

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00143 vom 22. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00143](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00143)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00143 du 22 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00143 del 22 dicembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

Die 1992 geborene X.\_\_\_\_

absolvierte bei der Y.\_\_\_\_ eine kaufmännische Lehre im 1. Lehrjahr und war daher bei der Suva obli gatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert , als sie

am 1. Juni 2009 als Beifahrerin einen Verkehrsunfall erlitt

(vgl. Akten der Kantonspolizei Zürich , Urk. 9/20/1-35 ) . Daraufhin wurde sie mit dem Rettungsdienst ins Kantonsspital Z.\_\_\_\_

verbracht, wo die erstbehandelnden Ärzte ein mittelschweres Schädelhirntrauma mit Kontusionsblutungen und Schädelfrakturen, ein schweres Wirbelsäulentrauma mit multiplen Frakturen sowie ein Thoraxtrauma mit Lungenkontusion und Skapulafrakturen beidseits diagnostizierten ( Urk. 9/10/1). Auf die

konservative Therapie des Schädelhirntraumas mit initialer Stabilisierung

folgte die postprimäre Versorgung des Wirbelsäulentraumas (vgl. Operationsberichte , Urk. 9/11/1 ff. ).

Eine ebenfalls beifahrende Freundin der Beschwerdeführerin erlitt anlässlich des Verkehrsunfalls tödliche Verletzungen und verstarb noch am Unfalltag im Spital ( Urk. 9/93/87 ff.). Am 23. Juni 2009 wurde die Versicherte bei gutem Allgemeinzustand zur vierwöchigen stationären Rehabilitation ins das

A.\_\_\_\_ (vgl.

Konsiliarbericht vom 24.

August 2009, Urk. 9/28/1 ff., vgl. auch psychologischer Abschlussbericht vom 16. Juni 2010, Urk. 9/139/2 f.) verlegt, mit anschliessender ambulanter Langzeitphysiotherapie ( Urk. 9/25). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte Versicherungsleistungen. Eine im September 2009 festgestellte progrediente segmentale Instabilität C3/C4 mit bewegungsabhängiger, neurologischer Symptomatik ( Urk. 9/36/2 f.) hatte eine weitere Operation

zur Folge (Operationsbericht vom 2. November 2009, Urk. 9/53 , vgl. auch Austrittsbericht Z.\_\_\_\_ vom 4. November 2009, Urk. 9/54 ). In somatischer Hinsicht notierten die behandelnden Ärzte in Anbetracht der schweren Verletzungen einen erfreulichen Verlauf ( Urk. 9/10/2 f., Urk. 9/28/7, Urk. 9/333/1, Urk. 9/248/2 , Urk. 9/476/1 ). Demgegenüber

beklagte die Versicherte seit Herbst 2009

zunehmend psychologische Schwierigkeiten verbunden mit Übelkeit und Magenbeschwerden ( Urk. 9/57, Urk. 9/59 , Urk. 9/69 ). Verschiedentlich aufgenommene psychotherapeutische Behandlungen brach sie jeweils nach kurzer Zeit ab ( Urk. 9/92, Urk. 9/427, Urk. 9/607/13). Mit Datum vom 29. Januar 2010 wurde der Lehrvertrag mit der Y.\_\_\_\_ aus gesundheitlichen Gründen im gegenseitige n

Einverständnis per 28. Februar 2010 aufgelöst . Gleichzeitig verblieb die Versicherte vom 1. März bis 31. Juli 2010 als Praktikantin im Lehrbetrieb ( Urk. 9/83 f.). Im August 2010 nahm sie die Lehre mit Einstieg ins zweite Lehrjahr wieder auf ( Urk. 9/153, Urk. 9/148) und schloss diese im Juli 2012 erfolgreich ab ( Urk. 9/437, Urk. 9/439 ).

Bei intermittierend beklagten psychologischen Schwierigkeiten wurde die Versicherte wiederholt neuropsychologisch und psychiatrisch abgeklärt (vgl.

psychiatrische Untersuchungsberichte von Dr. B.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juli 2010 und 20. Juni 2011, Urk. 9/150, Urk. 9/289; Untersuchungsbericht des Instituts C.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2010, Urk. 9/145; psychiatrischer Untersuchungsbericht von Dr.

D.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, protraumacare , vom 10. Dezember 2010, Urk.

9/207; vgl. auch psychiatrische Aktenbeurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2011, Urk. 9/356). Dabei wurde im Wesentlichen eine Anpassungsstörung diagnostiziert (ICD-10: F 43.22, Urk. 9/150/19, Urk. 9/207/7). Im April 2011 führte Dr.

E.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Chirurgie, eine kreisärztliche Untersuchung durch (Untersuchungsbericht vom 19. April 2011, Urk. 9/248). Mit Schreiben vom 22. August 2012 stellte die Suva die bisher erbrachten Versicherungsleistungen per 31. Juli 2012 ein (Urk. 9/440). Von August 2012 bis Ende Juni 2013

war die Versicherte als kaufmännische Angestellte bei der F.\_\_\_\_

(40 % ) sowie

G.\_\_\_\_

(20 % ) arbeit s tätig

( Urk. 9/402/2, Urk. 9/535, Urk. 9/607/26 , Urk. 9/607/34 ) . 2013/2014 absolvierte sie berufsbegleitend die Berufsmittelschule ( Urk. 9/607/34) . Im April 2013 erfolgte eine versicherungsinterne interdisziplinäre (Orthopädie/Neurologie/Psychiatrie) Abschlussuntersuchung (Untersuchungsberichte vom 24. April und 14. Mai 2013 sowie interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 10. Mai 2013,

Urk. 9/474 f f.). In psychiatrischer Hinsicht hielt Kreisärztin Dr. B.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung im Sinne einer abnormen Trauerreaktion und regressives Verhalten mit Tendenzen zum Verharren in der Spätadoleszenz fest (ICD-10: F43.23 und F 43.24, Urk. 9/475/13). Mit Verfügung vom 20. Juni 2013 verneinte die Suva bei vollständig wiedererlangter Arbeitsfähigkeit einen Rentenanspruch. Gleichzeitig sprach sie der Versicherten eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritäts einbusse von 27.5 % zu (Urk. 9/494). Dagegen erhob die Versicherte am 21. August 2013 Einsprache (Urk. 9/506) . Daraufhin holte die Suva das interdisziplinäre Gutachten (Psychiatrie/Orthopädie/Neurologie/ Neuropsychologie) vom 11. Dezember 2016

von Dr.

H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und federführender Gutachter (Urk. 9/586 f., 9/607 ff.) ein. Bei persistierenden

Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule unterzog sich die Versicherte zwischenzeitlich einer neurologischen Rehabilitation in der Rehaklinik

I.\_\_\_\_. Ausserdem trat sie

vor dem Hintergrund des beklagten Beschwerdebildes mit Übelkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit, Diarrhoe, Schlafproblemen, Energielosigkeit und Kopfschmerzen ein ganzheitlich orientiertes, interdisziplinäres Behandlungsprogramm für psychosomatische Erkrankungen in der Rehaklinik

J.\_\_\_\_ an (vgl. Austrittsberichte

vom 10. September 2013 und 15. Mai 2015,

Urk. 9/511, Urk. 9/579). Mit Einspracheentscheid

vom 11. Mai 2017 hielt die Suva daran fest, es bestehe kein Rentenanspruch.

Demgegenüber sprach sie der Versicherten in teilweiser Gutheissung ihrer Einsprache eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätsinbusse von 35 % zu (Urk.

2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 1. Juni 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Nach Art. 1a Abs. 1 UVG (ab 1. Januar 2017: Art. 1a Abs. 1 lit. a UVG) sind die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer, einschliesslich der Heimarbeiter, Lehrlinge, Praktikanten, Volontäre sowie der in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätigen Personen obligatorisch versichert. Als Arbeitnehmer gilt, wer eine unselbstständige Erwerbstätigkeit im Sinne des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) ausübt (Art. 1 UVV).

### **E. 1.3**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt.

#### **E. 1.4**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungs rechts, ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfall be dingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworde n wäre (sog. Valideneinkommen ). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behand lung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistun gen dahin ( Art. 19 Abs. 1 UVG).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

#### **E. 1.6**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versiche rungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versiche rungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangen heit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4 ) . Soll ein Versicherungs fall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzu nehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

#### **E. 2**

4. Februar 2016 und der (undatierten) Erklärung zum interdisziplinären Konsens 10 Monate vergan gen, zumal das psychiatrische Teilgutachten vom 1 1. Dezember 2016 datiere. Vor diesem Hintergrund sei es durchaus möglich, dass sich der orthopädische Gut achter nach so langer Zeit nicht mehr an die Details seiner Untersuchung habe erinnern können oder sich nicht mehr darum gekümmert habe. Jedenfalls sei ein derart eklatanter Widerspr u ch nicht annehmbar. Eventualiter sei die Sache zur erneuten Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Integritäts entschädigung auf der Basis einer

Integritäts einbusse von 35 % werde nicht angefochten ( Urk. 1).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 11. Dezember 2016

sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig . Mangels unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit bestehe kein Rentenanspruch. Hinsichtlich der Integritätsentschädigung sei gestützt auf das Gutachten vom 11. Dezember 2016 von einer Integritäts einbusse von insgesamt 35 % auszugehen. Eine höhere Integritäts einbusse sei indes nicht ausgewiesen ( Urk. 2) .

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein, aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden sei ihr eine berufliche Tätigkeit von mehr als 50 % nicht möglich . Dies ergebe sich auch aus ihrer Erwerbsbiographie. Auf die interdisziplinäre Konsensbeurteilung der fachärztlichen Gutachter , wonach sie zu 100 % arbeitsfähig sei,

könne nicht abgestellt werden . Das psychiatrische Teilgutachten sei weit schweifig, wenig systematisch, schwer lesbar und verliere sich in Einzelheiten. Weiter seien die Ausführungen und Schlussfolgerungen von Dr.

H.\_\_\_\_

wider sprüchlich, lückenhaft , unseriös und nicht nachvollziehbar . Dies gelte sowohl betreffend den medizinischen Sachverhalt als auch die Kausalität. Insbesondere seien die traumatischen Unfallereignisse bagatellisiert und die Beschwerdeführerin in ebenso fälschlicher- wie verletzender Weise als Haschisch konsumierendes Sorgenkind dargestellt worden, welches auch ohne den Unfall dieselben Probleme entwickelt hätte. Weiter - so Dr. H.\_\_\_\_ - bestünden Risikofaktoren, welche gemäss Fachliteratur dafür bekannt seien, im späteren Leben manifeste psychopathologische Leidenszustände oder eigentliche psychische Erkrankungen hervorzurufen. Dabei habe er es indes unterlassen, die hierfür einschlägige Fachliteratur zu zitieren. Ausserdem sei fraglich, inwiefern eine homöopathische bzw. psychiatrische Behandlung im Alter von 12 Jahren eine Angststörung vermuten lassen könne. Vielmehr handle es sich hierbei lediglich um eine Vermutung, welche Dr. H.\_\_\_\_ nicht belegt habe. Zudem sei die im verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Teilgutachten erwähnte deutliche und klinisch relevante Ausprägung der depressiven Symptomatik im Hauptgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ weder erwähnt noch abgeklärt worden. Zusammenfassend sei gestützt auf das orthopädische Teilgutachten von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und der Beschwerdeführerin eine halbe Rente zuzusprechen . Daran ändere auch die interdisziplinäre Konsensbeurteilung nichts.

Mithin seien zwischen dem orthopädischen Teilgutachten datierend vom

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest und führte ergänzend aus, die Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten seien ungerechtfertigt . Vielmehr sei der 74-seitige Expertenbericht detailliert, seriös und nachvollziehbar begründet. Ausserdem basiere die persönlichkeitsbezogene Einschätzung des psychiatrischen Gutachters auf den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin und

korreliere mit den Feststellungen in den Vorakten . Mithin habe auch Kreisärztin Dr. B.\_\_\_\_ 2013 festgehalten, die Beschwerdeführerin habe «ganz wesentlich Mühe, sich dem Erwachsenenleben zu stellen und die notwendigen Schritte ins Erwachsenenleben zu tun». In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 10. Mai 2013 seien regressive Tendenzen und das Verharren in der Spätadoleszenz vermerkt worden. Die geklagten Zukunftsängste knüpften an ihre Situation vor dem Unfallereignis an. Diese Einschätzung teile auch der behandelnde Hausarzt . Im Übrigen sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig . Sodann habe der orthopädische Teilgutachter lediglich festgehalten, die Beschwerdeführerin sei mindestens zu 50 % arbeitsfähig in ihrer angestammten Tätigkeit. Damit habe er sich im Teilgutachten zum zeitlichen Umfang noch nicht genau festgelegt. Im Rahmen der Konsensbeurteilung seien die beurteilenden Fachärzte schliesslich übereingekommen, es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Dies sei in Anbetracht der aus somatischer Sicht optimalen Genesung nachvollziehbar

und stehe da rüber hinaus im Einklang mit den

kreisärztlichen orthopädischen

Untersuchungen vom 14. Mai 2013 und 12. Dezember 2013. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass es der Beschwerdeführerin möglich war, sich 2013/2014 beruflich weiterzubilden, wobei sie zu 60 % die Berufsmittelschule besucht habe und gleichzeitig zu 30 % erwerbstätig gewesen sei ( Urk. 8 S. 4 ff.)

### **E. 3**

Die mit Einspracheentscheid vom 11. Mai 2017 zugesprochene Integritätsentschädigung hat die Beschwerdeführerin ausdrücklich anerkannt (vgl. Urk. 1 Ziff. 27). Strittig und zu prüfen bleibt ein allfälliger Rentenanspruch.

### **E. 4.1**

.4

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die beurteilenden Fachärztinnen am 10. Mai 2013 zum Schluss, die Beschwerdeführerin habe sich sowohl aus neurologischer als auch orthopädischer Sicht sehr gut erholt nach dem Unfall. Im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat bestünden keine Einschränkungen mehr. Aus somatischer Sicht sei ihr eine Bürotätigkeit ganztags und mit voller Leistung zuzumuten. Aus psychiatrischer Sicht stehe die Beschwerdeführerin auf der Schwelle dazu , die subjektiv erlebten Beeinträchtigungen ins Zentrum ihres Lebens zu rücken. Als beeinträchtigend präsentiere sie im Wesentlichen Schmerzen, die sie als körperlich begründet verstanden wissen wolle. Neben der wahrscheinlich unabgeschlossenen Trauerreaktion auf den Tod ihrer Freundin würden regressive Tendenzen und das Verharren in der Spätadoleszenz auffallen. Bei genügender Motivation sollte sie in der Lage sein, einer Arbeitstätigkeit zu 100 % nachzugehen. Soweit dennoch vereinzelt (d.h. an einzelnen Stunden pro Woche) gewisse Einschränkungen aufträten , so könnten diese mit vermehrten Pausen aufgefangen werden (Urk.

9/476/3 f.).

#### **E. 4.1.1**

Aus orthopädischer

Sicht stellte Kreisärztin Dr.

K.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie, folgende Diagnosen (Urk. 9/474/8):  
- Mittelschweres Schädelhirntrauma - Stabile sagittale HWK4 Fraktur Typ Magerl A 1 - Stabile Vorderkantenfraktur BWK6 Typ Magerl A 1 - Stabile Frakturen LWK3 und LWK5 Typ Magerl A 1 - Instabile Berstungsfraktur BWK12 Typ Magerl B2 - Frakturen der Processi

spinosi und der Bogenwurzeln BWK9 bis BWK12 - Instabile Fraktur LWK4 Typ Magerl A3 bei/mit: - Status nach dorsaler Instrumentierung TH11 bis L1 und Aufrichtung der Th12 Fraktur

und Instrumentierung L3 bis L5 mit Aufrichtung der LWK4 Fraktur am 8.6.2009 - Status nach transthorakaler Spondylodese Th10 bis Th12 mittels Titan- - Wirbelkörperersatz und autologer Spongiosa am 9.6.2009 - Status nach ventraler Fusion C3/C4 mit PEEK-Cage und HWS-Platte am 26.10.2009 bei progredienter segmentaler Instabilität C3/C4 - Status nach Metallentfernung lumbal von L3-L5 am 26.10.2009

Betreffend die Wirbelsäule sei das Resultat nach dem Unfall vom 1. Juni 2009 aus orthopädisch-radiologischer Sicht sehr gut. Klinisch bestehe keine Einschränkung des Bewegungsapparates. Auch hätten sich keine Zeichen einer Nervenwurzelkompression oder einer anderweitigen neurologischen oder einer relevanten orthopädischen Problematik an der Wirbelsäule und an den Schultern ergeben. Die beklagten Schmerzen im Bereich des Rückens, des Nackens sowie im Bereich der Schultern

seien aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht erklärbar. Vielmehr liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine somatoforme Schmerzstörung vor. Aus orthopädischer Sicht

sei eine Büro tätigkeit ganztags und mit voller Leistung zumutbar. Dies gelte auch für jede andere leichte, wech selbelastende Frauenarbeit (Gewichte bis 5 kg). Selbstverständlich sei bei der Bildschirmarbeit auf eine gute Ergonomie zu achten, inklusive Stehpult (Urk. 9/474/3 ff.).

#### **E. 4.1.2**

In psychiatrischer Hinsicht notierte

Dr. B.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung im Sinne einer abnormen Trauerreaktion und regressives Verhalten mit Tendenzen zum Verharren in der Spätadoleszenz (ICD-10: F43.22 und F43.24, Urk. 9/475/13).

Die Beschwerdeführerin habe sich sowohl körperlich als auch kognitiv erstaunlich schnell und verhältnismässig gut vom Unfall erholt. Demgegenüber hätten sich im Verlauf gewisse Auffälligkeiten bei der Verarbeitung emotionaler und affektiver Signale ergeben. Ärztlicherseits seien

zunächst psychische Sekundärfolgen des erlittenen Traumas dokumentiert worden, allenfalls auch in Form einer Interaktion mit einer vorbestehenden leichten Schwäche in diesem Bereich. Gleichzeitig habe die Beschwerdeführerin das Angebot einer psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere einer Aufarbeitung und Trauer um die Freundin trotz wiederholter Versuche nicht wirklich nutzen können. Bereits im Rahmen der Voruntersuchung im Mai 2011 hätten Ängste im Vordergrund gestanden.

Dabei fussten die Prüfungsängste auf Ängsten vor dem nun anstehenden Lebensabschnitt; das Erwachsenenleben mit der Herausforderung,

das eigene Leben selbst in die Hand zu nehmen. Bereits damals habe sich die Frage nach der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis gestellt ,

mithin nach ihrer Grundpersönlichkeit. Nach fremdanamnestic Angaben ihrer Mutter habe diese

bereits vor dem Unfallereignis unter Spannungskopfschmerzen bzw. einem Mischtyp von Spannungskopfschmerzen und Migräne gelitten. Sodann sei sie seitens des Lehrarbeitsplatzes und den Ausbildungsverantwortlichen verschiedentlich erwähnt worden, bereits vor dem Unfallereignis sei es zu Fehlzeiten gekommen und seien Motivation und Konzentration am Arbeitsplatz nicht immer ganz zufriedenstellend ausgefallen. Mit der Näherung des Lehrabschlusses hätten die Fehlzeiten deutlich zugenommen und die Beschwerdeführerin habe parallel dazu zunehmend über Schmerzen geklagt und Schonung verlangt . Auch anlässlich der Voruntersuchungen 2010 und 2011 habe

die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Kopf, Nacken, Rücken und Schultern geklagt. Bei näherem Nachfragen sei jedoch deutlich geworden , dass sich hinter den Schmerzen Ängste verbergen würden . Aktuell falle auf, dass die Beschwerdeführerin weniger Bereitschaft gezeigt habe, über sich nachzudenken und sich diesen Ängsten, der Trauer und gelegentlich auftauchenden Erinnerungen an die Vergangenheit zu stellen. Vielmehr habe sie ihre Schmerzen und Körperbeschwerden - gut vorbereitet -

als Folgen der körperlichen Einschränkungen präsentiert , um den Blick nicht auf zugrundeliegende psychische Probleme zu eröffnen . Mithin habe sie ihre

Beschwerden als Faktum dargestellt, dessen Folgen eine nicht mehr zu hinterfragende Leistungseinschränkung sein sollten . In Ergänzung zu den geklagten Schmerzen an Kopf, Nacken, Schulter und Rücken sei die Liste der vorgetragenen Körperbeschwerden eindrücklich gewesen ; Schlafstörungen, Durchschlafstörungen, Verminderung der Libido, Übelkeit, Schwindel, Bauchweh bzw. unangenehme Bauchgefühle. Aus psychiatrischer Sicht entsprechen diese Liste vielen unspezifischen somatischen Beschwerden , welche relativ weit verbreitet seien in der Allgemeinbevölkerung . Die Bauchbeschwerden liessen sich aber auch mit der Angst , dem Leben nicht gewachsen sein zu können, in Verbindung bringen, und erinnerten an Klagen über Bauchweh im Kindesalter, die häufig Ausdruck eines ängstlich depressiven Rückzugs seien . Sodann liesse eine ganze Reihe weitere r

Hinweise

auf regressive Tendenzen bei der Beschwerdeführerin schliessen : Ihre Äusserungen , sie könne (aus körperlichen Gründen) keinen Haushalt führen mit Waschen, Putzen, etc., nicht den eigenen Lebensunterhalt verdienen, (deshalb) nicht bei den Eltern ausziehen und mit dem Freund einen gemeinsamen Haushalt gründen, nicht ganze Tage, oder gar Wochen und Monate ein Arbeitsleben durchstehen (ohne Fehlzeiten). Dazu passe auch die einzig explizit und spürbar formulierte Angst, dem Leben nicht gewachsen zu sein. Die enge kollegial freundschaftliche Beziehung zum Ex-Freund, dem Unfallverursacher und engen Freund ihres jetzigen Partners, und zu weiteren sehr nahestehenden Menschen aus der Zeit vor dem Unfallereignis imponiere als Teil einer jugendlichen Peer-Gruppe, sodass sich die Frage stelle , ob nicht auch die Beziehung zu ihrem aktuellen Lebensgefährten eher dem Verharren in einer jugendlichen Peer-Gruppe entsprechen

als einer erwachsenen Paarbeziehung. Ihre Lehre habe die Beschwerdeführerin mit viel Unterstützung abgeschlossen. Im Anschluss daran habe

sie sich aber nicht eine Stelle entsprechend ihrem Lehrabschluss gesucht, sondern in Qualifikation und Prozentsatz deutlich darunter, sodass sie auch hier den Schritt ins Erwachsenenleben nicht wirklich gewagt habe. Über längere Zeit hätten die Beschwerdeführerin und ihr Hausarzt eine Schonzeit bis Abschluss der Lehre postuliert. Aktuell entstehe indes der Eindruck, erstere gehe davon aus, die Schonzeit gehe

unfallbedingt über den Lehrabschluss hinaus und dass sie aktuell sogar noch deutlich mehr eingeschränkt sei als bisher. Demgegenüber seien weder das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Untersuchung noch das Ausmass ihrer Klagen nachvollziehbar. Zusammenfassend bestünden regressive Tendenzen und Hinweise auf eine gewisse Unreife der nunmehr 21-jährigen Beschwerdeführerin. Hierbei zeigten sich eindeutige

Bezüge zu ihrer Grundpersönlichkeit

und ihrem Verhalten vor dem Unfallereignis

(Urk. 9/475/14 ff.)

#### **E. 4.1.3**

Kreisärztin Dr.

L.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie und Psychiatrie, hielt folgende Diagnosen fest (Urk. 9/477/5): - Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch (ICHD-II 8.2.3) bei bildgebend nachgewiesenen strukturellen Hirnläsionen nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma am 01.06.2009 - Neuropathisches Schmerzsyndrom mit residuellen Sensibilitätsstörungen Höhe Th6 nach operativer Versorgung eines schweren Wirbelsäulentraumas mit stabiler sagittaler HWK 4 Spaltfraktur Typ Magerl A 1, stabiler Vorderkantenfraktur BWK 6 Typ Magerl A 1, stabiler LWK 3 und LWK 5 Fraktur

Typ Magerl A 1, instabiler Berstungsfraktur BWK 12 Typ Magerl B2 mit Frakturen der Processi

spinosi und der Bogenwurzeln BWK 9-12, instabile Fraktur LWK4 Typ Magerl A3 mit Thoraxtrauma mit Lungenkontusion und Scapulafraktur beidseits - Anosmie links - Vorbestehende Migräne ohne Aura (ICHD-II 1.1)

Bereits anlässlich der Voruntersuchung 2010 hätten aus neurologischer Sicht keine entscheidenden Defizite mehr bestanden. Entsprechend habe die Beschwerdeführerin ihre Lehre erfolgreich absolviert. Im Vergleich zur Voruntersuchung sei die beklagte Beschwerdepredienz auf gefallen. Im Voruntersuch habe die Beschwerdeführerin bezüglich Kopfschmerzen angegeben, grundsätzlich zweimal pro Woche Migräne zu haben. Gleichzeitig gebe es auch Monate, in denen sie keine Kopfschmerzen habe. Ausserdem habe sie damals Rückenschmerzen beklagt, im Nacken und am Übergang von der Brust- zur Lendenwirbelsäule lokalisiert, sowie starke Verspannungen in der Lendenwirbelsäule. Der Lokalbefund habe eine sehr verhärtete Muskulatur paravertebral thorakal und lumbal passend zu den Beschwerden gezeigt. Zum damaligen Zeitpunkt habe die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben Übungen durchgeführt, um die Rückenschmerzen zu therapieren. Die aktuell geklagten Schmerzen im Nacken-, Hals- und Schulterbereich seien neu und der gesamte Habitus der Beschwerdeführerin sei geprägt

durch eine eher spärliche und wenig ausgebildete Muskulatur. Muskelverspannungen seien im Rahmen der aktuellen Untersuchung weder im Nacken noch am Rücken zu tasten gewesen. Zusammen mit der wenig affektiv dargestellten Betroffenheit bei der Schmerz- und Beschwerdeschilderung falle es schwer, das Ausmass der Schmerzen und der Beeinträchtigung nachzuvollziehen. Aus neurologischer Sicht seien bis auf die Anosmie links und Sensibilitätsstörung in Höhe Th6 kein krankhafter Befund auszuweisen. Insgesamt habe sich die Beschwerdeführerin in Anbetracht der Schwere des Ereignisses rein physisch neurologisch betrachtet weitgehend von den Unfallfolgen erholt. Allerdings bestehe ein reduzierter Trainingszustand, was mit dem subjektiven Gefühl der Schwäche korreliere und Grundlage der geschilderten Beschwerden sein könne. Vor diesem Hintergrund sei

dringend ein gezieltes körperliches Training aufzunehmen, um vor allem mehr Haltungsmuskulatur aufzubauen und dem Gefühl der Schwäche entgegenzuwirken. Demgegenüber scheine die Beschwerdeführerin

unbegründet

Angst davor zu haben, die Unfallfolgen durch Sport zu verschlechtern. Die auf neurologischem Gebiet geklagten Beschwerden wie Kopfschmerzen und Schwindel seien mit Blick auf den unauffälligen neurologischen Befund als unspezifische Symptome anzusehen. Angesichts der geklagten Beschwerdeprogredienz könnten diese auch nicht mehr direkt auf den Unfall zurückgeführt werden. Gerade nach schweren Kopfverletzungen würden Kopfschmerzen eher selten auftreten und sich phänomenologisch auch anders ausdrücken als von der Beschwerdeführerin beschrieben. Weder die dargestellte Schmerzzunahme noch die subjektiv erlebte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit seien aus neurologischer Sicht

erklärbar (Urk. 9/477/5 ff.).

#### **E. 4.2**

Im interdisziplinären Gutachten vom 11. Dezember 2016 hielten die Gutachter folgende aktuelle Diagnosen fest (Urk. 9/607/66): - Andere spezifische Angststörung (ICD-10: F 41.8) - Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Bereich der Wirbelsäule mit zervikozephaler Ausstrahlung und Spannungskopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen - Neuropathisches Schmerzsyndrom Th6/7 links und Anosmie links - Chronische Schmerzen thorakolumbalen Übergang und Lendenwirbelsäule - Chronische Zervikobrachialgie beidseits

Im Rahmen der psychiatrischen Anamnese führte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. H. \_\_\_\_\_

aus, ihre Eltern hätten sich «wieder einmal» getrennt. Auf die Frage nach wichtigen Veränderungen in ihrer Kindheit habe sie geschildert, vor knapp 10 Jahren hätten sich ihre Eltern fast getrennt, da die Mutter einen anderen Partner gehabt habe. Quasi in letzter Minute sei es doch nicht zur Trennung gekommen. Danach hätten ihre Eltern während etwa drei Jahren eine gute Zeit gehabt. Die Beschwerdeführerin habe sich erinnert, dass sie im Alter von 5 Jahren

in einen Loyalitätskonflikt geraten sei, als sie ihre Mutter in Begleitung eines anderen Mannes gesehen, dies aber dem Vater nicht habe erzählen dürfen. Aktuell habe die Mutter

wieder einen neuen Partner. Allerdings habe sie den Eindruck, dass es dem Vater derzeit besser gelinge, damit zurechtzukommen. Dieser sei ein ruhiger und introvertierter Mensch. Er habe ihr und ihren Geschwistern viel Freiraum gelassen und ihnen viel zugetraut. Die Beziehung zur Mutter und deren Persönlichkeit werde

vielschichtiger und problematischer beschrieben. Der Kontakt zur Mutter sei anhaltend eigenartig

und

geprägt

von allen den Wechseln in der Familie. Die Beziehung zu ihrem vier Jahre älteren Bruder sei unkompliziert. Demgegenüber sei die Beziehung zu ihrer vier Jahre jüngeren Schwester zufolge

deren unterschiedlichen Charakteren erschwert. In schulischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin angegeben, während insgesamt sieben Jahre die Steiner Schule besucht zu haben. In der 7. Klasse sei allerdings klar geworden, dass sie nichts mehr lerne. Die Eltern hätten dies mit «einer Krankheit» in Verbindung gebracht und sie mit Globuli behandelt.

Im Alter von 12 Jahren habe die Beschwerdeführerin

angefangen zu kiffen und dies während der gesamten Oberstufenschulzeit fortgeführt. Die Eltern hätten das nicht akzeptiert und auch nicht verstanden. Gegen Ende der Schulzeit habe sie keine Ahnung gehabt, was sie beruflich machen wolle, da sie zu nichts Lust verspürt habe. Schlüsslich habe sie sich für eine KV-Lehre entschieden, zumal dies eine solide Grundausbildung sei. Die Lehre habe sie nach dem gesundheitlich bedingten Unterbruch mit guten Schulabschlussnoten erfolgreich absolviert. Nach Abschluss der Berufsmittelschule 2013/2014 sei es zu einem eigentlichen Zusammenbruch gekommen. Plötzlich sei sie von akuter Übelkeit und anhaltendem Schwindel erfasst worden. Sie habe ständig erbrochen und sei erschöpft gewesen, zumal sie wegen des anhaltenden Schwindels zu wenig Schlaf bekommen habe. In dieser akuten Zeit habe sie auch Flüssignahrung bekommen und sei zu Hause rund um die Uhr, insbesondere von ihrem Vater, betreut worden. Nach zahlreichen Untersuchungen und Abklärungen sei von einer «somatoformen Störung» die Rede gewesen. In der Folge habe sie bei ihrem Hausarzt eine Psychotherapie angefangen und eine stationäre Behandlung in der Klinik J.\_\_\_\_ angetreten. Schon am ersten Tag sei sie mit der Oberärztin in Konflikt geraten und daraufhin auf eigenen Wunsch vorzeitig ausgetreten. Danach habe sie vorübergehend Cymbalta

(Antidepressiva) eingenommen und selbständig wieder abgesetzt. Nach zweifacher Konsultation einer Notfallpsychiaterin sei es im Juni 2015 schliesslich zu einer Besserung gekommen. Aktuell verspüre sie noch einen leichten Schwindel. Dieser werde bei geselliger Ablenkung schwächer, bei schwierigen Themen hingegen stärker. Im September 2015 trat die Beschwerdeführerin eine mehrmonatig angedachte Reise nach Brasilien an. Dabei sei es ihr in den ersten drei Wochen gut gegangen. Sie sei mit ihrem Kollegen unterwegs gewesen. Danach seien Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen wieder aufgetreten. Da sie keine Medikamente dabei gehabt habe, sei es ihr auch psychisch schlechter gegangen, sodass sie bereits Ende Oktober nach Hause zurückgekehrt sei. Die antidepressive Medikation (Cymbalta) habe sie in Absprache mit dem Hausarzt im November 2015 wieder abgesetzt. Danach seien die Symptome (Übelkeit und Schwindel) wieder stärker

geworden. Zudem hätten sich die Rückenschmerzen auf der Höhe der verletzten Stelle intensiviert und sie bemerke diesbezüglich eine gewisse Wetterfühligkeit. Insgesamt seien die psychosomatischen Beschwerden allerdings regredient. Der aktuell psychiatrisch behandelnde Hausarzt mit Zusatzausbildung kenne die ganze Familie und sei der Meinung, ihre Beschwerden stünden im Zusammenhang mit ihrer Entwicklung und dem Heranwachsen in dieser familiären Konstellation. Hiermit könne sie sich nicht einverstanden erklären. Daher sei sie auf der Suche nach einem neuen Arzt

( Urk. 9/607/29 ff.)

In objektiver Hinsicht notierte Dr. H. \_\_\_\_

eine vitale Mimik und ein unbefangenes Lächeln sogleich bei der Begrüssung, welches belege, dass die Beschwerdeführerin den zwischenmenschlichen Kontakt gewohnt sei und auch einen kontinuierlichen Umgang mit Menschen pflege. Ihre anfängliche Anspannung und Zurückhaltung habe sich schon nach wenigen Minuten gelegt. In der Folge habe die Beschwerdeführerin flüssig und mit affektiv modulierter Stimme auch über komplexere familiäre Belange berichten können ( Urk. 9/607/38 ff.) .

Die erlebten Geschehnisse habe sie illustrativ darlegen und jeweils eine eigene Einschätzung dazu abgeben können. Die Beschwerdeführerin sei darum bemüht gewesen, ein eigenes Verständnis sichtbar werden zu lassen. Bezüglich Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung hätten sich im Verlaufe des Interviews keine manifesten Beeinträchtigungen gezeigt, insbesondere keine Wortfindungsstörungen, anamnестischen Lücken bezüglich faktischer Details oder erkennbare Schwierigkeiten, die Erlebnisse in einen Zeitrahmen einzuordnen. Zu einem Abreißen oder Unterbruch des Gesprächsfadens sei es nicht gekommen. Auch nach jeweils gut zwei Stunden konstant intensiver Beantwortung der Fragen hätten sich keine nennenswerten Anzeichen von Ermüdung und Erschöpfung ergeben.

Das Denken der Beschwerdeführerin und deren sprachlicher Ausdruck seien weitgehend unauffällig, kohärent, fließend und durch strukturiertere Nachfragen des Referenten in klaren Sinn bezügen geordnet gewesen. Auch hätten sich keine relevanten Beeinträchtigungen des formalen Gedankenganges (Gedankendrängen, Ideenflucht oder Perseverationen) ergeben. Daraus werde ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin offen, aber auch überlegt in ihren verbalen Mitteilungen ausdrücken vermöge. Affektiv bestehe eine unauffällige Grundstimmung in mittlerer Stimmungslage, die sich in feinen Nuancierungen der jeweiligen Thematik anpasse. Vitalitätsstörungen lägen nicht vor. Jedoch

habe eine erkennbare ängstlich-eingefärbte Sorge bezüglich der gesundheitlichen und persönlichen Zukunft

bestanden, ebenso eine Verunsicherung hinsichtlich beruflicher Entscheidungen. Demgegenüber hätten sich keine pessimistische Selbsttherabsetzung oder überwertige Selbstanklagen gezeigt, wie dies bei depressiven Selbstwahrnehmungen regelhaft vorzufinden sei. Weiter bestünden weder manifeste Ängste noch tiefer Groll. Vielmehr habe die Beschwerdeführerin

auch freudige und zufriedene Aspekte in ihrem Leben geschildert. Ein manifestes schweres depressives Zustandsbild, welches von einer ständigen, schuldhaften und nicht beeinflussbaren übermässigen Herabwürdigung geprägt sei, könne damit sowie aufgrund der erhobenen Befunde verneint werden. Im Mini-ICF- Rating notierte Dr. H. \_\_\_\_

einzig betreffend die Durchhaltefähigkeit sowie Gruppenfähigkeit eine (leichte) Beeinträchtigung. Sodann führte er bezugnehmend auf die psychiatrischen Vorakten insbesondere aus, aktuell seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht erfüllt. Rückblickend fänden sich zwar Hinweise darauf, dass die Kriterien zumindest teilweise vorgelegen hätten. Allerdings seien diese bereits im Frühjahr 2010 deutlich remittiert gewesen. Auch seien die geforderten Kriterien einer Anpassungsstörung im Sinne einer abnormen Trauer vorliegend mehrheitlich nicht erfüllt. Fraglich bleibe die Einschätzung der Grundpersönlichkeit der Beschwerdeführerin. In den Vorakten sei sie teilweise als sehr fröhliches, unbelastetes, von den Anforderungen des Lebens weitgehend befreites Mädchen/junge Frau geschildert worden, welches durch das Unfallereignis jäh mit dem Ernst des Lebens konfrontiert worden sei. Diese Darstellung widerspreche indes den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration. Sowohl ein gewohnheitsmässiger Cannabis Konsum seit dem 12.

Lebensjahr als auch der Eindruck der Eltern, wonach ihre 13-jährige Tochter «krank» und daraufhin sowohl homöopathisch als psychiatrisch behandelt worden sei, weise bereits in der damaligen Entwicklungszeit auf erhebliche Belastungen hin. Dies entspreche denn auch der Einschätzung ihrer Mutter, wonach die Beschwerdeführerin sowohl «ein Sommervogel als auch ein Sorgenkind» gewesen sei. Soweit die persönliche Entwicklung der Beschwerdeführerin in den ersten Kinder- und Jugendjahren als unproblematisch und ungetrübt beschrieben werde, so werde doch ab dem 12./13. Lebensjahr eine psychische Verfassung ersichtlich, welche mit einem gewissen manifesten psychischen Leiden verbunden gewesen sei. Der Beginn des regelmässigen Kiffens im 12. Altersjahr und die Gewöhnung an Nikotin würden das Ausmass der Neugier in diesem Altersabschnitt übersteigen. Aus fachärztlicher Sicht stelle sich die Frage, ob damit nicht schon im Sinne einer Selbsttherapie einer Angstproblematik begegnet worden sei. Aktenkundig sei ferner, dass letztere bereits vor dem Unfallereignis an einem Mischtyp von Spannungskopfschmerzen und Migräne gelitten habe.

Die Angaben der Beschwerdeführerin würden ausserdem auf spezifische Problembereiche

hinweisen, die in der Fachliteratur als Risikofaktoren dafür bekannt seien, im späteren Leben manifeste psychopathologische Leidenszustände oder gar psychiatrische Erkrankungen zu begünstigen. Mithin habe die Beschwerdeführerin die Beziehung der Eltern über Jahre hinweg als wenig stabil und wechselhaft beschrieben. Wenngleich beide Eltern darum bemüht gewesen seien, ihre elterlichen Verpflichtungen trotz der partnerschaftlichen Differenzen zu erfüllen, so würden die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin darauf hinweisen, dass sie als Kind gewissen Loyalitätskonflikten ausgesetzt gewesen sei. Bis heute sei die Beziehung zur Mutter davon geprägt. Die beklagten Beschwerden in Form von Schwindel, Übelkeit, Magenbeschwerden und Schlafstörungen liessen sich einer Angststörung zuordnen. Dr. B.\_\_\_\_ habe bereits 2013 darauf hingewiesen, dass die geklagten Zukunftsängste an die Situation vor dem Unfallereignis anknüpften und die bestehende psychische Symptomatik nicht auf strukturell objektivierbare Folgen des Unfallereignisses zurückzuführen seien. Viel mehr sei von regressiven Tendenzen und Problemen in der Spätadoleszenz auszugehen. Zudem habe Dr. B.\_\_\_\_

bereits 2013 klar festgehalten, die psychiatrische Beeinträchtigung begründe keine andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Bei der 2015 seitens der Klinik J.\_\_\_\_ diagnostizierten atypischen Anorexia Nervosa (ICD-10 F: 50.1) handle es sich um eine eigenständige psychiatrische Erkrankung ohne kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis aus dem Jahre 2009. Erkrankungen aus dem Formenkreis der Anorexien stünden pathogenetisch häufig im Kontext mit Schwierigkeiten in der Identitätsfindung sowie dysfunktionalen Familienstrukturen. Zusammenfassend könne die vorliegende Symptomatik diagnostisch als eigenständige, unfallfremde Angsterkrankung eingeordnet werden. Mit Blick auf die dokumentierten Entwicklungsbeeinträchtigungen in der Spätadoleszenz weise die Beschwerdeführerin hierzu eine persönliche Disposition auf. Ihre subjektive Schmerzempfindung und Schmerzpräsentation zeige zudem eine Somatisierungstendenz. Mithin werde eine Tendenz erkennbar, körperliche Beschwerden, die nicht durch somatisch-pathologische Befunde erklärbar seien, zu erleben und auszudrücken, sie körperlichen Ursachen zuzuschreiben und diesbezüglich medizinische Hilfe zu beantragen. Hierfür ursächlich sei im vorliegenden Fall eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, nämlich die Angststörung. Das Phänomen des «Angstaffektes» sei in neurobiologisch-evolutionären Prozessen tief verwurzelt, um über neuroendokrine und neuronale Vermittlerprozesse wesentliche Überlebensprozesse in Gang zu setzen. Entsprechend könnten sich Angsterkrankungen über Somatisierungen manifestieren. Zudem zeige sich bei Somatisierungstendenzen, dass die bewussten Entscheidungen - wie bei der Beschwerdeführerin - vor dem Hintergrund eines besorgt-ängstlichen Schonverhaltens von Kognitionen der Vermeidung, der Regression und der Leistungsminderung beeinflusst werden (Urk. 9/607/38 ff., Urk. 9/607/70).

Beim neurologischen Gutachter habe die Beschwerdeführerin

Schmerzen im Nacken-, Schulter- und im Bereich der gesamten Wirbelsäule

sowie wechselnde Schmerzen in den Kniegelenken und aktuell im rechten Ellbogen geschildert (Urk. 9/586/28). Die Schulter- und Nackenschmerzen seien immer vorhanden und würden sich belastungsabhängig verstärken. Kopfschmerzen habe sie nicht jeden Tag. Starke Kopfschmerzen gingen mit einer leichten Übelkeit einher, ohne Erbrechen und/oder Sehstörungen, jedoch mit dem Bedürfnis nach Ruhe und Dunkelheit. Sodann leide sie an den Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule. Seit dem Unfall habe sie auch weniger Gefühl im behaarten Kopfbereich. Zudem verspüre sie seit ein paar Monaten ein vermehrtes intermittierendes Einschlafgefühl an der linken Körperseite. Seit ca. einem halben Jahr nach dem Unfall habe sie auch immer wieder ein Gefühl eines übersäuerten Magens, weshalb sie bisweilen auch aufwache. Die starke Übelkeit würde tagsüber die Nahrungsaufnahme verhindern. Die Beschwerdeführerin habe nach eigenen Angaben eine Essstörung entwickelt. Die Ärzte seien der Meinung, die Magenbeschwerden könnten auch stressbedingt sein. Aktuell bestünden keine somatisch ausgerichteten Therapien (Urk. 9/586/27 ff.).

Im Rahmen seiner Befundung notierte der neurologische Facharzt, die Beschwerdeführerin wirke im Gespräch und Verhalten neuropsychologisch unauffällig und psychisch ausgeglichen. Sie habe keine relevanten kognitiven Probleme und ein neuropsychologisch unauffälliges Leistungsprofil gezeigt. Trotz der nicht unerheblichen Hirnverletzung bestehe aus neurologischer Sicht insgesamt ein sehr erfreulicher Verlauf. Im Bereich der Hirnnerven sei eine Anosmie links bei Normosmie rechts zu vermerken. Diese stehe wohl

im Zusammenhang dem operativen Eingriff ( Frontobasisrevision ) und sei folglich unfallbedingt. Diesbezüglich sei der Endzustand erreicht; mit einer Erholung der Riechfunktion links sei nicht mehr zu rechnen. Auf der Ebene der Wirbelsäule und Extremitäten bestehe eine unfallbedingte Radikulopathie im Sinne eines sensorischen Ausfalls auf der linken Seite, assoziiert mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom. Zudem leide die Beschwerdeführerin an einem multilokulären Schmerzsyndrom mit teilweise somatoform anmutenden Beschwerden, so zum Beispiel in der Bauchregion und in Form von neurologisch aktuell nicht objektivierbaren Schwindelbeschwerden. In diesem Zusammenhang sei im Einklang mit den Vorakten

eine Somatisierungstendenz und dazu passend eine erhöhte Selbstbeobachtung mit längeren Berichten über körperliche Probleme in diversen Körperregionen aufgefallen. Dies sei sowohl bei der Beurteilung der Schmerzen im Kopf-

und Wirbelsäulenbereich als auch der links hemikorporellen sensorischen Phänomene zu berücksichtigen. Letztere seien denn auch anatomisch inkorrekt verortet und klinisch widersprüchlich geschildert worden. Diesbezüglich ergebe sich auch aus den Vorakten kein kohärentes Bild. Zusammenfassend bestehe eine unfallkausale, dauerhafte Schädigung des Nervus

olfactorius links und der thorakalen Nervenwurzeln Th6/7 links, wobei letzteres aktuell nicht im Vordergrund stehe. Die festgestellten Gesundheitsschäden führten nicht zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin. Allerdings

resultiere daraus ein Integritätsschaden von insgesamt 10 % (7.5 % aufgrund der Anosmie links und 2.5 % zufolge der Neuropathie Th6/7, Urk. 9/586/37 ff.).

Gegenüber der Neuropsychologin gab die Beschwerdeführerin an, seit anfangs Jahr an psychischen Problemen zu leiden. Dabei stünden neben einer Depression «psychosomatische Reaktionen» im Vordergrund. Aktuell merke sie den Wetterumschlag und verspüre Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich sowie einen Druck im Kopf. Generell würde es ihr im Sommer und bei schönem Wetter besser

gehen. Ihre geistige Leistungsfähigkeit sei seit dem Unfall eigentlich immer gut gewesen. Das Hauptproblem seien ihrer Meinung nach nicht kognitive Einschränkungen, sondern ihr Körper, insbesondere der Bauch. Mithin habe sie oft stressbedingte Bauchschmerzen, Mühe zu essen und darob auch eine gewisse Essstörung entwickelt. Ein weiteres Problem sei ihre psychische Verfassung. Zudem leide sie nebst den Kopf- und Rückenschmerzen auch an Schwindel (Urk.

9/610/2).

In objektiver Hinsicht hielt die beurteilende Neuropsychologin fest, sowohl die Sprache als auch die Sprachprosodie der Beschwerdeführerin seien im Gespräch unauffällig gewesen. Ihre psychomotorische Geschwindigkeit und das Arbeitstempo seien durchschnittlich bis überdurchschnittlich. Ebenso hätten sich die basalen Prozesse der längerfristigen Aufmerksamkeitsaktivierung und Aufrechterhaltung als intakt erwiesen. Mithin hätten sich während der gut drei stündigen Untersuchung weder Konzentrationsdefizite noch eine erhöhte Ablenkbarkeit oder signifikante Ermüdungserscheinungen mit Konzentrationsabfällen beobachten lassen. Auch die Qualität der Leistungen sei hinsichtlich der Genauigkeit und Ausdauer unauffällig. Die Beschwerdeführerin habe eine sorgfältige und überlegte

Arbeitsweise gezeigt. Ausserdem habe sie engagiert und ausdauernd gearbeitet und sich stets um gute Leistungen bemüht. Hinweise auf eine verminderte Leistungsmotivation oder Anstrengungsbereitschaft hätten sich weder in der Verhaltensbeobachtung noch in den Symptomvalidierungstests oder im Leistungsprofil ergeben. Im Testverfahren

habe sich ein homogenes Testleistungsprofil mit durchschnittlichen bis vereinzelt überdurchschnittlichen Leistungen im attentional-exekutiven, mnestischen, sprachlich-sprachassoziierten sowie visuomotorischen und -konstruktiven Bereich ergeben. Dazu kongruent- und weitgehend kongruent mit der Einschätzung und Beurteilung vom Juli 2010 am Schweizerischen Epilepsiezentrum - verfüge die Beschwerdeführerin über ein allgemeines kognitives Leistungsvermögen im Normbereich (Gesamt-IQ 103). Besondere Stärken bestünden in den Bereichen Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie im mnestischen Bereich (insbesondere in der verbalbetonten Lern- und Abruffähigkeit). Auf Verhaltenzebene habe die Beschwerdeführerin

bei erhaltener Schwingungsfähigkeit und adäquatem Antrieb

leicht bedrückt und nachdenklich gewirkt. Sodann habe sie eine angenehme Art und eine adäquate zwischenmenschliche und soziale Kompetenz gezeigt. Im Fragebogenverfahren zur emotionalen Kompetenz und emotionalen Intelligenz (EKF-S) seien in allen Dimensionen (Erkennen und Verstehen fremder und eigener Emotionen, Regulation und Kontrolle eigener Emotionen, emotionale Expressivität) unauffällige Gesamtwerte zu vermerken. In der Einschätzung ihres gegenwärtigen Befindens durch die Selbstbeurteilungsskala depressiver Symptome (BDI) habe sich eine deutliche, klinisch relevante Ausprägung der depressiven Symptomatik ergeben. In diesem Zusammenhang sei auf die separate psychiatrische Untersuchung zu verweisen. Im Testleistungsprofil hätten sich jedenfalls keine augenscheinlichen resp. psychometrisch signifikanten, nachweisbaren negativen Auswirkungen durch mögliche affektive Phänomene im Sinne von attentionalen Fluktuationen oder Leistungs-Schwankungen objektivieren lassen. Zusammenfassend figuriere das allgemeine kognitive Leistungsvermögen im Normbereich und bestehe ein ausgeglichenes neuropsychologisches Profil, ohne Hinweise für residuelle, kognitive Beeinträchtigungen als Folge der schweren traumatischen Hirnverletzung. Im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung im Juli 2010 am Schweizerischen Epilepsie-Zentrum lägen damit testpsychologisch weitgehend übereinstimmende Ergebnisse bei sogar normalisiertem resp. nun unauffälligem (gut durchschnittlichem) Leistungswert in der verbal-phonologischen Ideenproduktion vor. Entsprechend verneinte die beurteilende Neuropsychologin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer kaufmännischen Tätigkeit (Urk. 9/610/3 ff.).

Anlässlich der orthopädischen Anamnese habe die Beschwerdeführerin eine starke Wetterfühligkeit betreffend die Wirbelsäule beklagt; Kälte sei von morgens bis abends mit Schmerzen verbunden. Im Bereich des thorakalen Übergangs verspüre sie auf der linken Seite einen ziehenden Schmerz entlang des unteren Rippenbogens. Diese verstärkten sich beim Sitzen, bei längerem Stehen sowie beim Tragen von Lasten und bei längerem Gehen (mehr als 20 Minuten).

Ebenfalls schmerzhaft seien Tätigkeiten in vornüber gebeugter Haltung. Daneben bestünden in den Arm ausstrahlende Spannungskopfschmerzen occipital bis

frontal reichend, etwa alle 2-3 Wochen. Zudem leide sie an ausstrahlenden Nackenschmerzen, welche sich bei Tätigkeiten der Arme über der Schulterhorizontale verstärkten.

Auf einer Schmerzskala habe die Beschwerdeführerin die Nackenschmerzen bei 7 von 10, die thorakolumbalen

Übergangsbeschwerden bei 7 von 10 und Schmerzen in der Lendenwirbelsäule bei 4 von 10 skaliert. Entsprechend stünden die permanenten Nackenschmerzen im Vordergrund gefolgt von den Beschwerden des thorakolumbalen Überganges und zuletzt der Lendenwirbelsäule. Trotz starker Schmerzen nehme sie keine Schmerzmittel, zumal diese nicht helfen würden. Mithin fühle sie sich abgehärtet gegen Schmerzmittel. Auch bestünden in somatischer Hinsicht derzeit keine spezifischen Therapien, da ihr diese in der Vergangenheit nichts gebracht hätten; weder aktive noch passive Physiotherapie, Krafttraining, Osteopathie, medizinische Massagen, Kinesiologie, Akupunktur oder Bauchtanz hätten geholfen. Derzeit mache sie auch keine Fitness

(Urk. 9/611/4 f.).

Der orthopädische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen des Polytraumas zweifelsohne eine schwere Verletzung der Wirbelsäule auf mehreren Etagen der Halswirbelsäule, Brust- und Lendenwirbelsäule erlitten. Diese seien inzwischen knöchern ausgeheilt und zeigten zum Zeitpunkt der Begutachtung eine stabile Situation. Posttraumatische degenerative Veränderungen in der Lendenwirbelsäule und im thorakolumbalen Übergang seien kaum feststellbar und es bestünden ausdrücklich keine neurologischen Ausfälle an Armen und Beinen. Auch seien ausstrahlende Beschwerden in den Beinen verneint worden. Die beschriebenen ausstrahlenden Beschwerden in die Arme seien nicht vergesellschaftet mit neurologischen Ausfällen. Die Wirbelsäule sei

zumindest für leichte körperliche Arbeiten belastbar, so dass hinsichtlich leichter Tätigkeiten ohne Heben schwerer Lasten zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Im Vordergrund stehe

ein multifaktorielles Geschehen mit psychischen Verarbeitungsstörungen, wofür auf die psychiatrische Expertise zu verweisen sei. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführerin ein Integritätschaden von 20-30% zu konstatieren (Urk. 9/611/8 ff.).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, aus interdisziplinärer Sicht bestünden keine relevanten Einschränkungen hinsichtlich einer körperlich leichten kaufmännischen Tätigkeit, ohne Heben von schweren Lasten. Sodann bestehe eine Integritätseinbuße von insgesamt 35% (10% neurologisch, 25% orthopädisch; Urk. 9/607/72, Urk. 9/607/74).

## **E. 5**

### **.2.2**

Die im verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Teilgutachten notierte deutliche, klinische relevante Ausprägung der depressiven Symptomatik fusst auf der eigenen Einschätzung der Beschwerdeführerin, ist mithin Ergebnis einer Selbstbeurteilungsskala (vgl. Urk. 9/610/6 f.). Freilich ist das Vorliegen einer nach Massgabe der einschlägigen ICD-10 Kriterien zu beurteilenden depressiven Symptomatik mit Krankheitswert damit nicht ausgewiesen. Zur diagnostischen Einordnung verwies die beurteilende Neuropsychologin denn auch korrekterweise auf die psychiatrische Expertise. Darin hielt Dr. H.\_\_\_\_ im Einklang mit den objektiv erhobenen Befunden keine Diagnose aus dem depressiven Formenkreis fest. Gleichwohl hat er das Vorliegen einer Depression (oder anderen psychiatrischen Erkrankung) diskutiert und seine Konklusion nachvollziehbar

begründet ( Urk. 9/607/58). Damit erweist sich der Einwand, Dr. H.\_\_\_\_

habe sich mit dem Vorliegen einer « posttraumatischen Depression» nicht auseinandergesetzt ( Urk. 1 Ziff. 17), als unbegründet. Ganz abgesehen davon wurde eine Depression in der gesamten medizinischen Aktenlage nie fachärztlicherseits

ausgewiesen. Dazu passend hat sich die Beschwerdeführerin weder in psychopharmakologischer noch psychotherapeutischer Hinsicht je einer konsequent und länger andauernden Behandlung unterzogen . 5.2.3

Dem Vorbringen ,

Dr. H.\_\_\_\_

habe das traumatische Unfallereignis bagatellisiert , kann nicht gefolgt werden .

Zunächst hat Dr. H.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, retrospektiv bestünden durchaus Anhaltspunkte dafür, dass spezifische Merkmale einer PTBS zumindest teilweise vorhanden gewesen seien. Diese hätten indes bereits im Frühjahr 2010 eine deutliche Remission erfahren ( Urk. Urk. 9/607/48). Sodann stehen seine psychiatrische Würdigung der familiären Ausgangslage sowie Interpretation des Cannabiskonsums

und die gestützt darauf notierte persönliche Disposition der Beschwerdeführerin zur Entwicklung psychischer Leiden

nicht in Bezug zum Unfallereignis , geschweige denn ist damit dessen Schwere in Frage gestellt . Im Übrigen hat auch Dr. B.\_\_\_\_ bereits 2013 auf Parallelen zwischen dem psychiatrischen Beschwerdebild nach dem Unfall und ihrem Verhalten vor dem Unfallereignis einerseits sowie der Grundpersönlichkeit der Beschwerdeführerin andererseits hingewiesen (vgl. E. 4.1.2). Mit Blick auf die vorliegend interessierende und abzuklärende Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitraum ab

Fallabschluss (Juli 2012) bis zum angefochtenen Entscheid ist im Übrigen unerheblich, ob diese bereits im Alter von 12 oder 13 Jahren an einer Angstsymptomatik gelitten hatte. Insofern geht auch der Einwand , Dr. H.\_\_\_\_

habe letzteres nicht abschliessend belegt , ins Leere. 5.2.4

Sodann monierte die Beschwerdeführerin , Dr. H.\_\_\_\_ habe

die einschlägige Fachliteratur betreffend Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Leiden nicht zitiert ( Urk. 1 Ziff.

### **E. 5.3**

Zusammenfassend ist gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 11. Dezember 2016 erstellt, dass die Beschwerdeführerin

jedenfalls seit August 2015 (Datum erste Untersuchung) als kaufmännisch Angestellte , ohne schweres Lastenheben zu 100 %

arbeitsfähig ist . Sodann ist gestützt auf die unbestritten gebliebene, hinreichend aufschlussreiche und in allen Belangen den rechtserforderungsgemässen Anforderungen als genügend (vgl. E. 1.6) zu betrachtende ärztliche interdisziplinäre Beurteilung vom 10. Mai 2013 auch in retrospektiver Hinsicht seit dem Fallabschluss keine unfallbedingte

Arbeitsunfähigkeit ausge wiesen.

Aufgrund der insoweit beweiskräftigen medi zini schen Aktenlage b esteht – entgegen der Auffassung der Beschwerde führerin ( Urk. 1 S. 2 und Ziff. 26) – kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6 .

6 .1

Da der Prozess indes nicht als aussichtslos betrachtet werden kann und die übrigen Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 und 2 de s Gesetzes über das Sozialver si cherungsgericht ( GSVGer ) zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung erfüllt sind (vgl. Urk. 4, Urk. 5/1-19 ), ist das Gesuch vom 9. Juni 2017 zu bewillig en und Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier, Zürich, zum unentgeltlichen Rechts beistand zu bestellen.

Die Beschwerdeführer in ist darauf hinzuweisen, dass sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Entschädi gung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist ( § 16 Abs. 4

GSVGer ). 6.2

Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier ist nach § 34 Abs. 3 GSVGer (vgl. auch Verfü gung vom 1 9. Juli 2017, Disp .-Ziffer 2, Urk.

## **E. 10**

S. 5) . Dass jeder gutachterliche Hinweis auf die Fachlitera tur mit entsprechenden Zitaten belegt sein muss, ergibt sich nicht aus höchstrich terlichen Praxis zur Beweiseignung medizinischer Expertisen (vgl.

E.

1.5) . Im Übrigen ist

– erst recht mit Blick auf die gleichzeitig geäusserte Kritik an der Weitschweifigkeit und schweren Lesebarkeit ( Urk. 1 Ziff. 8) –

zweifelhaft, ob letzteres bei konsequenter Durchführung der Sache und Lesbarkeit fachärztlicher Expertisen dienlich wäre. 5.2.5

Anlässlich der aktenkundig von allen Gutachtern unterzeichneten Gesamtbeur teilung ( Urk. 9/608/1 f.) - der weitere Vorwurf, das Zustandekommen eines Gesamtkonsens sei fraglich (Urk. 1 Ziff. 23), zielt mithin ebenfalls ins Leere -, attestierten die beurteilenden Fachärzte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer körperlich leichten, kaufmännischen Tätigkeit, ohne s chweres Lastenheben (vgl. damit korrelierend das versicherungsmedizini sche, interdisziplinäre Gutachten vom 1 0. Mai 2013, Urk. 9/476/3) . Die beschwer deweise vorgebrachten Ausführungen zu den Erstellungsdaten der Teilgutachten sowie die gestützt darauf gehegte Vermutung, der orthopädische Gutachter habe anlässlich der Konsensbeurteilung an Gedächtnisschwund und/oder Ignoranz gelitten, sind

unbehelflich . Weiterung en dazu erübrigen sich.

5.2.6

Soweit die Beschwerde führerin geltend

macht, sie sei aus körperlichen Gründen lediglich zu 50 % arbeitsfähig, so ist dies medizinisch nicht ausgewiesen. Dass sie

– nach Darstellung in der Beschwerde (vgl. Urk. 1 S. 3 f., vgl. demgegenüber Urk. 9/607/34, wonach sie 2013/2014 im 60 % -Pensum die Berufsmittelschule absolviert und sich zeitgleich zu 30 % beruflich engagiert habe) – seit dem Unfall nie

zu einem höheren Pensum als

50 %

leistungsfähig gewesen sein soll,

sagt selbstredend nichts über ihre medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aus. 5.2.7

Endlich lässt sich

weder der Stellungnahme ihrer Eltern vom 22. Januar 2017 noch dem Schreiben

von Dr. N.\_\_\_\_

vom 20. September 2017 (Urk. 3/3, Urk. 16) etwas zum Vorteil der Beschwerdeführerin ableiten. Insbesondere hat Dr. N.\_\_\_\_ weder die diagnostische Einordnung von Dr. H.\_\_\_\_ in Frage gestellt noch eine psychiatrisch oder sonst

wie geartete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert. Ganz abgesehen davon steht seine Darstellung

gemäss Schreiben vom 20. September 2017, wonach die Beschwerdeführerin nach dem schweren Unfall relevante –

jedoch nicht weiter konkretisierte – psychische Probleme entwickelt habe, in

eklatantem Widerspruch zu seinen früheren Aussagen und Stellungnahmen (vgl. Urk. 9/322; vgl. auch Telefonnotiz vom 7. Januar 2011, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund ihres guten Befindens eine Psychotherapie als unnötig erachte und ihr auch seitens Dr. N.\_\_\_\_ nicht dazu geraten worden sei, Urk. 9/2016; vgl. ausserdem Besprechungsprotokoll vom 2. März 2011, wonach es der Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben psychisch gut gehe, sie keine psychologische Behandlung wünsche und letzteres von Dr. N.\_\_\_\_ unterstützt werde, Urk. 9/228/1 sowie die Telefonnotiz vom 7.

April 2011, wonach Dr. N.\_\_\_\_ mitgeteilt habe, bei der Beschwerdeführerin werde es immer ein «Auf und Ab» geben. Eine psychologische Behandlung dränge sich nicht auf, Urk. 9/242, vgl. schliesslich Urk. 9/607/36, wonach das psychiatrische Beschwerdebild nach Auffassung von Dr. N.\_\_\_\_ in Zusammenhang mit der Entwicklung und familiären Konstellation der Beschwerdeführerin stehe).

#### **E. 14**

) beim gerichtsblichen Ansatz von Fr. 220.--/Stunde mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 9. Juni 2017 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier - Suva - 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  
HurstHediger

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