

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.36 vom 28. August 2019

SO Obergericht, 2019-08-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.36\\_d20190828](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.36_d20190828)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.36 du 28 août 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.36 del 28 agosto 2019

## Regeste

Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Versicherte A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1961, war seit dem 12. Oktober 2016 bei der B.\_\_\_\_ AG (fortan: Arbeitgeberin) mit einem Pensum von 60 % als Call Agentin angestellt und auf Grund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 24. November 2016 erlitt die Beschwerdeführerin auf der Autobahn einen Auffahrunfall und war in der Folge arbeitsunfähig geschrieben (s. Unfallmeldung UVG vom 28. November 2016, Korrespondenzakten der Beschwerdegegnerin im Ordner 1 / KA S. 4). Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern. 1.2 Mit Verfügung vom 21. September 2018 stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Mai 2018 ein, da zwischen dem Unfallereignis und den gesundheitlichen Beschwerden weder ein natürlicher noch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehe (KA S. 201). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2018 Einsprache erheben (KA S. 209), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 7. Januar 2019 abwies (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### E. 2

a) Es seien der Beschwerdeführerin und Versicherten die gesetzlichen UVG-Leistungen (vorab Taggelder und Heilungskosten) über den 31. Mai 2018 weiterauszurichten. b) Eventualiter: Die Rechtsstreitsache sei zur Erstellung eines neuen, ergebnisoffenen polydisziplinären Gutachtens unter Wahrung der Gehörsrechte nach BGE 137 V 210 zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die Unfallversicherung zurückzuweisen, wobei der Versicherten während der Abklärungszeit erneut die versicherten Unfallleistungen (Taggelder, Heilungskosten etc.) auszurichten seien.

### E. 2.3

2.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz dient mit anderen Worten der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang

ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.3.2 Treten nach einem Unfall psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typische, bunte Beschwerdebild noch eine solche Verletzung bejaht werden (s. E. II. 2.3.3 hiernach), so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f.). Bei dieser Adäquanzprüfung im Sinne der sog. Psycho-Praxis ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen und zu untersuchen, ob dieses nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften objektiv als banal resp. leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint (André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 67; Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bolliger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 47; BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.).

Bei banalen und leichteren Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren Unfällen hingegen zu bejahen. Bei einem Unfall im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zur psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit besteht, nicht auf Grund des Unfallereignisses allein beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (s. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

2.3.3 Nach der in BGE 117 V 359 begründeten Praxis kann ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (d.h. einer sehr häufig im Strassenverkehr verursachten Distorsion der Halswirbelsäule [fortan: HWS], medizinisch auch als kraniozervikales Beschleunigungstrauma bezeichnet) mit dem für diese Verletzung typischen Beschwerdebild (Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (a.a.O., E. 5d/aa S. 363 f.). Die Schleudertrauma-Praxis findet auch für Beschwerden nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus und nach einem Schädel-Hirntrauma Anwendung, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der HWS vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 S. 117). Das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung muss durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Erforderlich ist, dass innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall zumindest Kopf- oder Nackenbeschwerden auftreten und sich im weiteren Verlauf das typische bunte Beschwerdebild entwickelt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 60; s.a. Gehring, a.a.O., Art. 4 ATSG N 49). Bei der Schleudertrauma-Praxis ist (analog zu den psychischen Fehlentwicklungen, s. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, aber anders als dort ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten, s. BGE 117 V 359 E. 5d/aa S. 364 und E. 6a S. 367) für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zunächst vom Unfallereignis auszugehen und dieses als leicht, mittelschwer oder schwer zu kategorisieren. Bei Unfällen im mittleren Bereich hat ebenfalls anhand objektiv erfassbarer

Umstände eine Gesamtwürdigung zu erfolgen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126), wobei die Kriterien teilweise von denen bei psychischen Fehlentwicklungen abweichen (a.a.O., E. 10.3 S. 130). 2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Gehring, a.a.O., Art. 4 ATSG N 40; Urteil des Bundesgerichts 8C\_416/2010 vom 29. November 2010 E. 2.2).

### **E. 2.3.2**

hiervor). 3.4 Die Beschwerdeführerin geht in der Beschwerdebegründung inhaltlich nicht auf das L.\_\_\_\_-Gutachten ein. Ihre Einwände dagegen sind rein formeller Natur: 3.4.1 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 6. Februar 2018 mit, es sei vorgesehen, bei der Gutachterstelle L.\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Begutachtung mit dem beiliegenden Fragenkatalog in Auftrag einzuholen (KA 120 f.). Die Beschwerdeführerin erhielt Gelegenheit, bis 20. Februar 2018 Ablehnungsgründe vorzubringen und zusätzliche Fragen einzureichen, verbunden mit dem Hinweis, die Gutachterstelle werde sie über die Sachverständigen informieren. Die Beschwerdeführerin erfuhr sodann durch das Aufgebot der Gutachterstelle, dass sie am 23. resp. 26. Februar 2018 von den Dres. M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ untersucht werde (KA S. 128). Die Beschwerdegegnerin hätte der Beschwerdeführerin auch für Einwände gegen die einzelnen Gutachter und die vorgesehenen Disziplinen Frist setzen müssen, was unterblieb. Dies schliesst aber die Verwertung des Gutachtens nicht aus. Einerseits erklärte sich die Beschwerdeführerin gemäss Telefonnotiz vom 6. Februar 2018 (KA S. 125), deren Inhalt sie nicht bestreitet, ausdrücklich mit der Gutachterstelle L.\_\_\_\_ einverstanden, wobei sie festhielt, sie hoffe auf einen zeitnahen Termin. Die Beschwerdeführerin war also stillschweigend damit einverstanden, dass die Gutachter erst später mitgeteilt werden. Andererseits erhob die Beschwerdeführerin auch dann keine Einwände gegen die Gutachter M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_, als sie deren Namen durch das Aufgebot vom 13. Februar 2018 erfahren hatte, sondern sie unterzog sich bereitwillig der Begutachtung. 3.4.2 Statt konkrete Umstände

vorzubringen, welche die einzelnen Gutachter als befangen erscheinen lassen, macht die Beschwerdeführerin geltend, angesichts «gehäufter Umstände» bestünden generell erhebliche Zweifel an der Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit sämtlicher L. \_\_\_-Gutachter. Sie begründet dies mit dem Verhalten des Leiters der Gutachterstelle, Prof. Dr. med. P. \_\_\_. Dieser unterzeichnete sowohl das Hauptgutachten als auch die drei Teilgutachten jeweils mit, verbunden mit der Bemerkung «aufgrund eigener Prüfung und Urteilsbildung». Die Beschwerdeführerin dringt hier indes nicht durch. 3.4.2.1 Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Mitunterzeichnung eines Gutachtens durch den Leiter der Gutachterstelle, der nicht als Gutachter eingesetzt war, für sich allein keinen Mangel darstellt, der eine Verwertung des Gutachtens ausschliessen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_231/2018 vom 9. Oktober 2018 E. 4.1). Weiter ist zu beachten, dass die versicherte Person einen Ausstandsgrund unverzüglich geltend machen muss, sobald sie davon Kenntnis erlangt hat, d.h. binnen maximal sechs bis sieben Tagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_434/2015 vom 28. August 2015 E. 2). Nach Eingang des Gutachtens gab die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 4. Juni 2018 Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor über den Fallabschluss verfügt werde (KA S. 160 f.). Der neu beigezogene Vertreter teilte am 5. Juli 2018 mit, dass die Beschwerdeführerin mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden sei, und ersuchte um eine Fristerstreckung (KA S. 174 f.), welche die Beschwerdegegnerin bis 13. August 2018 gewährte (KA S. 176). Auf ein zweites Erstreckungsgesuch hin wurde die Frist nochmals bis 10. September 2018 verlängert (KA S. 178 f.). Am letzten Tag dieser Frist liess die Beschwerdeführerin mitteilen, sie werde sich im Rahmen des Einspracheverfahrens zum Gutachten äussern (KA S. 181). Gegen die sodann am 21. September 2018 ergangene Verfügung liess die Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2018 Einsprache erheben (KA S. 202 f.), worin sie lapidar vorbrachte, die Gutachterstelle L. \_\_\_ arbeite dem Anschein nach nicht ergebnisoffen. Ihr sei eine Nachfrist zu setzen, damit sie dies einlässlich begründen könne. Die Beschwerdegegnerin lehnte am 31. Oktober 2018 eine Fristverlängerung ab (KA S. 212). In der Folge unterliess es die Beschwerdeführerin, ihre Einsprachebegründung wie angekündigt zu ergänzen, obwohl der Einspracheentscheid erst am 7. Januar 2019 erging. Da die Beschwerdeführerin mit der Kenntnisnahme des Gutachtens wusste, dass Prof. Dr. med. P. \_\_\_ ebenfalls unterschrieben hatte, wäre sie in der Lage gewesen, das Ausstandsbegehren bereits vor der Verfügung vom 21. September 2018 zu erheben und wenigstens summarisch zu begründen. Die konkreten Einwände gegen Prof. Dr. med. P. \_\_\_ wurden aber erst im Beschwerdeverfahren vorgebracht und damit auf jeden Fall verspätet, d.h. sie sind von vornherein unbeachtlich (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69). Mangels rechtzeitiger Einwände hatte die Beschwerdegegnerin auch keinen Anlass, sich mit der Beschwerdeführerin um eine Einigung auf eine andere Gutachterstelle zu bemühen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_99/2014 vom 21. Mai 2014 E. 3). 3.4.2.2 Der Vorwurf der Befangenheit gegenüber Prof. Dr. med. P. \_\_\_ wäre im Übrigen ohnehin unbegründet: Die Beschwerdeführerin verweist einmal auf eine Vortragsveranstaltung vom 19. Juni 2014, zu der Prof. Dr. med. P. \_\_\_ im Namen der Gutachterstelle L. \_\_\_ einlud und bei der es um «Möglichkeiten der zukünftigen Begrenzung von unzureichend begründeten Krankentaggeld-, IV- und UV-Leistungen bereits im Vorfeld von Begutachtungen» ging (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 3). Das Bundesgericht hat indes mehrfach entschieden, der Umstand, dass Prof. Dr. med. P. \_\_\_ seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für

sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_863/2017 vom 23. April 2018 E. 3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin beruft sich weiter auf ein Strafverfahren, welches gegen Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ und einen L.\_\_\_\_-Psychiater hängig sei, sowie auf einen Beitrag in der Fernsehsendung «Kassensturz» vom 16. Oktober 2018, worin über ein vom besagten Psychiater erstelltes mangelhaftes Gutachten berichtet wurde (s. BB-Nr. 5). Daraus kann die Beschwerdeführerin aber nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die genauen Sachverhalte und Hintergründe dieser beiden Fälle sind unbekannt. Ausserdem liegt die fragliche Begutachtung länger zurück, erfolgte sie doch offenbar im Dezember 2013. Die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, dass sich Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ hinsichtlich des sie betreffenden Gutachtens vom 25. April 2018 strafbar gemacht habe (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_181/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.1.3); ebenso wenig wird behauptet, beim Psychiater, gegen den ein Strafverfahren läuft, handle es sich um den hier eingesetzten Dr. med. O.\_\_\_\_. Schliesslich ist festzuhalten, dass sich Ausstandsbegehren nur gegen einzelne Gutachter und nicht gegen Gutachterstellen als solche richten können (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226). Deshalb geht es nicht an, den für die L.\_\_\_\_ tätigen Gutachtern nur deshalb pauschal Befangenheit zu unterstellen, weil dieses Institut von Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ geleitet wird.

3.5 An der Verhandlung vom 28. August 2019 rügt die Beschwerdeführerin erstmals, die L.\_\_\_\_-Experten hätten keine aktuellen bildgebenden Untersuchungen veranlasst. Dies trifft zwar zu, begründet aber keinen Mangel des Gutachtens. Es liegt im pflichtgemässen Ermessen des Gutachters, über Art und Umfang der Untersuchungen zu befinden, welche auf Grund der konkreten Fragestellung erforderlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_367/2019 vom 6. August 2019 E. 4.3.2). Dieses Ermessen haben die Experten im vorliegenden Fall nicht überschritten. Ihnen waren die Ergebnisse der im November 2016 und März 2017 durchgeführten MRI-Untersuchungen (E. II. 3.1.2 in fine und 3.1.5 in fine hiervor) bekannt (s. MA-Nr. 84 S. 24 + 25 / Nr. 82 S. 24 + 25). Diese zeitnah zum Unfall erfolgten Untersuchungen förderten keine traumatischen strukturellen Läsionen zu Tage. Damit bestand im Rahmen der Begutachtung keinerlei Anlass für eine nochmalige Bildgebung, da keine neuen Erkenntnisse – im Sinne eines Nachweises unfallbedingter Schädigungen – zu erwarten waren. Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Experten von eigenen Abklärungen absahen, sie durften sich vielmehr darauf beschränken, die früheren radiologischen Untersuchungsergebnisse zu würdigen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bestehen auch keinerlei Hinweise darauf, dass die 2017 festgestellten Spinalkanal- und Foraminalstenosen traumatischer Genese sind.

3.6 Zusammenfassend ist das L.\_\_\_\_-Gutachten materiell voll beweiskräftig. Die dagegen erhobenen Einwände entpuppen sich als nicht stichhaltig, weshalb kein Anlass besteht, eine neue Begutachtung durchzuführen. Die Leistungseinstellung per 31. Mai 2018, welche sich auf das Gutachten stützt, ist folglich nicht zu beanstanden, womit sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und abzuweisen ist. Der von der Beschwerdegegnerin beantragte zweite Schriftenwechsel erübrigt sich vor diesem Hintergrund.

4. 4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

## **E. 2.5**

2.5.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1

und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E.

### **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

#### **E. 3.1**

3.1.1 Die Beschwerdeführerin war am 24. November 2016 auf der Autobahn unterwegs, als das vorausfahrende Fahrzeug wegen des Verkehrsaufkommens eine Vollbremsung einleitete. Sie reagierte mit einer Vollbremsung und kam mit etwas Abstand zum Fahrzeug vor ihr zum Stillstand. Das Fahrzeug hinter der Beschwerdeführerin vermochte nicht mehr rechtzeitig anzuhalten und kollidierte mit dem Heck ihres Wagens. Das nächste Auto wiederum prallte in dieses Fahrzeug und schob es erneut in den Wagen der Beschwerdeführerin (s. Polizeirapport, KA S. 36). Gemäss dem unfallanalytischen Gutachten von Ing. HTL C. \_\_\_ vom 24. Mai 2018 (KA S. 144 ff.) lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Wagens der Beschwerdeführerin zwischen 7,9 und 11,9 km/h bzw. bis zu 2 km/h tiefer, falls der Wagen (und allenfalls auch das nachfolgende Fahrzeug) in der Kollisionsphase gebremst war. Es könne von einem Mittelwert von ca. 10 km/h ausgegangen werden. Eine relevante Drehung des Wagens sei nicht erfolgt. Die zwei Insassen hätten sich infolge der Kollision in einem Winkel von ca. 162° (zur Fahrzeuglängsachse) nach hinten links bewegt (KA S. 159).

3.1.2 Am 28. November 2016 suchte die Beschwerdeführerin in dieser Sache erstmals ihre Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin für Allg. Innere Medizin, auf. Gemäss deren Bericht vom gleichen Tag (Medizinische Akten der Beschwerdegegnerin Ordner 1, MA S. 10 ff.) befand sich die Beschwerdeführerin bei der Heckkollision in aufrechter, angeschnallter Sitzposition mit gerader Kopfhaltung. Es seien sofort Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten, nach einer halben Stunde Schwindel und Übelkeit, nach vier Stunden Erbrechen, nach zehn Stunden Hörstörungen sowie nach 24 Stunden Sehstörungen. Für eine Bewusstlosigkeit gebe es keine Anhaltspunkte, aber für die zweite Kollision bestehe eine Gedächtnislücke. Nach dem Unfall sei die Beschwerdeführerin mit dem Auto weitergefahren. Aktuell bestünden noch Kopfschmerzen, Druckschmerzen im Nacken-Schultergürtel sowie thorakal links, Muskelverspannung, Flimmern und allenfalls Doppelbilder sowie ein leichtes Würgegefühl. Die HWS-Beweglichkeit sei in alle Richtungen schmerzhaft. Äussere Verletzungen seien nicht erkennbar. Die Beschwerdeführerin habe bereits 2001 eine Heckkollision mit Beteiligung von Kopf und HWS erlebt. Vor dem Unfall vom 24. November 2016 hätten ein leichter Tinnitus sowie gelegentlich Nackenschmerzen bestanden.

Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie und diagnostische Neuroradiologie, führte am 29. November 2016 eine MRT und MRA (TOF) des Neurokraniums durch (MA S. 1 f.).

Er stellte fest, es lägen weder ein epidurales oder subdurales Hämatom noch subarachnoidale Blutauflagerungen, sog. Scherverletzungen oder eine intrazerebrale Raumforderung vor. In der T2-Wichtung fänden sich mehrere, in der Zahl doch vermehrte hyperintense, supratentoriell betonte Marklagerläsionen, die differentialdiagnostisch z.B. mikroangiopathischen Veränderungen entsprächen.

3.1.3 In den Arztzeugnissen UVG vom 30. November und 6. Dezember 2016 (MA S. 5 f.) sprach Dr. med. D.\_\_\_\_ von einer HWS-Distorsion nach Heckkollision am 24. November 2016. Eine Blutung liege laut MRI nicht vor. Die HWS-Beweglichkeit sei in alle Richtungen schmerzbedingt eingeschränkt. Es bestünden ein Muskelhartspann sowie eine Druckdolenz nuchal und in beiden Schultern. Die Neurologie sei bis auf die Doppelbilder unauffällig. Die vorbestehende Hörminderung rechts habe sich verschlimmert. Die Arbeitsunfähigkeit liege derzeit bei 100 %.

3.1.4 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 21. Dezember 2016 (MA S. 19) einen Zustand nach Schleudertrauma mit rechtsbetontem Druck am Ohr, einen Zustand nach Tympanoplastik vor 30 Jahren sowie einen Tinnitus im Hochtonbereich rechts überschwellig. Im Reintonaudiogramm ergebe sich links eine gering- bis mittelgradige und rechts eine mittel- bis hochgradige sensorineurale Hörminderung mit Tinnitus.

3.1.5 Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Neurologie am [Spital] H.\_\_\_\_, stellte am 13. Februar 2017 (MA S. 31 ff.) folgende Diagnosen:

Laut Beifahrerin sei die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem ersten Aufprall kurz bewusstlos gewesen; an den zweiten Aufprall erinnere sie sich nicht. Nach dem Unfall habe die Beschwerdeführerin ihre Beifahrerin ins Spital gebracht und sei dann nach Hause gefahren. Dort angekommen, habe sie eine akute Nausea, ein Zittern am ganzen Körper sowie eine ausgeprägte Müdigkeit und Schläfrigkeit verspürt; sie sei sofort zu Bett gegangen und habe nachts einmal erbrochen. Am Folgetag sei sie mit starken Nuchalgien erwacht. Seither leide die Beschwerdeführerin an persistierenden, in die linke Schulter ausstrahlenden Schmerzen im Schulter-Nackengebiet, einem rechtsseitigen Tinnitus, biparietalen Kopfschmerzen sowie kognitiven Einbussen u.a. mit Wortfindungsstörungen. Emotional sei die Beschwerdeführerin abgeflacht, sie liege viel zu Hause und meide den Kontakt mit Menschen. Aktuell sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Die Nuchalgien gingen bis auf die beeinträchtigte HWS-Beweglichkeit ohne weitere fokale Ausfälle einher. Insbesondere zeigten sich keine radikulären Defizite. Die subjektive Verlangsamung sowie die Gedächtnisstörungen und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten seien unspezifisch und ätiologisch nicht richtungsweisend. Zudem bestünden diese zum Teil bereits seit dem Unfall vor 15 Jahren, so dass es umso schwieriger sei, einen Zusammenhang mit dem derzeitigen Unfallereignis herzustellen. Zusammen mit der MRI-Untersuchung des Hirns könne differentialdiagnostisch eine teilweise läsiogene Ursache postuliert werden. Bei den im MRI dargestellten T2-hyperintensiven Läsionen gehe sie auf Grund der Bildmorphologie am ehesten von vaskulären Läsionen aus. Es bedürfe einer neuropsychologischen Abklärung.

Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt Radiologie am [Spital] H.\_\_\_\_, erwähnte im Bericht vom 9. März 2017 (MA S. 36) mässige bis deutliche degenerative Veränderungen im mittleren bis unteren HWS-Abschnitt mit grenzwertiger Spinalkanalstenose und hochgradigen Foraminalstenosen beidseits in den Segmenten C4/5 und C5/6. Für eine Diskushernie,

Fraktur oder ligamentäre Läsion gebe es keine Hinweise.

3.1.6 Dr. med. D. \_\_\_ erklärte im Bericht vom 25. März 2017 (MA S. 55 ff.), der Verlauf gestalte sich harzig. Die Schmerzen seien zwar langsam regredient, aber immer noch einschränkend, auch wenn die Schmerzmedikation habe reduziert werden können. Weiter bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie die Hörminderung und der Tinnitus rechts, was den Wiedereinstieg als Call Agentin derzeit ausschliesse. Gegenwärtig beurteile sie alle drei Wochen die Medikation und die Arbeitsfähigkeit. Eine weitere ärztliche Behandlung lasse noch eine namhafte Besserung der Nackenbeschwerden erwarten, so dass sie im Alltag nicht mehr störten. Bei der Hörstörung sei mit einer gewissen Restsymptomatik zu rechnen. Die Physiotherapie für Nacken und Ohr sei fortzuführen. Es werde eine neurologisch-neuropsychologische Beurteilung mit Behandlungsvorschlag erfolgen. Eventuell sei die Behandlung Ende April oder im Mai abgeschlossen.

3.1.7 Lic. phil. J. \_\_\_, Psychologe FSP, nahm am 21. April 2017 folgende neuropsychologische Beurteilung vor (MA S. 61 ff.): Die Beschwerdeführerin klagt über chronische Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit und verminderte Belastbarkeit sowie depressive Symptome. Die Einschränkungen bestünden schon seit dem «Schleudertrauma» vor einigen Jahren, hätten sich aber infolge des Autounfalls im November 2016 nochmals deutlich akzentuiert. Klinisch falle namentlich eine Verminderung des Antriebs- und Arbeitstempos auf. Die Testleistungen zur den Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen zeigten merkliche Minderleistungen im kognitiven Tempo. Das Testprofil sei deutlich durch psychogene kognitive Defizite überlagert. Zudem zeigten sich gewisse Leistungsinkonsistenzen innerhalb und zwischen Testverfahren sowie Diskrepanzen zwischen der Testleistung und der Klinik bzw. dem Funktionsniveau im Alltag. Auf Grund der anamnestischen Angaben, der Klinik und der neuropsychologischen Untersuchung bestehe der Verdacht auf eine Anpassungsstörung. Man gehe nicht von einer primär hirnanorganischen Ursache der Defizite aus, empfehle aber eine Fahrkarenz bis zur Evaluation der Fahreignung durch einen Psychiater.

3.1.8 Dr. med. G. \_\_\_ hielt im Bericht vom 5. Mai 2017 fest (MA S. 62 ff.), laut der Beschwerdeführerin hätten sich die Nuchalgien unter Physiotherapie verbessert. Der Tinnitus trete nur noch bei Anstrengung auf. Die T2-hyperintensen subkortikalen Läsionen seien am ehesten mikroangiopathisch bedingt, die unverändert beklagten kognitiven Einbussen hingegen psychisch. Die neuropsychologischen Tests seien auf Grund der variablen Befunde nicht valide. Aus rein neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig. Eine psychiatrische Stellungnahme sei jedoch unumgänglich.

3.1.9 Dr. med. D. \_\_\_ führte im «Verlaufsfragebogen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma» am 11. August 2017 aus (MA S. 72 ff.), der Verlauf sei protrahiert und wohl überlagert durch die Vorbelastung des Unfalls vor 15 Jahren sowie die psychische Belastung. Die Beschwerdeführerin leide noch unter Kopf- und Nackenschmerzen sowie Tinnitus. Hier sei eine Verbesserung eingetreten. Die HWS-Beweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt. Ausserdem bestünden Konzentrations- und Schlafstörungen sowie gelegentlich Schwindel. Der psychische Zustand habe sich verschlechtert. Die Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden sowie das Gehör hätten sich verbessert, der Schwindel sei unverändert.

3.1.10 Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in den Arztzeugnissen vom 8. Januar, 7. Februar und 28. März 2018 (MA S. 78 + 80 f.) fest, das unfallkausale Leiden der Beschwerdeführerin beeinträchtigt die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit massiv. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.2 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Gutachterstelle L.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 25. April 2018 erging (MA-Nr. 85).

3.2.1 Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 25. April 2018 (MA-Nr. 84) HWS-Distorsionen von 2002 und November 2016 sowie eine Adipositas Grad I (S. 30 f.). Die Beschwerdeführerin äussere bei der Exploration zervikale Schmerzen, Verspannungszustände der Schulter-Nacken-Region sowie allgemeine Symptome wie Konzentrationsdefizite, Schwindel, Tinnitus und rasche Ermüdbarkeit. Die klinische Untersuchung ergebe keinen namhaft beeinträchtigten Funktionsbefund des Achsenskeletts. Es würden beidseits hochparazervikale Druckdolenz über möglichen segmentalen Irritationszonen der Kopfgelenke sowie eine mittelgradige Verspannung der Trapezmuskulatur erhoben. Die Beschwerdeführerin wirke nicht erheblich schmerzgeplagt (S. 31). Zusammengefasst finde sich ein leichtes muskulotendinöses Zervikalsyndrom ohne erhebliche Funktionseinschränkungen. Die Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und der wenig auffälligen objektiven Klinik spreche für eine Aggravation. Die spontane zervikale und sonstige Mobilität wirke nicht namhaft limitiert (S. 32). Erhebliche strukturelle zervikale Läsionsbefunde, die das Ausmass der Beschwerden erklären könnten, seien nicht dokumentiert (S. 33).

Die gestellten Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34). HWS-Distorsionen leichteren Grades wie hier heilten erfahrungsgemäss binnen max. zwölf Wochen folgenlos aus (S. 39). Orthopädisch-traumatologisch sei deshalb nach dem HWS-Distorsionstrauma am 24. November 2016, bei fehlendem Nachweis einer namhaften strukturellen Läsion, von einer Arbeitsunfähigkeit während höchstens drei Monaten auszugehen. Rückblickend könne deshalb ab 1. März 2017 in der damaligen körperlich leichten Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Call-Center wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert werden, d.h. ein Pensum und Rendement von 100 %. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede Art von Arbeit habe bis längstens 28. Februar 2017 bestanden (S. 36 f. + 40 f.). Jegliche der angestammten resp. letzten Tätigkeit vergleichbare Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei uneingeschränkt geeignet (S. 37). Bei fehlendem Hinweis auf eine stattgehabte erhebliche strukturelle HWS-Läsion und angesichts des hiesigen Befunds sei eine Arbeitsaufnahme angezeigt (S. 35).

Organische Unfallfolgen seien nicht überwiegend wahrscheinlich. Das leichte muskulotendinöse Zervikalsyndrom sei kausal unspezifisch und komme in der allgemeinen Population häufig vor. Eine unfallkausale strukturelle Läsion sei weder 2002 noch 2016 belegt worden. Die hier erhobenen Befunde seien also zumindest gleichrangig wahrscheinlich als nicht unfallkausal anzusehen, im Sinne einer möglichen Zufallsassoziation. Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung stehe in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 24. November 2016, auch nicht teilweise (S. 38). Die Beschwerdeführerin sei seit einem Unfall mit HWS-Distorsion im Jahr 2002 (s. dazu Akten der Beschwerdegegnerin im Ordner 2) in der HWS-Funktion und in der allgemeinen Belastbarkeit limitiert gewesen. Sie habe einen Tinnitus sowie Konzentrationsdefizite und Gleichgewichtsstörungen entwickelt (S. 38). Seit dem

24. November 2016 seien keine unfallfremden interkurrenten Erkrankungen aufgetreten, die heute das Beschwerdebild mitbestimmen (S. 39).

Der Unfall vom 24. November 2016 mache keine weitere Heilbehandlung notwendig (S. 41). Man empfehle selbstständige Entspannungs- und Dehnungsübungen, leichte Wirbelsäulengymnastik in Eigenregie, regelmässiges Schwimmen sowie eine Gewichtsreduktion (S. 42).

3.2.2 Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 25. April 2018 (MA-Nr. 82) einen Status nach HWS-Distorsionen in den Jahren 2002 und 2016, ohne Nachweis neurologischer Folgeschäden und organopathologischer Veränderungen (S. 30). Aktuell beklage die Beschwerdeführerin vorrangig Nackenschmerzen, Tinnitus und eine Depression. Es finde sich aber kein objektives neurologisches Befundkorrelat. Der hiesige neurologische Untersuchungsbefund stelle sich regelrecht dar. Beim Unfall vom 24. November 2016 sei es zu keinen Verletzungen des Kopfes und keinen traumatischen Veränderungen des Nervensystems gekommen, insbesondere auch nicht des Gehirns, des Rückenmarks, der Nervenwurzeln, der peripheren Nerven oder anderer nervaler Strukturen. Zwar werde eine kurze Bewusstlosigkeit angegeben, doch mangels Kopfverletzung sei ein Schädelhirntrauma nicht plausibel. Unmittelbar nach dem Unfall hätten auch keine subjektiven Beschwerden vorgelegen. Die Beschwerdeführerin habe ihre Beifahrerin selber zum Spital gefahren. Erst daheim habe sie sich in der Nacht übergeben und in den Morgenstunden am ganzen Körper, insbesondere im Nackenbereich, Schmerzen entwickelt (S. 30 f. + 36). Bei der Überprüfung der Sensibilität werde in der gesamten linken oberen Extremität eine Minderempfindlichkeit für Oberflächenempfinden beschrieben, dies bei intaktem Schmerzempfinden und intakter Palästhesie sowie epikritischer Sensibilität. Die angegebene Begrenzung ab dem Hals sei anatomisch nicht erklärbar und auch inkonsistent. Für eine Einschränkung der Kopfbeweglichkeit ergäben sich keine Anzeichen. Was die reklamierten kognitiven Beeinträchtigungen angehe, so präsentiere sich die Beschwerdeführerin hier wach, attent, geistig wendig und nicht vigilanzgestört. Aus neurologischer Sicht habe der Unfall vom 24. November 2016 anhand der hiesigen objektiven klinischen Befunde zu keinen namhaften Verletzungen geführt, die die Beschwerden erklären könnten. Die dokumentierten Bildgebungen zeigten ebenfalls keine traumatischen Läsionen, und die berichteten Unfallhergänge liessen keine gravierende unfallkausale Verletzung annehmen (S. 31).

Es ergäben sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit (S. 33). Die Beschwerdeführerin sei hinsichtlich Pensum und Rendement in der bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich nicht mit objektiven neurologischen Störungsbefunden oder aktenkundig belegten Läsionen am Nervensystem begründen (S. 36 + 39). Die Beschwerdeführerin sei anamnestisch im Alltag selbständig, weitgehend selbstversorgend, sozial integriert und aktiv. Die Ressourcen erschienen also nicht namhaft limitiert (S. 33).

Da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen vorlägen, entfalle ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der geltend gemachten Gesundheitsschädigung und dem Unfall vom 24. November 2016, dies auch im Sinne einer Teilursache. Eine neurologische Vorschädigung sei anamnestisch und anhand der hiesigen objektiven Befunde nicht belegt (S. 37).

Neurologisch sei keine Therapie notwendig (S. 34), womit auch eine weitere Heilbehandlung von Unfallfolgen entfalle (S. 40).

3.2.3 Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 25. April 2018 (MA-Nr. 83) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1, S. 36). Die Beschwerdeführerin berichte vorrangig ein zervikales Schmerzsyndrom und kognitive Beeinträchtigungen. Die vertiefende Exploration ergebe Antriebs-, Freud-, Lust- und Interesselosigkeit, ein Gefühl von «Gefühllosigkeit» und emotionaler Distanziertheit, affektive Irritabilität und innere Unruhe sowie weitere vegetative Beeinträchtigungen wie eine vermehrte Schlafneigung. Die depressive Verstimmung werde in einen engen zeitlichen Zusammenhang zum Unfallereignis im November 2016 gerückt. Im hier AMDP-konform erhobenen Psychostatus seien Beeinträchtigungen von Stimmung, Antrieb und affektiver Schwingungsfähigkeit zu objektivieren, woraus eine insgesamt mittelgradig ausgeprägte depressive Episode resultiere (S. 36). Wegen der fehlenden übrigen Kriterien (vegetatives Hyperarousal, Schreckhaftigkeit, emotionale Abstumpfung) werde trotz Alpträumen und Flashbacks keine Traumafolgestörung diagnostiziert, zumal das Unfallereignis vom 24. November 2016 die ICD-10 Kriterien eines katastrophalen oder lebensbedrohlichen Ereignisses nicht erfülle (S. 37). Der Unfall sei auch nicht gravierend genug, um eine sonstige anhaltende psychische Fehlverarbeitung überwiegend wahrscheinlich zu begründen (S. 47). Eine anderweitige psychiatrische Erkrankung wie eine Angst- oder Persönlichkeitsstörung liege ebenfalls nicht vor (S. 37). Eine von der depressiven Erkrankung abgrenzbare auffällige Persönlichkeitsentwicklung liege nicht vor: In der Biographie, den Akten und der hiesigen Exploration sei keine Störung zu erkennen, welche seit Kindheit und Jugend das Verhalten tangiere (S. 39). Was eine somatoforme Schmerzstörung angehe, so liege den Schmerzen kein erheblicher unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt zu Grunde, und die Beschwerdeführerin wirke auch nicht namhaft schmerzgeplagt (S. 37). Soziale Belastungen mit direkten negativen funktionellen Folgen liessen sich anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Hinweise für eine namhafte Aggravation oder erhebliche Diskrepanzen lägen nicht vor (S. 38 + 42).

Anhaltspunkte für eine überwiegend wahrscheinlich abgrenzbare eigenständige hirnorganische Störung fehlten. Die kognitive Beeinträchtigung sei mit zumindest gleichrangiger Wahrscheinlichkeit im Kontext des depressiven Syndroms zu verstehen. Soweit vor 2016 kognitive Störungen aktenkundig seien, seien diese nicht durch objektive strukturelle zerebrale Läsionsbefunde belegt worden. Der Unfallhergang ohne namhafte Kopfverletzung im Jahr 2002 sowie die geringe damalige Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin (s. biomechanisches Gutachten vom 14. August 2003, Unfallakten 2002 Ordner 2 S. 46) machten eine unfallkausale zerebrale Verletzungsfolge unwahrscheinlich und biologisch nicht plausibel. Auch für anderweitige zerebrale Erkrankungen oder Defektfolgen ergebe sich kein ausreichender Anhalt. Die zeitliche Assoziation des Unfalls von 2002 und der subjektiven Beschwerden bei anamnestisch verneinten vorbestehenden Störungen sei für eine überwiegend wahrscheinliche Kausalbeziehung schulmedizinisch nicht ausreichend. Dafür bedürfe es der hier nicht erfüllten epidemiologischen Kausalkriterien (biologische Plausibilität eines zerebralen Traumas, traumatypische kognitive Störungsmuster etc.); die testpsychologischen Auffälligkeiten seien unspezifisch (S. 44). Belege für einen behinderungsrelevanten Effekt seien anhand der Indikatoren alltagspraktischer Folgen zu prüfen; die hier erhobenen

anamnestischen Daten, einschliesslich des Führens eines Autos, sprächen jedoch nicht für eine erhebliche kognitive Beeinträchtigung mit einem eigenständigen behindernden Effekt (S. 44 f.). In den Akten werde auch vor 2016 eine Depressivität genannt, sodass auch dieser Kausalfaktor in der Interpretation vorangehender auffälliger Testbefunde zu berücksichtigen sei (S. 45).

Die Beschwerdeführerin stehe in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Ein Antidepressivum werde erst seit Kurzem in wirksamer Dosierung eingenommen, der Erfolg bleibe abzuwarten. Eine Therapieintensivierung sei auch ambulant möglich, z.B. durch Umstellung der Medikation, und medizinisch zumutbar (S. 40 f.). Hinweise für eine verminderte Kooperation der Beschwerdeführerin oder eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz fehlten (S. 41 + 42).

Auf Grund der affektiven und vegetativen Beeinträchtigung im Rahmen des depressiven Syndroms liege die Arbeitsfähigkeit derzeit bei 50 %, dies sowohl im angestammten Bereich als auch auf dem gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt. Die psychische Störung müsse sich in jeder Tätigkeit zumindest gleichrangig negativ auswirken. Retrospektiv könne diese Bewertung etwa seit dem Unfall von 2016 gelten, dem anamnestisch berichteten Störungsbeginn (S. 43). Die persönlichen Ressourcen seien bei anamnestisch reger Alltagsaktivität, Fähigkeit zur Selbstversorgung sowie guter familiärer und sozialer Einbindung nicht namhaft reduziert (S. 39).

Eine natürliche Kausalität zwischen der geltend gemachten Gesundheitsschädigung und dem Unfall vom 24. November 2016 sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Depressive Episoden seien eine eigenständige und eigengesetzlich verlaufende biologische Entität. Als auslösende Faktoren seien negative Lebensereignisse bekannt, wobei hier das Unfallereignis von 2016 nicht als gravierend anzusehen sei. Eine namhafte strukturelle Verletzung sei nicht belegt worden, ebenso keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit. Ein gravierendes, psychisch traumatisierendes Erlebnis sei daher nicht überwiegend wahrscheinlich. Die von der Beifahrerin berichtete Bewusstlosigkeit sei wenig plausibel, da keine erhebliche Kopfverletzung dokumentiert sei. Zudem fehlten zeitnahe Unfallberichte, die ein überwiegend wahrscheinliches erhebliches Trauma belegen würden (S. 45). Aktenkundig sei eine frühere Depressivität. Die Beschwerdeführerin berichtete einen Beginn der depressiven Störung mit resp. nach dem Unfall von 2016, eine überwiegend wahrscheinliche Zuordnung ergebe sich mithin nicht. Seit dem Unfall vom 24. November 2016 seien keine interkurrenten Erkrankungen aufgetreten, die heute das Beschwerdebild mitbestimmen (S. 46).

3.2.4 In der Konsensbeurteilung vom 25. April 2018 gelangten die Gutachter zusammenfassend zum Ergebnis (MA-Nr. 85), eine unfallkausale, die Arbeitsfähigkeit anhaltend mindernde Gesundheitsstörung sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Der Unfall im November 2016 biete keine objektiven Anhaltspunkte für eine dabei erlittene erhebliche Verletzung; dagegen sprächen die Fortsetzung der Fahrt, das Fehlen dokumentierter äusserer Verletzungen, die zeitversetzte ambulante Arztkonsultation sowie die fehlenden bildmorphologischen Belege einer unfallkausalen strukturellen zervikalen oder zephalen Verletzung. Die hiesigen objektiven Befunde wiesen keine konsistenten erheblichen und unfalltypischen Auffälligkeiten aus. Zervikale muskuläre Verspannungen seien ein häufiger Befund in der allgemeinen Population und eine unfallkausale biologische Läsion, die derartige Befunde unterhalten könnte, sei nicht belegt worden (S. 1). Zudem werde ein Distorsions-Vorereignis von 2002 berichtet, das als konkurrierende hypothetische Ursache

zum Unfall von 2016 von diesem auch nicht kausal abgrenzbar wäre. Bei beiden Unfällen seien keine über Bagatellereignisse hinausgehende Hergangsmuster dokumentiert. So fehlten ein Beleg für ein schwerwiegendes Unfallereignis sowie ein zeitnaher ärztlicher Bericht vom Unfalltag. Als typisch für leichtgradige HWS-Distorsionen wie hier gelte die zeitliche Latenz zwischen dem Ereignis und den einsetzenden Beschwerden bzw. der ärztlichen Konsultation. Die Evidenzlage der wissenschaftlichen Medizin unterstütze keinen überwiegend wahrscheinlichen Kausalbezug zwischen Unfallereignissen mit leichtgradigen HWS-Distorsionen und nachfolgend reklamierten chronischen Beschwerden. Auch eine zum Unfall im November 2016 kausale eigenständige kognitive Störung im Rahmen eines Schädelhirntraumas sei nicht ausreichend wahrscheinlich, da bereits vor dem Unfall eine kognitive Störung aktenkundig berichtet worden sei und ein depressives Syndrom bestehe, das kognitive Störungen hinreichend erklären könne. Weiter fehle auch der epidemiologische Beleg einer Kausalbeziehung von leichtgradigen Schädelhirntraumata mit nachfolgend beklagten chronischen kognitiven Defiziten.

Der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ von 2017 spreche von ätiologisch unklaren «subjektiven Konzentrationsstörungen», nenne keine neurologischen Ausfälle und weise auf die fehlende Abgrenzbarkeit zum Vorereignis von 2002 hin, sehe also keine schlüssige Unfallkausalität zum Ereignis von 2016 (S. 2). Dr. med. D.\_\_\_\_ erwarte im Bericht vom 25. März 2017 eine Besserung. Lic. phil. J.\_\_\_\_ schliesslich nehme zu den Berichten vor 2016 nicht näher vergleichend Stellung. In der Folge sei offenkundig auch keine andauernde Einschränkung der Fahreignung verfügt worden, da die Beschwerdeführer hier angebe, ihr Auto führen zu können (S. 4).

Eine anhaltende richtunggebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch den Unfall vom November 2016 sei demnach allenfalls als passager und möglich anzusehen, eine schlüssige Änderung gegenüber der Zeit vor dem Unfall vom November 2016 sei nicht ausreichend objektiviert (S. 4 f.).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Auffahrunfall vom 24. November 2016 und den weiterhin geklagten, über den 31. Mai 2018 hinaus anhaltenden Beschwerden verneint. Sie konnte sich dabei auf die entsprechenden Aussagen im polydisziplinären L.\_\_\_\_-Gutachten stützen. Es besteht kein Anlass, an dessen Beweiswert zu zweifeln, erfüllt es doch sämtliche Anforderungen der Praxis (s. E. II. 2.5.2 hiervor): Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen Disziplinen. Diese Experten haben die Beschwerdeführerin jeweils gründlich untersucht, ihre subjektiven Angaben festgehalten sowie sich ausführlich mit den Vorakten und der Anamnese befasst. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es wird überzeugend dargelegt, dass die Beschwerden keine somatische Grundlage besitzen, weil sich keine traumatischen strukturellen Läsionen nachweisen lassen. Weiter leuchtet angesichts der diskreten resp. unauffälligen orthopädischen und neurologischen Befunde (s. dazu E. II. 3.2.1 und 3.2.2 hiervor) ein, dass keine organisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt. In psychiatrischer Hinsicht wiederum wird dargelegt, warum die depressive Episode, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, nicht mit dem Unfall vom 24. November 2016 in Verbindung gebracht werden kann. Der Experte beruft sich dabei schlüssig auf die Natur der depressiven Episode als eigenständiges Leiden sowie darauf, dass schon vor 2016 von einer Depressivität die Rede war.

Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) besteht und der Unfall vom 24. November 2016

weder die alleinige Ursache noch eine Teilursache der nach dem 31. Mai 2018 persistierenden somatischen und psychischen Beschwerden darstellt. Weitere medizinische Abklärungen hierzu erübrigen sich, da keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Fehlt es aber am natürlichen Kausalzusammenhang, so entfällt für das Ereignis vom 24. November 2016 ein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung. Ob ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, muss daher nicht beurteilt werden. Es sei immerhin darauf hingewiesen, dass der hier zu diskutierende Unfall prima vista als leicht erscheint; dafür sprechen die Geschwindigkeitsänderung von lediglich 10 km/h (s. E. II. 3.1.2 hiervor), die eher leichten Schäden am Auto der Beschwerdeführerin (vgl. KA S. 49) sowie der Umstand, dass diese auf die Heckkollision vorbereitet war. Diesfalls wäre die Adäquanz aber ohne weiteres zu verneinen, ohne dass eine vertiefte Prüfung zu erfolgen hätte (s. E. II. 2.3.2 hiervor).

3.4 Die Beschwerdeführerin geht in der Beschwerdebeurteilung inhaltlich nicht auf das L.\_\_\_\_-Gutachten ein. Ihre Einwände dagegen sind rein formeller Natur:

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 6. Februar 2018 mit, es sei vorgesehen, bei der Gutachterstelle L.\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Begutachtung mit dem beiliegenden Fragenkatalog in Auftrag einzuholen (KA 120 f.). Die Beschwerdeführerin erhielt Gelegenheit, bis 20. Februar 2018 Ablehnungsgründe vorzubringen und zusätzliche Fragen einzureichen, verbunden mit dem Hinweis, die Gutachterstelle werde sie über die Sachverständigen informieren. Die Beschwerdeführerin erfuhr sodann durch das Aufgebot der Gutachterstelle, dass sie am 23. resp. 26. Februar 2018 von den Dres. M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ untersucht werde (KA S. 128).

Die Beschwerdegegnerin hätte der Beschwerdeführerin auch für Einwände gegen die einzelnen Gutachter und die vorgesehenen Disziplinen Frist setzen müssen, was unterblieb. Dies schliesst aber die Verwertung des Gutachtens nicht aus. Einerseits erklärte sich die Beschwerdeführerin gemäss Telefonnotiz vom 6. Februar 2018 (KA S. 125), deren Inhalt sie nicht bestreitet, ausdrücklich mit der Gutachterstelle L.\_\_\_\_ einverstanden, wobei sie festhielt, sie hoffe auf einen zeitnahen Termin. Die Beschwerdeführerin war also stillschweigend damit einverstanden, dass die Gutachter erst später mitgeteilt werden. Andererseits erhob die Beschwerdeführerin auch dann keine Einwände gegen die Gutachter M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_, als sie deren Namen durch das Aufgebot vom 13. Februar 2018 erfahren hatte, sondern sie unterzog sich bereitwillig der Begutachtung.

3.4.2 Statt konkrete Umstände vorzubringen, welche die einzelnen Gutachter als befangen erscheinen lassen, macht die Beschwerdeführerin geltend, angesichts «gehäufter Umstände» bestünden generell erhebliche Zweifel an der Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit sämtlicher L.\_\_\_\_-Gutachter. Sie begründet dies mit dem Verhalten des Leiters der Gutachterstelle, Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_. Dieser unterzeichnete sowohl das Hauptgutachten als auch die drei Teilgutachten jeweils mit, verbunden mit der Bemerkung «aufgrund eigener Prüfung und Urteilsbildung». Die Beschwerdeführerin dringt hier indes nicht durch.

3.4.2.1 Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Mitunterzeichnung eines Gutachtens durch den Leiter der Gutachterstelle, der nicht als Gutachter eingesetzt war, für sich allein keinen Mangel darstellt, der eine Verwertung des Gutachtens ausschliessen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_231/2018 vom 9. Oktober 2018 E. 4.1).

Weiter ist zu beachten, dass die versicherte Person einen Ausstandsgrund unverzüglich geltend machen muss, sobald sie davon Kenntnis erlangt hat, d.h. binnen maximal sechs bis sieben Tagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_434/2015 vom 28. August 2015 E. 2). Nach Eingang des Gutachtens gab die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 4. Juni 2018 Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor über den Fallabschluss verfügt werde (KA S. 160 f.). Der neu beigezogene Vertreter teilte am 5. Juli 2018 mit, dass die Beschwerdeführerin mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden sei, und ersuchte um eine Fristerstreckung (KA S. 174 f.), welche die Beschwerdegegnerin bis 13. August 2018 gewährte (KA S. 176). Auf ein zweites Erstreckungsgesuch hin wurde die Frist nochmals bis 10. September 2018 verlängert (KA S. 178 f.). Am letzten Tag dieser Frist liess die Beschwerdeführerin mitteilen, sie werde sich im Rahmen des Einspracheverfahrens zum Gutachten äussern (KA S. 181). Gegen die sodann am 21. September 2018 ergangene Verfügung liess die Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2018 Einsprache erheben (KA S. 202 f.), worin sie lapidar vorbrachte, die Gutachterstelle L. \_\_\_ arbeite dem Anschein nach nicht ergebnisoffen. Ihr sei eine Nachfrist zu setzen, damit sie dies einlässlich begründen könne. Die Beschwerdegegnerin lehnte am 31. Oktober 2018 eine Fristverlängerung ab (KA S. 212). In der Folge unterliess es die Beschwerdeführerin, ihre Einsprachebegründung wie angekündigt zu ergänzen, obwohl der Einspracheentscheid erst am 7. Januar 2019 erging. Da die Beschwerdeführerin mit der Kenntnisnahme des Gutachtens wusste, dass Prof. Dr. med. P. \_\_\_ ebenfalls unterschrieben hatte, wäre sie in der Lage gewesen, das Ausstandsbegehren bereits vor der Verfügung vom 21. September 2018 zu erheben und wenigstens summarisch zu begründen. Die konkreten Einwände gegen Prof. Dr. med. P. \_\_\_ wurden aber erst im Beschwerdeverfahren vorgebracht und damit auf jeden Fall verspätet, d.h. sie sind von vornherein unbeachtlich (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69). Mangels rechtzeitiger Einwände hatte die Beschwerdegegnerin auch keinen Anlass, sich mit der Beschwerdeführerin um eine Einigung auf eine andere Gutachterstelle zu bemühen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_99/2014 vom 21. Mai 2014 E. 3).

3.4.2.2 Der Vorwurf der Befangenheit gegenüber Prof. Dr. med. P. \_\_\_ wäre im Übrigen ohnehin unbegründet:

Die Beschwerdeführerin verweist einmal auf eine Vortragsveranstaltung vom 19. Juni 2014, zu der Prof. Dr. med. P. \_\_\_ im Namen der Gutachterstelle L. \_\_\_ einlud und bei der es um «Möglichkeiten der zukünftigen Begrenzung von unzureichend begründeten Krankentaggeld-, IV- und UV-Leistungen bereits im Vorfeld von Begutachtungen» ging (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 3). Das Bundesgericht hat indes mehrfach entschieden, der Umstand, dass Prof. Dr. med. P. \_\_\_ seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_863/2017 vom 23. April 2018 E. 3 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin beruft sich weiter auf ein Strafverfahren, welches gegen Prof. Dr. med. P. \_\_\_ und einen L. \_\_\_-Psychiater hängig sei, sowie auf einen Beitrag in der Fernsehsendung «Kassensturz» vom 16. Oktober 2018, worin über ein vom besagten Psychiater erstelltes mangelhaftes Gutachten berichtet wurde (s. BB-Nr. 5). Daraus kann die Beschwerdeführerin aber nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die genauen Sachverhalte und Hintergründe dieser beiden Fälle sind unbekannt. Ausserdem liegt die fragliche

Begutachtung länger zurück, erfolgte sie doch offenbar im Dezember 2013. Die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, dass sich Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ hinsichtlich des sie betreffenden Gutachtens vom 25. April 2018 strafbar gemacht habe (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_181/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.1.3); ebenso wenig wird behauptet, beim Psychiater, gegen den ein Strafverfahren läuft, handle es sich um den hier eingesetzten Dr. med. O.\_\_\_\_.

Schliesslich ist festzuhalten, dass sich Ausstandsbegehren nur gegen einzelne Gutachter und nicht gegen Gutachterstellen als solche richten können (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226). Deshalb geht es nicht an, den für die L.\_\_\_\_ tätigen Gutachtern nur deshalb pauschal Befangenheit zu unterstellen, weil dieses Institut von Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ geleitet wird.

3.5 An der Verhandlung vom 28. August 2019 rügt die Beschwerdeführerin erstmals, die L.\_\_\_\_-Experten hätten keine aktuellen bildgebenden Untersuchungen veranlasst. Dies trifft zwar zu, begründet aber keinen Mangel des Gutachtens. Es liegt im pflichtgemässen Ermessen des Gutachters, über Art und Umfang der Untersuchungen zu befinden, welche auf Grund der konkreten Fragestellung erforderlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_367/2019 vom 6. August 2019 E. 4.3.2). Dieses Ermessen haben die Experten im vorliegenden Fall nicht überschritten. Ihnen waren die Ergebnisse der im November 2016 und März 2017 durchgeführten MRI-Untersuchungen (E. II. 3.1.2 in fine und 3.1.5 in fine hiervor) bekannt (s. MA-Nr. 84 S. 24 + 25 / Nr. 82 S. 24 + 25). Diese zeitnah zum Unfall erfolgten Untersuchungen förderten keine traumatischen strukturellen Läsionen zu Tage. Damit bestand im Rahmen der Begutachtung keinerlei Anlass für eine nochmalige Bildgebung, da keine neuen Erkenntnisse ■ im Sinne eines Nachweises unfallbedingter Schädigungen ■ zu erwarten waren. Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Experten von eigenen Abklärungen absahen, sie durften sich vielmehr darauf beschränken, die früheren radiologischen Untersuchungsergebnisse zu würdigen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bestehen auch keinerlei Hinweise darauf, dass die 2017 festgestellten Spinalkanal- und Foraminalstenosen traumatischer Genese sind.

3.6 Zusammenfassend ist das L.\_\_\_\_-Gutachten materiell voll beweiskräftig. Die dagegen erhobenen Einwände entpuppen sich als nicht stichhaltig, weshalb kein Anlass besteht, eine neue Begutachtung durchzuführen. Die Leistungseinstellung per 31. Mai 2018, welche sich auf das Gutachten stützt, ist folglich nicht zu beanstanden, womit sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und abzuweisen ist. Der von der Beschwerdegegnerin beantragte zweite Schriftenwechsel erübrigt sich vor diesem Hintergrund.

## **E. 4**

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

### **E. 4.1**

S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der

Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

2.5.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet sowie in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.).

2.5.3 Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid BGE 137 V 210 verschiedene Verfahrensgrundsätze formuliert, welche die Invalidenversicherung bei der Einholung eines Administrativgutachtens zu beachten hat. Diese Rechtsprechung gilt auch bei Gutachten, welche die Unfallversicherung einholt. Die von der Invalidenversicherung zu beachtenden Modalitäten sind dabei sinngemäss anwendbar (BGE 138 V 318 E. 6.1.4 S. 323). Ist ein polydisziplinäres Gutachten erforderlich (also ein Gutachten mit drei oder mehr Fachdisziplinen, wie es die Beschwerdegegnerin hier eingeholt hat), so teilt die IV-Stelle dies sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und allfällige Fragen der versicherten Person mit. Diese erhält eine Frist von zwölf Tagen zur Einreichung von Zusatzfragen (Rz 2077.1 + 2077.2 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, in der ab 1. Januar 2018 geltenden und damit hier massgeblichen Fassung). In diesem Stadium kann die versicherte Person zudem nicht personenbezogene materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich (z.B. unzulässige second opinion) oder gegen Art und Umfang der Begutachtung (z.B. unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen) vorbringen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355 f.). Nach erfolgter Zuteilung durch die webbasierte Vergabepattform SuisseMED@P teilt die IV-Stelle der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharzttiteln mit (Rz 2077.8 KSVI). Die versicherte Person hat Gelegenheit, innert zwölf Tagen Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Möglich sind personenbezogene materielle oder formelle Einwendungen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355 f.), z.B. dass die begutachtende Person befangen sei oder ihr die erforderliche Fachkompetenz fehle (Rz 2077.10 KSVI). Die versicherte Person kann Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 ATSG). Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe wie für Richter. Bei der Befangenheit im Sinne der fehlenden Unparteilichkeit handelt es sich um einen inneren Zustand, der nur schwer zu beweisen ist. Für die Ablehnung braucht daher nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es

genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den ärztlichen Gutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.). 3.

## **E. 4.2**

4.2.1 Da die Beschwerdeführerin unterlegen ist, entschädigt der Kanton ihren unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

4.2.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote vom 28. August 2019 (A.S. 52 f.) weist einen Zeitaufwand von 13,46 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 10,76 Stunden. Daraus ergibt sich mit dem massgeblichen Ansatz von CHF 180.00 eine Entschädigung von CHF 1'936.80. Was die Auslagen über insgesamt CHF 186.40 betrifft, so sind die 108 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Andererseits ist die Anreise zur Verhandlung vom 28. August 2019 sowie die Rückfahrt über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag / GAV, BGS 126.3) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 118.80.

Einschliesslich CHF 158.30 Mehrwertsteuer (bei einem Satz von 7,7 % ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Entschädigung demnach auf total CHF 2'213.90. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 579.40 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'793.30), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier nicht ■ wie vom Rechtsvertreter in der Kostennote geltend gemacht ■ von einem Stundenansatz von CHF 250.00, sondern lediglich von CHF 230.00 auszugehen ist. Da sich die Beschwerdeführerin vor der Beurteilung der Kostentragung nicht äussern konnte und ein rechtskräftiger Entscheid über die Kosten einen definitiven Rechtsöffnungstitel darstellt, wäre ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (BGE 136 V 351 E. 4.4). Deshalb richtet sich der Nachzahlungsanspruch nach dem untersten Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 i.V.m. § 161 GT), wenn wie hier keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorliegt, die einen höheren Ansatz vorsieht. Es ist darauf hinzuweisen, dass die der Beschwerdegegnerin eingereichte Vollmacht (A.S. 19) zwar von den «nachfolgenden Honoraransätzen» spricht, diese aber nicht beigelegt wurden.

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

## Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Haldemann

### **E. 5**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Einsprachegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. März 2019, die Beschwerde sei unter Kostenfolge abzuweisen (A.S. 24 ff.). 2.3 Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts bewilligt der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. Mai 2019 ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege mit Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichem Rechtsbeistand (A.S. 51). 2.4 Am 28. August 2019 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung statt. Der Vertreter der Beschwerdeführerin bekräftigt die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren (s. Protokoll, A.S. 54) und reicht eine Kostennote ein (A.S. 52 f.). Die Vertreterin der Beschwerdegegnerin wiederum stellt folgende Anträge (A.S. 54 f.): 1. Die Beschwerde sei kostenfällig abzuweisen. 2. Eventualiter sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen, damit die Beschwerdegegnerin zu den an der Verhandlung neu vorgebrachten materiellen Einwänden der Beschwerdeführerin Stellung nehmen könne. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin bezüglich des Ereignisses vom 24. November 2016 Anspruch auf Unfallleistungen der Beschwerdegegnerin hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 7. Januar 2019 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 52 N 60). 1.3 Die revidierte Fassung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden auch einige Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) angepasst. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier ein Ereignis vom 24. November 2016 zu beurteilen ist, bleibt das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar. 2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld,

sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. Dabei ist nur der unfallbedingt, nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Unfallversicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

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