

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00207 vom 30. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00207](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00207)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00207 du 30 septembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00207 del 30 settembre 2013

## Erwägungen

### E. 1

und 5).

Mit Verfügung vom 24. Januar 2012 stellte die SUVA die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen per 31. Januar 2012 ein (Urk. 11/328). Dagegen erhob die Versicherte am 8. Februar 2012 Einsprache (Urk. 11/331/1-6). Die SUVA wies diese am 17. Juli 2012 ab (Urk. 11/337 = Urk. 2).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### E. 1.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 1.3**

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.4**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

### **E. 1.5**

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 359 E. 6a, letzter Absatz).

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel Hirn - trauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 133 E. 6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel Hirntrauma gemäss BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 E.

5b/ bb , 123 V 98 E. 2a).

### **E. 1.6**

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäße Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfall - bezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

### **E. 1.7**

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zu rückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er

dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des

Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;

- erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organische und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).  
1. 8

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).  
1. 9

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für

den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 1.10**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 17. Juli 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 1. 2. September 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte zur Hauptsache, dieser sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu zusprechen (S. 2 Ziff. 1-2).

Ferner beantragte sie die Übernahme von Gutachtenskosten im Betrag von Fr. 3'076.-- (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3), eventuell ein gerichtliches Obergutachten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) sowie die Gewährung der

unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 5).

Am 25. Oktober 2012 beantragte die SUVA in ihrer Beschwerdeantwort

die Abweisung der Beschwerde

(Urk. 10) und reichte ein Röntgenbild nach (Urk. 14). Die Beschwerdeantwort wurde der Beschwerdeführerin am 2. November 2012 zur Kenntnis gebracht (Urk. 15).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, die Beschwerdeführerin habe sich bei der Kollision vom 13. April 2003 keine bildgebend nachweisbaren Schäden an der Wirbelsäule zugezogen, und ein kortikal und subkortikal gelegenes kleines Defektareal im Hirn sei nur möglichweise auf den Unfall von 2003 zurückzuführen (S. 4 Ziff. 2a). Dies gelte auch in Würdigung der von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten weiteren medizinischen Beurteilungen (S. 5 ff. Ziff. 2d). Von weiteren Beweisvorkehrungen seien keine neuen Aufschlüsse zu erwarten (S. 9 Ziff. 2g). Die aktuellen Beeinträchtigungen seien organisch nicht hinreichend nachweisbar (S. 9 f. Ziff. 2h) und die gemäss BGE 115 V 133 zu prüfende Adäquanz (S. 11 f. Ziff. 3d) sei zu verneinen (S. 15 ff. Ziff. 3b-c).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe die Kausalität anerkannt und während Jahren Leistungen erbracht; sie müsse den Beweis erbringen, dass die diagnostizierten Unfallursachen heute nicht mehr vorlägen (S. 5 Ziff. 5.4). Es sei - aus näher dargelegten Gründen (S. 6 ff.) - eine somatische Verletzung belegt; damit sei auch der adäquate Kausalzusammenhang gegeben (S. 14 Ziff. 13.1), wobei - als Eventualstandpunkt - auch die

Kriterien der Adäquanzprüfung in ausreichendem Masse erfüllt wären (S. 15 Ziff. 13.6).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, ob zwischen im Januar 2012 noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfall von 2003 ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang besteht. Dabei steht die Frage im Zentrum, ob eine unfallkausale Hirnverletzung als möglich oder als überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist.

### **E. 3**

) berichtete am 19. Oktober 2005 über ihre erneute Untersuchung (Urk. 11/102) und führte aus, die aktuell somatisch orientierte neurologische Standortbestimmung ergebe wie bereits im November 2003 ein linksbetontes zervikozepales Schmerzsyndrom und eine veränderte Wahrnehmung der Oberflächenqualitäten an der ganzen linken Körperseite ohne „harte“ neurologische Ausfallsymptome (S. 2 unten).

### **E. 3.1**

Am 13. April 2003 kollidierte ein abbiegendes Auto auf einer Kreuzung mit dem vom Mann der Beschwerdeführerin gelenkten Auto (Urk. 11/3 S. 5) und die Beschwerdeführerin - im Begriff, etwas vom Boden aufzuheben - schlug mit dem Kopf an das Armaturenbrett (Urk. 11/2 Ziff. 2).

Gemäss der biomechanischen Beurteilung

vom 12. Februar 2008 prallte das Fahrzeug, in welchem sich die Beschwerdeführerin befand, frontal gegen das andere und erfuhr eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von rund 6-11 km/h (Urk. 11/160 S. 1). Der von der Beschwerdeführerin konsultierte Sachverständige erklärte, dieser Wert sei zumindest grössenordnungsmässig nicht zu beanstanden (Urk. 11/188 S. 1 Mitte)

Im Bericht vom 27. Mai 2003 über die Erstbehandlung am Folgetag (Urk. 11/2) wurden eine Commotio cerebri und reaktive muskuläre Verspannungen diagnostiziert (Ziff. 5), als Behandlung Ruhigstellung und Analgetika angegeben (Ziff. 7a), eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem Unfalltag attestiert (Ziff. 8) und die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % ab 26. Mai 2003 festgehalten (Ziff. 9).

### **E. 3.2**

Am 27. Oktober 2003 berichtete Y.\_\_\_\_, dipl. Psychologin IAP, nach ausführlichen Gesprächen am 25. September, am 3. und am 27. Oktober 2003 komme sie zu folgender Diagnose (Urk. 11/28): - akute Belastungsreaktion (unmittelbar auftretende Reaktion aufgrund des im April 2003 erlittenen Unfalls) mit jetziger Depression, Angst und Verzweiflung (ICD -10 F43.0)

### **E. 3.4**

Vom 28. Januar bis 17. März 2004 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik B.\_\_\_\_, worüber am 19. März 2004 berichtet wurde (Urk. 11/46). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): Auffahrunfall vom 13. April 2003 - HWS-Distorsion - Kopfkontusion (Commotio cerebri) 1. zervikozepales Schmerzsyndrom 2. mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung

### **E. 3.5**

Am 16. August 2004 erstattete Y. \_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2), dipl. Psychologin IAP, einen Zwischenbericht (Urk. 11/60) nannte nunmehr folgende Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD -10 F43.21) - generalisierte Angststörung (ICD -10 F 41.1)

Eine Weiterführung der Therapie sei nötig (S. 2 Mitte).

### **E. 3.6**

Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie FMH, berichtete am 2. September 2005 über die am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 11/88). Er führte unter anderem aus, die Beschwerdeführerin beklagte vor allem Kopf- und Nackenschmerzen (S. 2 Mitte); das neuropsychologische Training habe man gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin eingestellt, es hätte nichts gebracht (S. 2 unten).

In seiner Beurteilung wies er darauf hin, dass man initial von einer Commotio cerebri und einer HWS-Distorsion ausgegangen sei. Die Patientin habe ihre Arbeit im Schaltdienst der Arbeitgeberin D.\_\_\_\_ rasch wieder aufgenommen und eine Arbeitsfähigkeit von 75 % erreicht. Es hätten Beschwerden persistiert, und die neurologische Abklärung inklusive MRI habe den Befund einer stattgehabten Contusio cerebri ergeben (S. 3 unten). Dass die Beschwerdeführerin wenige Monate nach dem Unfall im Schaltdienst immerhin zu 75 % gearbeitet habe, habe eine gute neuropsychologische Leistungsfähigkeit vorausgesetzt. Es bestünden fassbare Veränderungen am Hirnstamm, so dass zumindest ein teilweiser Zusammenhang der depressiven Verstimmung mit dem Unfall bestehe (S. 4 oben).

### **E. 3.7**

Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.

### **E. 3.9**

Am 5. Januar 2007 brachte die Beschwerdeführerin einen Sohn zur Welt (vgl. Urk. 11/138 Ziff. 2).

### **E. 3.10**

Am 9. März 2005 hatte die Beschwerdeführerin als Autolenkerin einen weiteren Unfall erlitten (vgl. Urk. 11/245 S. 4 Ziff. 2.2).

Am 13. März 2008 erstatteten die Ärzte der Einrichtung F.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag des für den Unfall vom

### **E. 3.11**

Prof. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) berichtete am 18. Juli 2008 über ein gleichentags erstelltes MR des Gehirns (Urk. 11/136/4-5) und führte aus, es bestehe links fronto-basal-temporopolar-insulär ein kleinerer alter cortico-subcorticaler Defekt, der ätiologisch den typischen Aspekt einer posttraumatischen Veränderung aufweise. Ansonsten gebe es keinen Nachweis weiterer umschriebener postkontusioneller Läsionen, insbesondere auch keine auffällige Pathologie in der Nachverarbeitung der Tensio-Diffusions-Technik (S. 2).

### **E. 3.12**

Am 28. Juli 2008 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, über seine im Auftrag der Beschwerdegegnerin erfolgte Untersuchung vom 30. April 2008 (Urk. 11/176/1-3).

Er führte aus, subjektiv stünden vier (richtig: fünf) Jahre nach dem bekannten Unfall chronische posttraumatische Kopfschmerzen sowie ausgeprägte neuropsychologische Störungen im Vordergrund. Es bestünden weiterhin auch Zeichen einer posttraumatischen partiellen Belastungsstörung, dies bei sicher durchgemachter, im MR 2003 nachgewiesener und nun klar verifizierter traumatischer Hirnverletzung mit kleineren Läsionen links fronto-basal, tempo rofrontal und insulär. Aktuell wäre eine Unterscheidung in direkte hirnorganische und indirekte psychoreaktive Störungen mit Hilfe einer neuropsychologischen Untersuchung schwierig. Dies sei bei mit praktischer Sicherheit nachgewiesener durchgemachter traumatischer Hirnverletzung auch nicht nötig, da die Unfallkausalität klar gegeben sei (S. 3 Mitte).

### **E. 3.13**

Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) führte in seiner Beurteilung vom 11. Dezember 2008 (Urk. 11/197) aus, in diagnostischer Hinsicht ergebe sich aus den aktuellen Berichten übereinstimmend, dass die Versicherte an einer depressiven Störung und zugleich an einer Angststörung leiden würde (S. 3 Mitte). Es sei zum jetzigen Zeitpunkt davon auszugehen, dass die Versicherte durch das komplexe Beschwerdebild derart in ihrem psychophysischen Leistungsvermögen beeinträchtigt sei, dass eine verwertbare Arbeitsfähigkeit nicht mehr bescheinigt werden könne (S. 4 oben).

### **E. 3.14**

Am 3. Juli 2009 erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, eine Beurteilung anhand der Akten (Urk. 11/207).

Er führte aus, unter Berücksichtigung der Echtzeitdokumente könne höchstens ein Kopfanprall mit HWS-Stauchung und Nachschieben des Körpers bei einer nur geringen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 10 km/h angenommen werden. Unter diesen Voraussetzungen wäre mit einer kontinuierlichen Besserung von initialen Beschwerden innert Wochen zu rechnen gewesen (S. 7 oben).

Im Fall der Versicherten habe sich der Verlauf jedoch entgegengesetzt gestaltet (S. 7 Mitte).

Zur Diskussion stehe die Frage einer Hirnverletzung infolge des Unfalls vom

### **E. 3.15**

Am 10. August 2009 erstatte Prof. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.3) ein Aktengutachten im Auftrag von Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 11/222/11-14). Er führte - je näher begründet - aus, die Hirnläsionen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatischer Art; eine andere Ätiologie sei nicht wahrscheinlicher (S. 2 Ziff. 1). Der fehlende Nachweis von Hämosiderin schliesse eine traumatische Genese nicht aus (S. 2 f. Ziff. 2). Eine ausgedehntere Atrophie im Bereich der Läsionen sei keineswegs obligat für eine traumatische Läsion (S. 3 Ziff. 3).

### **E. 3.16**

Am 18. August 2009 nahm Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.12) - nunmehr im Auftrag der Beschwerdeführerin - zur Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.14) Stellung (Urk. 11/222/6-8).

Er führte unter anderem aus, seines Erachtens ergebe sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall während einer bestimmten (kurzen) Zeit bewusstlos

gewesen sei (S. 2 oben). Der Radiologie Prof. A.\_\_\_\_ habe die von Dr. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Argumente entkräftet (S. 2 Mitte).

### **E. 3.17**

Am 26. April 2010 erstatteten Prof. Dr. m ed. I.\_\_\_\_

und Dr. med. J.\_\_\_\_ , Oberarzt, Spital K.\_\_\_\_ , ein neuroradiologisches Teilgutachten ( Urk. 11/258/2-6) .

Sie führten aus, die in der Bildgebung von 2003 und 2008 ersichtlichen Veränderungen links frontal/temporal seien aufgrund der Morphologie und Lokalisation typisch für chronische Hirnparenchymkontusionen , eine traumatische Genese dieser Veränderungen sei mithin überwiegend wahrscheinlich (S. 4 oben) .

Ob die Veränderungen sicher vom Unfallereignis vom 13. April 2003 stammten, lasse sich aufgrund des vorhandenen Bildmaterials nicht beurteilen . Die Veränderungen seien erstmals in chronischem Stadium am 21. November 2003 dokumentiert, was eine Entstehung mindestens 3 Monate früher annehmen lasse. Hiermit sei eine Entstehung anlässlich des Unfalls vom 13. April 2003 möglich; ein allfälliges früheres Schädelhirntrauma komme ursächlich jedoch auch in Frage ( S. 4 Mitte) .

### **E. 3.18**

Am 2. März 2011 erstatteten PD Dr. med. L.\_\_\_\_

und Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_ , Radiologie und Nuklearmedizin, Spital N.\_\_\_\_ , ein neuroradiologisches Fachgutachten ( Urk. 11/304) . Dabei berücksichtigten sie das MRI von 2003 (S. 2), das MRI von 2008 (S. 3 oben) und ein neues, am 31. Januar 2011 erstelltes MRI (S. 3 unten) .

Sie führten aus, aktuell ergäben sich keine Befundänderung gegenüber 2003/2008 und kein Hinweis auf Blutresiduen . Die Läsion sei nicht zwingend auf ein Schädel-Hirntrauma zurückzuführen . Differentialdiagnostisch könne ein kleiner Mediateilinfarkt als Ursache für die Signalveränderung nicht sicher ausgeschlossen werden, der durch eine traumatische Gefäßverletzung verursacht oder auch embolischer Genese sein könne (S. 4 oben).

Untypisch für eine ischämische Ätiologie erschienen das Fehlen sonstiger Läsionen im Verlauf und das relativ junge Patientenalter. Die vermutlich geringe kinetische Energie des Unfallmechanismus spreche (andererseits) gegen kontusionelle Hirnverletzungen. Aufgrund des mehrmonatigen Abstands der ersten MRI -Untersuchung zum Unfall könne ein direkter kausaler Zusammenhang nicht sicher nachgewiesen werden . Insgesamt sei eine traumatische Genese des Defekts möglich, wenngleich MR-morphologisch nicht zu beweisen (S. 4 Mitte) .

### **E. 3.19**

Am 2. September 2011 erstatteten die Ärzte der Einrichtung O.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin ( Urk. 11/311), zusammen mit einer Zusammenstellung der Aktenlage ( Urk. 11/309 , und Teilgutachten der Disziplinen Psychiatrie ( Urk. 11/308) , Rheumatologie ( Urk. 11/307) , Neurologie ( Urk. 11/306) , Neuropsychologie ( Urk. 11/305) und Neuroradiologie ( Urk. 11/304 ; vorstehend E. 3.18 ) .

Die Gutachter nannten folgende unfallkausale Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34 Ziff. 6.1.1): - unspezifische Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) -

Status nach Autounfall 13. April 2003 - mit HWS-Distorsion Québec Task Force (QTF) I bis II, mild traumatic

brain

injury (MTBI) II - anamnestisch Verdacht auf initiales psychoorganisches Syndrom nach Schädelhirntrauma (SHT) - teilweise nicht-authentische, formal leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen, möglicherweise auf dem Boden leichter echter neuropsychologischer Beeinträchtigungen

Als nicht unfallkausale Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 34 Ziff. 6.1.2): - anamnestisch Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, derzeit weit gehend remittiert unter Medikation - Persönlichkeit mit am ehesten sensitiven und ängstlichen Zügen (ICD-10 Z73.1) - chronische Zervikobrachialgie linksbetont - chronischer Spannungskopfschmerz - chronisches Lumbovertebralsyndrom

Als weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 34 Ziff. 6.2): - anamnestisch (generalisierte) Angststörung, derzeit remittiert - Plantarfasziientesopathie - Beschwerden beider Fersen - unspezifische Hemihypästhesie links ohne organisches Korrelat - unspezifische intermittierende Schwankschwindelbeschwerden

In Beantwortung entsprechender Fragen führten die Gutachter unter anderem aus, die im MRI feststellbaren Defekte seien mit einem (beziehungsweise dem hier zur Diskussion stehenden) Unfallmechanismus theoretisch (d.h. möglicherweise) erklärbar. Eine Unfallgenese lasse sich MRI-mässig weder beweisen noch ausschliessen. Die Beurteilung der Kausalität obliege daher dem Neurologen. Aufgrund der detaillierten Diskussion im neurologischen Fachgutachten und der Beurteilung der Neuroradiologen gingen sie davon aus, dass die Gesamtheit der Befunde eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nicht stützen könne (S. 41 ff. lit . f).

Die aktuell geklagten

somatischen Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt (S. 43 f. lit . g).

Die Kopfschmerzen könnten als initial durch den Unfall getriggert angesehen werden. Im weiteren Verlauf seien vor allem psychische Faktoren an der Aufrechterhaltung der Kopfschmerzen beteiligt ( Somatisierungsstörung ). Diese erachteten sie als teilkausal zum Unfall vom 13. April 2003 (S. 44 f. lit . h).

Die beklagten kognitiven Beeinträchtigungen seien indirekt unfallkausal, soweit und in dem Masse, in dem sie als valide angesehen werden könnten und indem sie auf die psychische Fehlverarbeitung zurückgeführt werden könnten (S. 45 f. lit . i).

Die psychische Fehlverarbeitung, die heute als undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostisch zugeordnet werden könne, sei die zentrale Diagnose und erkläre die Persistenz der Beschwerden trotz Fehlens von strukturell organischen Schäden (S. 46 f. lit . j).

Die Arbeitsfähigkeit aus unfallkausaler Sicht werde durch die psychiatrische/neuropsychologische Einschätzung bestimmt. Für eine Verweistätigkeit mit guter Strukturierung und wenig Hektik bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zeitlich mit voller Leistungsfähigkeit (S. 47 lit . k).

**E. 3.20**

Die Psychotherapeutin Y. \_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 30. November 2011 ( Urk. 11/325 ), dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 6. November 2003 behandle ( Ziff. 1) und diese

vor dem Unfall von 2003 als vollständig gesunde Person gekannt habe ( Ziff. 3 ). Auch zog sie die im Gutachten der Einrichtung O.\_\_\_\_ genannte Diagnose (undifferenzierte Somatisierungsstörung ) in Zweifel ( Ziff. 4).

### **E. 3.21**

Am 7. Dezember 2011 erstatteten Dr. G.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.14) und Prof. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) ein Aktengutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin

( Urk. 11/326 ). Sie führten unter anderem aus, es bleibe differentialdiagnostisch nur die Abwägung zwischen posttraumatischer und ischämischer Läsion, wobei aus den von ihnen genannten Gründen die traumatische Genese mit Abstand die wahrscheinlichste Diagnose sei (S. 4 oben).

Am 1. September 2012 nahm Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.14) ein weiteres Mal im Auftrag der Beschwerdeführerin Stellung ( Urk. 3/8 ). 4. 4.1

Vorab ist die Frage zu klären, ob und falls ja, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit die bildgebend nachgewiesene Hirnläsion als Folge des am 13. April 2003 erlittenen Unfalls zu erachten ist. Von der Antwort auf diese Frage hängt die rechtliche Würdigung ab. Wird sie bejaht, so haben die Beschwerden ein unfallkausales somatisches Korrelat und vermögen allenfalls eine Leistungspflicht zu begründen. Wird sie verneint, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und den aktuellen Beschwerden gesondert zu prüfen. 4.2

Dabei ist im Auge zu behalten, dass die Aussagen, die Hirnläsion sei posttraumatisch, nicht mit der Aussage gleichgesetzt werden kann, sie sei eine Folge des am 13. April 2003 erlittenen Unfalls.

Ferner darf als medizinisch anerkannt - und auch aus nicht fachmedizinischer Sicht plausibel - vorausgesetzt werden, dass von den bildgebend erhobenen Charakteristika einer Hirnläsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf deren Ätiologie oder deren Entstehungszeitpunkt geschlossen werden kann (vorstehend E. 3.14) beziehungsweise, dass die Bildgebung eine Unfallgenese nicht ausschliesst, vor allem aber auch nicht beweisen kann (vorstehend E. 3.19). 4.3

Im neuroradiologischen Gutachten vom März 2011 wurde ausgeführt, die Hirnläsion sei nicht zwingend auf ein Schädelhirntrauma zurückzuführen; differentialdiagnostisch kämen auch bestimmte andere Ursachen in Frage (vorstehend E. 3.18). Der Unfall von 2003 als allfällige Ursache wurde dabei nicht einmal speziell erwähnt.

Vom beurteilenden Neurologen wurde im Juli 2009 eine Verursachung der bildgebend erkennbaren Hirnläsion durch den Unfall von 2003 als lediglich möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich eingestuft (vorstehend E. 3.14). Im neuroradiologischen Gutachten vom April 2010 wurde ausgeführt, ob die Hirnläsion vom Unfall von 2003 stamme, lasse sich aufgrund des Bildmaterials nicht sicher beurteilen; es sei möglich, andere Ursachen kämen jedoch auch in Frage (vorstehend E. 3.17). Im polydisziplinären Gutachten vom September 2011 wurde nach entsprechender Diskussion eine überwiegend

wahrscheinliche Unfallkausalität der Hirnläsion verneint (vorstehend E. 3.19).

Der Radiologe Prof. A.\_\_\_\_ bezeichnete im November 2003 die bildgebenden Befunde als „gut vereinbar mit einer posttraumatischen Läsion“ (vorstehend E. 3.3), und nicht etwa - wie von Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Aktenzusammenfassung mit Unterstreichung festgehalten ( Urk. 11/176/1-3 S. 2) - „es handle sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um posttraumatische Läsionen“ . Im August 2009 bezeichnete Prof. A.\_\_\_\_ die Hirnläsion als überwiegend wahrscheinlich posttraumatisch (vorstehend E. 3.15). 4.4

Als einziger bezeichnete Dr. G.\_\_\_\_

im Juli 2008 die Unfallkausalität der Hirnläsion als „klar gegeben“ (vorstehend E. 3.12). Dabei ging er allerdings von einer - gerade im entscheidenden Punkt - unzutreffend abgewandelten Fest stellung von Prof. A.\_\_\_\_ aus; dieser hatte nicht, wie es Dr. G.\_\_\_\_ formulierte, „ es handle sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um posttraumatische Läsionen“, sondern lediglich die Befunde als gut vereinbar mit einer (nicht näher spezifizierten) posttraumatischen Läsion bezeichnet. Dr. G.\_\_\_\_ ging vom Punkt, dass bildgebend eine (möglicherweise posttraumatische) Hirnverletzung festgestellt worden war, umstandslos zur Bejahung des Kausalzusammenhangs mit dem Unfall von 2003 über. Dafür gab er jedoch keinerlei nähere Begründung ab; offenbar setzte er die postulierte posttraumatische Genese einfach mit der Verursachung durch den 2003 stattgehabten Unfall gleich. Dies ist ein Mangel, der auch dadurch nicht behoben wird, dass Dr. G.\_\_\_\_ betonte, eine durchgemachte traumatische Hirnverletzung stehe mit praktischer Sicherheit fest, denn selbst wenn dem so wäre, wären damit noch keine weiterführenden Erkenntnisse über den - entscheidenden - Kausalzusammenhang mit dem konkreten Unfallereignis gewonnen.

Dass Dr. G.\_\_\_\_ als Neurologe auch noch an zentraler Stelle Ausführungen zu einer allfälligen posttraumatischen Belastungsstörung - mithin einer psychiatrischen Diagnose - machte, sei lediglich am Rande vermerkt.

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ als mangelbehaftet, nicht schlüssig und nicht überzeugend. Sie ist nicht geeignet, anderslautende Beurteilungen in Frage zu stellen.

Dies gilt auch für spätere Stellungnahmen von Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.16, E. 3.21), die er nunmehr im Auftrag der Beschwerdeführerin erstattete. Sie sind vom - subjektiv verständlichen - Bestreben gezeichnet, seine ursprüngliche apodiktische Kausalitätsaussage als die richtige erscheinen zu lassen. 4.5

Somit bleibt als Zwischenfazit festzuhalten, dass in keiner der beweiskräftigen medizinischen Beurteilungen ein Kausalzusammenhang zwischen dem 2003 erlittenen Unfall und der bildgebend festgestellten Hirnläsion als überwiegend wahrscheinlich eingestuft wurde.

Damit fehlt es an einem objektivierbaren organischen Substrat für die im strittigen Zeitpunkt geklagten Beschwerden. 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf dem Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe die Unfallkausalität anerkannt und müssen den Nachweis erbringen, dass die diagnostizierten Unfallursachen nicht mehr vorlägen ( Urk. 1 S. 5 Ziff. 5.4).

Mit dieser Argumentation verwechselt sie die Beweislastfrage beim Wegfall unfallkausaler Ursachen infolge Erreichens des Status quo sine vel ante (wofür in der Tat der

Unfallversicherer den mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehenden Nachweis erbringen muss) mit der hier massgebenden Frage, ob es für ihre Beschwerden ein organisches Korrelat gebe (vorstehend E. 4.1). Diese Frage beschlägt eine anspruchsbegründende Tatsache, deren Nachweis der Beschwerdeführerin

obliegt, und wenn diese Tatsache nicht als überwiegend wahrscheinlich feststeht, geht dies zulasten der Beschwerdeführerin.

So verhält es sich hier. Gemäss übereinstimmender Beurteilung einer eindrücklichen Zahl von entsprechend qualifizierten medizinischen Fachleuten ist eine Unfallkausalität der bildgebend festgestellten Hirnläsion - mithin eine organische Erklärung der geklagten Beschwerden - nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmen. 5.2

Mangels organischem Substrat ist die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs speziell zu prüfen (vorstehend E. 1.5).

Im November 2003 diagnostizierte

die untersuchende Neurologin unter anderem eine mögliche reaktive depressive Entwicklung (vorstehend E. 3.3), und eben falls im November 2003 wurde die psychotherapeutische Behandlung aufgenommen (vorstehend E. 3.2), die bis jedenfalls November 2011 fortgesetzt wurde (vorstehend E. 3.20).

Im März 2004 wurden im Bericht über den rund sechswöchigen stationären Aufenthalt ebenfalls unter anderem eine generalisierte Angststörung und eine Anpassungsstörung / längere depressive Reaktion diagnostiziert (vorstehend E. 3.4). Die gleichen Diagnosen nannte sodann im August 2004 auch die behandelnde Psychotherapeutin (vorstehend E. 3.5).

Damit steht fest, dass sich nur Monate nach dem Unfall vom 13. April 2003 eine erhebliche, behandlungsbedürftige psychische Problematik manifestierte.

Rechtsprechungsgemäss (vorstehend E. 1.4) ist somit die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs nach den Regeln zur Beurteilung psychischer Unfallfolgen (vorstehend E. 1.7) zu prüfen. 5.3

Die Beschwerdegegnerin hat das Unfallereignis als leicht eingestuft und nur im Eventualstandpunkt als mittleres Ereignis an der Grenze zu einem leichten (Urk. 2 S. 15 Ziff. 5b).

Das Bundesgericht geht davon aus, dass bei Frontalkollisionen eine - im Vergleich zu Heckkollisionen höhere - sogenannte Harmlosigkeitsgrenze der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 20 -30 km/h besteht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_481/2012 vom 10. Dezember 2012 E. 5, 8C\_730/2011 vom 9. Dezember 2011 E. 6.1, 8C\_327/2010 vom 22. Juli 2010 E. 5.2.1, 8C\_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.6.1, 8C\_582/2007 vom 29. April 2008 E. 4.1).

Vor diesem Hintergrund ist der vorliegende Unfall, mit einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 7-11 km/h (vorstehend E. 3.1) maximal als mittelschweres, im Grenzbereich zu einem leichten, liegendes Ereignis einzu stufen.

Die Adäquanz kann somit nur bejaht werden, wenn vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_729/2012 vom 4. April 2013 E. 7.2). Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur

die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile ausgeklammert bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2008 vom 18. März 2008 E. 4.2.2 ). 5.4

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, das Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung sei erfüllt, weil sie beim Unfall in einer ungewöhnlichen Körperhaltung überrascht worden sei und den Kopf am Armaturenbrett angeschlagen habe ( Urk. 1 S. 14 f. Ziff. 13.3).

Zu prüfen ist das Kriterium der „Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen“ (vorstehend E. 1.7). Inwiefern aus den von der Beschwerdeführerin angeführten Aspekten geschlossen werden könnte, dieses Kriterium sei erfüllt, ist nicht ersichtlich. Es ist nicht erfüllt. 5.5

Weiter stellte sie sich auf den Standpunkt, das Kriterium der erheblichen Beschwerden sei erfüllt : Sie habe drei Ausbildungen absolviert, im Nachgang zum Unfall sei das Arbeitsverhältnis mit der D.\_\_\_\_ aufgelöst worden und sie seither nicht mehr in der Lage gewesen, ihre berufliche oder eine andere angepasste Tätigkeit aufzunehmen. Auch habe sie täglich massive Kopfschmerzen, leide unter Konzentrationsstörungen, verstärkter Müdigkeit und Vergesslichkeit ( Urk. 1 S. 15 Ziff. 13.4).

Zu prüfen ist hier das Kriterium „körperliche Dauerschmerzen“ (vorstehend E. 1.7). Von den Ausführungen der Beschwerdeführerin lässt sich lediglich der Hinweis auf Kopfschmerzen diesem Kriterium zuordnen. Mit Hinweis auf die Ausführungen im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2 S. 16 Ziff. 5c/ dd ) und die dort erwähnte Rechtsprechung genügt dies nicht, um das Kriterium als erfüllt zu erachten. 5.6

Zur Arbeitsunfähigkeit wies die Beschwerdeführerin schliesslich darauf hin, die Ende 2004 bis Mitte 2005 durchgeführte Wiedereingliederung sei erfolglos geblieben, da ihre Belastbarkeit zu gering gewesen sei ( Urk. 1 S. 15 Ziff. 13.5).

Zu prüfen ist hier das Kriterium „ Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit“. Die Beschwerdeführerin erreichte nach dem Unfall vorerst wieder eine Arbeitsfähigkeit von 75 % (vorstehend E. 3.6). Gegen Ende des Jahres 2003 manifestierten sich sodann die psychischen Beschwerden, mit im November 2003 einsetzender Psychotherapie.

Unter diesen Umständen ist das betreffende Kriterium klarerweise nicht erfüllt. 5.7

Bezüglich der übrigen Kriterien hat auch die Beschwerdeführerin selber nicht geltend gemacht, dass sie erfüllt wären (vgl. Urk. 1 S. 14 f. Ziff. 13), mit welcher Feststellung es somit sein Bewenden haben kann.

Damit bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist, womit es an der Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall von 2003 und im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden fehlt.

Dementsprechend trifft die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht mehr und der angefochtene Entscheid ist als zutreffend zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 5.8

Die von der Beschwerdeführerin veranlassten weiteren Beurteilungen (vorstehend E. 3.16, E. 3.20, E. 3.21) haben keine für die Entscheidungsfindung wesentlichen neuen Gesichtspunkte erkennen lassen. Sie waren für die Entscheidungsfindung im vorliegenden Verfahren nicht erforderlich.

Es besteht somit keine Veranlassung, die entsprechenden Kosten abzuwälzen. 6.

6.1

Die Beschwerdeführerin hat die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsvertretung beantragt (Urk. 1 S. 2 Ziff. 5).

Auf den Antrag auf unentgeltliche Rechtspflege ist nicht einzutreten, da das vorliegende (UV-) Verfahren gar nicht kostenpflichtig ist.

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung sind erfüllt (vgl. Urk. 5); sie ist somit zu bewilligen. 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat mit Honorarnote vom 23. September 2013 (Urk. 17/2) einen Aufwand von 27 Stunden und eine Kleinspesenpauschale von 3 %

geltend gemacht.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der vorliegend geltend gemachte Aufwand von 27 Stunden ist offensichtlich übersetzt. Gemäss den in der Honorarnote verwendeten Bezeichnungen setzt er sich wie folgt zusammen: - Instruktion (Besprechungen mit der Klientin): 3.25 Stunden - Aktenstudium: 2.5 Stunden - Aktenstudium + Redaktion Beschwerde: 5 Stunden - Redaktion Beschwerde: 4.5 Stunden - Redaktion Beschwerde + Instruktion: 6 Stunden - Redaktion Beschwerde + Unentgeltlichkeit: 3.75 Stunden - Unentgeltlichkeit + weitere Instruktion: 2 Stunden

Bei dieser unübersichtlichen Art der Rubrizierung ist es nicht möglich, die von Amtes wegen vorzunehmende Kürzung auf einzelne Posten zu beziehen. Es ist deshalb umgekehrt davon auszugehen, welcher Aufwand bei den gegebenen Umständen als vertretbar und damit als anrechenbar zu erachten ist. Es sind dies maximal 2 Stunden betreffend Instruktion, 3 Stunden für das Studium der - bereits aus dem Verwaltungsverfahren bekannten - Akten, 6 Stunden für das Verfassen der Beschwerde und 1.5 Stunden im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, mithin total 12.5 Stunden.

Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) und der geltend gemachten Kleinspesenpauschale von 3 % ist der unentgeltliche Rechtsvertreter somit mit Fr. 2'781.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 12. September 2012 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Kurt Pfändler, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. und erkennt sodann : 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Kurt Pfändler, Zürich 1, wird mit Fr. 2'781.- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf §

### **E. 8**

Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 26. September 2006 (Urk. 11/115) über die am 6. April 2006 erfolgte Exploration (S. 3 ff.) und gab - gestützt darauf und die ihm vorliegenden Akten (S. 1 ff.) - eine psychiatrische Beurteilung ab.

Er führte aus, die vorgefundene psychopathologische Symptomatik lasse sich nicht eindeutig in eine Diagnose gemäss ICD-10 fassen. Aufgrund der bildgebend erkennbaren Läsionen des Hirnparenchyms habe sich immer wieder die Frage gestellt, in welchem Ausmass die erkennbare Symptomatik den Folgen einer Schädel-Hirn-Traumatisierung im Sinne einer Contusio cerebri zuzuordnen sei. Unbestritten sei, dass eine gewisse Depressivität vorzufinden sei (S. 5 unten).

Zu Beginn der psychologischen Behandlung bei Y. \_\_ (vorstehend E. 3.2) sei in diagnostischer Hinsicht noch von einer akuten Belastungsreaktion gesprochen worden; im weiteren Verlauf sei keine diesbezügliche spezifische Psychopathologie vorgefunden beziehungsweise dokumentiert worden (S. 6 Mitte).

### **E. 9**

März 2005 zuständigen

Versicherers (Urk. 11/245). Nach Untersuchungen im Januar 2008 (vgl. S. 1) nannten die Gutachter als Diagnose Spannungsschmerzen (S. 21 Ziff. 6.1) und führten aus, betreffend die aktuellen Beschwerden könne allenfalls ein möglicher, keinesfalls jedoch ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. März 2005 postuliert werden (S. 22 Ziff. 5b).

### **E. 13**

April 2003. Ein Kopfanprall könne potentiell entweder zu einer diffusen Hirnverletzung im Sinne einer Scherverletzung (shearing

injury) oder zu einer fokalen Hirnverletzung mit einer Hirnkontusion und Blutung führen. Die beiden kranialen Magnetresonanztomographien von 2003 und 2008 hätten keine

Hämosiderinreste als Folgen einer unfallbedingten Blutung nachweisen können und die vorliegenden Bilder zeigten keine Atrophie im Bereich der Läsion, wie sie häufig nach posttraumatischen kortikalen Läsionen gesehen würden. Rein beschreibend könne er den Befund der Radiologen nachvollziehen, allerdings sei die ätiologische Zuordnung nicht derart eindeutig, wie es von den Radiologen dargestellt werde (S. 7 unten).

Aus neurologischer Sicht erlauben die Charakteristika der Läsion nicht eine Beurteilung der Ätiologie oder deren Entstehungszeitpunkt, die den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfülle (S. 7 f.).

Aufgrund des Verlaufes mit einer sekundären Zunahme der Beschwerden nach einem einfachen Kopfanprall mit HWS-Stauchung, des nur möglichen, aber nicht überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhangs des MRI-Befundes mit dem Unfall vom 13. April 2003 und den nicht überzeugend auf eine organische Läsion zurückzuführenden klinischen Beschwerden könne das Beschwerdebild der Versicherten nicht mit überwiegend er Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. April 2003 zurück geführt werden. Differentialdiagnostisch müssten ein unfallfremder Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch, Faktoren der Motivation, aber auch eine dissoziative Störung, als Ursache der an sich unspezifischen neuropsychologischen Funktionsstörungen berücksichtigt werden (S. 8 Mitte).

## **E. 16**

Abs. 4 GSVG hinge wiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kurt Pfändler - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher  
MO/TS/BSversandt

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