

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 11. August 2016 gutgeheissen und das Urteil aufgehoben (8C_236/2016).

200 15 58 UV
GRD/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Februar 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1982 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit dem 1. Januar 2006 über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der SUVA [act. II] 1). Am XX.XX.2007 beabsichtigte die Versicherte im Bereich eines Fussgängerstreifens die Strasse zu überqueren und wurde dabei frontal von einem zirka 40 km/h fahrenden Personenwagen erfasst, wobei sie auf die Motorhaube geschleudert wurde, mit dem Kopf auf der Windschutzscheibe aufschlug und anschliessend auf die Fahrbahn zurückgeschleudert wurde (vgl. unpaginierte Unterlagen der Kantonspolizei L. _____ zwischen act. II 21 und 22; Akten der Versicherten [act. I] 9 S. 2). Bei der Versicherten wurden ein leichtes Schädelhirntrauma (mit Kalottenfraktur parieto-temporal rechts mit zirka vier Millimeter grosser epiduraler Frakturblutung, Commotio cerebri, nicht dislozierter Jochbogenfraktur rechts) und Brüche des rechten Oberarmknochens, der rechten Elle und des rechten Wadenbeins diagnostiziert (act. II 9), was am 18. Dezember 2007 und 10. Juni 2008 operative Eingriffe am rechten Arm zur Folge hatte (act. II 7, 36). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

Die Versicherte klagte im Verlauf über Symptome wie Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit und Kopfschmerzen (act. II 40, 43.2, 51, 60), welche in der Folge medizinisch abgeklärt wurden (act. II 43.2, 60, 95.1 – 95.3). Mit Schreiben vom 3. September 2010 teilte die SUVA der Versicherten mit, gemäss den ärztlichen Unterlagen sei eine weitere Behandlung nicht mehr nötig, womit die Versicherungsleistungen enden würden (act. II 99.1). Mit Schreiben vom 8. Juni 2011 verneinte die SUVA zudem den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (act. II 104.1 f.).

Mit Schreiben vom 9. Mai 2012 liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, aufgrund von nach wie vor bestehenden Beschwer-

den beantragen, entweder seien die Abklärungen wieder aufzunehmen oder es sei eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (act. II 105).

Nachdem bei der SUVA ein Bericht der C. _____ vom 13. August 2012 eingegangen war (Akten der SUVA [act. IIa] 111.1 – 111.6), veranlasste sie die Durchführung eines MRI des Gehirns (act. IIa 113, 124.1) und holte eine neurologische Beurteilung ihres versicherungsmedizinischen Dienstes ein (Bericht vom 21. November 2013 [act. IIa 133.1 – 133.12]). Zudem wurde der SUVA von der C. _____ ein Verlaufsbericht vom 25. November 2013 zugestellt (act. IIa 147.1 – 147.5). Zur Beurteilung der organisch-strukturellen Unfallfolgen aus orthopädischer Sicht fand am 4. März 2014 eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt (act. IIa 148.1 – 148.8).

Mit Verfügung vom 22. April 2014 verneinte die SUVA sowohl den Anspruch auf eine Invalidenrente als auch denjenigen auf eine Integritätsentschädigung (act. IIa 158.1 – 158.3). Die dagegen erhobene Einsprache wies die SUVA mit Entscheid vom 10. Dezember 2014 ab (act. IIa 165, 171.1 - 171.19).

B.

Dagegen erhebt die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Fürsprecher B. _____, am 19. Januar 2015 Beschwerde und beantragt, unter Aufhebung der Verfügung vom 22. April 2014 und des angefochtenen Entscheides sei ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten gerichtlich anzuordnen, eventualiter sei das Unfalldossier an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, eine interdisziplinäre medizinische Begutachtung durchzuführen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Auf die Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen, haben die Parteien verzichtet.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014 (act. IIa 171.1 – 171.19). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus obligatorischer Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Unfall vom XX.XX.2007.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die

Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.5 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251).

2.6 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese

Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103).

Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, so genügt dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (SVR 2008 UV Nr. 35 S. 135 E. 4.1.3).

2.7 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

2.7.1 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

2.7.2 Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, inva-

lidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

2.7.3 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) 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 jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls 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 ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232

E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.8 Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.9 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.10 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund

vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

2.11 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Nach der Erstversorgung am XX.XX.2007 im Spital D. _____ wurde die Beschwerdeführerin ins Spital E. _____ verlegt (vgl. act. II 6.2). Im Austrittsbericht des Spitals E. _____ vom 24. Dezember 2007 (act. II 9) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- leichtes Schädelhirntrauma mit
 - Kalottenfraktur parieto-temporal rechts mit zirka 4 mm grosser epiduraler Frakturblutung
 - Commotio cerebri
 - nicht dislozierter Jochbogenfraktur rechts
- Humerusschaft-Querfraktur rechts
- Olecranonfraktur rechts
- proximale Fibulafraktur rechts

Als Diagnose im Verlauf wurde ein Fernvisus links 0.7 – 0.9 und als Nebendiagnose einen St. n. leichtgradigem, sensomotorischem Hemisyndrom links im Rahmen einer Migräne mit Aura 08/04 angegeben. Die behandelnden Ärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin sei am XX.XX.2007 als Fussgängerin von einem PKW mit zirka 40 km/h auf einem Fussgängerstreifen von rechts angefahren worden. Sie sei bewusstlos gewesen, es bestehe eine anterograde Amnesie. Die neurologische Überwachung sei

unauffällig gewesen. Am 18. Dezember 2007 sei die operative Versorgung der Humerusfraktur erfolgt. Intraoperativ habe eine Olecranonfraktur nachgewiesen werden können, welche mit einer Zugschraube versorgt worden sei. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Wegen einer Visusminderung in die Ferne sei ein augenärztliches Konsilium durchgeführt worden. Links sei ein Fernvisus von 0.7 – 0.9 neu diagnostiziert worden. Ansonsten sei die ophthalmologische Untersuchung unauffällig gewesen.

3.2 Im Bericht der Klinik für Chirurgie des Spitals E. _____ vom 6. August 2008 (act. II 40) wird ausgeführt, trotz radiologisch noch nicht vollständiger Konsolidation sei bei fehlender Klinik dort kein Handlungsbedarf. Wegen der Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche werde die Beschwerdeführerin auf der Neurologie angemeldet, ob Defizite nach dem Schädel-Hirn-Trauma bestünden, die allenfalls gezielt angegangen werden respektive auch, falls diese die Arbeitsfähigkeit beeinflussen sollten, objektiviert werden könnten. Zur weiteren Abklärung würden noch eine Sonographie mit Frage nach SLAP-Läsion oder anderer Pathologie sowie konventionelle Schulter-Röntgenbilder angefertigt.

3.3 Zur neuropsychologischen Untersuchung in der Neurologischen Klinik des Spitals E. _____ vom 3. September 2008 wurde im entsprechenden Bericht vom 4. September 2008 (act. II 43.2) ausgeführt, im Vordergrund der neuropsychologischen Befunde fänden sich leichte bis deutliche Aufmerksamkeitsstörungen, mit einer gestörten phasischen Aktivierung, Schwierigkeiten in der geteilten Aufmerksamkeit sowie einer eingeschränkten Erfassungsspanne (verbal > visuell-räumlich). Darüber hinaus zeigten sich leichte bis deutliche Lern- und Abrufschwierigkeiten in beiden Modalitäten, welche wahrscheinlich durch die Aufmerksamkeitsstörungen mitbedingt seien. Zudem liessen sich in den exekutiven Funktionen eine leicht bis deutlich verminderte figurale Ideenproduktion sowie leichte Strukturierungsschwierigkeiten feststellen. In den übrigen überprüften Bereichen fänden sich normgerechte Resultate. Die dargestellten Befunde liessen sich nicht fokal lokalisieren und seien ätiologisch unspezifisch. Am ehesten seien sie im Zusammenhang mit der noch verminderten Belastbarkeit nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma am

XX.XX.2007 zu interpretieren. Die objektivierten Leistungsminderungen deckten sich mit den subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin. Aktuell scheine sie mit dem 100 %-igen Pensum an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu sein, wobei sich anamnestisch schrittweise leichte Verbesserungen der Belastbarkeit zeigten. Das aktuelle Pensum könne daher durchaus beibehalten werden. Bei drohender Überforderungssituation sollte in Rücksprache mit dem Hausarzt aber das Pensum vorübergehend um 20 bis 30 % reduziert werden.

3.4 Im Bericht der Klinik für Chirurgie des Spitals E. _____ vom 26. Januar 2009 (act. II 51) wurde festgehalten, bezüglich der Humerusfraktur und Olecranonfraktur sei die Konsolidation vollständig sowie die Bewegungsumfänge ausgezeichnet. Es bleibe der persistierende Druckschmerzpunkt über dem Coracoid. Multiple Abklärungen mittels Sonographie, Arthro-MRI und CT hätten eine chirurgisch zu sanierende Läsion nicht zeigen können. In der heutigen Sprechstunde klage die Beschwerdeführerin hauptsächlich über ihre kognitiven Störungen und die damit verbundenen rezidivierenden Kopfschmerzen, welche sie im täglichen Leben massivst behinderten. Eine erneute neurologische Abklärung sei wichtig, weshalb die Anmeldung in der neurologischen Oberarzt-Sprechstunde zur Beurteilung erfolgt sei.

3.5 Med. pract. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 23. Februar 2009 einen undatierten Bericht von lic. phil. G. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, bei welchem sich die Beschwerdeführerin in delegierter Psychotherapie befand, zu (act. II 59.1 - 59.3). Lic. phil. G. _____ diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung F43.1 und führte zur Anamnese aus, seit dem Unfall vom ... 2007 beständen diverse somatische Symptome wie häufiges Kopfweh, Armschmerzen und Hals-/Schalterschmerzen. Im psychischen Bereich Schlafstörungen, Angstzustände, Übelkeit, Müdigkeit flash-backs aus der prae- und postoperativen Zeit im Spital, Dünnhäutigkeit, akute Weinanfälle, usw. Nach dem Unfall habe sich ihr Ehemann von ihr getrennt, weil sie nicht mehr die Gleiche wäre, was für sie eine weitere Belastung bedeutet habe.

3.6 Im Bericht der neurologischen Klinik des Spitals E. _____ vom 24. Februar 2009 (act. II 60) wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestünden nach Schädel-Hirn-Trauma vor einem Jahr diskrete residuelle neuropsychologische Defizite (Aufmerksamkeitsstörung, eingeschränkte Erfassungsspanne, Lern- und Abrufschwierigkeiten), welche im neuropsychologischen Bericht detailliert beschrieben worden seien, und welche zusammenfassend zwar zu keinem groben Defizit einer fokalen höhergradigen Hirnfunktion führten, aber eine gesamthaft verminderte Belastbarkeit und Leistungsminderung zur Folge hätten. Zudem bestehe im Moment sicherlich eine zusätzliche reaktive (depressive) Stimmungslage, welche die Situation erschwere, und vor allem den Antrieb der Beschwerdeführerin deutlich abschwäche. Die Beschwerdeführerin wurde für die nächsten sechs Monate zu 20 % arbeitsunfähig geschrieben.

3.7 Ein am 3. Februar 2010 im Spital H. _____ durchgeführtes EEG führte zu folgender Beurteilung (act. II 95.3): Normale Grundaktivität, kein Herd, keine epilepsietypischen Potentiale, vereinzelte paroxysmale steilere Graphoelemente als Zeichen einer leicht erhöhten zerebralen Erregbarkeit.

3.8 Die behandelnden Ärzte des Spitals H. _____ gaben am 22. Februar 2010 an (act. II 95.1 f.), ein aktuell durchgeführtes MRI des Schädels vom 3. Februar 2010 habe einen unauffälligen Befund ohne „bildmorphologische Traumafolgen“ gezeigt. Zur kognitiven Leistungsfähigkeit wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin fänden sich testdiagnostisch überwiegend kognitive Leistungen im altersentsprechenden Normbereich. Die feststellbare leichte Verminderung der verbalen Merkspanne (phonological buffer) sei keine Unfallfolge, sondern sei vermutlich mit der berichteten Legasthenie (Störung der phonologischen Verarbeitung) in Verbindung zu bringen.

3.9 Im Bericht vom 13. August 2012 (act. IIa 111.1 - 111.6) führten die behandelnden Ärzte der C. _____ die folgenden Diagnosen auf:

1. Verkehrsunfall am XX.XX.2007 als Fussgängerin mit Polytrauma
2. Schädelhirntrauma mit Kalottenfraktur parieto-temporal rechts und kleiner epiduraler Frakturblutung sowie nicht-dislozierter Jochbeinfraktur rechts
3. Humerusschaftfraktur und Olecranonfraktur rechts
4. Konservativ behandelte Fibulafaktur rechts, beschwerdefrei

5. Dreimalige Migräneanfälle seit 2004, zuletzt im Juni 2012 mit Hemikranie, Übelkeit, Brechreiz und Lichtscheu
6. St. n. Frühabort zirka 10. SSW Januar 2012, aktuell Gravidität problemlos
4. SSM
7. V.a. posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Diagnose 1
8. Orthostatische Dysregulationen bei Hypotonie-Neigung, akzentuiert unter der Schwangerschaft

Die behandelnden Ärzte hielten fest (act. IIa 111.5), das Vorliegen einer anterograden Amnesie für eine halbe Stunde mit anschliessender partieller Amnesie für maximal 24 Stunden lege eine Kontusion mit passagerem Ödem nahe, welche i.R. des bei Kalottenfraktur erlittenen 4 mm grossen Epiduralhämatoms vorgelegen haben könnte. Es bestehe der dringende Verdacht auf eine multifokale Hirnleistungsstörung mit im Vordergrund stehender Ermüdungsneigung, abfallender Konzentration und gestörter Filterfunktion gegenüber Stress und akustischen Reizen. Eine Hyperakusis bestehe. Diesbezüglich werde eine neuropsychologische Re-Testung, vorzugsweise nachmittags bei 2010 vormittags in ... wohl nicht erfassbarer Hirnleistungsstörung empfohlen. Ferner liege gemäss der oben genannten fremdanamnestischen Schilderung durch die Mutter eine Persönlichkeitsveränderung durch das neuropsychologische Defizit im Sinne einer verminderten Impulskontrolle vor. Aufgrund der anamnestischen Angaben mit im Laufe der Woche massiv zunehmender Ermüdungsneigung seit dem Unfall mit klarer Dekompensation während der 100 %-igen Arbeitsfähigkeit sei von einer derzeit zirka 25 %-igen Arbeitsunfähigkeit / 75 %-igen Arbeitsfähigkeit (6 Std. bei einer Gesamtarbeitszeit von 8 Std./Tag) auszugehen. Um dies quantifizieren zu können empfehle sich dringend, die neuropsychologische Testung mit Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit zu wiederholen. Zu empfehlen sei die Durchführung durch die Voruntersucher im Spital E. _____, wobei auf die tageszeitliche Abhängigkeit der Belastbarkeit hinzuweisen sei. Eigenanamnestisch und aus den vorliegenden Befunden gehe das Vorliegen einer Epilepsie nicht hervor. Wegen den 2010 in ... im EEG erfassten vereinzelt paroxysmalen steileren Graphoelementen als Zeichen einer leicht erhöhten cerebralen Erregbarkeit sei die Beschwerdeführerin wieder zu einem EEG (10. Juli 2012) aufgebeten worden, dies mit folgendem Befund (act. IIa 111.4): Wie bereits im Schnellbefund aufgeführt, zeige sich bei normaler Grundaktivität fronto-polar rechts (diskret auch

links) eine unspezifische Störung mit einzeln angedeuteten steilen Potentialformen, einmalig auch Nachweis einer Sharp-Slow-Wave rechts frontopolar. Unabhängig davon zeige die Beschwerdeführerin 2-malig kurze Zeit generalisiert erhöhte Anfallsbereitschaft, welche unter Hyperventilation und Fotostimulation aber nicht zunehme. Insgesamt bestehe somit eine posttraumatischer Residualbefund mit rechts frontaler Betonung, sowie (unabhängig davon) Hinweise auf eine genuin subklinisch erhöhte Anfallsbereitschaft.

3.10 Ein am 30. Mai 2013 im Spital I. _____ durchgeführtes MRI des Gehirns ergab den folgenden Befund (act. IIa 124.1): Normales MR des Gehirns, insbesondere keine posttraumatischen Residuen visualisierbar.

3.11 In der neurologischen Aktenbeurteilung vom 21. November 2013 (act. IIa 133.1 – 133.12) führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin aus (act. IIa 133.10 f.), die Beschwerdeführerin habe im Rahmen eines Verkehrsunfalls neben den Extremitätenverletzungen eine Leichte Traumatische Hirnverletzung (LTHV) mit der Komplikation einer Schädelkalotten- und Jochbogenfraktur rechts mit minimaler epiduraler Blutungsauflagerung aus einer Frakturblutung erlitten, welche sich allerdings auch im Verlauf nicht raumfordernd ausgewirkt hätten. Zerebrale Strukturen seien ausweislich der in zwei erfahrenen neuroradiologischen Zentren durchgeführten MRI-Untersuchungen nicht traumatisch geschädigt worden. Der postoperative Verlauf habe sich nach einer zunächst offensichtlich sehr positiven Entwicklung wechselhaft gestaltet, die diagnostischen Kriterien für die Annahme einer chronisch posttraumatischen Kopfschmerzsymptomatik seien nicht erfüllt. Unfallunabhängig liege eine anlagebedingte Migräne, zum Teil auch komplizierter Ausprägung (hemiplegische Migräne) vor. Die zuletzt im Spital H. _____ erhobenen neuropsychologischen Testresultate zeigten im Wesentlichen ein normales kognitives Leistungsprofil mit einer leichten Verminderung der verbalen Aufmerksamkeitsspanne, was im Kontext der vorbestehenden Legasthenie der Beschwerdeführerin gesehen werde. Unter Ausklammerung der orthopädischen Unfallfolgen, welche aus dem entsprechenden Fachgebiet beurteilt werden sollten, könne festgestellt werden, dass heute keine organisch strukturellen Unfallfolgen mehr vorlä-

gen. Von einer weiteren medizinischen Behandlung sei keine Verbesserung eines unfallbedingten Befundes zu erwarten, da die heutigen Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen seien.

3.12 Die behandelnden Ärzte der C._____ hielten im Bericht vom 25. November 2013 (act. IIa 147.1 – 147.5) fest, im Vordergrund der Problematik stehe unverändert die verminderte Dauerbelastbarkeit, Aufmerksamkeit und Lärmtoleranz. Diese Symptomatik sei Unfallfolge einerseits im Rahmen der neuropsychologischen Defizite, andererseits im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung. Zur Quantifizierung dieser Anteile werde unverändert eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung empfohlen. Im Rahmen der MRI-Untersuchungen des Kopfes von 2010 am Spital H._____ und vom 30. Mai 2013 am Spital I._____ zeigten sich keine strukturellen Läsionen. Das 2012 hier durchgeführte EEG habe aber eindeutig einen posttraumatischen Residualbefund im Sinne einer funktionellen Hirnstörung ergeben. Eine neuropsychologische Untersuchung könnte hier den Anteil der hirnorganischen und der psychodynamischen Unfallfolgen differenzieren auch im Hinblick auf eine Therapieempfehlung z.B. mittels Psychotherapie. Die geschilderten Probleme seien plausibel und würden von der Beschwerdeführerin nicht vorgetragen. Sie neige eher dazu, ihre Probleme herunterzuspielen. Aktuell bestehe eine gute Kompensation durch die Hilfe der Angehörigen. Das Vollbild einer depressiven Erkrankung liege nicht vor. Auch sonst ergäben sich keine medikamentösen Konsequenzen. Auch ohne Medikation bestehe weiterhin epileptische Anfallsfreiheit.

3.13 Im Bericht zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 4. März 2014 (act. IIa 148.1 – 148.8) gab der Kreisarzt Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, an (act. IIa 148.7 f.), Behandlungen im Zusammenhang mit den Unfallfolgen fänden auf orthopädischer Ebene keine mehr statt. Vor diesem Hintergrund könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss erfolgen. Bei Fallabschluss sei zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Bei stellenloser Versicherter gelte die Definition für den allgemeinen Arbeitsmarkt. Demnach seien der Beschwerdeführerin leicht bis mittelschwere Tätigkeiten unfallkausal aufgrund der

orthopädischen Befunde zumutbar, mit dem rechten Arm seien Tätigkeiten oberhalb der Horizontalebene, insbesondere repetitiver Art mit erforderlicher Kraftanwendung nicht zumutbar. Diese Einschränkungen liessen sich durch die fachärztlich vermutete Impingementsymptomatik erklären, eine direkte Unfallkausalität derselben lasse sich aufgrund der vorliegenden Befunde nicht zwanglos herleiten. Im Rahmen der Zumutbarkeit seien ganztägige Arbeitsplatzpräsenzen realisierbar. Bei Fallabschluss sei die Frage der Integritätsentschädigung zu beurteilen, aufgrund der vorliegenden orthopädischen Befunde sei eine solche Entschädigung nicht geschuldet.

4.

4.1 Auf somatischer Ebene hat die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der orthopädischen Beschwerden auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. K. _____ zur ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 4. März 2014 (act. IIa 148.1 – 148.8) abgestellt. Dieser erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes (vgl. E. 2.9 hiervor), da er – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet er in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Damit ist hinsichtlich der orthopädischen Beschwerden auf das vom Kreisarzt Dr. med. K. _____ unter Ausklammerung der neurologisch/neuropsychologischen Beschwerden und der Augenbefunde (vgl. act. IIa 148.6) formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen (act. IIa 148.7 f.), wonach leicht bis mittelschwere Tätigkeiten unfallkausal aufgrund der orthopädischen Befunde zumutbar sind, mit dem rechten Arm jedoch Tätigkeiten oberhalb der Horizontalebene, insbesondere repetitiver Art mit erforderlicher Kraftanwendung, nicht zumutbar sind, wobei eine ganztägige Arbeitspräsenz realisierbar ist. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht (Beschwerde S. 10), die verstärkten sensomotorischen Störungen am rechten Arm seien näher abzuklären, ist festzuhalten, dass die C. _____ eine neurographische Abklärung nur für den Fall als notwendig erachtet hat, sofern eine therapeutische Intervention erforderlich

sei, was aber aktuell offenbar nicht der Fall ist, hält der Kreisarzt Dr. med. K._____ am 4. März 2014 doch fest (act. Ila 148.7), Behandlungen im Zusammenhang mit den Unfallfolgen fänden auf orthopädischer Ebene keine mehr statt.

Mit Blick auf die voll beweiskräftige Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. K._____ vom 4. März 2014 (act. Ila 148.1 – 148.8) ist der Sachverhalt im orthopädischen Fachgebiet hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden kann.

4.2 Neben den orthopädischen Beschwerden leidet die Beschwerdeführerin unter kognitiven Störungen und Kopfschmerzen. Diesbezüglich ist vorweg zu klären, ob es sich dabei um organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden handelt (vgl. E. 2.5 hiavor). Die Beschwerdeführerin geht von einer organisch nachgewiesenen Hirnverletzung aus und macht geltend (Beschwerde S. 5 ff.), unmittelbar nach dem Unfall vom XX.XX.2007 sei eine Kopf- und Schädelverletzung sowie eine Blutung im Gehirn objektiviert worden und die behandelnden Ärzte der C._____ seien gestützt auf das am 10. Juli 2012 durchgeführte EEG zum Schluss gekommen, dass ein posttraumatischer Residualbefund im Sinne einer funktionellen Hirnstörung vorliege.

Demgegenüber geht die Beschwerdegegnerin gestützt auf die neurologische Aktenbeurteilung von Dr. med. J._____ vom 21. November 2013 (act. Ila 133.1 – 133.12) davon aus, dass keine organisch strukturellen Beschwerden mehr vorliegen. Dr. med. J._____ hat überzeugend und schlüssig dargelegt, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom XX.XX.2007 eine Leichte Traumatische Hirnverletzung (LTHV) erlitten hat, die minime epidurale Frakturblutung sich nicht raumfordernd ausgewirkt hat und zerebrale Strukturen gestützt auf die MRI-Untersuchungen vom 3. Februar 2010 (vgl. act. II 95.1) und 30. Mai 2013 (act. Ila 124.1) nicht traumatisch geschädigt wurden. Zur Einschätzung der C._____ gab Dr. med. J._____ schlüssig und überzeugend an (act. Ila 133.10), trotz des unauffälligen MRI des Kopfes aus dem Spital H._____ von 2010, wo kein pathologischer Befund habe festgestellt werden können, werde nun aus der C._____ eine „multifokale Hirnleistungsstörung“ im Kontext des Unfal-

lereignisses postuliert. Dieser Beurteilung sei zu widersprechen und diese gründe nicht auf nachvollziehbaren medizinischen Argumenten. Die Idee, welcher der Mitarbeiter der C. _____ nachgehe, nämlich dass ein „passageres Hirnödem“ bestanden haben könnte, sei ein möglicher pathophysiologischer Exkurs, der jedoch im Lichte der klinisch unauffälligen Entwicklung über Monate, danach fluktuierende Beschwerden bedeutungslos sei. Die minimalen neuropsychologischen Defizite, welche im Februar 2010 hätten erhoben werden können, seien im Rahmen der prämorbid Situation als Legasthenikerin ohne weiteres erklärt. Damit kann hinsichtlich der Frage, ob den betreffenden Beschwerden ein organisches Korrelat zu Grunde liegt, auf die diesbezüglich voll beweiskräftige Beurteilung von Dr. med. J. _____ vom 21. November 2013 (act. IIa 133.1 – 133.12) abgestellt werden, womit die Frage zu verneinen ist. Dass es sich bei der Beurteilung von Dr. med. J. _____ um ein Aktengutachten handelt, schadet im Übrigen nicht, da die Akten bezüglich der Frage des Vorliegens eines organisch objektiv ausgewiesenen Korrelates der fraglichen Beschwerden den Sachverhalt umfassend abbilden und die Daten unbestritten sind, so dass sich Dr. med. J. _____ ein lückenloses Bild machen konnte (vgl. E. 2.10 hiervor).

4.3 Zur Frage, ob die kognitiven Störungen und die Kopfschmerzen noch natürlich kausal zum Unfall vom XX.XX.2007 sind, kann hingegen nicht auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. J. _____ vom 21. November 2013 abgestellt werden. Die dortigen Ausführungen überzeugen nicht. Im Bericht der Klinik für Chirurgie des Spitals E. _____ vom 6. August 2008 wurde eine Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche festgestellt und die Beschwerdeführerin bei der Neurologie angemeldet; der Beschwerdeführerin wurde damals eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit erst versuchsweise attestiert (act. II 40). Gemäss dem Bericht der neurologischen Klinik des Spitals E. _____ vom 4. September 2008 (act. II 43.2) standen „leichte bis deutliche Aufmerksamkeitsstörungen“ im Vordergrund. Auch gemäss Bericht der gleichen Klinik vom 24. Februar 2009 (act. II 60) war eine unfallbedingte, verminderte kognitive Leistungsfähigkeit/Belastbarkeit von 20 % ausgewiesen; dasselbe geht auch aus dem Bericht von med. pract. F. _____ respektive dem die delegierte Psychotherapie durchführenden Fachpsychologen/Psychotherapeuten G. _____ hervor (act. II 59.1 –

59.3) und wird schliesslich in den Berichten der C._____ vom 13. August 2012 (act. IIa 111.1 – 111.6) und 25. November 2013 (act. IIa 147.1 – 147.5) bestätigt. Damit ist die natürliche Kausalität dieser Beschwerden entgegen der Auffassung von Dr. med. J._____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

4.4 In der Folge ist zu prüfen, ob die organisch nicht objektiv ausgewiesenen, zum Unfall vom XX.XX.2007 natürlich kausalen Beschwerden auch adäquat kausal sind. Dabei ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin beim fraglichen Ereignis ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat (act. II 6.2, 9). Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, so genügt dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. E. 2.6 hiavor). Da die Beschwerdeführerin lediglich eine Commotio cerebri erlitten hat (act. II 9), ist die Adäquanz vorliegend anhand der Psycho-Praxis zu prüfen (vgl. E. 2.7 hiavor).

4.4.1 Bevor die Prüfung der einzelnen Adäquanzkriterien vorgenommen wird, ist die Unfallschwere festzulegen. Dafür ist an das Unfallereignis anzuknüpfen und der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu berücksichtigen, wobei die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (vgl. E. 2.7 hiavor).

Gemäss den Unterlagen der Kantonspolizei L._____ überquerte die Beschwerdeführerin am XX.XX.2007 im Bereich eines Fussgängerstreifens die Strasse und wurde dabei frontal von einem zirka 40 km/h fahrenden Personenwagen erfasst. Die Beschwerdeführerin wurde auf die Motorhaube geschleudert, sie schlug mit dem Kopf auf der Windschutzscheibe auf und wurde anschliessend auf die Fahrbahn zurückgeschleudert. Am Personenwagen war die Stossstangenschürze gebrochen, die Motorhaube war eingedrückt worden und die Frontscheibe war zerbrochen (vgl. unpaginierte Unterlagen der Kantonspolizei L._____ zwischen act. II 21 und 22; act. I 9 S. 2). Dabei zog sich die Beschwerdeführerin ein leichtes Schädelhirntrauma (mit Kalottenfraktur parieto-temporal rechts mit zirka vier Millimeter grosser epiduraler Frakturblutung, Commotio cerebri, nicht dislozierter Jochbogenfraktur rechts), eine Humerusschaft-Querfraktur rechts, eine

Olecranonfraktur rechts und eine proximale Fibulafraktur rechts zu (act. II 9).

Die Beschwerdegegnerin stuft den Unfall vom XX.XX.2007 als mittelschweren Unfall ein (act. IIa 171.11). Dieser Einschätzung kann nicht gefolgt werden. In einem mit der vorliegenden Konstellation vergleichbaren Fall hat die höchstrichterliche Rechtsprechung einen mittleren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen angenommen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht {BGer}] vom 15. März 2005, U 214/04, Sachverhalt lit. A. und E. 2.2.5): In diesem Fall war eine Fussgängerin auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren und weggeschleudert worden; das Unfallopfer erlitt ein Schädel-Hirntrauma mit Commotio cerebri, ein stumpfes Thoraxtrauma mit Rippenreihenfrakturen rechts, eine Rissquetschwunde frontal an der Ohrmuschel rechts sowie multiple Kniekontusionen und Hautschürfungen. Verglichen dazu hat die Beschwerdeführerin neben dem leichten Schädelhirntrauma mit der Kalottenfraktur inklusive Frakturblutung und der Jochbogenfraktur mindestens gleich schwere, wenn nicht sogar schwerere Verletzungen erlitten, womit entsprechend starke Kräfte auf die Beschwerdeführerin eingewirkt haben. Für die erhebliche Krafteinwirkung beim Unfall vom XX.XX.2007 sprechen auch die Beschädigungen am Unfall verursachenden Fahrzeug (vgl. unpaginierte Unterlagen der Kantonspolizei L. _____ zwischen act. II 21 und 22).

4.4.2 Da nach dem Ausgeführten von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszugehen ist, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bereits die Erfüllung eines einzigen der relevanten Kriterien (vgl. E. 2.7.3 hiervor), wobei dieses eine Kriterium nicht notwendigerweise in besonders ausgeprägter Weise erfüllt zu sein braucht (Entscheid des BGer vom 19. November 2007, U 2/07, E. 5.3).

4.4.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteri-

ums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 9 E. 6.1).

Da hier ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen vorliegt und die Beschwerdeführerin als Fussgängerin von einem mit zirka 40 km/h fahrenden Personenwagen frontal erfasst wurde, ist das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls erfüllt. Daran ändert – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin nicht an den Unfallhergang erinnern kann (act. IIa 171.11), nichts, da dies das subjektive Erleben und nicht das objektiv erfassbare Unfallereignis betrifft (vgl. E. 2.7 hiervor). Damit ist auch die adäquate Kausalität zwischen den organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden und dem Unfall vom XX.XX.2007 zu bejahen. Eine Prüfung der weiteren Adäquanzkriterien erübrigt sich bei dieser Sachlage.

4.5 In quantitativer Hinsicht bzw. zur Klärung der Frage, ob die Beschwerdeführerin durch die kognitiven Störungen und die Kopfschmerzen in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, ist entsprechend der Empfehlung der behandelnden Ärzte der C._____ (act. IIa 147.5) eine neurologische Abklärung/neuropsychologische Verlaufstestung zu veranlassen. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin erneut über den Leistungsanspruch (Rente und Integritätsentschädigung) zu befinden. Eine Rückweisung an die Verwaltung erweist sich unter Berücksichtigung von BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 ohne weiteres als geboten und zulässig, da die Abklärung eine ungeklärte Frage betrifft (zur Anwendbarkeit der Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 im Verfahren der Unfallversicherung vgl. BGE 138 V 318 E. 6.1.1 S. 322 und E. 6.1.4 S. 323).

4.6 Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014 ist aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung.

5.

5.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Fürsprecher B._____ macht mit der Kostennote vom 23. März 2015 einen Zeitaufwand von 19 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 5'320.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 239.35 und Mehrwertsteuer von Fr. 444.70 (8 % von Fr. 5'559.35), total Fr. 6'004.05, geltend, was als relativ hohes Honorar einzustufen ist, aber gerade noch als angemessen erscheint. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 6'004.05 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 10. Dezember 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 6'004.05 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
- Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.