eine gut funktionierende Beziehung, der Kontakt zum heute 40-jährigen Sohn sei innig und konstant, es gebe mehrere gute Bekannte. Seit dem Unfall habe sich die Situation massiv verändert. Die starken Schmerzen liessen eine Arbeitstätigkeit nicht mehr zu, sie fühle sich abhängig und ausgeliefert, es gebe Schlaf- und Konzentrationsstörungen (Bg-act. 14 S. 2). Kreisärztlicher Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, vom 30. Juli 2014: Es liege nebst anderem eine depressive Störung vor. Diese sei die hauptsächliche Ursache für die kognitiven Beeinträchtigungen. Die depressive Störung sei unfallfremd (Bg-act. 63 S. 5). Schreiben von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 18. August 2014: Er habe die depressive Störung als unfallfremd bezeichnet, weil im Bericht des Spitals Y.\_\_\_\_\_ unter den Diagnosen neben der Arteriellen Hypertonie die Depression aufgeführt werde, so dass er davon ausgegangen sei, dass auch diese wohl zum Teil vorbestehend gewesen sei. Allerdings habe er diese Thematik anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung nicht thematisiert (Bg-act. 81 S. 2). Austrittsbericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2014: Aus den beim Unfall erlittenen Verletzungen resultiere eine Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10 F45.41 (Bg-act. 93 S. 1). Psychiatrischerseits sei bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte Schmerzstörung zu diagnostizieren, welche durch die Verletzungen beim Unfall vom D.1.\_\_\_\_\_ ausgelöst, jedoch durch psychologische Faktoren aufrechterhalten und zur Exazerbation gebracht worden sei. Es bestehe zudem eine Anpassungsstörung aufgrund des erlebten körperlichen Integritätsverlustes durch die multiplen Verletzungen vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstruktur mit hohem Autonomiebedürfnis. In Folge dessen habe die Beschwerdeführerin agoraphobisch anmutende Ängste entwickelt, so dass sie ein ausgeprägtes Verhaltensmuster der Schonung und Vermeidung aufgebaut habe. Der häusliche und soziale Rückzug habe zu einer gedanklichen Einengung auf das Schmerzerleben geführt und im Sinne eines gegenseitig negativ verstärkenden Aufschaukelungsprozesses zu einer Verfestigung eines anhaltend depressiv-ängstlichen Verhal-

- 11 - tensmusters (Bg-act. 93 S. 3). Beim Eintrittsgespräch habe die Beschwerdeführerin angegeben, seit dem Unfall sei ihr Leben komplett verändert. Sie leide unter starken Schmerzen, verspüre grosse Wut gegenüber dem Busfahrer, sei häufig durch ihre Situation psychisch belastet und reagiere allgemein aggressiver, weshalb sie in psychotherapeutischer Behandlung sei (Bg-act. 93 S. 6). Hausärztlicher Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 23. September 2014: Es bestehe eine leichte depressive Verstimmung im Rahmen der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin (Bg-act. 176 S. 27). Kreisärztlicher Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, vom 6. Juli 2015: Aus dem Unfall resultiere eine Anpassungsstörung mit Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Bg-act. 190 S. 1). Kreisärztlicher Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2015: In die Kompetenz der Beschwerdeführerin falle, nebst anderen Diagnosen, eine depressive Störung. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Konzentrations- und Merkmstörungen würden gegebenenfalls gesondert nochmals evaluiert (Bg-act. 193 S. 7 f.). Versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 21. März 2016: Eine Depression sei als vorbestehend beschrieben worden und frühzeitig seien psychosoziale Faktoren erkennbar gewesen, welche den Heilverlauf beeinflusst hätten. Die Klinik C.\_\_\_\_\_ habe eine psychologische Weiterbehandlung empfohlen, welche ab dem 18. März 2014 durch die PDGR in X.\_\_\_\_\_ übernommen worden sei (Bg-act. 245 S. 9). Auf neurologischem Fachgebiet lägen keine strukturell objektivierbaren neurologischen Unfallfolgen mehr vor. Eine klare Aussage zur Frage, ob unfallbedingte neuropsychologische Defizite vorlägen, sei ausweislich der neuropsychologischen Untersuchung vom 15. August 2014 an der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ nicht möglich (Bg-act. 245 S. 10). Das Leistungsvermögen werde wesentlich von der psychischen Morbidität geprägt, zu der er aus neurologischer Sicht nicht Stellung nehmen könne (Bg-act. 245 S. 11). Bericht der PDGR vom 14. September 2016: Aktuelle Diagnose sei eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, nach ICD-10 F32.1. Die Beschwerdeführerin sei eine 65-jährige Patientin mit nun mehrjähriger Vorgeschichte psychiatrischer Symptome nach einem Verkehrsunfall mit Schädel-Hirn-Trauma. Aus psychiatrischer Sicht bestünden weiterhin vor allem affektive Symptome in Rahmen einer nun depressiven Episode sowie Angstsymptome. In diesem Sinne seien auch die weiterhin persistierenden kognitiven Einschränkungen zu sehen. Da die Symptome zeitlich nach dem Unfall aufgetreten seien und weiterhin persistierten und auch ein gewisser inhaltlicher Zusammenhang bestehe, könne ein kausaler Zusammenhang mit dem Unfall nicht gänzlich ausgeschlossen werden. In diesem Sinne sei eine psychiatrische Begutachtung mit entsprechender

- 12 - testpsychologischer Untersuchung zur genauen diagnostischen Abklärung und Eruieren einer möglichen kausalen Verbindung zu empfehlen (Bg-act. 264 S. 2 f.).

#### **E. 6.4**

Aus den in der vorstehenden Erwägung zitierten ärztlichen Aussagen ist ersichtlich, dass unmittelbar nach dem Unfall krankheitswertige psychische Beschwerden auftraten und in der Folge persistierten. Es zeigt sich auch, dass die überwiegende Mehrheit der involvierten Ärzte annahm, die psychischen Beschwerden wären ohne den Unfall nicht oder nicht in der gleichen Weise aufgetreten. Die Ärzte waren mithin der Ansicht, der Unfall sei klarerweise die Ursache oder zumindest nebst anderen Faktoren der entscheidende Auslöser der psychischen Probleme gewesen. Einzig im Bericht der PDGR vom 14. September 2016 wurde der ursächliche Zusammenhang lediglich als möglich beschrieben.

Eine ärztliche Aussage, welche einen ursächlichen Zusammenhang mit nachvollziehbaren Gründen negieren würde, findet sich in den Akten nicht. Zwar bezeichnete der Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Diagnose der depressiven Störung in seinem Bericht vom 30. Juli 2014 zunächst als unfallfremd, korrigierte dies aber mit Schreiben vom 18. August 2014 dahingehend, dass diese Thematik bei der kreisärztlichen Untersuchung nicht thematisiert worden sei (vgl. vorne E.6.3).

#### **E. 6.5**

Für einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Problematik spricht auch, dass bei der Beschwerdeführerin kein depressiver oder sonstiger psychopathologischer Vorzustand vorlag. In der Besprechung vom 28. Februar 2014 gab die Beschwerdeführerin gegenüber der D.\_\_\_\_\_ an, vor dem Unfall habe sie nie psychische Beschwerden gehabt und sei nie wegen psychischen Beschwerden in Behandlung oder arbeitsunfähig gewesen (Bg-act. 13 S. 21). Diese Aussage ist glaubhaft, finden sich doch in den Akten keine Hinweise auf psychische Probleme vor dem D.1.\_\_\_\_\_. Irreführend ist in diesem Zusammenhang die versicherungsmedizinische neurologische Beurteilung vom 21. März 2016, in welcher Dr. med. K.\_\_\_\_\_ ausführte, eine Depression sei als vor-

- 13 - bestehend beschrieben worden (Bg-act. 245 S. 9). Damit bezog sich Dr. med. K.\_\_\_\_\_ allem Anschein nach auf die ursprüngliche, falsche Aussage von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, ohne dessen Berichtigung zur Kenntnis genommen zu haben (vgl. vorne E.6.4).

#### **E. 6.6**

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass gestützt auf die übereinstimmenden Aussagen der involvierten Ärzte der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom D.1.\_\_\_\_\_ und der in dessen Folge aufgetretenen psychischen Problematik der Beschwerdeführerin zu bejahen ist. 7. Geprüft wird nun, ob neben dem natürlichen auch ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

#### **E. 7**

Am 1. Juli 2015 fand eine zweite kreisärztliche Untersuchung statt. Dabei wurde der Integritätsschaden infolge der eingeschränkten Mobilität der linken Schulter auf 20 % festgelegt, die Frakturen als geheilt eingeschätzt und aus orthopädisch-traumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit gewissen Einschränkungen festgelegt. Eine versicherungsmedizinische Beurteilung vom 21. März 2016 kam zum Schluss, dass auf neurologischem Fachgebiet überwiegend wahrscheinlich ein Endzustand erreicht sei und dass das Leistungsvermögen nicht von einer neurologischen sondern wesentlich von einer psychischen Morbidität geprägt sei. Diese Beurteilung stützte sich auch auf ein MRI des Kopfes vom 18. Januar 2016, das auf Veranlassung des versicherungsmedizinischen Dienstes gemacht worden war, um die Frage zu klären, ob ein organisches Korrelat für die von A.\_\_\_\_\_ geklagte anhaltende kognitive Leistungsminderung bestehe.

#### **E. 7.1**

Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Gesundheitsschadens zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Gesundheitsschaden von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Gesundheitsschadens also durch

das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E.3.2, 125 V 456 E.5a). Die Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs ist eine Rechtsfrage, deren Beantwortung nicht einer medizinischen Fachperson, sondern der rechtsanwendenden Behörde obliegt (BGE 141 V 330 E.6.2.3).

### **E. 7.2**

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E.2). Im Bereich organisch nicht objektiv ausgewiesener Gesundheitsschäden hingegen hat die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers grosse Bedeutung (BGE 125 V 456 E.5c). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den

- 14 - Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen beziehungsweise bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1). Sind die geklagten Beschwerden nicht in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person bei einem Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, so ist die sogenannte Schleudertrauma-Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 E.6 und 134 V 109 E.10 anzuwenden und auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten zu verzichten. Ist die Schleudertrauma-Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien von BGE 115 V 133 E. 6c/aa anzuwenden, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden. Nach dieser sogenannten Psycho-Praxis werden die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 134 V 109 E. 2.1 und 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2010 vom 23. August 2010 E.3). Ausnahmsweise ist die Psycho-Praxis auch anzuwenden, wenn die versicherte Person zwar ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat, wenn aber die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 127 V 102 E.5b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_430/2016 vom 31. Oktober 2016 E.7.1). Als typische Beschwerden in diesem Sinne gelten nach der Rechtsprechung diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und

- 15 - Wesensveränderung (BGE 119 V 335 E.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_430/2016 vom 31. Oktober 2016 E.7.1).

### **E. 7.3**

Im vorliegenden Fall steht mit der depressiven Störung der Beschwerdeführerin ein psychischer, organisch nicht objektiv ausgewiesener Gesundheitsschaden in Frage. Der adäquate Kausalzusammenhang deckt sich deshalb nicht mit dem natürlichen und ist nachfolgend gesondert zu prüfen. Dabei ist zunächst zu klären, ob die Beschwerdeführerin

Verletzungen erlitten hat, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigen, oder ob der adäquate Kausalzusammenhang nach der Psycho-Praxis zu bestimmen ist.

### **E. 7.3.1**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe beim Unfall am D.1. \_\_\_\_\_ nebst zahlreichen anderen Verletzungen auch ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten und in der Folge seien Beschwerden aufgetreten, welche typischerweise nach traumatischen Hirnverletzungen aufträten. Dem kann gefolgt werden, es geht zweifelsfrei aus den nachfolgend zitierten Arztberichten hervor. Bericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2014: Es liege eine subarachnoidale Blutung im Inselbereich links vor. Bei der Einlieferung ins Spital habe die Beschwerdeführerin unter anderem eine 1 cm lange Rissquetschwunde am Oberlid des rechten Auges und eine oberflächliche Schürfwunde an der rechten Wange gehabt, sie sei allseits orientiert gewesen und der GCS habe bei 15 gelegen (Bg-act. 14 S. 22 ff.). Bericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2014: Die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall ein Schädel-Hirn-Trauma mit Subarachnoidalblutung zugezogen. Die Blutung habe sich rasch resorbiert. Eine operative Intervention sei nicht nötig gewesen. Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin über persistierenden, anfallartig auftretenden Schwindel geklagt sowie über starke Konzentrationsstörungen, Sehstörungen, Phasen der Aggressivität und ein subjektives Gefühl der Hörminderung. Eine Verlaufskontrolle mittels eines MRI des Schädels sei ohne Befund geblieben. Es seien spezialärztliche Kontrollen erfolgt. Dabei habe sich keine objektivierbare Ursache für die Sehstörung gefunden, habe die Hörminderung mittels audiometrischer Kontrolle nicht objektiviert werden können und sei der Schwindel mit einer diffusen Innenohrproblematik in Zusammenhang gestellt worden. Die Konzentrationsstörungen und die gelegentliche Aggressivität seien einerseits Folge des

- 16 - Schädel-Hirn-Traumas, andererseits Folge einer depressiven Entwicklung posttraumatisch. Alle diese Symptome hätten sich im Beobachtungszeitraum nicht gebessert (Bg-act. 44 S. 1 f.). Versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 21. März 2016: Die Beschwerdeführerin habe eine traumatische Hirnverletzung mit bildgebend nachgewiesener oberflächlicher Subarachnoidalblutung erlitten. Diese Blutung sei regelrecht und komplikationslos resorbiert. Eine strukturelle organische Grundlage für neuropsychologische Beschwerden sei nicht mehr nachweisbar (Bg-act. 245 S. 10). Bericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2016: Die Beschwerdeführerin habe nach der Hirnblutung subjektiv neurokognitive Defizite erlebt. Es habe sich die Frage gestellt, ob Hämosiderinablagerungen im Hirn bestünden. Ein MRT des Neurokraniums vom 18. Januar 2016 habe keine erkennbaren Residuen im Bereich der damals stattgehabten subarachnoidalen Blutanteile links aufgezeigt, ebenso keinen Hinweis auf intrazerebrale Hämosiderinablagerungen, keine intrazerebralen Raumforderungen und keine frische Ischämie (Bg-act. 243).

### **E. 7.3.2**

Obwohl die Beschwerdeführerin beim Unfall vom D.1. \_\_\_\_\_, wie gerade gezeigt, ein Schädel-Hirn-Trauma erlitt, ist zur Beurteilung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs ausnahmsweise nicht die Schleudertrauma-, sondern die Psycho-Praxis anzuwenden. Der Grund liegt darin, dass bei der Beschwerdeführerin bereits unmittelbar nach dem Unfall auch eine psychische Problematik auftrat und dass die für ein Schädel-Hirn-Trauma typischen Beeinträchtigungen im Vergleich zu dieser psychischen Problematik im Lauf der Zeit deutlich in den Hintergrund traten (vgl. vorne E.7.2). Bereits im Austrittsbericht des Spitals

B.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2014 war neben den zahlreichen somatischen Diagnosen eine depressive Störung diagnostiziert (Bg-act. 14 S. 22). Auch der Bericht der Klinik C.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2014 enthielt diese Diagnose und nannte als Therapieziel unter anderem die psychische Stabilisierung (Bg-act. 14 S. 13 f.). Ab März 2014 war die Beschwerdeführerin dann durchgehend bei den PDGR in Behandlung, meist ambulant, vom 25. November 2014 bis zum 15. Januar 2015 tagesklinisch (Bg-act. 264 S. 1, 119 S. 1, 140). Mit Schreiben vom 3. Februar 2015 gaben die PDGR an, die Beschwerdeführerin sei auf eigenen

- 17 - Wunsch aus der Tagesklinik ausgetreten, obwohl sie weiterhin intensivere Betreuung benötige. Ein erneuter stationärer Reha-Aufenthalt mit Schwerpunkt auf der psychosomatischen Behandlung sei zu befürworten (Bg-act. 140). Zum massgeblichen Zeitpunkt bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 23. Juni 2017 stand die depressive Störung absolut im Vordergrund. Die nach dem Unfall aufgetretenen Kopfschmerzen wurden bereits im Bericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 nicht mehr als eines der Hauptprobleme bezeichnet (Bg-act. 93 S. 3) und im Bericht der PDGR vom 14. September 2016 wurden gar keine Kopfschmerzen mehr erwähnt (Bg-act. 264). Visusstörungen wurden bei der Befundaufnahme bei Eintritt in die Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ am 7. August 2014 keine mehr festgestellt (Bg-act. 93 S. 8) und danach weder im Bericht des Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 erwähnt (Bg-act. 176 S. 27 f.) noch bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 1. Juli 2015 thematisiert (Bg-act. 193 S. 5 ff.). Beim Schwindel zeigte sich ein ähnlicher Verlauf, er beeinträchtigte die Beschwerdeführerin nach dem Unfall recht stark, findet aber bei Austritt aus der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ am 11. September 2014 keine Erwähnung mehr (Bg-act. 93 S. 9) und wurde in der Folge weder vom Hausarzt noch vom Kreisarzt genannt (Bg-act. 176 S. 27 f., 193 S. 5 ff.).

### **E. 7.3.3**

Aus den soeben dargelegten Gründen hat die Beschwerdegegnerin zur Klärung des adäquaten Kausalzusammenhangs zu Recht die Psycho-Praxis angewendet. Ob sich die Anwendung der Psycho-Praxis auch mit dem Schweregrad der Kopfverletzung begründen liesse, wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid tat, ist deshalb für das Ergebnis dieses Verfahrens unerheblich. Der Vollständigkeit halber sei die diesbezügliche Rechtslage dennoch kurz dargelegt. Nach der Rechtsprechung rechtfertigt sich die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur dann, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri liegt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E.4.2 und

- 18 - 8C\_270/2011 vom 28. Juli 2011 E.2.1). Zur Bestimmung des Schweregrads eines Schädel-Hirn-Traumas stellte die Rechtsprechung zunächst einzig auf den Punktwert der Glasgow-Coma-Skala (GCS) ab (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 276/04 vom 13. Juni 2005 E.2.2.1). Dieser Punktwert zeigt aufgrund einer Prüfung motorischer und sprachlicher Reaktionen das Ausmass der Bewusstseinsstörung auf. Dabei wird einem leichten Schädel-Hirn-Trauma ein GCS-Wert von 15 bis 13 zugeordnet, einem mittelschweren ein solcher von 12 bis 9 und einem Schweregrad ein solcher von 8 bis 3 ([www.pschyrembel.de/Schädelhirntrauma](http://www.pschyrembel.de/Schädelhirntrauma), zuletzt eingesehen am 27. März 2019). In seiner jüngeren Praxis bezog das Bundesgericht neben dem GCS-Wert weitere Aspekte mit ein und umschrieb die Commotio cerebri gestützt auf das MSD-Manual der Diagnostik

und Therapie (vgl. [www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com)) als Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht, wobei der Verletzte oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung hat aber keine neurologischen Auffälligkeiten bestehen. Die Contusio cerebri umschrieb das Bundesgericht als fokale Gewaltanwendung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E.4.2). Charakteristisch für eine Contusio cerebri seien feststellbare intrakranielle Läsionen beziehungsweise messbare Defektzustände (Urteil des Bundesgerichts 8C\_608/2015 E.4.4). Im vorliegenden Fall finden sich in den Akten keine ärztlichen Äusserungen zum Schweregrad des Schädel-Hirn-Traumas. Angesichts der subarachnoidalen Blutungen im Inselbereich links wäre wohl, wie die Beschwerdeführerin geltend macht, trotz des GCS-Wertes von 15 von einem Fall im Grenzbereich zwischen einem leichten und einem mittelschweren oder gar einem mittelschweren Schädel-Hirn-Trauma auszugehen. Die Einstufung kann aber wie gesagt offenbleiben, da die Anwendung der Psycho-Praxis aus anderen Gründen gerechtfertigt war (vgl. vorne E.7.3.2).

- 19 -

#### **E. 7.4**

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung entsprechend der Psycho-Praxis bildet das objektiv erfassbare Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften und die unmittelbar beim Unfall erlittenen Verletzungen (BGE 140 V 356 E.5.1, 115 V 133 E.6). Nicht zu berücksichtigen sind das subjektive Erleben des Unfalls durch die verunfallte Person und die Folgen, welche sich im Lauf der Zeit als Reaktion auf den Unfall entwickeln (BGE 140 V 356 E.5.3, 115 V 133 E.6). Vorliegend stufte die Beschwerdegegnerin den Unfall der Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid als mittelschwer ein. Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens präzisierete sie, der Unfall sei mittelschwer im eigentlichen Sinne. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber die Ansicht, der Unfall sei als mittelschwer im Grenzbereich zu schwer oder als schwer einzustufen. Im Folgenden wird geprüft, welche dieser Einstufungen zutrifft.

##### **E. 7.4.1**

Aus dem Bericht der Kantonspolizei Graubünden vom 16. Januar 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am D.1. \_\_\_\_\_ um zirka 17 Uhr von einem Bus angefahren wurde, als sie die L. \_\_\_\_\_-strasse in X. \_\_\_\_\_ zu Fuss überquerte. Durch den Aufprall wurde sie mehrere Meter zurückgeschleudert und blieb verletzt am Boden liegen (Bg-act. 15 S. 3). Wie weit die Beschwerdeführerin weggeschleudert wurde, lässt sich nicht genau sagen. Auf dem Fotoblatt der Kantonspolizei ist ersichtlich, dass die Endlage der Beschwerdeführerin von der Endlage des Busses rund sechs Meter entfernt war (Bg-act. 15 S. 10, beziehungsweise nachgereichte Beilage 1 der Beschwerdegegnerin Foto Nr. 5). Diese Distanz entspricht aber entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht der Strecke, über welche die Beschwerdeführerin weggeschleudert wurde. Der Buschauffeur sah die Beschwerdeführerin erst unmittelbar vor der Kollision (Protokoll der polizei-

- 20 - lichen Einvernahme des Buschauffeurs, Bg-act. 15 S. 15 f.). Es ist deshalb anzunehmen, dass der Bus bei der Kollision erst wenig abgebremst hatte und nach der Kollision noch einige Meter weiterfuhr bis er zum Stillstand kam. Die Strecke, über welche die Beschwerdeführerin weggeschleudert wurde, ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit deutlich grösser als sechs Meter. Die Kollision war sodann so heftig, dass die Frontscheibe des Busses zu Bruch ging (Bg-act. 15 S. 12 f., beziehungsweise nachge- reichte Beilage 1 der Beschwerdegegnerin Foto Nr. 7). Die Auswertung des Fahrtenschreibers ergab, dass der Bus zum Zeitpunkt der Kollision eine Geschwindigkeit von 39.1 km/h hatte (Schlussbericht der Staatsanwalt- schaft Graubünden vom 2. Dezember 2014, Beilage der Beschwerdefüh- rerin act. 3 S. 3). Die Beschwerdeführerin erlitt ein Polytrauma mit Leber- ruptur, Humerus-, Beckenring- und Rippenserienfraktur sowie Schädel- Hirn-Trauma und war bei Einlieferung ins Spital in Lebensgefahr (Bg-act.

#### **E. 7.4.2**

Vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Kasuistik ist dieses offen- sichtlich heftige und mit sehr grosser Krafteinwirkung auf die Beschwerde- führerin verbundene Unfallereignis als schwererer Unfall im mittleren Be- reich oder gar als mittelschwer im Grenzbereich zu einem schweren Unfall einzustufen (vgl. BGE 115 V 133 E.6c/bb). Vergleichbar sind vor allem fol- gende Fälle: Schwerere Unfälle im mittleren Bereich: - Eine Person hielt ihr Auto nachts auf einer unbeleuchteten Ausserortsstrecke an und überquerte die Fahrbahn zu Fuss. Dabei wurde sie von einem entgegenkommenden Fahrzeug angefahren und erlitt Frakturen am Becken und am rechten Ellbogen sowie eine Commotio cerebri (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 366/05 vom 10. April 2006 E.2.2). - Eine Person stürzte aus 4 m Höhe aufs Gesäss und erlitt Kompressionsfrakturen an zwei Brustwirbelkörpern (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 196/01 vom 18. März 2003 E.3.2.3). Mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu einem schweren Unfall:

- 21 - - Bei einer Kollision auf der Autobahn prallte ein Autofahrer an die Tunnelwand und durch heftigen Kopfanprall barst die Windschutzscheibe seines Autos, wobei er eine HWS-Distorsion erlitt (Urteil 8C\_257/2008 vom 4. September 2008 E. 3.3.2). - Ein Skifahrer, welcher der Kollision mit einem anderen Skifahrer ausweichen musste, prallte mit dem Kopf mit voller Wucht gegen einen Baum und erlitt eine HWS-Distor- sion (Urteil des Bundesgerichts 8C\_42/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 5.2). - Eine Person erlitt beim Reinigen einer Dachrinne einen Stromstoss und stürzte be- wusstlos aus rund 3 m Höhe auf den Betonboden, wobei sie sich eine Jochbeinfraktur eine Commotio cerebri, eine kleine Subarachnoidalblutung und multiple Prellungen zuzog (Urteil des Bundesgerichts 8C\_584/2010 vom 11. März 2011 E.4.2.4). - Ein Bauarbeiter fiel aus einer Höhe von etwa 7 bis 8 m auf Humusboden und zog sich eine Commotio cerebri, Kontusionen an HWS und Lendenwirbelsäule (LWS) und mul- tiple Prellungen zu (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 168/04 vom 8. Oktober 2004 E.5.2). - Ein Velofahrer wurde von einem Automobilisten angefahren und auf die Strasse ge- schleudert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_757/2008 vom 16. Dezember 2008). - Eine Fussgängerin wurde auf dem Fussgängerstreifen angefahren und 15 bis 20 Me- ter durch die Luft geschleudert, wobei sie eine Commotio cerebri und eine Rippenfrak- tur erlitt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 214/04 vom 15. März 2005 E.2.2.5). Dass vorliegend die Kollision der Beschwerdeführerin mit dem Ortsbus als schwererer Unfall im mittleren Bereich oder gar als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen

einzuordnen ist, ergibt auch der Vergleich mit den nachfolgend aufgelisteten Fällen, welche vom Bundesgericht als mittelschwer im engeren Sinne eingestuft wurden und welche insgesamt als deutlich weniger heftig erscheinen oder deutlich weniger schwere Verletzungen zur Folge hatten: - Einem Bauarbeiter fiel bei der Arbeit eine Packung mit Isolationsmaterial von 4.4 kg aus einer Höhe von 12 m auf den behelmten Kopf. Er erlitt eine Commotio cerebri und eine Distorsion der HWS (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_57/2008 vom 16. Mai 2008 E.8.1). - Eine Fussgängerin wurde beim Überqueren einer Strasse im Bereich eines Fussgängerstreifens von einem mit einer Geschwindigkeit von ca. 40 km/h herannahenden Personenwagen erfasst, wobei sie auf die Motorhaube geschleudert wurde, den Kopf an der Windschutzscheibe anschlug und anschliessend auf die Fahrbahn zurückgeworfen wurde. Sie erlitt ein leichtes Schädel-Hirntrauma und Brüche am rechten Oberarmkno-

- 22 - chen, der rechten Elle sowie am rechten Wadenbein (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_236/2016 vom 11. August 2016 E.6.1.2). - Einem Bauarbeiter fiel eine etwa 15 kg schwere Reklametafel aus einer Höhe von etwa 2 m auf den Kopf, wobei er eine Kopf- und HWS-Kontusion erlitt (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_715/2009 vom 30. März 2010 E.6.2). - Eine Person stürzte eine Treppe hinunter und erlitt eine milde traumatische Hirnverletzung (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_572/2015 vom 23. November 2015 E.3).

### **E. 7.5**

Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen, die wie der vorliegende dem mittleren Bereich zuzuordnen sind, nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E.10.1). Solche unfallbezogenen Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken (BGE 115 V 133 E.6c/aa). Als solche Adäquanzkriterien gelten nach konstanter Rechtsprechung (129 V 177 E.4.1; 115 V 133 E.6c/aa): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls - die Schwere oder die besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen - eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung - (körperliche) Dauerschmerzen - eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert - ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen - der Grad und die Dauer der (physisch) bedingten Arbeitsunfähigkeit

- 23 - Ist ein Unfall - wie der vorliegend zu beurteilende - als schwererer Unfall im mittleren Bereich oder gar als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen, so genügt die Erfüllung eines einzigen Adäquanzkriteriums, um den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden als adäquat erscheinen zu lassen (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, Urteile des Bundesgerichtes 8C\_308/2014 vom

### **E. 7.6**

Es werden nun die einzelnen Adäquanzkriterien geprüft. Dabei sind - wie erwähnt (vgl. vorne E.7.2) - die psychischen und neuropsychologischen Aspekte nicht mit einzubeziehen, sondern es sind nur die physischen beziehungsweise somatischen Komponenten zu berücksichtigen. Letztere lassen sich nach der Rechtsprechung ab dem Zeitpunkt zuverlässig beurteilen, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E.6.1). Im vorliegenden Fall war dieser somatische Endzustand spätestens am 21. März 2016 erreicht. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung dieses Datums gab Dr. med. K. \_\_\_\_\_ an, auf neurologischem Fachgebiet sei 27 Monate nach dem Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich ein Endzustand erreicht (Bg-act. 245 S. 11). Bereits zuvor hatte der Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 10. Juli 2015 ausgeführt, die Frakturen seien als geheilt zu betrachten, und bei der prothetischen Versorgung der linken Schulter sei nur noch bis Ende Juli 2015 Physiotherapie indiziert (Bg-act. 193 S. 7).

#### **E. 7.6.1**

Die Parteien sind sich zu Recht einig, dass keine besonders dramatischen Begleitumstände und keine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls gegeben sind. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, die somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums

- 24 - ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_100/2011 vom 1. Juni 2011 E.3.5.1).

#### **E. 7.6.2**

Die Beschwerdegegnerin ist der Ansicht, das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen somatischen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, sei vorliegend nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin ist gegenteiliger Ansicht, wie nachfolgend gezeigt wird, zu Recht. Die Beschwerdeführerin erlitt bei der Kollision mit dem Bus ein Polytrauma, welches aufgrund des Blutverlustes beziehungsweise des Hirndrucks lebensgefährlich war (Arztbericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ zu Händen der Polizei; Bg-act. 15 S. 31 f.). Aus dem Austrittsbericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ gehen im Detail folgende Verletzungen hervor: Leberruptur der kranialen Hälfte des rechten Leberlappens mit diffuser Einblutung in den rechten Leberlappen, mehrfragmentäre subkapitale Humerusfraktur, beidseitige vordere und hintere Beckenringfraktur, subarachnoidale Blutung im Inselbereich links, Rippenserienfraktur von der 4. bis 10. Rippe mit Dislokation bei den 4. bis 7. Rippen, Hämatothorax, Pneumothorax, Weichteilemphysem und Verdacht auf eine Kniekontusion (Bg-act. 14 S. 22). Die Beschwerdeführerin musste während elf Tagen, auf der Intensivstation behandelt werden, danach rund einen Monat lang auf der Station (Bg-act. 14 S. 37). Die Schmerzen im Schulter- und Beckenbereich waren so stark, dass sie mit Morphintherapiert werden mussten, zur analgetischen Therapie der Rippenserienfraktur erhielt die Beschwerdeführerin einen Periduralkatheter (Bg-act. 14 S. 37). Die Humerusfraktur musste operativ versorgt werden (Bg-act. 14 S. 35). Nach dem Spitalaufenthalt war eine rund einmonatige Rehabilitation in der Klinik C. \_\_\_\_\_ nötig (Bg-act. 14 S. 13). Zirka ein halbes Jahr später wurde eine weitere rund einmonatige Rehabilitation in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ notwendig (Bg-act. 93 S. 1). Angesichts der zahlreichen, zum Teil lebensbedrohlichen und äusserst schmerzhaften Verletzungen, welche zu einer dauernden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Service führten (Bg-act. 93 S. 2 und 5), und aufgrund der

Erfahrungstatsache, dass ein Unfall dieses Ausmas-

- 25 - ses auch eine zuvor gesunde Person verunsichern und psychisch destabi- lisieren kann, ist das Kriterium der Schwere der erlittenen somatischen Ver- letzungen zumindest in einfacher Form erfüllt.

### **E. 7.6.3**

Dieses eine erfüllte Adäquanzkriterium genügt bereits, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Be- schwerden zu bejahen, weil der Unfall der Beschwerdeführerin wie gezeigt als schwererer Unfall im mittleren Bereich oder gar als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen ist (vgl. vorne E.7.5). Ob noch weitere Adäquanzkriterien erfüllt wären, kann deshalb offengelassen werden.

### **E. 7.7**

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall der Beschwerdeführerin und ihren psychogenen Beschwerden entgegen der Ansicht der Beschwerde- gegnerin zu bejahen ist. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin bei der Festlegung der Integritätsentschädigung und bei der Bemessung des Inva- liditätsgrades die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin zu Unrecht nicht mit einbezogen. 8. Die medizinische Aktenlage erlaubt es nicht, im vorliegenden Verfahren über die Höhe der Integritätsentschädigung und über den Rentenanspruch zu entscheiden. Die Beschwerdegegnerin liess nur die somatischen Be- schwerden eingehend abklären. Der Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, legte den Integritätsschaden auf- grund der bleibenden Funktionsstörung der endoprothetisch versorgten Schulter in seinem Bericht vom 6. Juli 2015 auf 20 % fest (Bg-act. 190 S. 1 f.). Diese Einschätzung wurde von Dr. med. I.\_\_\_\_ nachvollziehbar be- gründet. Sie wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und es gibt keine Hinweise darauf, dass sie nicht angemessen wäre. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht führte Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 10. Juli 2015 über die kreisärztliche Untersuchung vom 1. Juli

- 26 - 2015 aus, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe trotz der verbleiben- den orthopädischen Unfallrestfolgen noch eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Hantieren von Lasten von ma- ximal 5 kg ohne Überkopfarbeiten, ohne Schläge oder Vibrationen auf den linken Arm und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten (Bg-act. 193 S. 8). Auch diese Beurteilung erscheint sachgerecht und wurde von der Be- schwerdeführerin nicht bestritten. Zur Frage, ob und inwieweit die Be- schwerdeführerin durch die unfallbedingten psychischen Probleme in ihrer Integrität eingeschränkt ist und welche Auswirkungen diese psychischen Probleme auf ihre Arbeitsfähigkeit haben, finden sich in den Akten hinge- gen keine verwertbaren Angaben. Die Beschwerdegegnerin veranlasste zu Unrecht keine Abklärung aus psychiatrischer Perspektive und in den akten- kundigen psychiatrischen Berichten wurde diese Frage nicht behandelt (Bg-act. 264). Die Beschwerdegegnerin hat somit eine Abklärung durch ge- eignete psychiatrische und neuropsychologische Fachpersonen zu veran- lassen und nach entsprechender Vervollständigung der Akten neu über die Integritätsentschädigung und den Rentenanspruch der Beschwerdeführe- rin zu entscheiden. Dabei erschiene es sachdienlich, wenn die Beschwer- degegnerin die Ausführungen der Beschwerdeführerin auf S. 5 ff. der Re- plik prüfen würde. 9. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als

rechtswidrig. Die medizinische Beweislage ist unvollständig und erlaubt keine zuverlässige Beurteilung der streitigen Ansprüche. Die Beschwerde ist folglich gut-zuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid ist aufzuheben und die Angelegenheit ist zur ergänzenden psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung sowie zur neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 10. Für das vorliegende Verfahren werden keine Gerichtskosten erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten grundsätzlich kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG).

- 27 - 11. Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und zu neuem Entscheid gilt als vollständiges Obsiegen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_192/2017 vom 25. August 2017 E.8.1). Vorliegend hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin somit Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte eine Honorarnote vom 10. Januar 2018 über Fr. 5'775.40 (inkl. Spesen und MWST) für einen Aufwand von 19,7 Stunden zu einem Stundenansatz von Fr. 270.-- und eine entsprechende Honorarnote ein. Der geltend gemachte Aufwand erscheint angesichts der Komplexität des Falles angemessen und der Stundenansatz ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat somit die Beschwerdeführerin aussergerichtlich mit Fr. 5'775.40 zu entschädigen.

- 28 - Demnach erkennt das Gericht:

### **E. 8**

Mit Verfügung vom 13. Mai 2016 sprach die SUVA A.\_\_\_\_\_ eine Integritätsentschädigung von Fr. 25'200.-- bei einer Integritätseinbusse von 20 % zu. Den Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte sie. Das Invalideneinkommen für das Vergleichsjahr 2016 liege angesichts der vom Kreisarzt festgelegten Arbeitsfähigkeit von 100 % bei Fr. 50'102.-- (LSE 2012, Tabelle

- 4 - A1, Kompetenzniveau 1, leidensbedingter Abzug von 5 %). Das Valideneinkommen betrage Fr. 47'006.-- (LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Sektor Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie). Es resultiere somit keine unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Für die psychogenen Beschwerden bestehe keine Leistungspflicht, diese Beschwerden seien nicht adäquate Folge des Unfalls vom D.1.\_\_\_\_\_.

### **E. 9**

Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ am 16. Juni 2016 (mit Ergänzung vom 19. September 2016) Einsprache. Sie stützte sich unter anderem auf einen Bericht der PDGR vom 14. September 2016, in welchem eine depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode diagnostiziert und ausgeführt wurde, da die psychischen Symptome zeitlich nach dem Unfall aufgetreten seien und auch ein gewisser inhaltlicher Zusammenhang bestehe, könne ein kausaler Zusammenhang mit dem Unfall nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

### **E. 10**

Mit Einspracheentscheid vom 23. Juni 2017 hielt die SUVA an ihrer Verfügung fest und wies die Einsprache ab.

#### **E. 11**

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) am 28. August 2017 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei zur Vervollständigung der medizinischen Akten ein psychiatrisches sowie ein neuropsychologisches Gutachten einzuholen, gestützt auf welches ihr eine Invalidenrente zuzusprechen und die Integritätsentschädigung neu festzulegen sei. Eventualiter sei die Sache an die SUVA zurückzuweisen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, es bestehe ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen ihren psychogenen Beschwerden und dem Unfall. Sie habe beim Unfall vom D.1. \_\_\_\_\_ auch ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, so dass zur Beurteilung der Adäquanz auf die bundesgerichtliche Schleudertrauma-Praxis abzustellen sei. Ihr Unfall sei als mittelschwer im Grenzbereich zu schwer wenn

- 5 - nicht gar als schwer einzustufen, und es seien mindestens drei Adäquanzkriterien erfüllt, nämlich die Schwere der erlittenen Verletzungen, die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung und der schwierige Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen.

#### **E. 12**

Die SUVA (nachfolgend Beschwerdegegnerin) beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 6. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte zur Hauptsache geltend, sie habe den adäquaten Kausalzusammenhang zu Recht gestützt auf die Psycho-Praxis verneint. Es sei von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinn auszugehen und sämtliche Kriterien seien nicht erfüllt. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses sei nicht zu beanstanden, da von weiteren Behandlungen keine namhafte Besserung des somatischen Zustandes zu erwarten gewesen sei.

#### **E. 13**

Mit Replik vom 9. November 2017 und Duplik vom 8. Januar 2018 vertieften die Parteien ihre Standpunkte. Auf die weiteren Ausführungen im Einspracheentscheid und in den Rechtschriften sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 23. Juni 2017. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden ist aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sowie Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung der Beschwerde sachlich und örtlich zuständig.

- 6 - Als formelle und materielle Adressatin des angefochtenen Entscheides ist die Beschwerdeführerin vom angefochtenen Einspracheentscheid berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (Art. 60 und Art. 61 lit. a ATSG). 2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneinte und ob sie ihr

korrekterweise eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 20 % zusprach. Zentral ist dabei die Frage, ob die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung der Integritätsentschädigung und des Invaliditätsgrades zu Recht ausschliesslich die unfallbedingten somatischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin berücksichtigte, mithin ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die psychogenen Beschwerden mangels adäquatem Kausalzusammenhang zum Unfall ausser Acht liess. Zu berücksichtigen ist der Sachverhalt, der sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 23. Juni 2017 verwirklicht hat (BGE 132 V 215 E.3.1.1, 127 V 102 E.5e), und massgeblich ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 133 V 504 E.3.3). 3. Bezüglich des anwendbaren Rechts ist zu beachten, dass am 1. Januar 2017 die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten sind. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend ereignete sich der Unfall am D.1.\_\_\_\_\_, so dass grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Bestimmungen Anwendung finden. Auf eine Differenzierung von bisherigem und neuem Recht kann indessen verzichtet werden, da sich die für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze nicht geändert haben.

- 7 - 4. Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen oder Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Vorliegend sind sich die Parteien darin einig, dass die Beschwerdeführerin einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitt, als sie am D.1.\_\_\_\_\_ als Fussgängerin von einem Bus angefahren wurde. 5. Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung hat eine versicherte Person, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt also sowohl bezüglich der Invalidenrente als auch bezüglich der Integritätsentschädigung einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Schädigungen voraus. Dabei ist kumulativ ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang erforderlich (BGE 129 V 177 E.3.3). Vorliegend sind sich die Parteien darin einig, dass ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der Schulterproblematik der Beschwerdeführerin besteht. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist hingegen der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychogenen Problemen der Beschwerdeführerin. 6. Geprüft wird zunächst der natürliche Kausalzusammenhang. Im angefochtenen Entscheid liess die Beschwerdegegnerin offen, ob ein solcher vorliege. Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, ihre psychischen Probleme seien durch den Unfall verursacht worden.

- 8 -

## **E. 14**

S. 34, 15 S. 31 f.).

**E. 17**

Oktober 2014 E.4.2 und 8C\_746/2008 vom 17. August 2009 E.5.2, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 196/01 vom 18. März 2003 E.3.2.3).

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