

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/18 vom 24. Januar 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-01-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_18)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/18 du 24 janvier 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/18 del 24 gennaio 2013

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach Schädelhirn-Trauma (MTBI). Frage der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2013, UV 2012/18).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist - wie bereits in dem die Beschwerdeführerin betreffenden UV-Verfahren 2007/65 -, ob die Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 31. Juli 2006 (Taggelder und Heilungskosten) zu Recht erfolgt ist oder ob sie auch nach diesem Zeitpunkt Leistungen aufgrund des Unfalls vom 7. Juni 2002 zu erbringen hat. Die Beschwerdeführerin lässt die Ausrichtung von Rentenleistungen beantragen. Der Rentenanspruch bildete insofern Gegenstand des angefochtenen Entscheids (vgl. Ziff. 7), als entsprechende Ansprüche dort mit Hinweis auf die fehlende Adäquanz verneint wurden. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschädigungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) und einem Unfall sowie die Beweisanforderungen (Erwägungen 4a, 5a) zutreffend dargelegt; darauf kann verwiesen werden. Im Nachgang zum Rückweisungsentscheid des Versicherungsgerichts vom 17. Januar 2008 (UV 2007/65) erfolgte mit BGE 134 V 109 eine Präzisierung der Rechtsprechung betreffend die adäquate Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach Schleudertrauma und schleudertraumaähnlichen Unfalleinwirkungen. Dementsprechend ist vorab - als Voraussetzung für die Prüfung der adäquaten Unfallkausalität - die Frage des Fallabschlusses im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG (dazu nachstehende E. 3.5) zu klären und danach die Adäquanz in Anwendung der präzisierten Kriterien zu prüfen. - Die von der Beschwerdeführerin angesprochene gemeinsame Behandlung der vorliegenden Streitsache mit der ebenfalls anhängigen IV-Beschwerde (IV 2012/336; act. G 1 S. 3) drängt sich - soweit damit eine zeitlich gemeinsame Erledigung gemeint ist - nicht auf, zumal es vorliegend ausschliesslich um Kausalitätsfragen geht, welche sich in der IV nicht stellen. Wenn die Beschwerdeführerin festhalten lässt, die Adäquanzkriterien könnten nicht vernünftigerweise ohne die Resultate der IV-Akten beurteilt werden, so erscheint dies jedenfalls mit Blick auf den nunmehr zu Tage liegenden medizinischen Sachverhalt (Asim-Gutachten) und die mit der Replik (act. G 14) nachgereichten IV-Akten nicht nachvollziehbar. Was die berufliche Situation betrifft, ist festzuhalten, dass die IV weitere berufliche Massnahmen ablehnte mit dem Hinweis, die Beschwerdeführerin fühle sich beschränkt arbeits- und ausbildungsfähig (Vorbescheid vom

7. März 2012; UV-act. I/269). In dieser Situation erscheint es sachgerecht, zuerst das Unfallversicherungsverfahren abzuschliessen und danach das IV-Verfahren an die Hand zu nehmen.

## **E. 2**

2.1 Ein bei der Beschwerdeführerin im Nachgang zum Unfall vom 7. Juni 2002 erstelltes Kernspintomogramm ergab normale cranio-cerebrale Verhältnisse, insbesondere ohne Nachweis von Kontusionsherden, sowie eine fragliche, nicht dislozierte Fraktur im Bereich der lateralen Wand des Sinus maxillaris links (UV-act. I/2). Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 16. August 2002 einen zögerlichen Heilungsverlauf mit Persistenz von Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und thorakolumbalen Rückenschmerzen. Die Beschwerdeführerin habe die Arbeit seit 13. August 2002 zu 66 2/3 % wieder aufnehmen können (UV-act. I/6, I/13). Am 21. Februar 2003 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, dipl. Homöopathin und Allgemeine Medizin FMH, über persistierenden Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Konzentrationsbeschwerden, Atembeschwerden sowie eine wahrscheinlich vorbestehende (unfallfremde) Depressionstendenz (UV-act. I/14). Im Bericht vom 25. Februar 2003 ging Dr. med. E.\_\_\_\_, Neurologie FMH, davon aus, dass die Patientin anlässlich des Unfalls vom 7. Juni 2002 ein HWS-Abknicktrauma sowie eine leichte traumatische Hirnverletzung oder ein leichtes Schädelhirntrauma erlitten habe. Sie beklage heute noch linksbetonte Nackenschmerzen mit schmerzhafter Funktionseinschränkung, Kopfschmerzen von teilweise migräniformem Charakter, teilweise mit Gleichgewichtsstörungen verbunden, Vigilanzstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisleistungseinschränkungen, allgemeine Verlangsamung, leichte räumliche Orientierungsstörungen und verminderten Antrieb. Die neurologische Untersuchung habe keine neurologischen Ausfälle, jedoch ein mässiges, linksbetontes Cervikalsyndrom mit leichter, schmerzhafter Funktionseinschränkung ergeben. Der Arzt reduzierte die Arbeitsfähigkeit mit Wirkung ab 7. Januar 2003 auf 60% (UV-act. I/15). In den Berichten vom 13. Juni 2003 (UV-act. I/19) und 21. Januar 2004 (UV-act. I/34) bestätigte Dr. E.\_\_\_\_ die von ihm gestellten Diagnosen. Dr. phil. F.\_\_\_\_ hielt am 11. August 2003 als Ergebnis einer neuropsychologischen Untersuchung unter anderem fest, insgesamt seien die Einbussen in der neuropsychologischen Untersuchung als leicht zu bezeichnen, doch sei zu bedenken, dass die Beschwerdeführerin prämorbid eine sehr selbständige Lebensführung habe verwirklichen können. Aufgrund der neuropsychologischen Defizite sei dies nicht mehr im gewohnten, prämorbidem Umfang möglich. Unfallfremde Faktoren, welche die neuropsychologischen Ergebnisse mit beeinflussen könnten, hätten keine gefunden werden können. Insbesondere könnten depressive Tendenzen verneint werden. Aufgrund der neuropsychologischen Einschränkungen sei eine Steigerung des Arbeitspensums nicht zu empfehlen (UV-act. I/22; vgl. auch UV-act. I/45). Dr. D.\_\_\_\_ bescheinigte in der Folge ab 1. Oktober 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/23). Am 17. Dezember 2003 und 8. März 2004 berichteten die Ärzte des G.\_\_\_\_ über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin (UV-act. I/41, 43). Die Ärzte der Rehaklinik H.\_\_\_\_ hatten im Bericht vom 29. Januar 2004 die Diagnosen eines Status nach Unfall vom 7. Juni 2002 mit leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri) und HWS-Distorsion (persistierender zervikozephaler Symptomenkomplex, Exazerbation einer vorbestehenden Migräne, leichte neuropsychologische Funktionsstörungen, Verdacht auf Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, Status nach Leberriess und Jochbeinfraktur links) erhoben. Im Neurostatus verneinten sie einen Meningismus. Die Laboruntersuchungen ergaben keine pathologischen Befunde. Die Röntgenaufnahmen des Schädels und der HWS zeigten keine

Schädelfraktur und keinen Hinweis für eine traumatische Knochenläsion oder Segmentgefügelockerung der HWS. Zur Unfallverarbeitung sei eine Psychotherapie indiziert (UV-act. I/40). 2.2 Am 6. Mai 2004 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Suva-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_. Dabei zeigte sich eine enggradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit einer diffusen Druckschmerzsymptomatik und linksbetonten nuchalen Verspannungen. Klar im Vordergrund der Problematik stünden die neuropsychologischen Einschränkungen und die damit verbundenen Probleme. Aus somatischer Sicht sei der Endzustand eingetreten und es könne zu den Restfolgen Stellung genommen werden. Der Arzt schätzte in der Folge den Integritätsschaden für ein leichtes bis mässiges Zervikalsyndrom bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen auf 5% (UV-act. I/54f). Eine psychiatrische Untersuchung durch Suva-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ergab gemäss Bericht vom 13. Juli 2004 die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma. Der Arzt bejahte einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. Juni 2002 (UV-act. I/60). Im Nachgang zum Unfall vom 31. Dezember 2004 (Sturz auf den Kopf) wurden in den Berichten des Kantonsspitals St. Gallen vom 3. Januar 2005 die Diagnosen einer Contusio capitis und einer milden HWS-Distorsion sowie einer Commotio cerebri bestätigt (UV-act. II/2f). Der Sturz verursachte nur vorübergehende Beschwerden und die Behandlung wurde bei komplikationslosem Verlauf Mitte 2005 abgeschlossen (UV-act. II/3, 4). Der Neurologe Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ kam gestützt auf seine Untersuchungen im Bericht vom 28. Januar 2005 zum Schluss, dass sich keine objektivierbaren pathologischen Befunde, jedoch Hinweise auf eine mangelhafte Kooperation der Beschwerdeführerin finden lassen würden. Im Weiteren interpretierte er das Beschwerdebild als seelische Reaktion auf den erlittenen Unfall und empfahl eine psychiatrische Behandlung (UV-act. I/99). Dr. med. L.\_\_\_\_, Praxis für klassische Homöopathie, berichtete am 3. Mai 2005, der Gesamtzustand habe sich deutlich gebessert. Der Sturz auf den Kopf (vom 31. Dezember 2004) habe nur vorübergehende Beschwerden verursacht (UV-act. I/111). Im Bericht vom 29. August 2005 bestätigte Dr. J.\_\_\_\_, dass die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma, wie sie bei der Beschwerdeführerin zu stellen sei, gemäss ICD-10 gleichgesetzt werde mit der Diagnose eines postcommotionellen Syndroms. Die Diagnose könne sowohl bei Fehlen von organischen Alterationen als auch bei Vorhandensein derselben gestellt werden. Für organische Alterationen bestünden konkret neuroradiologisch keine und elektroencephalographisch ungenügende Hinweise. Die neuropsychologischen Testbefunde wären zwar mit organischen Alterationen vereinbar, könnten aber auch durch eine Reihe von anderen Ursachen bedingt sein. Wenngleich eine strukturell-organische Läsion nicht sicher ausgeschlossen werden könne, so fehle es doch an genügenden Hinweisen, um eine solche mindestens wahrscheinlich zu machen. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl für den ursprünglichen Beruf als Sozialpädagogin wie für die Arbeit beim Katalogisieren in einer Bibliothek nicht mehr im verwertbaren Bereich (UV-act. I/119). Im Bericht vom 5. Januar 2006 führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, dass sich in Bezug auf die Beweglichkeit der HWS im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung eine Verbesserung ergeben habe. Aus klinischer Sicht bestehe nach wie vor ein leichtes bis mässiges Cervikalsyndrom; aus somatischer Sicht sei nach wie vor von einem Endzustand auszugehen. Nach stattgehabter Commotio cerebri würden sich keine organisch strukturellen Restfolgen finden lassen. Gemäss Dr. J.\_\_\_\_ werde die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma nach ICD-10 gleichgesetzt mit der Diagnose eines postcommotionellen Syndroms. Es könne nicht gefolgert werden, dass bei

Fehlen von strukturell objektivierbaren Unfallfolgen auch kein Integritätsschaden vorliege, da dieser abstrakt und egalitär zu beurteilen sei. Bezüglich der Integritätsschaden-Schätzung verweise er auf die Beurteilung vom 6. Mai 2004. Nach wie vor seien der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht alle durchschnittlichen Frauenarbeiten ganztags zumutbar. Ausgenommen seien Schwerarbeit sowie Arbeiten, welche eine dauernde Inklination sowie Reklination in Bezug auf die Halswirbelsäule erforderten (UV-act. I/130).

2.3 Am 19. Februar 2008 bestätigte Dr. F. \_\_\_ eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sie habe sich mit der Malerei ein Betätigungsfeld (ca. zwei Stunden täglich) eröffnet und versuche, ihre Belastbarkeit, ihre kognitiven Funktionen und ihre körperliche Konstitution zu optimieren. Eine Arbeitsfähigkeit habe dadurch nicht erlangt werden können (UV-act. I/179). Dr. E. \_\_\_ hielt am 11. April 2008 fest, es bestehe weiterhin ein Cervikalsyndrom mit leichter, schmerzhafter Funktionseinschränkung. Es bestehe, auch was die kognitiven Defizite betreffe, ein klarer kausaler Unfallzusammenhang (UV-act. 220 Beilage). Im interdisziplinären (neurologisch-psychiatrischen) SMAB-Gutachten vom 16. März 2009 wurden als unfallbedingte Diagnosen (aus der Sicht des Psychiaters) Probleme in Bezug auf die Lebensbewältigung und sonstige näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes angeführt. Mit Hinweis auf das psychiatrische Teilgutachten wurde festgehalten, dass diese Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien. Im weiteren Verlauf nach dem Unfall hätten keine als pathologisch zu wertenden neurologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Die neuropsychologischen Auffälligkeiten, die vielfältigen Einflüssen unterliegen würden, seien als leicht zu bewerten. Die geltend gemachten Dauerbeschwerden seien fünf Jahre nach dem Unfall somatisch nicht zu erklären. Der persistierende Beschwerdekomples könne auch nicht als organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma klassifiziert werden. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin 100% arbeitsfähig für Tätigkeiten, die keine besonderen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit stellen und keine schweren körperlichen Belastungen beinhalten würden. Ende Juli 2006 sei das Zustandsbild fixiert und stabil gewesen. Die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit habe ab diesem Datum bestanden. Es bestünden diverse Diskrepanzen zwischen den aktuellen Angaben der Beschwerdeführerin und den Daten in den Akten (UV-act. I/207). Dr. med. M. \_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, äusserte sich am 18. November 2009 im Sinn einer unabhängigen Expertenmeinung. Es liege ein Nachweis einer Strukturveränderung des linken Lig. alare im Sinn einer Läsion Grad III der linken Hälfte des Lig. transversum atlantis vor. Ferner bestehe ein Hinweis auf ein stattgehabtes Trauma und auf eine resultierende Narbenbildung des Dens-related-Komplexes links. Sodann bestünden Osteochondrosen, Unkarthrosen und Diskusprotrusionen C3 bis C6 (Upright-MRI-Bericht). Der Unfall vom 7. Juni 2002 sei heute mitwirkende Teilursache der geklagten Beschwerden und erhobenen Befunde. Es lägen unfallfremde Faktoren vor: als Vorzustand eine Migräne sowie nach dem Unfall eine Exazerbation durch iatrogenes sekundäres Versicherungsstresssyndrom. Psychische Vorzustände seien zu verneinen. Es liege eine mittelschwere traumatische, in Regression begriffene Hirnschädigung vor. In der bis zum Unfall ausgeübten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Im künstlerischen Engagement bestehe seit Oktober 2009 eine "Erwerbsfähigkeit" von 60%. Es liege ein Gesamtintegrationsschaden von 75% vor (UV-act. I/229 Beilage).

2.4 Die interdisziplinäre (rheumatologisch/neurologisch/neuropsychologisch/psychiatrische) Asim-Begutachtung ergab gemäss Bericht vom 24. Dezember 2010 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf Neurasthenie, eine chronische Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren, überwiegend nicht authentische, formal mittelschwere bis vereinzelt schwere neuropsychologische Funktionsstörungen, möglicherweise auf dem Boden leichter bis maximal mittelgradiger echter neuropsychologischer Beeinträchtigungen bei Status nach Unfällen vom 7. Juni 2002 und 31. Dezember 2004 und bei chronifizierten Schmerzen (UV-act. I/254). Die Gutachter kamen unter anderem zum Schluss, insgesamt erscheine aufgrund der Befunde an der HWS die Unfallkausalität für die somatischen Beschwerden am Achsenskelett nicht mehr überwiegend wahrscheinlich erstellt. Die höchstens leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 20% sei nicht unfallkausal. Aus rein neurologischer Sicht sei aufgrund fehlender klinischer harter Befunde eine volle Arbeitsfähigkeit und eine stabile Situation seit 31. Juli 2006 anzunehmen. Die neuropsychologischen Testresultate seien hochgradig nicht valide und würden auf eine ausgeprägte Symptomausweitung bzw. (semi)bewusste Aggravation (DD) hindeuten. Die Leistungsfähigkeit könne neuropsychologisch nicht sicher quantifiziert werden, da keine validen Befunde vorliegen würden. Die psychiatrische Diagnose eines Verdachts auf Neurasthenie und einer chronischen Schmerzstörung sei im Sinn einer psychischen Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens zu interpretieren (UV-act. I/254 S. 74-78).

### **E. 3.1**

Als Kriterien für das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) werden das Bestehen eines Bewusstseinsverlusts von maximal 30 Minuten Dauer, eines Glasgow Coma Score (GCS) von nicht unter 13 bei Einlieferung ins Krankenhaus und eines Gedächtnisverlusts von maximal 60 Minuten (sog. posttraumatische Amnesie) bzw. einer Gedächtnisstörung von maximal 30 Minuten genannt. Seltene, aber typische Komplikationen nach MTBI sind z.B. intrakranielle Blutungen; hierbei kann es sich um intrazerebrale Blutungen oder um subdurale oder epidurale Blutungen handeln. Die Kombination von Beschwerden, welche nach einer MTBI auftreten können (Kopfschmerz, Benommenheit, Schwindel, Erbrechen, Koordinationsstörung der Beine, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen), kann als "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" (F07.2) bezeichnet werden. Kopfschmerzen werden dabei als posttraumatisch angesehen, wenn sie innerhalb von sieben Tagen nach einer MTBI erstmalig aufgetreten sind. Hierbei entwickelten Patienten nicht selten im Rahmen einer Analgetikatherapie der ursprünglich posttraumatischen Kopfschmerzen zusätzlich einen Kopfschmerz, der auf Analgetika-Übergebrauch zurückzuführen ist. Auch kann die Entwicklung einer Depression oder eine schwierige psychosoziale Situation ganz wesentlich zum dauerhaften Schmerzerleben beitragen. Die Diagnose "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" kann für die Beschreibung des akuten Beschwerdeverlaufs nach MTBI gebraucht werden, sollte aber nicht für die Charakterisierung des Langzeitverlaufs verwendet werden (vgl. S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74-77). Bei der Beschwerdeführerin ergab sich als Folge des Unfalls vom 7. Juni 2002 unbestrittenermaßen eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) bzw. eine *Commotio cerebri* (vgl. Polizeibericht in UV-act. I/8 Blatt 7, in welchem eine Gehirnerschütterung erwähnt wird; UV-act. I/254 S. 89). Demgegenüber erachteten die Asim-Gutachter die zu Diagnosen mutierten Angaben eines Status nach Leberriß und Status nach Jochbeinfraktur links (Austrittsbericht Rehaklinik H. \_\_\_ 2003) als nicht plausibel (UV-act. I/254 S. 69). - Mit der Diagnose einer Kontusion des Kopfes und des Hemithorax rechts mit *Commotio cerebri*/MTBI (UV-act.

I/254 S. 69) sind organische Unfallfolgen noch nicht dargetan. Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung im Sinn der Rechtsprechung zum Schleudertrauma der HWS und zum Schädel-Hirntrauma vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle, wie sie nach einer Contusio cerebri auftreten können. Fehlt es hieran, ist die Adäquanz der Unfallkausalität nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 29. März 2006, U 197/04, E. 3.1 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Nach Lage der medizinischen Akten ist als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt zu erachten, dass sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden jedenfalls für die Zeit ab August 2006 nicht auf eine objektivierbare organische (neurologische) Schädigung bzw. eine strukturelle Veränderung an der HWS oder im Hirn zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 7. Juni 2002 in Zusammenhang zu bringen wäre. Dies bestätigte sich erneut anlässlich der Asim-Begutachtung (vgl. auch UV-act. I/254 S. 70-77). Die Gutachter erachteten die Diagnose eines hirnorganischen Psychosyndroms als nicht plausibel. Die Tatsache einer sehr verzögert auftretenden gravierenden Störung und der aktuell hochgradig nicht validen Testergebnisse in der Neuropsychologie mit teilweisen Hinweisen auf eine bewusstseinsnahe Verdeutlichung spreche stark für eine psychoreaktive Störung und gegen eine strukturell bedingte Hirnschädigung (UV-act. I/254 S. 71f, 78). Hinsichtlich des am 8. Mai 2009 erstellten Upright-MRI hielten die Asim-Gutachter fest, die Aussagekraft von MRI-Untersuchungen bezüglich Verletzungen der Ligamenta alaria und sonstiger Ligamentsstrukturen der HWS sei nicht genügend gesichert. Hieraus könne keine gesicherte Schlussfolgerung bezüglich erlittener Verletzungen oder Unfallfolgen und Kausalität gezogen werden (UV-act. I/254 S. 72f). Mit Bezug auf die von Dr. M. \_\_\_ diagnostizierte mittelschwere traumatische Hirnverletzung (UV-act. I/229 Beilage) vermerkten die Asim-Gutachter, dass hier offenbar eine Begriffsverwirrung vorliege, sei die erlittene Verletzung doch ganz klar als MTBI Grad I zu klassifizieren. Bei der Feststellung von Dr. M. \_\_\_, dass durch die HWS-Distorsion eine "Hirnstammerschütterung" stattgefunden habe, handle es sich um ein nicht mit genügender Evidenz belegtes neuro-physiologisches Postulat (UV-act. I/254 S. 73). Die episodische Migräne ohne Aura, die bereits vorbestehend sei, trete möglicherweise im Rahmen des zerviko-zephalen Schmerzsyndroms verstärkt auf, wobei dies nicht mit Sicherheit festzustellen sei. Daneben bestünden diffuse Schwindelbeschwerden ohne organisches Korrelat. Sowohl in den früheren neurologischen Untersuchungen wie auch aktuell würden Hinweise für eine strukturelle neurologische Schädigung fehlen; zumindest sei eine solche nicht mit den gängigen Methoden nachweisbar (UV-act. I/254 S. 75). In diesem Zusammenhang ist im Weiteren festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung fMRT (functional magnetic resonance imaging, fmri)-Untersuchungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft keinen gesicherten Nachweis von organischen Störungen im Bereich von HWS (bei Unfall mit Schleudertrauma resp. äquivalenter Verletzung) oder Schädel-Hirn erbringen. Dies gilt in gleicher Weise auch für die aus der Methode DT-MRI ("technique dite de tenseur de diffusion 3D") resultierenden Ergebnisse (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2010, 8C\_321/2010, E. 4.1.2 mit Hinweisen). Hieran vermögen auch die Darlegungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Replik (act. G 14 Ziff. 3.1) nichts zu

ändern. 3.2 Im Weiteren gibt es zwar Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 E. 3d). Sodann kann der neuropsychologischen Diagnostik bei eindeutigem, nicht diffussem Befund - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000 S. 316 E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). Aufgrund der in E. 2 dargelegten medizinischen Akten, insbesondere der Ausführungen der Asim-Gutachter (UV-act. I/254 S. 80 unten), ist von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen bei der Beschwerdeführerin durch den psychischen Befund auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen eine vielschichtige Ursache aufweisen. Damit können neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2007, U 321/06, E. 4.1). Hingegen stellen sie Teil des typischen (organisch-strukturell nicht fassbaren) Beschwerdebildes einer MTBI dar. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Nachgang zum Unfall vom 7. Juni 2002 Nacken- und Kopfschmerzen unmittelbar nach dem Ereignis auftraten (UV-act. I/3, I/14). Im Weiteren wurden ein seit dem Unfall bestehender Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Depressionstendenz sowie Konzentrationsbeschwerden festgehalten (UV-act. I/14). Ein Beschwerdebild, wie es typischerweise nach schleudertraumaähnlicher Verletzung auftreten kann, war somit gegeben. Hiervon ging im Resultat auch die Beschwerdegegnerin aus, indem sie ihre Leistungspflicht bis 31. Juli 2006 anerkannte. 3.3 Ausgehend davon, dass ein unfallkausales typisches Beschwerdebild für die Zeit nach dem streitigen Unfall vom 7. Juni 2002 zu bejahen war, bleibt zu klären, ob die von der Beschwerdeführerin angeführten Beschwerden auch für die Zeit nach dem 31. Juli 2006 eine natürlich- und adäquat-kausale Folge des Unfalls sind. Dabei ist von Bedeutung, dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, trägt - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - der Unfallversicherer insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu seinen Ungunsten ausfällt (RKUV 1992 S. 75 E. 4b). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U

287/02, E. 4.4). Konkret lag auch im Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung (31. Juli 2006) unbestrittenermassen ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung teilweise vor, und der natürliche (teilweise) Kausalzusammenhang der Beschwerden zum streitigen Unfall wurde von der Beschwerdegegnerin (vgl. UV-act. I/157 S. 12) und (in eher geringem Ausmass und ausschliesslich bezogen auf die psychische Fehlreaktion) auch von den Asim-Gutachtern bejaht (UV-act. I/254 S. 79f).

3.4 Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Vorliegend ist wie erwähnt von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen, womit die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung gelangt. Die Adäquanz beurteilt sich damit grundsätzlich nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht jedoch der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999 S. 407 E. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit dem Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006, U 5/06, E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 7.2, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007, UV 2007/24, bestätigt wurde). Die Asim-Gutachter kamen zum Schluss, dass nach den initial allenfalls noch anzunehmenden direkten Unfallfolgen einer MTBI zunehmend eine psychische Fehlverarbeitung eingesetzt habe, die im Verlauf und teilweise wohl auch bestärkt durch das therapeutische Umfeld gegenüber den Unfallfolgen gänzlich überhandgenommen und sich zu einer eigenständigen Dynamik entwickelt habe. Es sei anzunehmen, dass die initial wohl durch den Unfall ausgelösten kognitiven Probleme real gewesen seien, durch den zu frühen 100%igen Einstieg in einen fordernden Beruf (Sozialpädagogin mit Schulkindern) zu einer zunehmenden Dekompensation geführt hätten, welche dann nach rund einem Jahr einen psychophysischen Zusammenbruch mit weitgehendem Rückzug aus dem Berufsleben bewirkt hätten. Damit stehe die funktionelle psychische Fehlverarbeitung (des Unfallgeschehens) ganz im Vordergrund (UV-act. I/254 S. 78-80). Diese gutachterlichen Ausführungen beziehen sich auf einen Zeitraum längere Zeit nach dem Unfall. Nach der Rechtsprechung war es weder nach der früheren (in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 477 publiziertes Urteil U 164/01 vom 18. Juni 2002) noch in Anwendung der in BGE 134 V 109 entwickelten Praxis zulässig, längere Zeit nach einem Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beschwerden weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre (BGE 134 V 109 E. 9.5; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008,

8C\_331/2007, E. 3.3). Unter den dargelegten Umständen ist die Beurteilung praxisgemäss nach der Schleudertrauma-Rechtsprechung vorzunehmen. Bei der Prüfung der adäquaten Kausalität ist dementsprechend zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht zu unterscheiden (RKUV 1999 S. 407 E. 3b).

### **E. 3.5**

Zu klären ist sodann die Frage des Zeitpunkts des Fallabschlusses im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109). - Dr. L.\_\_\_\_ berichtete am 3. Mai 2005 von einer deutlichen Besserung des Gesamtzustandes (UV-act. I/111). Die Beschwerdeführerin gab gemäss Kreisarzt-Bericht vom 5. Januar 2006 eine leichte Beschwerdebesserung an, wobei jedoch nach wie vor dreiwöchentlich bei Dr. F.\_\_\_\_ neuropsychologische Behandlungen stattfanden (UV-act. I/130 S. 2). In den Schreiben vom 20. und 28. Juli 2006 erwähnte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Durchführung von Craniosacral-Therapien und machte entsprechende Kostenerstattung geltend (UV-act. I/144). In der Beschwerde vermerkte der Rechtsvertreter eine seit dem Unfall vom 7. Juni 2002 andauernde Behandlung (act. G 1 S. 14). Im Bericht vom 21. August 2006 legte Dr. F.\_\_\_\_ unter anderem dar, die unfallbedingten kognitiven Defizite würden bei geringer Verbesserung persistieren. Markant seien die Einbussen in den Aufmerksamkeitsfunktionen. Zudem leide die Beschwerdeführerin unter Schmerzen im Schulter-, Nacken- und Kopfbereich und an Schwindelbeschwerden. Eine psychische Problematik, welche die Akzentuierung der somatischen und kognitiven Beschwerden begünstigen könnte, liege nicht vor. Vier Jahre nach dem Unfall seien aus neuropsychologischer Sicht keine wesentlichen Verbesserungen in der Leistungsfähigkeit mehr zu erwarten (UV-act. I/159 Beilage). Das Versicherungsgericht hielt im Entscheid vom 17. Januar 2008 (UV 2007/65) fest, aufgrund der Umstände könne die Notwendigkeit einer Behandlung über den Einstellungszeitpunkt (31. Juli 2006) hinaus nicht ohne weiteres verneint werden, wobei allerdings unklar bleibe, inwiefern sich durch sie noch eine eigentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreichen lasse. Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ habe im Bericht vom 5. Januar 2006 festgehalten, aus klinischer Sicht bestehe nach wie vor ein leichtes bis mässiges Cervikalsyndrom und gleichzeitig vermerkt, aus somatischer Sicht sei "nach wie vor ein Endzustand eingetreten". Letzteres habe er mit dem Hinweis begründet, dass keine organischen strukturellen Restfolgen mehr vorliegen würden (UV-act. I/130 S. 3). Solche Folgen müssten aber bei einer Verletzung, wie sie hier streitig sei, für die Bejahung der Unfallkausalität nicht notwendigerweise bestehen. In der Beurteilung des Integritätsschadens sei Dr. I.\_\_\_\_ denn auch von unfallbedingten, erheblichen und dauernden Beschwerden aufgrund des Cervikalsyndroms ausgegangen (UV-act. I/55). Eine Feststellung, wonach die klinischen Befunde nicht auf den streitigen Unfall zurückzuführen seien, finde sich im späteren Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ nicht (vgl. UV-act. I/130). Wenn somit die Behandlung vier Jahre nach dem Unfall zwar noch angedauert habe, jedoch unklar bleibe, ob sie noch eine Verbesserung des Gesundheitszustands bewirken können, so lasse sich die Dauer der Behandlung nicht abschliessend festlegen (Entscheid UV 2007/65, a.a.O, E. 4.2). Die Asim-Gutachter legten dar, aus muskuloskelettärer/neurologischer Sicht sei der Gesundheitszustand nach dem 31. Juli 2006 nicht mehr als überwiegend unfallkausal beeinträchtigt zu sehen. In diesem Sinn werde das Erreichen eines Status quo sine angenommen. In psychischer Hinsicht sei ab 2006 kein stabiles und dauerhaftes Zustandsbild erreicht gewesen, so dass eine weitere Behandlung nötig gewesen sei. Diese Behandlung sei aufgrund des heute anzunehmenden Endzustands nicht mehr indiziert. Die initial durch Unfallfolgen getriggerte Symptomatik

habe sich im Verlauf zunehmend in einer eigenständigen psychischen Symptomatik verselbständigt. Aus neuropsychologischer Sicht sei von einem Endzustand auszugehen. Das Leistungsniveau lasse sich durch die vorgeschlagenen Massnahmen nicht weiter verbessern. Nach dem 31. Juli 2006 seien allfällige weitere somatische Behandlungen (aus muskuloskelettärer Sicht) nicht mehr unfallbedingt zuzuordnen. Aus neuropsychologischer Sicht wäre im Sinn der Heranführung an eine geregelte Berufstätigkeit und zur Umsetzung der attestierten Leistungsfähigkeit ein gezieltes Belastbarkeitstraining empfehlenswert. Daneben sollten psychotherapeutische Massnahmen zur Überwindung der habituellen Verlangsamung erfolgen. Allerdings sei aufgrund der persönlichen Ausrichtung auf eine eigenständige Karriere als Künstlerin nicht zu erwarten, dass die Motivation für die Teilnahme an einem Integrationsprozess vorhanden sei. Aus psychiatrischer Sicht habe bis zur Beendigung der psychotherapeutischen Massnahmen eine diskrete Besserung beschrieben werden können (UV-act. I/254 S. 79-81). - In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Psychologin Dr. F. \_\_\_ sowohl am 14. Mai 2007 als auch am 19. Februar 2008 bestätigt hatte, dass die Beschwerdeführerin Wiedereinstiegsversuche in verschiedenen Berufsfeldern ohne Erfolg gemacht habe. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe nicht mehr. Sie habe sich mit der Malerei ein Betätigungsfeld eröffnet. Die Behandlung bei ihr (neuropsychologisch orientierte Psychotherapie) sei unter bestmöglichen Bedingungen durchgeführt worden, um die Leistungserbringung nicht durch "Umgebungsfaktoren" zu limitieren. Weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der neuropsychologischen wie auch der schmerzbedingten Situation und damit der Arbeitsfähigkeit sehe sie (die Ärztin) nicht (UV-act. I/161 Beilage und I/179). Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). - Die Behandlung der psychischen Fehlverarbeitung stellt angesichts der geschilderten Aktenlage (bei unsicherer Behandlungsprognose mit geringem Verbesserungspotential und persönlicher Ausrichtung der Beschwerdeführerin auf ihre Künstlertätigkeit) keinen zureichenden Grund dar, den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG zeitlich zu verschieben. Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss auf Ende Juli 2006 an. Laufende Eingliederungsmassnahmen der IV (berufliche Abklärung, UV-act. I/266; spätere Ablehnung weiterer Leistungen, UV-act. I/269) vermögen den Fallabschluss ebenfalls nicht zu hindern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2010, 8C\_895/2009, E. 5, mit welchem der Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 8. September 2009, UV 2008/93 [vgl. dort E. 4.3 zweiter Abschnitt] bestätigt wurde).

4.1 Beim Ereignis vom 7. Juni 2002, bei welchem ein Personenwagen mit einer Geschwindigkeit von ca. 30 km/h seitlich von hinten mit der Fahrrad fahrenden Beschwerdeführerin kollidierte und diese als Folge davon auf die Strasse stürzte, erscheint es angemessen, von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinn auszugehen (vgl. dazu auch den Sachverhalt im Urteil des EVG vom 23. Januar 2004, U 66/03: mittelschwerer Unfall im leichteren Bereich). Bei der Beschwerdeführerin, welche eine Commotio cerebri und eine Thoraxkontusion rechts erlitt, lag nach dem Unfall eine kurze Bewusstlosigkeit mit Amnesie für das Unfallereignis vor (UV-act. I/3). Weitere Anhaltspunkte dafür, dass der mittelschwere Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen anzusiedeln wäre (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2005, U 214/04, E. 2.2 mit Hinweisen), sind nicht ersichtlich (vgl. Darlegungen zum Unfallgeschehen in UV-act. I/15 und I/40). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b). Eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen und nicht das subjektive Erleben des Ereignisses massgebend ist. Zu Recht hielt die Beschwerdegegnerin diesbezüglich fest, die Amnesie für das Unfallereignis sei kein Hinweis für eine besondere Dramatik oder Eindrücklichkeit des Unfalls (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.3, und vom 2. März 2005, U 309/03, E. 5.1, sowie vom 15. November 2004, U 334/03, E. 3.2). Bei der erlittenen Verletzung (MTBI) handelt es sich nicht um eine solche, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C\_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Die Asim-Gutachter erachteten sodann wie erwähnt die zu Diagnosen mutierten Angaben eines Status nach Leberriß und Status nach Jochbeinfraktur links (Austrittsbericht Rehaklinik H.\_\_\_\_ 2003) als nicht plausibel (UV-act. I/254 S. 69). Solche Verletzungen können somit als Folge des Unfalls nicht überwiegend wahrscheinlich als belegt gelten.

4.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 7. Juni 2002 mit initialer Behandlung im Universitätsspital Basel (UV-act. I/3) und anschliessender neurologischer und psychologischer/neuropsychologischer Therapie (UV-act. I/15, I/22) Rehabilitationsaufenthalte in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ und im G.\_\_\_\_ absolvierte (UV-act. I/40, I/41). Neben der hausärztlichen und alternativmedizinischen Behandlung wurde die psychologisch-neuropsychologische Betreuung bei Dr. F.\_\_\_\_ danach fortgesetzt (UV-act. I/112). Reine Abklärungsmassnahmen/Begutachtungen fallen bei der Prüfung des erwähnten Kriteriums ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2008, 8C\_687/2007, E. 5.3). Ende Juli 2006 war von weiteren Behandlungsmassnahmen wie dargelegt keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. vorstehende E. 3.5). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C\_331/2007, E. 4.2.3, vom 19. November 2010, 8C\_726/2010, E. 4.1.3, vom 15. November 2010, 8C\_655/2010, E. 4.2.4, und vom 6. Januar 2011, 8C\_749/2010, E. 6.3.2) nicht als belegt gelten. Auch ein schwieriger

Heilverlauf und erhebliche Komplikationen lagen nach Lage der Akten nicht vor. Ein schwieriger Heilverlauf kann nicht schon dann angenommen werden, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht auszugehen. 4.3 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Das Versicherungsgericht verneinte im Entscheid vom 17. Januar 2008 (E. 4.2) gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin in den medizinischen Akten (UV-act. I/54 S. 2, I/119 S. 3, I/130 S. 2) zwar das Vorliegen von Dauerschmerzen. Gegenüber den Asim-Gutachtern erklärte die Beschwerdeführerin jedoch unter anderem, die Hauptbeschwerden seien einerseits Schmerzen im Nacken und zum anderen Kopfschmerzen. Der Schmerz sei dauernd vorhanden und werde durch körperliche Belastung verstärkt (UV-act. I/254 S. 48). Damit ist das Kriterium von ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden - wenn auch in nicht sehr ausgeprägten Umfang - zu bejahen. 4.4 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). - Nachdem die Beschwerdeführerin ab 13. August 2002 wieder in dem Umfang (65%) wie vor dem Unfall vom 7. Juni 2002 gearbeitet hatte (UV-act. I/6, I/13), bestätigte Dr. E. \_\_\_ ab 7. Januar 2003 eine von 65% auf 60% reduzierte Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/15). In der Folge wurde ab 1. Oktober 2003 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (UV-act. I/23). Im Jahr 2005 war die Beschwerdeführerin zu 20% in einer Bibliothek tätig (UV-act. I/111). Dr. I. \_\_\_ bejahte aus somatischer Sicht bereits am 6. Mai 2004 die Zumutbarkeit einer leichten Arbeitstätigkeit (UV-act. I/54). Die von Dr. F. \_\_\_ bestätigten (unfallbedingten) neuropsychologischen Einschränkungen bezog Dr. I. \_\_\_ - soweit ersichtlich - nicht in seine Beurteilung mit ein (UV-act. I/130 S. 4). Zuvor hatte Suva-Arzt Dr. J. \_\_\_ im Bericht vom 29. August 2005 die Arbeitsfähigkeit als nicht mehr im verwertbaren Bereich liegend erachtet (UV-act. I/119); die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden hatte er schon vorher bestätigt (UV-act. I/60). Dr. L. \_\_\_ bescheinigte Arztbesuche in den Jahren 2006 und 2007 sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit. Zur Unfallkausalität der von ihm bestätigten Arbeitsunfähigkeit wurde Dr. L. \_\_\_ nach Lage der Akten nicht befragt. Dr. F. \_\_\_ attestierte ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit sowie deren Unfallbedingtheit. Das Versicherungsgericht kam im Entscheid vom 17. Januar 2008 zum Schluss, mit Blick auf die Rechtsprechung lasse sich bei dieser Aktenlage ein rein durch den streitigen Unfall

bedingter, erheblicher Anteil einer (lang dauernden) Arbeitsunfähigkeit weder in Abrede stellen noch bestätigen. Gegen eine lange Dauer spreche der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall über ein Jahr lang praktisch im Vorunfall-Pensum (65% ab 13. August 2002, 60% ab 7. Januar 2003) tätig gewesen und die volle Arbeitsunfähigkeit erst ab Oktober 2003 bestätigt worden sei. Es ergebe sich nicht klar aus den Akten, inwiefern die Beschwerdeführerin - unfallbedingt - in ihrer Arbeitsfähigkeit effektiv eingeschränkt sei. Immerhin sei sie in der Lage gewesen, in dem hier streitigen Zeitraum ab 31. Juli 2006 eine künstlerische Tätigkeit auszuüben, auch wenn sie dadurch (in erwerblicher Hinsicht) nicht als eingegliedert habe gelten können. Die Beschwerdegegnerin werde unter diesen Umständen in medizinischer (multidisziplinärer) Hinsicht noch abzuklären haben, welche Tätigkeiten die Beschwerdeführerin seit der kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Mai 2004 in welchem Umfang habe ausüben können. Dabei gehe es nicht nur um den bisherigen Beruf, sondern um eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf und Aufgabenbereich (Entscheid UV 2007/65, a.a.O., E. 4.3). Die Asim-Gutachter kamen zum Schluss, aufgrund der fehlenden Hinweise auf eine zeit- und belastungsabhängige Ermüdung und der hochgradig nicht validen neuropsychologischen Testergebnisse sowie des allgemeinen klinischen Eindrucks werde eine gesamtmedizinische Arbeitsfähigkeit von 80% für postulierbar gehalten, wobei eine grosse Unsicherheit bleibe. Es könne plausibel angenommen werden, dass per Ende Juli 2006 die Unfallkausalität nicht mehr gegeben gewesen sei und aufgrund sonstiger medizinischer gesundheitlicher Entwicklungen seither eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, wie heute attestiert, anzunehmen sei. Eine nicht mehr unfallkausal bedingte Restarbeitsfähigkeit von 80% sei für angepasste Tätigkeiten muskuloskelettär attestierbar. Dies gelte auch aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht für jede Verweistätigkeit. Dabei sei zu berücksichtigen, dass kognitiv anspruchsvolle Tätigkeiten eher ungeeignet seien, auch wenn die gezeigten Einbussen als nicht valide zu taxieren seien (UV-act. I/254 S. 82f, 85). Die Asim-Gutachter hatten den Eindruck gewonnen, dass die Beschwerdeführerin aktuell einzig ihre Tätigkeit als Künstlerin anstrebe und erstrebenswert finde. Es sei davon auszugehen, dass keine wie auch immer geartete Berufsmassnahme von ihr wirklich gewünscht werde und entsprechend Aussicht auf Erfolg hätte (UV-act. I/254 S. 86; vgl. auch UV-act. I/231 [Verfügung berufliche Massnahmen]). Bei Zutreffen dieser (von der Beschwerdeführerin bestrittenen; act. G 1 S. 4 Ziff. 9) Darlegungen könnte der Wille der Beschwerdeführerin, sich wieder in den Erwerbsprozess einzugliedern, nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan gelten. Zu beachten ist auch, dass die IV im März 2012 weitere berufliche Massnahmen ablehnte mit dem Hinweis, die Beschwerdeführerin fühle sich beschränkt arbeits- und ausbildungsfähig (UV-act. I/269; vgl. auch act. G 14.3). Aber selbst wenn der Eingliederungswille im Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu bejahen gewesen wäre, könnte das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen beim geschilderten Sachverhalt mit (nicht unfallbedingter eingeschränkter) 80%iger Arbeitsfähigkeit nicht als erfüllt betrachtet werden. 4.5 Bei Erfüllung eines Adäquanz-Kriteriums (in nicht besonders ausgeprägter Weise) kommt dem wie erwähnt als mittelschwer im eigentlichen Sinn einzustufenden Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden zu. Bei fehlendem bzw. mit Erreichen des medizinischen Endzustands weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang ist auch ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zu prüfen.

## E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 25. Januar 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Zuzufolge unentgeltlicher Rechtsbeistandung (act. G 6), welche in Anbetracht der Umstände nachträglich für das ganze Beschwerdeverfahren zu bewilligen ist, hat der Staat den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin zu entschädigen. Ausgehend von einer Pauschalentschädigung von Fr. 4'000.-- für durchschnittlich aufwändige Verfahren erscheint es im vorliegenden Verfahren angemessen, den erhöhten Aufwand mit einem Zuschlag von Fr. 1'000.-- zu berücksichtigen. Nach Kürzung um einen Fünftel bei unentgeltlicher Rechtsbeistandung (Art. 31 Abs. 3 AnwG; sGS 963.75) ergibt sich eine Entschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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