

# GR\_GERICHTE SV2 2024 33 vom 9. Juli 2025

GR Gerichte, 2025-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_SV2\\_2024\\_33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV2_2024_33)

FR: GR\_GERICHTE SV2 2024 33 du 9 juillet 2025

IT: GR\_GERICHTE SV2 2024 33 del 9 luglio 2025

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Januar 2025 beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden hängig waren, wurden gemäss Art. 122 Abs. 5 GOG (BR 173.000) dem Obergericht des Kantons Graubünden übertragen. Die vorliegende Beschwerde wurde am 19. April 2024 beim damaligen Verwaltungsgericht hängig gemacht und am 1. Januar 2025 gestützt auf Art. 122 Abs. 5 GOG dem Obergericht des Kantons Graubünden übertragen. Das Obergericht ist somit für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde örtlich und sachlich zuständig (Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG [BR 370.100]). Als formelle und materielle Adressatin des angefochtenen Einspracheentscheids ist die Beschwerdeführerin davon überdies berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (vgl. Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. a und Art. 61 ATSG).

### E. 2

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 12. November 2019 zu Recht per 16. März 2023 eingestellt hat oder ob sie verpflichtet gewesen wäre, Leistungen über den 16. März 2023 hinaus zu erbringen. 3.1. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Zudem hat sie Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie infolge eines Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 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. 6 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG). 3.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt unter anderem einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und eingetretenem Schaden voraus. 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 ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das

8 / 32 schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 147 V 161 E. 3.2, 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). 3.3. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden auch ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 147 V 161 E. 3.1). 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 (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 3.2). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3). Die Frage der Adäquanz ist eine Rechtsfrage, sie ist nicht von medizinischen Sachverständigen, sondern von der Richterperson zu beurteilen (statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 5.6, 8C\_15/2021 vom 12. Mai 2021 E. 7.3). Dabei spielt im Sozialversicherungsrecht die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2, 127 V 102 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nach dem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 140 V 356 E. 3.2).

9 / 32 3.4. Hat ein Unfallversicherer die Unfallkausalität bejaht und Leistungen erbracht, entfällt seine Leistungspflicht erst, wenn der gesundheitliche Schaden 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative

Veränderungen sind, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, ob diese also dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_727/2022 vom 16. März 2023 E. 3.2.4, 8C\_68/2020 vom 11. März 2020 E. 3.2, 8C\_840/2019 vom 14. Februar 2020 E. 3.2, 8C\_17/2017 vom

#### **E. 4**

April 2017 E. 2.2, 8C\_570/2014 vom 9. März 2015 E. 6.2).

#### **E. 4.1**

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen 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 davon, 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 (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen

10 / 32 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C\_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C\_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4).

#### **E. 4.2**

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C\_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E. 4.1.1, 8C\_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3, 8C\_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 2.2 und 8C\_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2).

#### **E. 4.3**

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll die Richterperson auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C\_80/2022

11 / 32 vom 4. Mai 2022 E. 4, 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2, 8C\_736/2021 vom 22. März 2022 E. 5.2 und 8C\_764/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2).

## **E. 5**

Vorliegend steht fest, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. November 2019 gesetzliche Versicherungsleistungen (Heilungskosten und Taggelder) erbrachte. Mit Verfügung vom 3. Juli 2023 (act. C.99) und Einspracheentscheid vom 7. März 2024 (act. B.2) stellte sie indessen sämtliche Leistungen rückwirkend per 16. März 2023 ein, da sie gestützt auf das polydisziplinäre PMEDA-Gutachten vom 13. Juni 2023 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 (vgl. act. C.98 und act. C.111) zum Schluss gelangte, dass keine neurologischen Unfallfolgen vorliegen würden, in Bezug auf die orthopädischen und physikalisch-medizinischen Beschwerden der Status quo sechs Wochen nach Unfallereignis erreicht worden sei und die psychischen Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis seien (vgl. act. C.99 und act. B.2 S. 32). Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das PMEDA-Gutachten vom 13. Juni 2023 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 abgestellt hat. Während die Beschwerdegegnerin das PMEDA-Gutachten im Ergebnis für schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erachtet (vgl. act. C.99 und act. A.2 S. 21 ff.), ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, das PMEDA-Gutachten sei nicht beweismässig, weshalb weitere Abklärungen vonnöten seien (vgl. act. A.1 S. 4). In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei der Würdigung von durch die PMEDA erstellten Gutachten dem Umstand Rechnung zu tragen ist, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet hat (vgl. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-98053.html>, zuletzt abgerufen am 8. Juli 2025). In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der PMEDA zu würdigen seien, rechtfertigt es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweismässige Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen (dazu BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4). In solchen Fällen genügen bereits relativ geringe

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2024 vom 12. Dezember 2024 E. 4.2.1, 8C\_808/2023

12 / 32 vom 4. Oktober 2024 E. 6.1.1, 8C\_692/2023 vom 4. Juni 2024 E. 3.2, 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.3). Demnach ist dem PMEDA-Gutachten vom 13. Juni 2023 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht geringe Zweifel – und nicht wie üblich konkrete Indizien – gegen deren Zuverlässigkeit sprechen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Beschwerdeführerin die Erstellung des Gutachtens durch die PMEDA nicht beanstandet hat. Ebenso wenig hat die Beschwerdeführerin behauptet, dass sämtliche durch die PMEDA erstellten Gutachten fehlerhaft seien. Vielmehr hat sie korrekt ausgeführt, dass dem Gutachten kein Beweiswert zukommen könne, wenn geringe Zweifel vorliegen würden, was im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung steht.

## **E. 6**

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N. 14 ff. und N. 96 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4, 9C\_484/2022 vom

## **E. 11**

Januar 2023 E. 4.2, 8C\_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.1 und 8C\_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5). 7.1. Die Gutachterin und die Gutachter kamen in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass ein Integritätsschaden nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit

## **E. 13**

/ 32 belegt sei und die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als nicht hinreichend wahrscheinlich unfallkausal gemindert einzuschätzen sei (vgl. act. C.98 zweitletzte Seite). Die neurologische Gutachterin Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte einen Spannungskopfschmerz und führte in ihrer Beurteilung zusammenfassend aus, die am 12. November 2019 erlittene Commotio cerebri sei folgenlos abgeklungen. Der initial

orientierende neurologische Befund sei im Wesentlichen unauffällig gewesen und auch aktuell liessen sich keine Befunde erheben, die auf eine überdauernde zentrale Schädigung hinweisen könnten. Sowohl das MRI im September 2021 wie auch das aktuell durchgeführte MRI seien unauffällig gewesen. Symptome eines milden Traumas seien initial nicht beschrieben worden, lediglich rezidivierende Kopfschmerzen seien dokumentiert. Für die von neuropsychologischer Seite angenommene leichte traumatische Hirnverletzung gebe es somit keine ausreichenden Anhaltspunkte. Aktuell könne allenfalls die Diagnose eines Spannungskopfschmerzes gestellt werden. Die Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerzes könne nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit gestellt werden, da begründende strukturelle Läsionen fehlen würden. Auch für ein peripheres Nervenkompressionssyndrom oder eine spinale nervale Schädigung gebe es neurologisch nicht ausreichend Anhaltspunkte. Die Beschwerdeangaben seien nicht typisch, keine Reflexdifferenzen oder Reflexausfälle, keine typischen Sensibilitätsstörungen, keine Paresen, keine Muskelatrophien. Die elektrophysiologische Untersuchung vom März 2022 hätte diesbezüglich ebenfalls keine Hinweise ergeben. Demzufolge lägen aus neurologischer Sicht keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vor (vgl. act. C.98, neurologisches Teilgutachten S. 22 ff.). Der orthopädische Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte folgende Diagnosen: Status nach Schädel-, Nasenbein-, Körperstamm- und Extremitätenprellung/kontusion (12. November 2019); Status nach Riss-Quetschwunde von Stirn und Augenbraue links (12. November 2019); Status nach operativer Behandlung eines Strecksehnganglions linkes Handgelenk (18. Dezember 2020); Status nach operativer Behandlung eines radialeseitigen Beugesehnganglions rechts (18. August 2021) und Status nach Spaltung des ersten Strecksehnenfaches der linken Hand (vor Jahren). Im Weiteren führte er aus, ausgehend vom dokumentierten Erstschadensbild durch das Ereignis vom 12. November 2019 sei orthopädisch traumatologisch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für einen Zeitraum von 6 Wochen angemessen für die Diagnosen Schädelprellung, Nasenbeinprellung, Riss-Quetschwunde supraorbital links, Thoraxkontusion und Kontusion der Ellengelenke, rechter Ober- und Unterarm und rechtes Kniegelenk mit Hämatombildung. Danach sei der Status quo ante erreicht. Die sich nach dem

#### **E. 14**

/ 32 Unfallereignis vom 12. November 2019 entwickelten Handgelenksganglien rechts und links seien nicht als ausreichend wahrscheinlich unfallkausal anzusehen und zwischenzeitlich erfolgreich behandelt (vgl. act. C.98, orthopädisches Teilgutachten S. 26 ff.). Der physikalisch-medizinische Gutachter Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte ein Hypermobilitätssyndrom, Beighton Score 5/9, ICD-10: M35.7, und hielt in seiner Beurteilung fest, in der klinischen Untersuchung zeigten sich keine Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin zeigte weder in den Bewegungsdurchführungen, im Bewegungsumfang noch in der Bewegungskontrolle eine Limitation oder schmerzbedingte Fehlfunktionen. Ein Hypermobilitätssyndrom sei ebenfalls im aktuellen Befund nicht leistungslimitierend und nicht symptomauslösend zu erfassen. Es bestünden keine Hinweise eines höhergradigen Krankheitsgeschehens, welches die beklagten Beschwerden hinlänglich erklären würden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie jedwede vergleichbare Arbeit auf dem Verweissarbeitsmarkt bestünde somit keine Einschränkung des Leistungsvermögens (vgl. act. C.98, physikalisch- medizinisches Teilgutachten S. 22 f.). Schliesslich stellte der psychiatrische Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und

Psychotherapie, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ICD-10: F43.1, unklarer Ausprägung, sowie eine mögliche Persönlichkeitsakzentuierung. Die Traumafolgestörung sei als Folge des Ereignisses vom 12. November 2019 zu sehen. Zudem fänden sich Hinweise auf eine belastete Persönlichkeitsentwicklung, welche jedoch den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung nicht erreiche. Diese könne als möglicher prädisponierender Faktor für die Entwicklung einer Traumafolgestörung gelten. Sodann fänden sich Hinweise auf einen nicht authentischen Beschwerdevortrag, da die Symptomvalidierung für eine erhebliche Inkonsistenz spreche. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dieser Hinweise auf Inkonsistenzen nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestierbar (vgl. act. C.98, psychiatrisches Teilgutachten S. 26 und 30 ff.). 7.2.1. Die Beschwerdeführerin kritisiert das psychiatrische PMEDA-Teilgutachten und macht geltend, der psychiatrische Gutachter habe sich nicht mit den anderen aktenkundigen Berichten der behandelnden Fachärzte, welche im Gegensatz zum Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren würden, auseinandergesetzt (vgl. act. A.1 S. 7). 7.2.2. Dr. med. S.\_\_\_\_\_ diagnostizierte eine PTBS (ICD-10: F43.1), unklarer Ausprägung, sowie eine mögliche Persönlichkeitsakzentuierung. In anamnestischer Hinsicht führte er namentlich aus, die Beschwerdeführerin berichte, dass es

#### **E. 15**

/ 32 zeitweise schwierig sei. Sie habe nach wie vor Flashbacks, Kopfschmerzen, Albträume, zeitweise Panikattacken und ihr fehlten die Worte. Sie sei sehr emotional, was teilweise schwierig sei. Es gebe Trigger, z.B. Kontaktaufnahmen durch den Täter, und auch andere Turbulenzen. Es sei einfach schwierig. Sie bemerke eine deutliche Empfindlichkeit und Dünnhäutigkeit, alles gehe ihr zu nahe. Das Nervenkostüm hänge am seidenen Faden. Die Zündschnur sei schon kürzer. Auch bestünden eine Unruhe und eine Anspannung. Bei Belastung neige sie teilweise zu vermehrtem Kontrollieren. Es bestehe eine Existenzangst. Sie bemerke eine Schreckhaftigkeit und es träten paroxysmale Panikattacken getriggert durch z.B. Konfrontationen mit dem Ex-Partner auf. Teilweise bestehe ein Gefühl von Leere und Gefühllosigkeit. Sie bemerke eine Grübelneigung. Die Konzentration sei vermindert. Sie fühle sich zerstreut, unfokussiert und verliere im Gespräch den roten Faden. Teilweise fielen ihr die Worte nicht ein. Auch bemerke sie Erinnerungslücken. Ein Antrieb sei grundsätzlich vorhanden. Lust- und Interessenlosigkeit seien weniger der Fall. Jedoch falle sie zweitweise in ein Loch. Phasenweise fühle sie sich kraftlos und bemerke, dass sie längere Erholungszeiten brauche (vgl. act. C.98, psychiatrisches Teilgutachten S. 2). Im Rahmen seiner Beurteilung hielt Dr. med. S.\_\_\_\_\_ namentlich fest, die Beschwerdeführerin schildere das Auftreten von Flashbacks und weiteren intrusiven Phänomenen in Form von Albträumen sowie das Auftreten von Panikattacken. Es bestünden Kopfschmerzen, Wortfindungsstörungen und eine hohe Emotionalität. In der vertiefenden Exploration würden eine Empfindlichkeit und Dünnhäutigkeit mit assoziierter Reizbarkeit, Unruhe- und Anpassungszustände, Kontrollzwänge, Existenzängste, ein Gefühl von Leere und Gefühllosigkeit, eine Grübelneigung sowie weitere kognitive und vegetative Beeinträchtigungen berichtet. Zu erfragen sei die typische Symptomatik einer Traumafolgestörung mit intrusiven Phänomenen, Phänomenen von vegetativem Hyperarousal (Schreckhaftigkeit, Panikattacken) sowie Hypoarousal (affektive Abstumpfung) und ein spezifisches Vermeidungsverhalten betreffend Konfrontationen und Situationen im Kontext der konkreten Traumatisierung, sodass formal die Diagnose einer Traumafolgestörung schlüssig ICD-10-konform diagnostiziert werden könne. Zugrundliegend zu erfragen sei zudem eine belastete Kindheit und Jugend, insbesondere ein

emotionales Mangelmilieu und ein vorrangig emotionaler Missbrauch im Sinne eines "Abandonment Trauma". Die diesbezüglich zu erfragende überdauernde Symptombelastung beziehe sich vorrangig auf die Beziehungsgestaltung, den eigenen Leistungsanspruch und die emotionale Selbstregulation. Eine vorbestehende Traumafolgestörung sei bei zuvor fehlender spezifischer Symptomatik jedoch nicht belegt. Die zu erfragenden Besonderheiten seien im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung zu verstehen. Diese sei als

#### **E. 16**

/ 32 prädisponierender Faktor für die Entstehung der jetzt manifesten Traumafolgestörung zu verstehen und erkläre die dem traumatisierenden Ereignis eigentlich inadäquate Störungsschwere sowohl was die Symptombelastung als auch den Schweregrad der resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen betreffe. Eine Persönlichkeitsstörung sei dagegen nicht zu diagnostizieren. Zu erfragen seien sodann erhebliche affektive und vegetative Beeinträchtigungen im Rahmen der zu diagnostizierenden Traumafolgestörung. Die Beschwerdevalidierungsverfahren im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung wiesen jedoch auf einen nicht authentischen Beschwerdevortrag hin, sodass die reklamierten funktionellen Beeinträchtigungen nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit bestätigt werden könnten. Resultierend sei eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit nachzuzeichnen. Die Annahme einer Arbeitsfähigkeit stützten auch die zu erfragenden zumindest anteilig vorhandenen Ressourcen in Form von Alltagsselbständigkeit und Fähigkeit zur Selbstversorgung und erhaltener sozialer Einbindung. Die Beschwerdeführerin stehe in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Eine indikationsgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte zeitnah umgesetzt werden. Vor dem Hintergrund der Störungsbefunde sei ein traumatherapeutisches Vorgehen zu erwägen. Auch könne eine unterstützende psychopharmakologische Behandlung erwogen werden (vgl. act. C.98, psychiatrisches Teilgutachten S. 26 ff.). 7.2.3. Soweit Dr. med. S.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung festhielt, aktenkundig fänden sich keine erheblich diagnostisch abweichenden Einschätzungen ist dies in Bezug auf die diagnostizierte PTBS zutreffend. So ergibt sich aus den Akten, dass sich die zunächst von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 29. November 2019 als Verdacht erhobene Diagnose einer PTBS (vgl. act. C.4) im weiteren Verlauf erhärtete und die die Beschwerdeführerin seit Dezember 2019 behandelnde/n Ärzte und (Fach-)Psychologin der G.\_\_\_\_\_ als Hauptdiagnose eine PTBS (ICD-10: F43.1) und als Nebendiagnose eine im Jahr 2015 diagnostizierte emotional- instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ; ICD-10: F60.3 bzw. F60.30) feststellten (vgl. Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und Psychologin I.\_\_\_\_\_ vom 5. Februar 2020 [act. C.7], Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ vom 8. April 2020 [act. C.13], 4. Mai 2020 [act. C.19], 19. Mai 2020 [IV- act. 17 S. 4], 13. Oktober 2020 [act. C.28], 2. März 2021 [act. C.39], 11. August 2021 [act. C.45], 13. Juni 2022 [act. C., USB-Stick S. 1352] und 11. Oktober 2022 [act. C.76]). Dr. med. S.\_\_\_\_\_ ist der Ansicht, dass die Diagnose einer Traumafolgestörung als Folge des Ereignisses vom 12. November 2019 schlüssig und ICD-10-konform zu stellen sei. Demzufolge bejaht er einen natürlichen

#### **E. 17**

/ 32 Kausalzusammenhang. Zum selben Schluss gelangten auch der beratende RVK- Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sowie die beratende RVK-Ärztin med. pract. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, wobei

Letztere zusätzlich festhielt, dass die Beschwerdeführerin ohne das Ereignis – trotz zugrunde liegender Borderline-Störung – wahrscheinlich beruflich stabil geblieben wäre [vgl. Bericht von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2020 [act. C.20], vom 10. Juli 2020 [act. C.25] und vom 22. Oktober 2020 [act. C.29] sowie Bericht von med. pract. U. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2021 [act. C.53 S. 8]). Allerdings kommt Dr. med. S. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung zum Schluss, dass die Ausprägung der PTBS unklar und die Fortschreibung einer Arbeitsunfähigkeit nicht möglich sei (act. C.98 S. 29 f.). Es fänden sich Hinweise auf einen nicht authentischen Beschwerdevortrag, da die Symptomvalidierung für eine erhebliche Inkonsistenz spreche (act. C.98 S. 33). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Hinweise auf Inkonsistenzen nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestierbar (act. 98 S. 35). Im Widerspruch dazu attestierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Juni 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der PTBS mit mittelschwerer Reduktion der kognitiven Fähigkeiten. Er führte aus, seit dem 12. November 2019 befinde sich die Beschwerdeführerin mehrmals wöchentlich in physischer und psychotherapeutischer Behandlung. Ein normaler Alltag und insbesondere die Rückkehr in die Arbeitswelt sei für die Beschwerdeführerin derzeit nur schwer umsetzbar, da insbesondere noch immer eine starke Einschränkung aufgrund der PTBS bestehe (vgl. act. C.65). Ebenso berichteten Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 13. Juni 2022 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. In Bezug auf den therapeutischen Verlauf und gegenwärtigen Zustand führten sie unter anderem aus, dass sich die Beschwerdeführerin seit Dezember 2019 in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung befinde. Phasen von kurzzeitiger Symptomberuhigung wechselten sich mit Phasen hoher Symptombelastung ab. Während den symptomärmeren Phasen könne die Beschwerdeführerin an bestehende Ressourcen anknüpfen und sich auf die Bewältigung des Alltags und die Entwicklung von Zukunftsperspektiven einlassen. Nach wie vor reagiere die Beschwerdeführerin jedoch sehr vulnerabel auf Stress und Belastungsfaktoren. Auch komme es immer wieder zu einer Verschlechterung der Symptomatik bei Triggern, sei dies durch Anforderungen im Rahmen des Strafverfahrens und/oder Begegnungen mit Menschen des Umfelds des Ex-Partners oder Sichtkontakt mit ihm. Es komme dann zu einer erneuten Aggravation der traumatischen Symptomatik mit Flashbacks, Schlaflosigkeit, Antriebsmangel, Appetitlosigkeit, Konzentrationsmangel, Selbstabwertung, hoher innerer Erregung und motorischer Unruhe, bis hin zu dissoziativen Zuständen und somatischen Beschwerden wie

## **E. 18**

/ 32 starken Kopfschmerzen, Tinnitus, muskulären Schmerzen, Verspannungen und Schlafstörungen. In diesen Phasen falle es der Beschwerdeführerin nach wie vor schwer, einen geregelten Tagesablauf einzuhalten. Es zeigten sich auch immer wieder starke Ängste vor Bedrohung und Kontrollverlust und es falle der Beschwerdeführerin schwer, Vertrauen in andere Menschen aufzubauen. Nach Aufhebung des Rayonverbots sei es vermehrt zu solchen Trigger-Situationen gekommen, was den psychischen Stabilisierungsprozess stark beeinträchtige. Für den Stabilisierungsprozess sei es wichtig, dass sich die Beschwerdeführerin allgemein, aber insbesondere in ihrem privaten Umfeld sicher und geschützt fühle. Dies sei seit einigen Wochen nicht mehr möglich, da sich der Ex-Partner durch Anmietung eines Magazins/Garage, welche/s direkt an die Wohnung der Beschwerdeführerin angrenze, in ihrer unmittelbaren Nähe aufhalte. Dies habe zu einer erneuten Verschlimmerung der posttraumatischen Symptome geführt, so dass Kriseninterventionen nötig geworden seien. Die Beschwerdeführerin leide auch wieder

vermehrt unter rezidivierenden Angstzuständen mit Panikattacken, was sie in ihrem Genesungsprozess stark zurückwerfe. Eine spezifische Traumatherapie sei abgebrochen worden, da die Beschwerdeführerin dafür phasenweise zu wenig stabil gewesen sei. Es bestehe die Gefahr einer Chronifizierung der posttraumatischen Symptomatik (vgl. act. C., USB-Stick S. 1352). Von einer Gefahr einer Chronifizierung sprach auch die beratende RVK-Ärztin med. pract. U.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 12. April 2022. Sie führte insbesondere aus, der Verlauf einer PTBS sei dadurch gekennzeichnet, dass beim grössten Teil der traumatisierten Personen die Symptomatik innerhalb von wenigen Wochen remittiere. Eine Dauer der Symptomatik von mehr als drei Monaten sei prognostisch ungünstig, da die Symptome längere Zeit anhielten und chronifizierten, was hier der Fall zu sein scheine. Gemäss Studien persistierten bei mehr als einem Drittel der PTBS-Patienten die Symptome über mehr als sechs Jahre. Der Verlauf sei oft nicht linear, wechselnd und unterliege Einflussfaktoren wie erneuter akuter Belastung oder längeren Belastungsphasen (vgl. act. C.63 S. 4; vgl. auch Bericht von med. pract. U.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2021 [act. C.53 S. 8]). Ebenso hielt Traumatherapeut V.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. März 2022 fest, aufgrund der seit zwei Jahren persistierenden Symptomatik trotz psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen, da vorerst eine traumaspezifische Stabilisierung erzielt werden müsse, bevor mit einer verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung begonnen werden könne (vgl. act. C.62). Auch im Juli 2022 berichteten Dr. med. J.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin werde nach wie vor stark durch Erinnerungen und andere Trigger belastet (vgl. Bericht vom 12. Juli 2022 [act. C.114]). Nur gerade zwei Monate vor der Exploration beim

## **E. 19**

/ 32 psychiatrischen Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_\_ am 15. Dezember 2022 wiesen Dr. med. J.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2022 bei unveränderter Diagnose einen seit März 2021 verschlechterten Gesundheitszustand aus. Hierzu führten sie insbesondere aus, im bisherigen Verlauf zeige sich eine sehr komplexe Problematik. Die als missbräuchlich erlebte Paarbeziehung und die durch den Ex-Partner ausgeübten gewaltsamen Übergriffe im November 2019 sowie auch das nach wie vor nicht abgeschlossene Strafverfahren belasteten die Beschwerdeführerin immer noch sehr stark. Die nun schon länger dauernde verunsichernde und belastete Situation erschwere den Heilungs-/Therapie-Prozess und schwäche die Beschwerdeführerin in ihrem Selbstvertrauen wie auch im Vertrauen in andere Personen und Institutionen. Im Verlauf der letzten Monate sei es immer wieder zu einer leichten Besserung der posttraumatischen Symptomatik gekommen. Vor allem Ereignisse im Zusammenhang mit dem Ex-Partner und dem Strafverfahren verstärkten die Symptome jedoch jeweils wieder. Die Beschwerdeführerin fühle sich von verschiedenen Seiten stark unter Druck gesetzt, worauf sie auch aufgrund der vorbestehenden Beziehungsschwierigkeiten oft impulsiv und letztlich sich selbstschädigend reagiere (vgl. IV-act. 109 S. 1). Bezüglich der therapeutischen Massnahmen und der Prognose wurde unter anderem festgehalten, dass sich die körperorientierten Methoden sehr hilfreich und stabilisierend ausgewirkt hätten, da die Beschwerdeführerin dadurch einen besseren Zugang zu sich selbst und zur Emotionsregulierung gefunden habe. Die psychotherapeutischen Gespräche habe die Beschwerdeführerin oft als überfordernd und als zu aufwühlend empfunden. Eine begonnene Traumatherapie habe aufgrund der fehlenden Stabilität abgebrochen werden müssen. Es seien mit der Beschwerdeführerin auch verschiedene Optionen im

teilstationären oder stationären Rahmen besprochen worden. Darauf habe sie sich allerdings aufgrund ihrer aktuellen sozialen Situation und ihres hohen Kontrollbedürfnisses bisher nicht einlassen wollen. Die Begleitung im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und körperorientierte Therapien würden weiterhin empfohlen (vgl. IV-act. 109 S. 2). Der psychiatrische Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_\_ begründete seine Schlussfolgerung, wonach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, einzig mit der auffälligen Symptomvalidierung. Diesbezüglich ist zunächst darauf hinzuweisen, dass diese bloss allfällige kognitive Störungen betrifft. Mit den weiteren von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wie Panikattacken, Empfindlichkeit und Dünnhäutigkeit mit assoziierter Reizbarkeit, Unruhe- und Anspannungszuständen und Kontrollzwängen (vgl. act C.98, psychiatrisches Teilgutachten S. 26) setzte er sich nicht weiter auseinander und begründete in keiner Art und Weise, weshalb diese einer PTBS entsprechenden Symptome keine

#### **E. 20**

April 2023, in welchem dieser von erneuten Panikattacken berichtet, in einem Ausmass, wie die Beschwerdeführerin selber dies noch nicht erlebt habe (vgl.

#### **E. 21**

/ 32 act. C.105 S. 14). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin den Gutachtern sämtliche Unterlagen, inkl. IV-Akten, zugestellt hat (vgl. u.a. E-Mail der Beschwerdegegnerin an PMEDA AG vom 27. Dezember 2022 [act. C., USB-Stick S. 1318). Dass insbesondere die neusten Verlaufsberichte der G.\_\_\_\_\_ und auch die Arbeitsunfähigkeitsatteste offenbar übersehen wurden, deutet auf eine unsorgfältige Ausarbeitung des Gutachtens hin. Demnach wurde das PMEDA- Gutachten nicht nach Einsicht in sämtliche Akten erstattet. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sind diese Berichte für die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin relevant (vgl. Erwägung 7.2.3 vorstehend). Nach dem Ausgeführten liegen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. S.\_\_\_\_\_, wenn nicht gar konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, vor. Einerseits blieben entscheidende Akten ungewürdigt und andererseits legte Dr. med. S.\_\_\_\_\_ nicht schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb er bei gleichlautender Diagnose einer PTBS auf eine andere Einschätzung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gelangt. Der blosser Verweis auf die auffällige Symptomvalidierung in den testpsychologischen Untersuchungen, die nicht im Sinne einer kognitiven Störung interpretierbar ist, genügt hierfür sicherlich nicht. Er nahm keine Stellung zur Entwicklung des Gesundheitszustandes im Verlauf, zur Entwicklung der Arbeitsfähigkeit und auch nicht zu den anderslautenden Arztberichten. Eine solche Auseinandersetzung gilt aber auch in Bezug auf den Bericht von behandelnden Ärzten. Im Übrigen ging auch die beratende RVK-Ärztin med. pract. U.\_\_\_\_\_ von einer Chronifizierung aus (vgl. Bericht vom 12. April 2022 [vgl. act. C.63]) und führte Dr. phil. O.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 8. August 2022 bei festgestellter mittelschwerer neuropsychologischer Störung die PTBS als einen der Eingliederung im Wege stehenden Faktor an (vgl. IV-act. 101 S. 5). Die Schlussfolgerung von Dr. med. S.\_\_\_\_\_, wonach die Ausprägung der PTBS unklar sei (act. C.98 S. 30), verdeutlicht geradezu, dass diesbezüglich weitere Abklärungen hätten gemacht werden müssen. 7.3. Im Weiteren hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_\_ zur testpsychologischen Interpretation fest, die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen im Bereich des mittelfristigen visuellen Gedächtnisses,

der intrinsischen Alertness, des Arbeitsgedächtnisses sowie in Teilbereichen der phasischen Alertness und der Verarbeitungsgeschwindigkeit erbracht. Die Symptomvalidierung hätte jedoch überwiegend wahrscheinlich einen deutlichen Hinweis auf ein nicht authentisches Antwortverhalten ergeben. Aufgrund der erheblich auffälligen Symptomvalidierung seien die formal auffälligen Leistungen in den übrigen testpsychologischen Untersuchungen nicht im Sinne

## **E. 22**

/ 32 einer kognitiven Störung interpretierbar. In Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung zeige sich kein ausreichender Anhalt für eine behinderungsrelevante kognitive Störung (vgl. act. C.98 S. 25 f.). Im Widerspruch dazu diagnostizierten Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt und Leiter Neurologie, und Dr. phil. O.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. Oktober 2021 eine mittelschwere neuropsychologische Störung im Rahmen der PTBS, wobei auch bei dieser Untersuchung Symptomvalidierungstests durchgeführt wurden, die keine Hinweise auf selbstlimitierendes Verhalten oder Aggravation ergaben, so dass die erhobenen Befunde als valide zu betrachten seien (vgl. act. C.50). In anamnestischer Hinsicht hielten sie insbesondere fest, dass die Beschwerdeführerin unter Konzentrations-, Wortfindungs- und Schlafstörungen leide. Zudem lasse sie sich schnell ablenken. Sie habe manchmal keine Kraft mehr und das Gefühl, dass alles keinen Sinn mache. Der Vorfall dränge sich immer wieder in ihre Gedankenabläufe, so dass sie Mühe habe, ihre Gedanken zu ordnen. Sie könne kaum abschalten und bewege sich nervlich auf sehr dünnem Eis. Ihr Selbstbewusstsein sei sehr angegriffen, was sich auch auf ihre sozialen Interaktionsfähigkeiten/-kapazitäten auswirke. Insgesamt sei ihre Belastbarkeit deutlich reduziert (vgl. act. C.50 S. 1 f.). In ihrer Beurteilung führten Dr. med. W.\_\_\_\_\_ und Dr. phil. O.\_\_\_\_\_ namentlich aus, im Vordergrund der neuropsychologischen Untersuchung stünden Beeinträchtigungen in der Verarbeitungsgeschwindigkeit und in verschiedenen Teilbereichen der Aufmerksamkeit (verbale Merkspanne, Grundaktivierung, Aufmerksamkeitsfokussierung und -selektion, Aufmerksamkeitsteilung). Hinzu kämen Defizite im visuell-episodischen Gedächtnis und in Teilbereichen der Exekutivfunktionen (Planungsfähigkeit, semantische Ideenproduktion). Klinisch imponierten eine deutliche affektive Belastung und Affektlabilität, welche zu Konzentrationsstörungen in Form einer erhöhten internen Ablenkbarkeit (wiederholtes Einschleusen von kontextfremden Inhalten während den Tests) führten. Im Rahmen der Anamnese und des Emotionalstatus werde deutlich, dass nach wie vor Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung im Vordergrund stünden, welche unter Miteinbezug des unauffälligen Schädel-MRI-Befundes vom September 2021 zu den kognitiven Störungen inkl. einer verminderten Belastbarkeit führten und die Beschwerdeführerin relevant daran hinderten, ihr kognitives Leistungspotenzial auszuschöpfen. Formal bestehe anhand der erhobenen Befunde eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung, welche den beruflichen Wiedereinstieg signifikant behindere. Zur graduellen Wiederherstellung einer gewissen Arbeitsfähigkeit sei demnach eine Traumatherapie indiziert, um die seit dem tätlichen Übergriff vom November 2019 andauernden, invalidisierenden Symptome der PTBS gezielt zu behandeln (vgl. act. C.50 S. 5). Auch mit diesen

## **E. 23**

/ 32 anderslautenden Berichten setzte sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_\_ in keiner Weise auseinander. 7.4.1. Im Weiteren kritisiert die Beschwerdeführerin das orthopädische PMEDA- Teilgutachten: Der orthopädische Gutachter setze sich nicht mit

der dafür erforderlichen Tiefe mit dem Kausalzusammenhang betreffend die Handgelenksganglien auseinander (vgl. act. A.1 S. 9 f.). 7.4.2. Vorab gilt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 18. Mai 2021 einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden am linken Handgelenk und dem Ereignis vom 12. November 2019 verneinte (act. C.42). Dieser Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen, womit die besagten Beschwerden am linken Handgelenk nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind. Soweit die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Kausalzusammenhang betreffend das Handgelenksganglion rechts alsdann vorbringt, die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin seien allein deshalb nicht zu hören, weil sämtliche Leistungen übernommen worden seien und die Behandlung abgeschlossen sei (vgl. act. A.2 S. 25), verkennt sie, dass dieser Umstand nichts daran ändert, dass zu prüfen ist, ob das PMEDA-Gutachten schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei ist. 7.4.3. Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ führte in seinem orthopädischen Teilgutachten diesbezüglich aus, es sei zur Entwicklung eines nicht als ausreichend wahrscheinlich unfallkausal anzusehenden Handgelenksganglions rechts und links gekommen. Das Handgelenksganglion rechts und links seien zwischenzeitlich ausweislich des hier erhobenen Befundes erfolgreich durch den Eingriff links am 18. Dezember 2020 und rechts am 18. August 2021 behandelt worden. Eine unfallkausale Handgelenksschädigung, die zur Entwicklung eines Ganglions hätte führen können, sei nicht hinreichend belegt. Die teils anderslautenden aktenkundigen Einschätzungen liessen sich nicht bestätigen, da das Verletzungsmuster keine entsprechende direkte Schädigung des rechten (oder linken) Handgelenks ausweise und Handgelenksganglien auch auf nicht traumatischer Basis vorkämen. Im Unfallerstbehandlungsbericht vom Ereignistag sei kein Handgelenksganglion beschrieben. Darüber hinaus sei auch im Handgelenksbericht am 12. November 2019 kein krankhafter Befund beschrieben, der eine posttraumatische Entstehung eines Handgelenksganglions hinreichend plausibel mache (vgl. act. C.98, orthopädisches Teilgutachten S. 29). Vorliegend diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 29. November 2019 erstmals ein posttraumatisches Handgelenksganglion rechts und hielt diesbezüglich fest, die Schwellung am Handgelenk dürfte auf ein posttraumatisch aufgetretenes

#### **E. 24**

/ 32 Ganglion zurückzuführen sein (vgl. act. C.4). Der beratende RVK-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ kam in seinen Beurteilungen vom 15. Mai 2020, vom 10. Juli 2020 und 22. Oktober 2020 wiederholt zum Schluss, dass die Kausalität zwischen den geklagten Handgelenksbeschwerden rechts (radiopalmares Handgelenksganglion rechts) und dem Ereignis vom 12. November 2019 als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu betrachten sei, allerdings ohne weitergehende Begründung (vgl. act. C.20, C.25 und C.29). Diese Einschätzung teilte auch der beratende RVK-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen vom 11. Dezember 2020 und vom 4. Dezember 2021 (vgl. act. C.33 und C.52). Eine eigentliche Begründung ist auch diesen Stellungnahmen nicht zu entnehmen. Im Gegensatz zum Handgelenksganglion rechts verneinte RVK-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2021 einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Handgelenksganglion links und dem Ereignis vom 12. November 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. act. C.38). Seine Einschätzung zur Kausalität in Bezug auf das Handgelenksganglion rechts bestätigte er demgegenüber in seiner Beurteilung vom 8. Februar 2022 erneut (vgl. act. C.57). Im Widerspruch dazu hielt RVK-Arzt Dr. med. X.\_\_\_\_\_, Fachbereich für Orthopädische Chirurgie / Traumatologie, in seiner Stellungnahme vom 29. März 2022 einen Kausalzusammenhang nur für möglich und

erachtete die Handgelenksbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallfremd. Begründend führte er aus, es sei belegt, dass die Beschwerdeführerin eine vorbestehende rheumatologische Erkrankung habe, welche mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Entstehung von Ganglien assoziiert sei. Ganglien könnten gelegentlich auch nach Unfällen auftreten, allerdings sei dabei eine vorausgehende Verletzung als Bezugspunkt erforderlich. Im Weiteren sei gemäss klinischer Erfahrung und Literatur bekannt, dass Ganglien langsam wachsen würden. Bei der Beschwerdeführerin seien primär in der Notfallstation keine Handgelenksprobleme oder -verletzungen beschrieben worden. Sie sei zwölf Tage später wegen einer Schwellung im Handgelenksbereich palmar rechts vorstellig geworden, welche im Laufe der Monate immer grösser geworden sei. Auf der linken Seite seien die gleichen Beschwerden 9 Monate später aufgetreten. Sinngemäss sei der einzige Hinweis auf eine Kausalität lediglich die zeitliche Abfolge. Eine direkte Verletzung der Handgelenke sei nicht beschrieben. Eine Vorerkrankung als mögliche Ursache sei jedoch bekannt. Dazu passe auch, dass die Problematik gleichgelagert beidseits aufgetreten sei. Folglich sei bei beiden Handgelenksganglien mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem krankhaften Befund und nicht von einer natürlichen Kausalität zum Ereignis vom 12. November 2019 auszugehen (vgl. act. C.61). Diese Einschätzung bestätigte er in seiner Beurteilung vom 12. August 2022 (vgl. act. C.72). Sowohl RVK-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ als auch RVK-Arzt Dr. med.

#### **E. 25**

/ 32 M. \_\_\_\_\_ bestätigten demgegenüber mehrmals einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Handgelenksganglion rechts und dem Ereignis vom 12. November 2019. Ebenso spricht der behandelnde Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ von einem posttraumatischen Ganglion. Zwar enthalten diese Beurteilungen keine diesbezügliche Begründung, aufgrund der zahlreichen anderslautenden Beurteilungen, welche mehrfach bestätigt wurden, hätte der Gutachter Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ seine Schlussfolgerung allerdings detaillierter begründen müssen. Hierzu reicht es nicht, wenn er hinsichtlich der anderslautenden Einschätzungen lediglich erwähnt, diese könnten nicht bestätigt werden, da keine direkte Schädigung des Handgelenks erfolgt sei und Handgelenksganglien auch auf nicht traumatischer Basis vorkämen. Insbesondere hätte er sich zumindest mit der nur gerade zehn Tage nach dem Ereignis vom 19. November 2019 auftretenden Schwellung am rechten Handgelenk auseinandersetzen müssen, zumal eine Kontusion der Ellbogen mit grossem Hämatom am rechten Unterarm und Oberarm diagnostiziert wurde (act. C.4) und zu erwarten gewesen wäre, dass diesbezüglich Ausführungen erfolgen, inwiefern aufgrund dieser Hämatome am Unterarm allenfalls auch eine Verletzung am Handgelenk erfolgt sein könnte (vgl. auch Schreiben Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2021 [act. C.37 S. 2]). Hinzu kommt, dass sich der Gutachter Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ auch in keiner Weise mit der vom RVK-Arzt Dr. med. X. \_\_\_\_\_ erwähnten rheumatologischen Erkrankung der Beschwerdeführerin auseinandersetzt, welche Letzterer mit erhöhter Wahrscheinlichkeit als Ursache für die Entstehung der Ganglien betrachtet (vgl. act. C.61 und C.72). Im Übrigen ist an dieser Stelle zu bemerken, dass der Gutachter Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ sich unter dem Titel "5. Beurteilung" damit begnügt, im Wesentlichen diverse Arztberichte wiederzugeben. Eine eigentliche Auseinandersetzung und Beurteilung durch ihn erfolgt in diesem Absatz nicht (vgl. act. C.98, orthopädisches Teilgutachten S. 23 ff.). Ebenso nimmt er auch keine Stellung zu der von Dr. med. Y. \_\_\_\_\_, Chefarzt Handchirurgie am N. \_\_\_\_\_, attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht vom 4. April 2023 [act. C.88]). 7.5. Sodann ist festzuhalten, dass die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 12. Februar 2024 nach Vorlage

der Einsprache vom 4. September 2023 und der beigelegten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausführten, "insoweit nunmehr anderslautende ärztliche Atteste vorgelegt werden", könne allenfalls empfohlen werden, seitens des eine Arbeitsunfähigkeit weiter attestierenden Behandlers einen aktuellen psychiatrischen Bericht einzuholen, damit dieser entsprechend geprüft werden könne (vgl. act. C.111). Das Wort "nunmehr" lässt wiederum darauf schliessen, dass den Gutachtern die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der G.\_\_\_\_\_ nicht präsent waren. Ihre Empfehlung, aktuelle Berichte einzuholen, zeigt

#### **E. 26**

/ 32 zudem, dass sie der Ansicht waren, der zwischenzeitliche Verlauf sei weiter abklärungsbedürftig. Indem die Beschwerdegegnerin dieser Empfehlung nicht nachgekommen ist, erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 7.6. Zusammenfassend liegen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des PMEDA-Gutachtens vom 23. Juni 2023 (act. C.98) inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 (vgl. act. C.111) vor, wenn nicht gar konkrete Indizien dagegen, weil diese mitunter im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine schlüssige Beurteilung der gesundheitlichen, insbesondere psychischen, Einschränkungen der Beschwerdeführerin enthalten und die Gutachter nicht sämtliche Akten gewürdigt haben. Somit kann die Beschwerdegegnerin nicht auf das PMEDA-Gutachten vom 23. Juni 2023 (act. C.98) inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 abstellen (vgl. act. C.111). Insbesondere die Ausprägung der PTBS bedarf vertiefterer Abklärung. Ebenso bedarf es weiterer Abklärungen hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ganglion am rechten Handgelenk und dem Ereignis vom 12. November 2019 sowie gegebenenfalls dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. 8. Im angefochtenen Einspracheentscheid prüfte die Beschwerdegegnerin die Adäquanz der geltend gemachten psychischen Beeinträchtigung nach der Psycho- Praxis (BGE 115 V 133) und verneinte die Adäquanz (vgl. act. B.2 S. 29 ff.). Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen. Nach der Rechtsprechung kann die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden (z.B. psychische Beschwerden) und dem Unfall besteht, bei Verneinung der adäquaten Kausalität offengelassen werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 m.H.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 6.1, 8C\_409/2021 vom 15. September 2021 E. 6.2, 8C\_438/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.1). Nicht zulässig ist nach der Rechtsprechung demgegenüber, den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen allfälligen psychischen Beschwerden und einem Unfallereignis zu bejahen, bevor die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich der Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und des natürlichen Kausalzusammenhangs mittels einer psychiatrischen Begutachtung geklärt sind (BGE 147 V 207 E. 6.1; Urteile des

#### **E. 27**

/ 32 Bundesgerichts 8C\_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 6.1, 8C\_409/2021 vom 15. September 2021 E. 6.2). Ein solches Vorgehen wäre zunächst widersprüchlich, weil die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG voraussetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher

Kausalzusammenhang besteht. Ohne verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen, welche sich über das Vorliegen psychischer Beschwerden, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie den natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis äussern, kann aus rechtlicher Sicht nicht darauf geschlossen werden, einem Unfallereignis komme für die Entstehung einer psychisch bedingten Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_409/2021 vom 15. September 2021 E. 6.2). Vorliegend kann nicht auf das PMEDA-Gutachten abgestellt werden, womit insbesondere die Ausprägung der PTBS bzw. die gesundheitlichen Beeinträchtigungen unklar sind und damit auch ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Aus diesem Grund kann zum jetzigen Zeitpunkt der adäquate Kausalzusammenhang nicht abschliessend beurteilt werden. Dabei ist an dieser Stelle festzuhalten, dass sich die Parteien offenbar darin einig sind, dass vorliegend die psychischen Verletzungsfolgen im Vordergrund stehen. Die Beschwerdeführerin bemängelt jedoch die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanztprüfung nach der Psycho-Praxis mit der Begründung, dass ein Schreckereignis vorliege und die psychischen Folgen durch die Stresssituation ausgelöst worden seien. Soweit die Beschwerdegegnerin die Adäquanztprüfung nach der Psycho-Praxis einzig damit begründet, dass organisch objektive Schäden nicht vorlägen, sondern nur psychische Beschwerden, verkennt sie, dass diese Argumentation ein Schreckereignis nicht ausschliesst. Entscheidend für die Wahl der Adäquanztformel ist vorliegend, ob der Vorfall vom 12. November 2019 als Schreckereignis zu qualifizieren ist. Denn bei Schreckereignissen, die nicht mit einer körperlichen Beeinträchtigung einhergehen oder wenn die somatischen Beeinträchtigungen von untergeordneter Bedeutung sind, beurteilt sich der adäquate Kausalzusammenhang nach der allgemeinen Adäquanztformel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) und nicht nach der Psycho-Praxis. Bei diesen Ereignissen steht – anders als im Rahmen der üblichen Unfälle – die psychische Stresssituation im Vordergrund, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen wird (vgl. BGE 129 V 177 E. 4.2; Urteile des Bundesgerichts 8C\_367/2021 vom 10. Januar 2022 E. 4.3.1, 8C\_53/2021 vom 9. April 2021 E. 2.3, 8C\_412/2015 vom 5. November 2015 E. 2.2, 8C\_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 2.2.2 und

## **E. 28**

/ 32 8C\_522/2007 vom 1. September 2008 E. 4.3.1). Dabei ist gemäss Rechtsprechung nicht allein auf den psychisch gesunden Versicherten, sondern auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen und dabei im Allgemeinen kein allzu strenger Massstab anzulegen. So bilden in diesem Rahmen auch solche Versicherte Bezugspersonen für die Adäquanztbeurteilung, welche im Hinblick auf die Verarbeitung eines Unfalls zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht "optimal" reagieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_53/2021 vom 9. April 2021 E. 2.3). Bei "gemischten" Vorfällen, in welchen die Elemente eines Schreckereignisses (Überfall, Bedrohung) und einer ihrerseits den Unfallbegriff erfüllenden physischen Einwirkung (Schläge, Zufügen von Verletzungen) kombiniert vorkommen, ist die Adäquanztprüfung unter beiden Aspekten vorzunehmen. So wäre nicht einzusehen, weshalb die im Rahmen einer Betrachtung als "klassischer" Unfall auf Grund der körperlichen Verletzungen zu bejahende Adäquanzt entfallen sollte, weil der Überfall auch ein Schreckereignis darstellen könnte, oder warum der erlittene Schrecken nur deshalb die Adäquanzt nicht zu begründen vermöchte, weil der versicherten Person darüber hinaus auch noch physische Schäden zugefügt wurden. Eine Prüfung unter beiden Gesichtspunkten

("Schreckereignis" und "Psychopraxis") ist somit möglich, wenn keiner der Faktoren deutlich im Vordergrund steht (vgl. BGE 129 V 402; Urteile des Bundesgerichts 8C\_298/2016 vom 30. November 2016 E. 4.3 und 8C\_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 2.2.2). Vorliegend ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin und der Täter eine Liebesbeziehung unterhielten und es am 12. November 2019 zu einer gewalttätigen Auseinandersetzung zwischen den Beiden gekommen ist (vgl. Polizeirapport vom 13. Februar 2020 [act. C.12 S. 4]; Entscheid des Regionalgerichts Z.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2019 [act. C., USB- Stick S. 102 ff.]; Textnachrichten [act. B.1 zur Replik]). Im Übrigen spricht auch die Beschwerdegegnerin im Fazit ihrer Beschwerdeantwort selber von "Partner" und "Auseinandersetzung". Deshalb kann es sich beim Vorfall vom 12. November 2019 durchaus um ein zumindest "gemischtes Ereignis" im Sinne der Psycho-Praxis und der allgemeinen Adäquanzformel bei Schreckereignissen handeln und wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen einer neuerlichen Adäquanzprüfung ein Schreckereignis zu diskutieren haben. 9.1. Ingesamt betrachtet stellt das PMEDA-Gutachten vom 13. Juni 2023 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 (vgl. act. C.98 und act. C.111) keine beweiswertige Beurteilung dar, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweiswürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch

## **E. 29**

/ 32 nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.7 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_17/2024 vom 9. Juli 2024 E. 5.3). 9.2. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unzureichend abgeklärt präsentiert und letztlich auf das PMEDA-Gutachten vom 13. Juni 2023 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 12. Februar 2024 (vgl. act. C.98 und act. C.111) abgestellt wurde, obwohl dieses keine schlüssige Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Folgenabschätzung enthält, weshalb die massgebliche Frage der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin, insbesondere in psychischer Hinsicht, immer noch offen ist und ergänzender fachärztlicher Klärung bedarf. Erst dann kann auch die Frage der Kausalität geklärt werden. Damit liegt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vor (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Es ist in erster Linie Aufgabe des Unfallversicherers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen. Somit ist der angefochtene Einspracheentscheid in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein medizinisches Gutachten (zumindest psychiatrisch und orthopädisch) einhole, welches die umfassende Aktenlage würdigt, und anschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.7 m.w.H.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_17/2024 vom 9. Juli 2024 E. 5.3, 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.3; Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich UV.2024.00011 vom 24. Januar 2025 E. 4.4). 10.1. Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über

Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben. 10.2. Die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu medizinischen Abklärungen und neuem Entscheid gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der

### **E. 30**

/ 32 beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualbegehren gestellt wird (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_214/2022 vom 16. Februar 2023 E. 5 m.w.H.). Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die obsiegende Beschwerdeführerin somit Anspruch auf einen angemessenen Parteikostenersatz, welcher vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG). Nach Art. 2 Abs. 1 HV (Honorarverordnung; BR 310.250) setzt die urteilende Instanz die Parteientschädigung der obsiegenden Partei nach Ermessen fest. Ausgangspunkt ist dabei grundsätzlich der Betrag, welcher der entschädigungsberechtigten Partei für die (anwaltliche) Vertretung in Rechnung gestellt wird (siehe Art. 2 Abs. 2 HV). Als üblich gilt gemäss Art. 3 Abs. 1 HV ein Stundenansatz von CHF 210.00 bis CHF 270.00. Die Praxis des damaligen Verwaltungsgerichts (Praxisänderung vom 6. September 2017, vgl. dazu Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 17 15 vom 27. September 2017 E. 7b und R 18 17 vom 18. September 2019 E. 9.2.1) geht gestützt auf die HV dahin, dass bei Einreichen einer Honorarvereinbarung der geltend gemachte Stundenansatz übernommen wird, sofern er den Ansatz von CHF 270.00 nicht überschreitet. Wird keine Honorarvereinbarung eingereicht, beträgt der Stundenansatz höchstens CHF 240.00. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte aufforderungsgemäss am 27. Februar 2025 eine Honorarnote ein (vgl. act. F.1). Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 9'909.26 (bestehend aus einem verrechneten Aufwand von 32.75 Stunden à CHF 270.00 [CHF 8'842.50] zzgl. Auslagen von 3 % [CHF 265.28] und 8.1 % MWST [CHF 801.48]). Der zeitliche Aufwand von insgesamt 32.75 Stunden erscheint angesichts des Umstandes, dass der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin im Einspracheverfahren noch nicht vertreten hat, der umfangreichen Akten sowie des doppelten Schriftenwechsels als angemessen, ebenso die geltend gemachten Auslagen. Angesichts der obgenannten Praxis ist indes mangels Vorliegen einer Honorarvereinbarung die Honorarnote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin anzupassen, indem nicht ein Stundenansatz von CHF 270.00, sondern ein solcher von CHF 240.00 zur Anwendung gelangt und das Honorar entsprechend zu kürzen ist. Die so korrigierte Honorarnote beläuft sich danach auf total CHF 8'751.55 (bestehend aus: 32.75 Stunden à CHF 240.00 [CHF 7'860.00] zzgl. Auslagen von 3 % [CHF 235.80] und 8.1 % MWST [CHF 655.75]). In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einen Parteikostenersatz zu entrichten.

### **E. 31**

/ 32 Bei diesem Verfahrensausgang wird das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung gegenstandslos.

### **E. 32**

/ 32 Es wird erkannt:

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