

200 23 74 UV
KOJ/GET/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. November 2023

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Ersatzkasse UVG
Postfach, 8010 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 (Schaden-Nr. ...)



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) zog sich bei einem Autounfall am 19. August 2005 als Beifahrerin diverse Verletzungen zu (Akten der Ersatzkasse UVG [nachfolgend Ersatzkasse UVG bzw. Beschwerdegegnerin], [act. IIA], 1 f.). Mit Schreiben vom 30. November 2016 (Akten der Ersatzkasse UVG [act. II] 55) meldete die Versicherte dieses Ereignis der Ersatzkasse UVG, welche in der Folge diverse medizinische Berichte (beinhaltend u.a. ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C. _____ vom 15. April 2010 [act. IIA 42; 42A] sowie ein Gutachten von Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. August 2013 [act. IIA 51], beide Expertisen zu Händen des Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherers des Unfallverursachers [VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft, nachfolgend Vaudoise] erstellt) einholte und bei der E. _____ GmbH (nachfolgend E. _____) eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasste (act. II 80; Expertise vom 10. Dezember 2018 [act. II 111]). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (act. II 112; 117) erliess die Ersatzkasse UVG am 21. Februar 2020 die folgende Verfügung (act. II 120):

1. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Zeit vom 19. August 2005 bis 30. November 2011 ist verjährt.
2. Die Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten werden per 31. Dezember 2012 eingestellt.
3. Es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.
4. Es besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.
5. Einer allfälligen Einsprache wird die aufschiebende Wirkung entzogen.
6. Es werden keine Kosten erhoben.

Dagegen erhoben sowohl die Helsana Versicherungen AG als zuständiger obligatorischer Krankenpflegeversicherer als auch die Versicherte Einsprache (act. II 122; 124). Während die Helsana Versicherungen AG ihre Einsprache in der Folge wieder zurückzog (act. II 125), wies die Ersatzkasse UVG jene der Versicherten mit Entscheid vom 12. Dezember 2022 (act. II 147) ab.

Ferner sprach die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) der Versicherten mit Verfügung vom 7. November 2014 (Akten der Versicherten [act.

I] 10) rückwirkend ab 1. Januar 2007 eine ganze Invalidenrente zu. Diese wurde mit Mitteilung vom 11. März 2016 (act. I 11) und mit Verfügung vom 12. Juni 2020 (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB], [act. III] 183) bestätigt.

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, mit Eingabe vom 30. Januar 2023 Beschwerde erheben (in den Gerichtsakten). Sie stellte die folgenden Anträge (pag. 3):

1. Der Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin dazu zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 aufzuheben und die Sache sei – im Sinne der Erwägungen – zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Es seien die Akten der Ersatzkasse UVG, der Vaudoise Versicherung (Motorfahrzeugversicherung des Unfallverursachers), Dossier ..., Police ..., sowie der IV-Stelle des Kantons Bern, beizuziehen.
4. Es sei ein polydisziplinäres Gutachten der Beschwerdeführerin (orthopädischer, neurologischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Ausrichtung) einzuholen.
5. Es sei der Beschwerdeführerin in der Person der Unterzeichneten eine unentgeltliche Rechtsverteidigung sowie die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. gesetzlicher MWST von 7.7 %) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. März 2023 (pag. 77-88) stellte die Beschwerdegegnerin die folgenden Anträge (pag. 78):

1. Die Beschwerde vom 30. Januar 2023 sei abzuweisen.
2. Die Akten der IV-Stelle des Kantons Bern seien beizuziehen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Mit Verfügung vom 23. März 2023 (pag. 90 f.) hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung gut und ordnete der Beschwerdeführerin Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ als amtliche Anwältin bei. Ferner ersuchte er die IVB sowie die Vaudoise um Zustellung der die Beschwerdeführerin betreffenden Akten, welche mit Schreiben vom 24. März (pag. 92 f.) bzw. 4. Mai 2023 (pag. 100) eingereicht wurden (act. III [in

elektronischer Form eingereicht]; Akten der Vaudoise [act. IIIA]). Entsprechend ihrem Ersuchen (pag. 102) gewährte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 8. Mai 2023 (pag. 103 f.) Einsicht in die zugestellten Akten sowie Frist zur Einreichung einer Replik.

Mit Replik vom 3. Juli 2023 (pag. 112-135) bzw. Duplik vom 26. Juli 2023 (pag. 143-148) halten die Parteien an ihren Rechtsbegehren und Standpunkten fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der die Verfügung vom 21. Februar 2020 (act. II 120) bestätigende Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 (act. II 147). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallver-

sicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. August 2005 über den 31. Dezember 2012 hinaus. Bereits im (streitigen) Verwaltungsverfahren unbestritten geblieben ist Dispositiv Ziffer 1 der Verfügung betreffend die Verjährung der Versicherungsleistungen für den Zeitraum bis 30. November 2011 (vgl. act. II 147 S. 3 Ziff. 4).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben – was auf den vorliegenden Fall zutrifft (vgl. E. 1.2 vorne) – und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.3 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Kör-

per, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.4

2.4.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

2.4.2 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

2.5 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung

der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

2.6

2.6.1 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).

2.6.2 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; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.6.3 Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen.

Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Diese Rechtsprechung betrifft nicht nur "klassische" Schleudertraumen (d.h. Beschleunigungsmechanismen der Halswirbelsäule [HWS] ohne Kopfanprall mit der Diagnose einer Distorsion der HWS bzw. des Nackens), sondern auch "äquivalente" Unfallmechanismen, wenn es zum Kopfanprall mit Abknickung der HWS kommt. Voraussetzung ist je-doch, dass Beeinträchtigungen bestehen, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS (vgl.

BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) gehören (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a) und die für diese Verletzung typischen Symptome wie Nacken- und Kopfschmerzen innerhalb der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden auftreten (Entscheid des BGer vom 6. Juli 2021, 8C_294/2021, E. 5.1). Auch wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der HWS vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zu Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss anzuwenden (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3). 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 2019 UV Nr. 41 S. 157 E. 7.2.2).

Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung (sog. Psycho-Praxis; vgl. BGE 138 V 248 E. 4 S. 251).

2.6.4 Die Prüfung der Adäquanz erfolgt im Zeitpunkt des Fallabschlusses (E. 2.5 vorne; vgl. Entscheid des BGer vom 25. November 2021, 8C_363/2021, E. 6.4). Mithin ist sie bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Bei der Schleudertrauma-Praxis ist dies der Zeitpunkt, in dem von der Fortsetzung der auf das Schleudertrauma-Beschwerdebild – dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind – gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2020, 8C_548/2020, E. 4.1.2).

3.

Es steht zu Recht ausser Diskussion, dass das Ereignis vom 19. August 2005, bei dem sich die Beschwerdeführerin als Beifahrerin bei einem Au-

tounfall diverse Verletzungen zuzog, einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. E. 2.3 vorne; act. II 147 S. 3 Ziff. 8).

4.

Zu den beim Unfall erlittenen Verletzungen lässt sich den (medizinischen) Akten im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Im Bericht des Spitals F._____ vom 19. August 2005 (act. IIA 2) wurden multiple Unterkieferfrakturen, ein Lippendurchbiss Unterlippe rechts sowie eine dislozierte Femurschaftfraktur rechts diagnostiziert. Nach einer Verlegung ins Spital G._____ erfolgten am 19. August 2005 eine Versorgung mittels eines antegraden Femurnagels (AFN-Osteosynthese rechts), am 20. August 2005 eine Kieferfrakturversorgung und am 25. August 2005 eine Korrektur der Rotationsfehlstellung des rechten Femurs (act. IIA 7). Am 30. Dezember 2005 wurde die Beschwerdeführerin am rechten Oberschenkel erneut operiert (Femurnageldynamisierung; spindelförmige Exzision eines eingewachsenen Hautfadens), nachdem weder radiologisch noch klinisch Heilungszeichen der Fraktur sichtbar waren (act. IIA 10).

4.2 Im Bericht des Spitals H._____ vom 25. April 2006 (act. IIA 15), wurde ein Verdacht auf akute Belastungsstörung nach schwerem Unfall (ICD-10 F43.0) bei retrograder Amnesie und einer Angststörung aufgrund medizinischer Krankheitsfaktoren (ICD-10 F06.4), bei Ängsten vor künftigen Operationen, vor der Zukunft und vor sozialen Situationen, diagnostiziert. Bei der Beschwerdeführerin beständen seit dem Unfall Zukunftsängste, Unsicherheiten und Sorgen um die bevorstehende Beinoperation. Gleichzeitig könne aufgrund schwerer Verletzungen (asymmetrisches Gesicht; Beinknochen, der nicht zusammenwachse; Narben am ganzen Körper) eine Störung der Körperidentität festgestellt werden. Auch klagte sie über chronische Schmerzen (S. 1).

4.3 Im Bericht des Spitals G._____ vom 26. September 2006 (act. IIA 21), wurde festgehalten, es beständen noch Schmerzen im Oberschenkel auf der rechten Seite. Die Beschwerdeführerin müsse noch zwei

Gehstöcke benutzen. Die Fraktur sei immer noch nicht geheilt, zum jetzigen Zeitpunkt könne über die Prognose keine Aussage gemacht werden. Es bestehe bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

4.4 Mit Bericht des Spitals H. _____ vom 13. November 2006 (act. IIA 22), hielten die behandelnden Psychologen (bei unveränderter psychiatrischer Diagnose; vgl. E. 4.2 vorne) fest, die Verletzungen hätten zu nachhaltigen Veränderungen ihres Körpers bzw. Gesichts geführt: So sei die Kopfform durch die Einsetzung von Metallplatten asymmetrisch geworden. Auch seien Unfallnarben im Gesicht zu erkennen. Zudem gehe die Beschwerdeführerin mit Stöcken, da ihr Beckenknochen nicht korrekt zusammenwachse. Diese Veränderungen führten nebst häufigen Schmerzen auch zu grossen Ängsten und Gefühlen der Hilflosigkeit, insbesondere gegenüber anstehenden Operationen, gegenüber sozialen Situationen und der Zukunft (S. 1).

4.5 Im Bericht der Klinik I. _____ vom 28. November 2006 (act. IIA 23) wurde als "Konsultationsgrund" Knieschmerzen rechts festgehalten. Bei Status nach Femurschaftfraktur mit initialer Versorgung mittels Femurnagel zeige sich ein deutliches Rehabilitationsdefizit. Die im Bereich des distalen Femurs auftretenden Beschwerden seien auf die störende distale Schraube zurückzuführen. Der Frakturspalt schein nicht ganz konsolidiert (S. 2).

4.6 Im Bericht der Klinik J. _____ vom 5. Dezember 2006 (act. IIA 24) wurde festgehalten, soweit klinisch und röntgenologisch beurteilbar, seien alle Frakturen im Gesichtsbereich stabil ausgeheilt. Es beständen weiterhin Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke und eine Hyperästhesie im Bereich des Hirnnerven V3 rechts. Die Kieferkontur zeige eine Asymmetrie bei Status nach mehrfacher Unterkieferfraktur.

4.7 Im Bericht der Klinik I. _____ vom 3. Juli 2007 (act. IIA 28) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin zeige eine belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit über der Innenseite des Oberschenkels sowie über der distalen Verriegelungsschraube. Sie weise zwei Jahre nach Marknagelversorgung einer geschlossenen Oberschenkelfraktur eine delayed oder non-union auf. Diese sei bis auf eine störende Schraube relativ asymptomatisch. Der Aussenrotationsfehler von ca. 15° erscheine für die

Klinik nicht relevant, weshalb diesbezüglich weiterhin konservativ verfahren werde. Die Beschwerdeführerin könne mit zunehmenden Belastungen und leichten sportlichen Tätigkeiten beginnen (Aquafit, Fahrrad fahren, Joggen; vgl. auch act. IIA 35; 39).

4.8 Im zu Händen der Vaudoise erstellten polydisziplinären Gutachten der MEDAS C. _____ vom 15. April 2010 (umfassend die Fachdisziplinen der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie sowie ein vom Spital K. _____ zu Händen der MEDAS C. _____ erstelltes kieferchirurgisches Teilgutachten vom 29. März 2010 [act. IIA 42; 42A]) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 42 S. 16 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), in Remission begriffen (ICD-10 F43.1) sowie soziale Phobie (ICD-10 F40.1)
2. Status nach Polytrauma anlässlich Verkehrsunfall 19. August 2005 mit/bei Status nach dislozierter Oberschenkelfraktur, AFN-Osteosynthese 19. August 2005 mit postoperativ verbliebener Innendrehfehlstellung von 39°. Rotationskorrektur 25. August 2005 mit postoperativ weiterhin verbliebener Achsen-Innendrehfehlstellung von ca. 25°. Hierdurch erschwertes Gangbild mit Stolperrisiko des linken Fusses über den vermehrt nach innengedrehten rechten Vorfuss

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

3. Als Folgen der Frontalkollision vom 19. August 2005: Unterkiefer-Mehrfragmentfrakturen paramedian beidseits, Alveolarfortsatzfraktur Unterkieferfront, Zahnkronenfraktur Unterkieferfront, dislozierte Kieferköpfchenfrakturen beidseits, Risswunde und Narbenbildung Unterlippe rechts, Lippenrot/Lippenweiss. Leichte Unterkieferasymmetrie, Kiefergelenkschmerzen beidseits mit Trismus, Anästhesie/Parästhesie/Dysästhesie der Unterlippen (fehlende/verminderte/gestörte Sensibilität sowie Missempfinden im Ausbreitungsgebiet des Nervus alveolaris inferior), Operationsnarben retroaurikulär
4. Status nach HWS-Distorsion infolge heftigem Kopfanprall der bei dem Ereignis vom 19. August 2005 nicht angeschnallten Beschwerdeführerin mit aufgrund des Unfallmechanismus akquirierter und bis dato symptomatisch auffälligen segmentalen Dysfunktionen C0-2 (oberes cervicales Drittel), therapeutisch zugänglich und besserungsfähig
5. Grenzwertiges Untergewicht (BMI 17.5 kg/m²)

In orthopädischer Hinsicht folgt aus dem Gutachten, dass Unfallfolgen nach der erlittenen Gesichts-Schädel- und Kieferverletzung verblieben seien. Den rechten Oberschenkel betreffend handle es sich um eine noch persis-

tierende Innendrehfehlstellung (ca. 25°). Die Beschwerdeführerin erlebe das Gehvermögen gelegentlich als unsicher und stolpere mit dem linken Fuss über den vermehrt einwärts gedreht aufgesetzten rechten Vorfuss. Die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei dem Ereignis 2005 akquirierte HWS-Distorsion habe Folgen im Sinne einer segmentalen Dysfunktion im oberen cervicalen Drittel (C0-C2) hinterlassen. Die Beschwerdeführerin sei als rechts vorne sitzende Beifahrerin bei der Frontalkollision nicht angeschnallt gewesen und heftig mit dem Kopf gegen die Windschutzscheibe geprallt, so dass es neben den Gesichts- und Kopfverletzungen auch zu einer unfallmechanisch erklärbaren HWS-Distorsion gekommen sei. Rein orthopädisch seien wechselbelastende Tätigkeiten bei uneingeschränktem Pensum zumutbar. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit resultiere wegen der Unsicherheit bei funktionsungünstiger posttraumatisch verbliebener Innendrehfehlstellung des rechten Fusses und der dadurch provozierten Unsicherheit beim Gehen mit 20 % (S. 14).

Auf neurologischem Gebiet seien keine Befunde/Diagnosen mit oder ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden (S. 15).

In kieferchirurgischer Hinsicht seien als posttraumatischer Restzustand eine leichte Unterkieferasymmetrie, Kiefergelenksschmerzen beidseits mit Trismus, Anästhesie/Parästhesie/Dysästhesie der Unterlippe, Narbenbildung über der Unterlippe, Operationsnarben retroaurikulär sowie myofaszi-ale Verspannungen beschrieben worden. Die von den Kiefergelenken ausgehenden Schmerzen seien aus gutachterlicher Sicht glaubhaft, ebenfalls die kosmetischen Belange infolge der leichten Unterkieferasymmetrie und der störenden Narben. Es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine normale Nahrungsaufnahme sei absolut zumutbar. Interkur-rente Schmerzepisoden könnten zu hypothetischen temporären Arbeitsausfällen führen (S. 15 f.).

In psychiatrischer Hinsicht bestehe sowohl in der bisherigen als auch in alternativen Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (S. 15).

Insgesamt ständen die vorgebrachten Beschwerden allesamt in Überein-stimmung mit den erhobenen Befunden und würden ausschliesslich unfall-

kausal auf das Ereignis vom 19. August 2005 bezogen (S. 20 f.). Der Endzustand sei noch nicht erreicht (S. 24).

4.9 Am 10. Januar 2012 erfolgte der Versuch einer Osteosynthesematerialentfernung Femur rechts, welcher scheiterte (act. IIA 47 f.). Am 17. Januar 2012 wurde der Eingriff – diesmal erfolgreich – wiederholt (act. IIA 49).

4.10 Am 25. Januar 2013 hielt der behandelnde Arzt der Praxis L. _____ in der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin fest, insgesamt gesehen beständen insbesondere funktionelle Beschwerden bedingt durch die Innenrotationsfehlstellung am Femur. Sollten die Beschwerden zunehmen, sei zumindest die Indikation für eine derotierende Femurostektomie in die ursprüngliche Rotationsachse zu diskutieren (act. II 70 S. 8).

4.11 Im zu Händen der Vaudoise erstellten psychiatrischen Gutachten vom 30. August 2013 (act. IIA 51) stellte Prof. Dr. med. D. _____ die folgenden Diagnosen (S. 71):

Dringender Verdacht auf Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F07.8):

- Differentialdiagnostisch eine organische affektive Störung (ICD-10 F06.3)
- Differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung mit gemischten Störung der Gefühle und des Verhaltens (ICD-10 F43.25) bei anhaltenden Belastungen, insbesondere durch somatische Beschwerden

Weder die Diagnose einer PTBS (bzw. einer Folgestörung im Sinne einer affektiven Problematik) noch jene einer sozialen Phobie könnten nachvollzogen werden (S. 65 f.). Auf der anderen Seite stehe anhand der Akten und aktuellen Angaben fest, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 19. August 2005 ein Schädel-Hirntrauma erlitten habe. Das sei mit in den Akten spärlich dokumentierter sowie aktuell angegebener Amnesie belegt. Dass ein Schädel-Hirntrauma stattgefunden habe, ergebe sich aus der Tatsache, dass es sich um einen frontalen Unfall gehandelt habe, bei welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin nicht angegurtet gewesen sei und offensichtlich Verletzungen des Gesichtsschädels erlitten habe. Das deute unzweifelhaft auf eine Verletzung im Schädelbereich hin mit möglicher Beteiligung des Gehirns. Das Ausmass der allfälligen Hirnverletzung werde in der Neurotraumatologie in erster Linie anhand der dokumentierten Be-

wusstseinsstörung erfasst. Die Angaben zur Bewusstseinsbeeinträchtigung (einschliesslich posttraumatische Amnesie) nach dem Unfall seien allerdings spärlich und nicht schlüssig. Im Besonderen fänden sich in den medizinischen Akten keine Symptome, welche im Zusammenhang mit einer traumatischen Hirnverletzung auftreten könnten (S. 58 f.). Die anamnestisch erhobenen Angaben zu emotionalen Funktionen und zum Verhalten der Beschwerdeführerin nach dem Unfall wie auch die Feststellungen zu diesen Aspekten in den drei durchgeführten Explorationen seien verdächtig auf eine hirnorganische Grundlage bzw. mögliche Mitverursachung dieser Auffälligkeiten (S. 66). Aus diesem Grund habe der Untersucher eine neuroradiologische Abklärung als dringend angezeigt erachtet, was die Beschwerdeführerin jedoch verweigert habe. Die Frage nach einer Schädigung der frontalen Hirnstrukturen müsse auf dieser Grundlage offen bleiben. Es bleibe hier vorerst unklar, ob Folgen eines Hirntraumas vorlägen (S. 67). Unabhängig davon, ob eine hirnorganische oder eine sogenannte "erlebnisreaktive" Störung vorliege, seien die geklagten Beschwerden, insbesondere die nachweisbaren Befunde, mindestens teilweise und überwiegend wahrscheinlich Folge des Unfalls vom 19. August 2005 (S. 73).

4.12 Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 4. Dezember 2014 (act. II 52), es erfolge eine Konsultation für eine Zweitmeinung betreffend Fehlstellung des rechten Beins. Im Seitenvergleich bestehe eine Rotationsfehlstellung des rechten Femurs von ca. 21°. Aufgrund der beträchtlichen Fehlstellung und der sekundären Beschwerden im Knie und Rücken mache eine Derotationsosteotomie des rechten Femurs zur Korrektur der Rotationsfehlstellung Sinn, um Sekundärschäden in den angrenzenden Gelenken zu verhindern.

4.13 Im zu Händen der Beschwerdegegnerin verfassten polydisziplinären bzw. die Fachrichtungen Orthopädie-Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie umfassenden Gutachten des E. _____ vom 10. Dezember 2018 (act. II 111) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 48):

Überwiegend wahrscheinlich mit kausalem Zusammenhang zum Ereignis vom 19. August 2005

- Chronifizierte komplexe PTBS resp. andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) mit/bei:
 - o dauerhaft misslungener Anpassung an die unfallbedingten körperlichen Folgeschäden und kosmetischen Veränderungen bei nachhaltiger Erschütterung des Selbstwertgefüges
 - o sekundärer sozialer Phobie mit massivem Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug
 - o Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung; Beziehungsstörungen, Störungen der Impulskontrolle
 - o Somatisierungstendenzen mit ausgedehnten chronischen Schmerzen
 - o ausgeprägtem Misstrauen und paranoiden Verarbeitungstendenzen
 - o Hinweisen auf prämorbid bestehende Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung und eine Persönlichkeitsunreife vor allem bezüglich beruflicher Identitätsfindung im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen (Borderline Typus) und histrionischen Anteilen, DD Persönlichkeitsstörung
 - o psychosozialen Belastungsfaktoren (finanzielle Knappheit, Schulden, Betreibungen, Wohnungskündigung)

- Innenrotationsfehlstellung Femur rechts von etwa 20° (ICD-10 M21.8)
 - o Status nach antegrader Marknagel-Osteosynthese am 19. August 2015, nach Korrektur einer Rotationsfehlstellung am 25. August 2005, nach Marknagel-Dynamisierung am 30. Dezember 2005, nach versuchter Implantatentfernung am 12. Januar 2012 und nach definitiver Implantatentfernung am 25. Januar 2012
 - o Status nach Femurschaftfraktur vom 19. August 2005 (ICD-10 T93.1)

- Chronische Kieferschmerzen (ICD-10 K10.8)
 - o Status nach operativer Versorgung am 20. August 2005
 - o Status nach dislozierter und abgekippter Kieferköpfchenfraktur beidseits, Kieferwinkelfraktur links und Kieferparamedianfraktur rechts vom 19. August 2005
 - o gemäss Schlussbericht des kraniofazialen Zentrums Hirslanden 12/2015 mehrheitlich beschwerdefrei bei klinisch und radiologisch stabilen Verhältnissen
 - o aktuell Kieferbeschwerden im Hintergrund stehend

Überwiegend wahrscheinlich ohne kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 19. August 2005

- Primäre Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen

Die Schmerzen im rechten Bein und allenfalls auch im Bereich von Becken und unterer Wirbelsäule, nicht jedoch ein fast ubiquitäres Schmerzsyndrom am ganzen Bewegungsapparat, könnten auf die objektivierbare Innenrotationsfehlstellung des rechten Femurs von etwa 20° zurückgeführt werden. Die chronischen Kieferschmerzen liessen sich bei Status nach dislozierter und abgekippter Kieferköpfchenfraktur beidseits, Kieferwinkelfraktur links

und Kieferparamedianfraktur rechts vom 19. August 2005 mit Status nach operativer Versorgung am 20. August 2005 prinzipiell organisch-strukturell erklären, ständen aktuell aber eher im Hintergrund (S. 49).

Die inzwischen (am 6. Dezember 2013) durchgeführte Kernspintomografie des Neurokraniums habe keine Hinweise auf traumatische Hirnverletzungen, auch keine Hämosiderinablagerungen, ergeben, so dass sich die Hypothese einer strukturellen Schädigung frontaler oder anderer Hirnstrukturen retrospektiv nicht erhärten lasse (S. 44). Als einzige Auffälligkeit sei ein sehr kleines Kavernom der Pars medialis des Gyrus frontalis superior rechts beschrieben worden. Dieser Befund sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Zufallsbefund ohne klinische Relevanz zu beurteilen und vermöge die geltend gemachten psychischen und neuropsychologischen Beschwerden nicht zu erklären (S. 39). Aus heutiger neurologischer und auch neuropsychologischer Sicht könne an der damaligen Hypothese einer substantiellen Hirnverletzung nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgehalten werden, so dass sich letztlich auch die damalige Verdachtsdiagnose Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Schädelhirn-Trauma nicht als überwiegend wahrscheinlich bestätigen lasse (S. 44).

Der Endzustand sei spätestens mit der aktuellen Begutachtung erreicht, wahrscheinlich aber schon 2010, nachdem die von Seiten der MEDAS C._____ postulierte Verbesserung unter der laufenden psychotherapeutischen Behandlung innerhalb von 1-2 Jahren nicht eingetreten gewesen und bei der damaligen Begutachtung aus psychiatrischen Gründen eine volle Arbeitsunfähigkeit für alle beruflichen Tätigkeiten attestiert worden sei (S. 52).

5.

Die im Recht liegenden medizinischen Berichte und Gutachten (E. 4 vorne; zum Beweiswert ärztlicher Berichte vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352) erlauben – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – eine zuverlässige Beurteilung der sich vorliegend stellenden Tat- und streitigen Rechtsfragen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2

S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352). Der von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise beantragten Einholung eines (weiteren) polydisziplinären Gutachtens (pag. 3 Ziff. 4) bedarf es nicht.

6.

6.1 Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall vom 19. August 2005 eine dislozierte Oberschenkelfraktur rechts sowie multiple Unterkieferfrakturen rechts (mit Lippendurchbiss daselbst). Im weiteren Verlauf stellten sich sodann psychische Beschwerden ein (vgl. E. 4 vorne). Dies ist unbestritten. Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, sie habe sich beim Unfall vom 19. August 2005 auch ein Schleudertrauma der HWS bzw. ein Schädelhirn-Trauma zugezogen (pag. 11-14, 118-121), was die Beschwerdegegnerin in Abrede stellt (pag. 79 Ziff. 7).

6.2 Ein am Unfalltag im Spital F._____ durchgeführtes CT der HWS zeigte keine knöchernen Läsionen. Erbrechen und Übelkeit bestanden nicht (act. IIA 2). Weder auf der Notfallstation des Spitals F._____ noch im weiteren Verlauf wurde seitens der behandelnden Ärzte je eine HWS-Distorsion diagnostiziert (vgl. E. 4.1-4.7 vorne). Insbesondere wurden die für Schleudertraumen gemäss Rechtsprechung typischen und aus beweisrechtlicher Sicht echtzeitlich festzustellenden Symptome (vgl. Entscheidung des BGer vom 24. September 2010, 8C_277/2010, E. 6.4.2) weder innerhalb der (massgeblichen) Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden noch im weiteren Verlauf dokumentiert, womit die Annahme einer entsprechenden Verletzung (beweisrechtlich) zum Vornherein scheitert (vgl. E. 2.6.3 vorne).

Soweit in der als "ärztliches Zeugnis" bezeichneten, allein eine Diagnosenauflistung enthaltenden "Bestätigung" des behandelnden Chiropraktors vom 26. Oktober 2005 (act. III 68.2 S. 36) auch ein "Beschleunigungstrauma HWS – mit Cephalaea" aufgeführt wird, kann darauf nicht abgestellt werden, handelt es sich doch hierbei nicht um eine fachärztliche und im Übrigen auch nicht weiter begründete Einschätzung. Sodann wird im MEDAS C._____ -Gutachten vom 15. April 2010 zwar erstmals auch von ärztlicher Seite eine HWS-Distorsion diagnostiziert, jedoch allein mit dem Hinweis auf den Unfallmechanismus begründet (act. IIA 42 S. 14).

Abgesehen davon, dass der (erstmal nach fünf Jahren erfolgte) direkte (und nicht weiter diskutierte) Schluss vom Unfallhergang auf das Vorliegen einer spezifischen Körperschädigung entgegen der Beschwerdeführerin (pag. 114 f.) nicht überzeugt, ist vorliegend nach dem eben Dargelegten entscheidend, dass weder zeitnah zum Unfall noch im weiteren Verlauf fachärztlich je eine HWS-Distorsion in Erwägung gezogen oder gar diagnostiziert wurde. Damit setzt sich das MEDAS C. _____-Gutachten nicht ansatzweise auseinander und es wird nicht dargelegt, inwieweit die im Verlauf dokumentierte (echtzeitliche) Befundlage den Schluss auf eine HWS-Distorsion (oder eine äquivalente Verletzung) zuliesse. Im Übrigen findet die im MEDAS C. _____-Gutachten postulierte segmentale Dysfunktion im Bereich von C0-C2 mit reaktiver Fehltonisierung der Nackenmuskulatur in den Akten keine Stütze respektive wurde dergleichen von keinem anderen Arzt festgestellt. Vielmehr ist zu wiederholen, dass ein am Unfalltag durchgeführtes CT (auch) der HWS keine Befunde ergab (act. IIA 2). Soweit im MEDAS C. _____-Gutachten eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde, kann darauf demnach nicht abgestellt werden.

6.3 Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin postulierten Schädelhirn-Traumas stellt sich die Sachlage nicht wesentlich anders dar: So ergab eine craniale Computertomographie (CCT) am Unfalltag keine Kalottenfraktur, keine Basisfraktur und auch keine Hinweise auf Blutungen (act. IIA 2). Zwar postulierte Prof. Dr. med. D. _____ in seinem Gutachten vom 30. August 2013 (act. IIA 51) dem Grundsatz nach, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 19. August 2005 ein Schädelhirn-Trauma erlitten hat. Jedoch schloss er allein auf eine mögliche Beteiligung des Gehirns (S. 58 f.), erachtete die Befundlage lediglich als verdächtig für eine hirnorganische Grundlage der Auffälligkeiten (S. 66) und hielt eine weitere neuroradiologische Abklärung für notwendig (S. 67). Dazu ist zunächst festzuhalten, dass für die Beurteilung des Schweregrades eines erlittenen Schädelhirn-Traumas in erster Linie die von den Ärzten initial festgestellten und bildgebenden Befunde massgebend sind (Entscheid des BGer vom 11. Januar 2023, 8C_596/2022, E. 4.3.2), welche vorliegend gemäss schlüssiger und im Einklang mit der dargelegten Aktenlage stehender Einschätzung von Prof. Dr. med. D. _____ nicht den (beweis-mässiger hinreichenden) Schluss auf eine Verletzung des Gehirns zulassen

(vgl. act. IIA 51 S. 59). Im Weiteren lässt die – von Prof. Dr. med. D._____ in Übereinstimmung mit der Aktenlage allein gestellte – Verdachtsdiagnose eine Erkrankung bloss vermuten (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 406), womit diese demnach nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt zu qualifizieren ist (vgl. Entscheid des BGer vom 27. März 2020, 8C_113/2020, E. 8.2.2.1). Daran ändert auch das angefügte Adjektiv "dringend" nichts. Ferner förderte die (von Prof. Dr. med. D._____ empfohlene) weitere Diagnostik respektive ein MRI des Neurokraniums vom 6. Dezember 2013 keine relevanten Befunde zu Tage. Insbesondere wurde das darin zur Darstellung gebrachte Kavernom vom neurologischen Fachgutachter des E._____ als Zufallsbefund ohne klinische Relevanz qualifiziert (act. II 111 S. 39). Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, aufgrund der schweren Frontalkollision sei es höchst unwahrscheinlich, dass es sich beim Kavernom um einen "Zufallsfund" handle (pag. 116), untermauert sie dies nicht mittels (fach-)medizinischer Berichte, weshalb ihre Laienkritik die Einschätzung im E._____ - Gutachten nicht in Frage zu stellen vermag (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Juni 2015, 9C_914/2015, E. 5.1). Im Übrigen stellen gemäss dem Spital K._____ 20-40 % der Kavernome Zufallsbefunde dar, verursachen auch keine Beschwerden (vgl. <[www. neurochirurgie.insel.ch](http://www.neurochirurgie.insel.ch)> - >Erkrankungen & Spezialgebiete ->Hirngefässe) und die Ursache deren Entstehung ist unbekannt (vgl. z.B. <www.flexikon.doccheck.com>), so dass die Einschätzung im E._____ -Gutachten auch vor diesem Hintergrund überzeugt. Schliesslich bleibt anzufügen, dass selbst wenn von einer leichten traumatischen Hirnverletzung ausgegangen würde, sich auch diesfalls das typische bunte Beschwerdebild – insbesondere Kopfschmerzen – innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall hätte manifestieren müssen (Entscheid des BGer vom 3. Mai 2021, 8C_14/2021, E. 4.2.1), was vorliegend nicht erstellt ist (vgl. E. 6.2 vorne). Aus alldem folgt, dass eine Verletzung des Gehirns respektive eine allfällige hirnorganische Störung nicht (mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) erstellt ist, auch wenn aufgrund der erlittenen Kieferfrakturen zweifellos auf einen Kopfanprall beim Unfall vom 19. August 2005 geschlossen werden kann.

6.4 Zusammenfassend liegen weder die Folgen einer HWS-Distorsion (bzw. einer äquivalenten Verletzung) noch jene eines Schädelhirn-Traumas vor.

7.

Die Beschwerdegegnerin hat den natürlichen Kausalzusammenhang (vgl. E. 2.4 vorne) zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall vom 19. August 2005 bejaht (act. II 147 S. 15 Ziff. 78). Dies ist korrekt und betrifft aus somatischer Sicht die Folgen des Oberschenkelbruchs bzw. die Beschwerden von Seiten der resultierenden Innenrotationsfehlstellung des rechten Femur sowie die nach den mehrfachen Unterkieferfrakturen weiterhin bestehenden chronischen Kieferschmerzen (act. IIA 42 S. 21; act. II 111 S. 48, 50). Ferner sind nach den übereinstimmenden Einschätzungen in den vorliegenden Gutachten auch die psychischen Beschwerden – ungeachtet ihrer jeweils unterschiedlich erfolgten diagnostischen Klassifizierung – überwiegend wahrscheinlich (zumindest teilweise) auf den Unfall vom 19. August 2005 zurückzuführen (act. IIA 41 S. 41; 51 S. 73; act. II 111 S. 48, 50).

8.

8.1 Was die unter dem Blickwinkel der anzuwendenden Adäquanzprüfung (sowie des Fallabschlusses) massgebliche Frage nach der Natur des (natürlich kausalen) Beschwerdebildes anbelangt (vgl. E. 2.5 f. vorne), so liegen in Bezug auf die Oberschenkelfraktur rechts und der Unterkieferfrakturen rechts organische Unfallfolgen vor (act. IIA 42 S. 14; 42A S. 3; act. II 111 S. 49), womit sich insofern eine separate Adäquanzprüfung erübrigt (vgl. E. 2.6.2 vorne). Im Weiteren folgt aus dem in E. 6 vorne Dargelegten, dass weder eine HWS-Distorsion noch die Folgen eines Schädelhirn-Traumas erstellt sind. Insbesondere sind die psychischen Beschwerden auch nicht auf das (keine klinische Relevanz aufweisende) Kavernom zurückzuführen (act. II 111 S. 39). Fehlt es an einer organischen Grundlage derselben, beurteilt sich der adäquate Kausalzusammenhang der (natürlich kausalen) psychischen Beschwerden folglich anhand der sog. Psycho-Praxis (vgl. E. 2.6.3 vorne). Entsprechend ist der Fallabschluss in jenem

Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden – die Folgen der Oberschenkel- und Kieferfrakturen – gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war (vgl. E. 2.6.4 vorne).

8.2 Die Beschwerdegegnerin hat den Fallabschluss auf den 31. Dezember 2012 festgelegt (act. II 147 S. 16 f. Ziff. 83). Festzuhalten ist, dass bereits im MEDAS C._____-Gutachten vom 15. April 2010 von Seiten der Oberschenkelfraktur und der Kieferfrakturen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit attestiert wurde (act. IIA 42 S. 14, 16). Wohl wurde damals der Endzustand (im Lichte der haftpflichtrechtlichen Fragestellung) als nicht erreicht beurteilt (S. 24), weitere Behandlungen jedoch vorrangig aus (hier nicht beachtlicher) psychotherapeutischer Sicht für notwendig erachtet (S. 22). Die ebenfalls empfohlenen kieferchirurgischen Massnahmen hätten zudem die (insoweit bereits uneingeschränkte) Arbeitsfähigkeit nicht weiter gesteigert. Im E._____-Gutachten vom 10. Dezember 2018 wird zur Frage nach dem Endzustand ausgeführt, dieser sei spätestens mit der aktuellen Begutachtung erreicht, wahrscheinlich aber schon 2010, wobei auf die MEDAS C._____-Begutachtung Bezug genommen wurde (act. II 111 S. 52). Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid hierzu ihrerseits fest, aufgrund der noch stattgefundenen Behandlung am 17. Januar 2012 (act. IIA 49) und der danach noch zu erwartenden Übergangszeit sei der Zeitpunkt des Fallabschlusses am 31. Dezember 2012 erreicht gewesen (act. II 147 S. 17 Ziff. 83). Zwar empfahl Dr. med. M._____- im Dezember 2014 zwecks Korrektur der Innenrotationsfehlstellung eine Derotationsosteotomie des rechten Femurs (act. II 52), welche die Beschwerdeführerin jedoch nicht vornahm (vgl. act. II 111 S. 38). Ungeachtet dessen ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass von dieser Massnahme aus damaliger Sicht eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit hätte erwartet werden können. Demnach ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Dezember 2012 nicht zu beanstanden, was auch die Beschwerdeführerin nicht in Frage stellt. Dass damals noch Eingliederungsmassnahmen der IV hängig waren (act. III – Protokolleinträge S. 10 ff.), ist nicht relevant, da diese im Zeitpunkt des Einspracheentscheids längst abgeschlossen und damit deren Ergebnis mit

Blick auf das unfallversicherungsrechtliche Verfahren bekannt waren (act. III – Protokolleintrag vom 14. Mai 2013).

9.

Wie in E. 8.1 vorne gezeigt, erfolgt die hinsichtlich der psychischen Beschwerden vorzunehmende separate Adäquanzprüfung nach Massgabe der sog. Psycho-Praxis.

9.1

9.1.1 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 – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. 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, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

9.1.2 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 Ge-

sundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

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

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund 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). Bei der Anerkennung der besonderen Ausprägung von Adäquanzkriterien auferlegt sich die Rechtsprechung eine grosse Zurückhaltung (Entscheid des BGer vom 3. Mai 2022, 8C_528/2021, E. 7.3.1). 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 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

9.1.3 Für die Beurteilung der Zusatzkriterien sind die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses massgebend (Entscheid des BGer vom 10. Oktober 2013, 8C_344/2013, E. 8).

9.2 Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Unfallereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate Kausalzusammenhang besteht, stellt schliesslich eine Rechtsfrage dar, deren Beantwortung der Verwaltung – und im Beschwerdefall dem Gericht – obliegt (Entscheid des BGer vom 27. November 2008, 8C_527/2008, E. 3.2.3). Dennoch stellen sich auch im Rahmen der Adäquanzprüfung verschiedentlich Fragen, zu deren Beantwortung ärztliche Auskünfte nützliche Dienste leisten können (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Juli 2016, 8C_240/2016, E. 5.2).

9.3 Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall vom 19. August 2005 als mittelschwer im engeren Sinne qualifiziert (act. II 147 S. 19 Ziff. 100). Die Beschwerdeführerin postuliert einen schweren Unfall (pag. 17).

9.3.1 Gemäss Rapport der Kantonspolizei ... geriet der Lenker eines Personenwagens unter Missachtung der Sicherheitslinie in einer Kurve auf die Gegenfahrbahn, weil er gemäss seinen Angaben durch das Bedienen des Autoradios abgelenkt war. Dabei kollidierte er frontal mit dem korrekt

entgegenkommenden Personenwagen des damaligen Lebenspartners der Beschwerdeführerin, dessen Beifahrerin sie war. Nach eigenen Angaben fuhr der damalige Lebenspartner mit einer Geschwindigkeit von rund 60 km/h (act. IIA 1 S. 6). Im Bericht des Spitals F. _____ vom 19. August 2005 wird die Geschwindigkeit lediglich mit ca. 30 km/h und jene des Unfallverursachers mit ca. 60 km/h angegeben (act. IIA 2). Laut Polizeirapport war die Front des Personenwagens des Lebenspartners stark eingedrückt (act. IIA 1 S. 3), womit zweifellos von einer erheblichen Wucht der Kollision auszugehen ist. Während der damalige (und angegurtete) Lebenspartner lediglich leicht verletzt wurde (S. 5), zog sich die Beschwerdeführerin die bekannten Verletzungen zu (vgl. E. 6.1 vorne).

9.3.2 Gestützt auf diese (unbestrittenen) Angaben lagen beim Unfallereignis vom 19. August 2005 nicht höhere Krafterwirkungen vor als bei zahlreichen anderen Unfallereignissen, welche von der Rechtsprechung noch als im engeren Sinne mittelschwer beurteilt werden. Zu verweisen ist auf die im Entscheid des BGer vom 21. August 2019, 8C_212/2019, E. 4.2.2, aufgeführte Kasuistik, wobei auffällt, dass als mittelschwer auch Frontalkollisionen gelten, bei denen die Geschwindigkeiten der involvierten Fahrzeuge höher war als vorliegend, diese ins Schleudern gerieten und im Zuge der Kollision ins angrenzende Wiesland geschleudert wurden oder sich gar überschlugen. Vergleichbar ist der vorliegende Fall sodann etwa mit jenem, wie er dem Entscheid des BGer vom 5. Juni 2009 (8C_80/2009) zugrunde lag und bei dem die dort am Recht stehende Versicherte ihre eigene Geschwindigkeit mit 70 bis 80 km/h bzw. der Unfallverursacher mit 30 bis 40 km/h angaben. Auch dieser Unfall wurde als mittelschwer im engeren Sinne taxiert (E. 6.1). Mithin ist mit der Beschwerdegegnerin auch vorliegend von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne auszugehen, womit für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter oder aber drei Kriterien in einfacher Weise erfüllt sein müssen (vgl. E. 9.1.2 vorne).

9.4

9.4.1 Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffe-

nen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht – sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse – soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist (BGE 148 V 301 E. 4.4.3 S. 308).

Die Rechtsprechung bejaht das Kriterium namentlich dann, wenn objektiv eine unmittelbare Lebensbedrohung bestand (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Mai 2023, 8C_500/2022, E. 5.2.3). Dies war nach der Aktenlage beim Unfall vom 19. August 2005 (vgl. E. 9.3.1 vorne) für die Unfallbeteiligten objektiv zu keinem Zeitpunkt der Fall – weder für die Beschwerdeführerin noch ihren damaligen Lebenspartner, welcher sich lediglich leicht verletzte (act. IIA 1 S. 5). Ferner geht aus den medizinischen Berichten übereinstimmend hervor, dass die Beschwerdeführerin für das Unfallereignis eine Amnesie aufweist und sich "praktisch nicht erinnern" kann (act. IIA 42 S. 36), erst am Sonntagabend nach dem Unfallereignis (welches sich am vorangehenden Freitag ereignet hatte) "wieder zu Bewusstsein gekommen" ist (S. 9), vom Unfall "gar nichts" weiss (act. IIA 51 S. 24) bzw. derselbe ihr nur insofern in Erinnerung ist, als sie "etwas Schwarzes (ein schwarzes Auto)" gesehen hat (S. 32). Die Beschwerdeführerin verweist auf ihre Angaben anlässlich der Begutachtung im E. _____ (pag. 124), wonach sie noch heute vor sich sehe, wie der grosse schwarze Mercedes plötzlich auf ihrer Fahrspur auf sie zugerast sei und ein Ausweichen nicht möglich gewesen sei, da auf beiden Seiten Leitplanken gewesen seien, und sie den Gedanken gehabt habe, dass sie nun sterben müsse (act. II 111 S. 17). Abgesehen davon, dass diese Schilderung erstmals nach 13 Jahren erfolgte, gab die Beschwerdeführerin auch bei dieser Begutachtung an, sich an die Kollision und daran, was danach passiert sei, nicht erinnern zu können (S. 17), womit auch diese Angaben an der Tatsache einer weitgehenden Amnesie für das Unfallereignis nichts ändern. Es bestehen denn auch in den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass massgeblich das Unfallgeschehen als solches zur psychischen Fehlentwicklung führte (vgl. act. II 111 S. 41). Pra-

xisgemäss – und entgegen der Beschwerdeführerin (pag. 18) – kann dem Kriterium der Eindrücklichkeit unter diesen Umständen daher nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall und die damit verbundenen Begleitumstände gegeben wäre (Entscheid des BGer vom 5. Juni 2014, 8C_137/2014, E. 7.1).

Weiter geht aus den Akten hervor, dass der damalige Hund der Beschwerdeführerin beim Unfall im Kofferraum lag und aufgrund seiner beim Unfall erlittenen schweren Verletzungen eingeschläfert werden musste (act. IIA 1 S. 7), was replicando als dramatischer Begleitumstand ins Feld geführt wird (pag. 124). Insofern ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin erst anlässlich ihres Spitalaufenthalts von diesem Umstand erfuhr und der Hund ohne ihr Wissen eingeschläfert wurde (act. IIA 42 S. 36). Mithin war die Beschwerdeführerin nicht unmittelbar mit diesen Geschehnissen konfrontiert. Im Übrigen ist nachvollziehbar, dass der Verlust des damaligen Hundes der Beschwerdeführerin in Erinnerung bleibt (act. II 111 S. 18); jedoch hat sie sich nach dem Unfall wieder einen Hund zugelegt (act. IIA 42 S. 36) und spielen Hunde ganz generell weiterhin eine zentrale Rolle in ihrem Leben (vgl. act. IIA 51 S. 24). Dem Verlust des damaligen Hundes kommt denn auch nach den psychiatrischen (Teil-)Gutachten keine wesentliche Bedeutung zu respektive wird dieser Aspekt nicht weiter diskutiert. Insbesondere kann aus den entsprechenden Ergebnissen nicht gefolgert werden, dass dieser Umstand einen massgeblichen und nachhaltigen Einfluss auf die spätere psychische (Fehl-)Entwicklung genommen hat (vgl. act. IIA 42 S. 39 f.; 51 S. 66 ff.; act. II 111 S. 41). Demnach ist das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu verneinen.

9.4.2 Ferner hat die Beschwerdegegnerin das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, bejaht (act. II 147 S. 20 f. Ziff. 110). Sie erwog, die beim Unfall erlittenen Verletzungen (multiple Kieferfrakturen, dislozierte Femurschaftfraktur, Durchbiss der Unterlippe) heilten nach durchgeführter Operation ab. Es seien keine lebenswichtigen Organe betroffen gewesen. Im Gesicht sei es jedoch zu einer bleibenden Narbe gekommen, welcher Umstand

geeignet sei, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Weil die Gutachter betreffend die Narbe keine Integritätsentschädigung zugesprochen hätten, gelte das Kriterium jedoch nicht als in besonders ausgeprägter Form erfüllt.

Dem ist beizupflichten. Aus den psychiatrischen Gutachten folgt, dass die Ursache der psychischen Fehlentwicklung zu einem Gutteil auf die Fokussierung der Beschwerdeführerin auf ihre Überzeugung, körperlich entstellt zu sein, zurückzuführen ist (vgl. act. IIA 22; 24; 42A S. 2; 51 S. 42, 66; act. II 111 S. 41). Auch wenn dabei gemäss ärztlicher Einschätzung das subjektive Erleben in Bezug auf die Selbstwahrnehmung der Beschwerdeführerin eine erhebliche Rolle gespielt hat bzw. spielt, steht fest, dass die unfallbedingten Veränderungen, insbesondere im Gesicht, objektiv nachweisbar und damit erkennbar sind (vgl. act. IIA 51 S. 66; act. II 111 S. 39 [betreffend mimische Asymmetrie]; act. IIA 42A S. 2 [betreffend Vernarbung]; act. IIIA 25 [betreffend kosmetische Deformität im Sinne einer Rotationsfehlstellung der Ohrmuschel]). Gleichzeitig wurden gutachterlich jedoch ein alterssprechendes Äusseres und im Gesicht und an den sichtbaren Körperpartien abgesehen von einer sichtbaren Narbenbildung im Bereich der rechten Unterlippe und der bereits erwähnten diskreten Asymmetrie im Kieferbereich sowie im Bereich der Zähne keine physiognomischen Auffälligkeiten festgestellt (act. II 111 S. 28), womit objektiv zumindest nicht von einer gravierenden Entstellung des Gesichts gesprochen werden kann. Soweit die Beschwerdeführerin sodann auf die posttraumatische Innenrotationsfehlstellung hinweist (pag. 19, 125), wodurch sich gemäss dem orthopädischen Experten des E. _____ ein gewisses Mass an Schmerzen im rechten Bein und allenfalls auch im Bereich von Becken und der unteren Wirbelsäule erklären lasse (act. II 111 S. 38), so kann offen bleiben, ob dieser Aspekt unter dem Blickwinkel des vorliegenden Kriteriums zu diskutieren ist (vgl. E. 9.4.5 f.). Selbst wenn dies zu bejahen wäre und die bestehende (und unbestrittene) Rotationsanomalie (für sich genommen) das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen ebenfalls zu erfüllen vermöchte, so änderte dies nichts daran, dass es insgesamt zwar gegeben ist, jedoch entgegen der Beschwerdeführerin (pag. 19) nicht besonders ausgeprägt.

9.4.3 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 S. 366). Die Beurteilung hat nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu erfolgen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-) ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.4; Entscheid des BGer vom 27. November 2020, 8C_566/2019, E. 7.1).

Aus den Akten folgt, dass die Beschwerdeführerin zwischen dem Unfall vom 19. August 2005 und dem Zeitpunkt des Fallabschlusses (31. Dezember 2012) mehr oder weniger durchgehend in ärztlicher bzw. manualtherapeutischer Behandlung stand. Grössere behandlungsfreie Intervalle sind nicht ausgewiesen (vgl. act. II 71). Dass diese Massnahmen allein oder überwiegend der Erhaltung des Zustandes gedient hätten, folgt nicht aus den Akten. Die Fraktur von Seiten des rechten Femurs war erst im Zeitpunkt der Begutachtung im MEDAS C._____ (2010) radiologisch stabil konsolidiert (act. IIA 42 S. 19), wobei jedoch eine (ebenfalls operative Eingriffe sowie manualtherapeutische Behandlungen erforderlich machende) Innenrotationsfehlstellung verblieb. Von kieferchirurgischer Seite wurde auch 2010 noch eine weitere Behandlung zwecks anatomischer und funktioneller Wiederherstellung des Vorzustandes als notwendig erachtet, darunter nebst operativer Eingriffe auch eine weitere myofasziale Therapie im Sinne von Physiotherapie (S. 16). Schliesslich erfolgten im Januar 2012 nochmals zwei weitere operative Eingriffe am rechten Oberschenkel (Osteosynthesematerialentfernung [act. IIA 47; 49]). Im Übrigen wurden im MEDAS C._____ -Gutachten die psychischen gegenüber den kieferchirurgischen und orthopädischen Beschwerden zwar als vorrangig taxiert

(act. IIA 42 S. 23). Indessen ist aufgrund der Akten nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die durch die organischen Unfallfolgen ausgelösten somatischen Beschwerden bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses zu einem namhaften Teil durch die psychischen Beschwerden überlagert wurden. Dagegen spricht der Umstand, dass im MEDAS C._____ - Gutachten auch hinsichtlich der orthopädischen und kieferchirurgischen Befunde weitere medizinische Massnahmen (manualtherapeutischer und chirurgischer Natur) als notwendig erachtet wurden (S. 26). Demnach ist bei einer bis zum Fallabschluss gut siebenjährigen und sich auf organische Unfallfolgen beziehenden Behandlungsdauer ohne längerdauernden Unterbruch das Kriterium entgegen der Beschwerdegegnerin (act. II 147 S. 21 Ziff. 113) in der einfachen Form zu bejahen.

9.4.4 Zum Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist Folgendes festzuhalten: Nach der Aktenlage hat die Beschwerdeführerin während nahezu des gesamten Beurteilungszeitraums über Beschwerden sowohl von Seiten der Oberschenkelfraktur als auch der Frakturen der Kiefergelenke geklagt, wobei die Beschwerden teils als belastungsabhängig (vgl. etwa act. IIA 10; 28), teils als chronisch (vgl. etwa act. IIA 15; act. II 111 S. 41 unten) oder aber generell als "Schmerzen" (vgl. act. IIA 21-25; 27; 37) beschrieben wurden. Zwar stellte sich nach einem anfänglich verzögerten Heilungsverlauf ab Juli 2007 eine allmähliche Konsolidierung der Femurfraktur ein. Dennoch klagte die Beschwerdeführerin auch weiterhin über Beschwerden, wobei anfänglich von einer leichten Besserung, im weiteren Verlauf jedoch wiederum von einer schmerzgeplagten Beschwerdeführerin die Rede war (vgl. act. II 70 S. 2 – Einträge vom 26. September 2007 und 14. Dezember 2009). Zwar wurde anlässlich der Begutachtung im MEDAS C._____ die beschriebene Schmerzhaftigkeit bei Dauerbelastung des rechten Beins als aktuell nicht mehr nachvollziehbar beschrieben (vgl. act. IIA 42 S. 19). Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass als Folge der operativen Eingriffe unbestrittenermassen eine Rotationsfehlstellung des rechten Oberschenkels resultierte, welche auch weiterhin und zuletzt im E._____ -Gutachten als ursächlich für fortbestehende Knie- und Hüftbeschwerden qualifiziert wurde (vgl. act. II 70 S. 7 f. – Einträge vom 5. Juli 2012, 5. und 25. Januar 2013; act. II 111 S. 38), womit insoweit auch die vorausgesetzte (unfallbedingte) Organizität der Beschwerden gegeben ist

(vgl. act. II 111 S. 49). Gleiches gilt, was die Beschwerden von Seiten des Kiefers anbelangt, wurden diese doch vom kieferchirurgischen Experten als mehrheitlich objektivierbar und glaubhaft eingestuft (act. IIA 42A S. 3; act. II 111 S. 49). Erst 2015 – und damit nach dem hier zu berücksichtigenden Zeitraum (vgl. E. 9.1.3 vorne) – war die Beschwerdeführerin von Seiten des Kiefers beschwerdefrei (act. II 53 – Eintrag vom 2. November 2015). Insgesamt ist somit von körperlichen Dauerbeschwerden auszugehen. Dass diese in unterschiedlicher Intensität aufgetreten sind, führt dazu, dass das Kriterium nicht in besonders ausgeprägter Weise, sondern allein in der einfachen Form gegeben ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 26. September 2005, U 186/05, E. 3.5).

9.4.5 In Bezug auf das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, macht die Beschwerdeführerin geltend, hätte keine Überkorrektur der Rotation in Bezug auf den rechten Femur stattgefunden, müsste sie sich nicht einer fünften Operation unterziehen. Dies sei klar ein ärztlicher Fehler bzw. eine Fehlbehandlung (pag. 24 f.).

Nach der Rechtsprechung ist für die Annahme einer Fehlbehandlung zwar keine Sorgfaltspflichtverletzung im haftpflichtrechtlichen Sinne vorausgesetzt (Entscheid des BGer vom 1. April 2010, 8C_902/2009, E. 4.5), jedoch ist von einer kriteriumrelevanten Fehlbehandlung nur auszugehen, wenn in der medizinischen Wissenschaft und Praxis ein gewisser Konsens über die Schädlichkeit einer Therapiemethode besteht (Entscheid des BGer vom 8. April 2009, 8C_1020/2008, E. 5.6.1; vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 72).

Zwar ist unbestritten, dass nach den diversen operativen Eingriffen am rechten Femur eine Rotationsanomalie verblieb (vgl. act. II 111 S. 38). In dessen ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte und die Beschwerdeführerin zeigt auch nicht auf, dass die durchgeführten Behandlungen nicht gemäss den im Zeitpunkt deren Vornahme geltenden Regeln und Standards der Wissenschaft entsprachen bzw. die Rotationsanomalie eine Folge einer Fehlbehandlung ist. Damit ist fraglich, ob dieser Aspekt überhaupt unter dem Kriterium "Fehlbehandlung" zu diskutieren ist,

was letztlich jedoch offen bleiben kann. Denn so oder anders kann jedenfalls nicht gesagt werden, dass die verbleibende Rotationsanomalie die Unfallfolgen *erheblich* verschlimmert(e), resultiert daraus doch insgesamt lediglich eine leicht verminderte Belastungsfähigkeit des rechten Beins bei vollständiger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (S. 38; act. IIA 42 S. 14). Das Kriterium ist somit entgegen der Beschwerdeführerin nicht erfüllt.

9.4.6 Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5.5). Eine Komplikation ist ein Umstand, der den durchschnittlichen Heilungsprozess eines unfallbedingten Gesundheitsschadens ungünstig beeinflusst und muss als solcher selber nicht auf den Unfall zurückzuführen sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.3). Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 85 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3).

Was den Heilungsverlauf anbelangt, so präsentierte sich dieser hinsichtlich des Bruchs des rechten Oberschenkels als verzögert (act. IIA 8-10). Noch im September 2006 wurde die Fraktur als nicht geheilt beschrieben (act. IIA 21) und auch im November 2006 zeigte sich ein deutliches Rehabilitationsdefizit (act. IIA 23 S. 2). Erst im April 2008 präsentierte sich röntgenologisch eine nahezu vollständige Konsolidierung (act. II 70 S. 2 – Eintrag vom 30. April 2008), wobei eine endgültige Konsolidierung erst anlässlich der Begutachtung im MEDAS C. _____ festgehalten wurde. Ferner verblieb eine infolge der ersten Operation bestehende und mittels einer zweiten Operation nicht vollständig behobene Innenrotationsfehlstellung (act. IIA 5; act. II 111 S. 38; vgl. E. 9.4.5 vorne).

Ungeachtet dessen, ob die verzögerte Frakturheilung im Sinne des Teilkriteriums "Schwieriger Heilungsverlauf" zu beurteilen oder aber unter dem Titel "Erhebliche Komplikation" zu prüfen ist, so bleibt festzuhalten, dass die vorliegend involvierten psychiatrischen Gutachter dem protrahierten Heilungsverlauf von Seiten der rechten Femurfraktur bei der Entwicklung der psychischen Problematik keine ausschlaggebende Bedeutung beimessen (vgl. act. IIA 42 S. 39 f.; 51 S. 66 ff.; act. II 111 S. 46). Vielmehr wird – wie in E. 9.4.2 bereits gezeigt – die psychische Fehlentwicklung im Wesentlichen auf eine Erschütterung des Selbstwertgefüges durch das subjektive Erleben und die Selbstwahrnehmung erheblicher körperlicher und kosmetischer Entstellungen und Einschränkungen erklärt. Dabei wurden die Entstellungen bereits beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen berücksichtigt (vgl. E. 9.4.2 vorne). Was sodann die körperlichen Einschränkungen anbelangt, so resultierten solche nicht aus der verzögerten Frakturheilung, sondern aus der verbleibenden Innenrotationsfehlstellung. Wird diese unter dem Blickwinkel einer Komplikation bewertet, gilt das zur Fehlbehandlung Gesagte: Im Lichte der dadurch resultierenden Beeinträchtigungen wäre jedenfalls nicht von einer *erheblichen* Komplikation auszugehen (vgl. E. 9.4.5 vorne). Ferner wurde dem Umstand der aufgrund der Innenrotationsfehlstellung notwendig gewordenen Mehrbehandlungen bereits im Rahmen des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung Rechnung getragen (vgl. E. 9.4.3 vorne). Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist somit nicht erfüllt.

9.4.7 Was Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anbelangt, so folgt aus den Akten, dass hinsichtlich der somatischen Unfallfolgen vom 19. August 2005 bis 21. Juli 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand und ab dem 24. Juli 2006 mit dem Hinweis "Arbeitsversuch" eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (act. IIA 12; 18; act. II 70 S. 1 – Eintrag vom 17. Juli 2006). Das Spital G._____ bescheinigte am 26. September 2006 demgegenüber auch weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; allerdings scheint dies auf einer Kontrolle vom 27. Februar 2006 zu basieren (act. IIA 21). Im Bericht der Klinik I._____ vom 3. Juli 2007 wurde der Beschwerdeführerin die Aufnahme leichter sportlicher Tätigkeiten empfohlen (act. IIA 28). Ob damit die Wiedererlangung der (vollständi-

gen) Arbeitsfähigkeit einherging, ergibt sich weder aus diesem Bericht noch aus den folgenden Akten. Jedoch ist der Umstand, dass aufgrund der somatischen Beeinträchtigungen fortan keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert wurde, ein Indiz dafür, dass insoweit keine wesentliche Einschränkung mehr bestand, zumal im MEDAS C. _____-Gutachten vom 15. April 2010 aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (bei 20%iger Leistungseinschränkung) attestiert wurde (act. IIA 42 S. 14). Ob die Arbeitsfähigkeit bereits vor der Begutachtung im MEDAS C. _____ wieder hergestellt war, ist indessen aufgrund der Akten nicht belegt und auch nicht mehr belegbar. Ob bei dieser Ausgangslage das Kriterium erfüllt ist, lässt sich demnach nicht abschliessend beurteilen, kann mit Blick auf das Ergebnis (vgl. E. 9.5 sogleich) jedoch offen bleiben.

9.5 Aus dem Dargelegten folgt, dass die Kriterien der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung sowie der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt sind, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 19. Mai 2005 zu bejahen ist. Damit ist der Anspruch auf eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung unter Mitberücksichtigung des psychischen Gesundheitsschadens und nach Massgabe von BGE 141 V 281 (BGE 141 V 574 E. 5.2 S. 581) zu prüfen. Nachdem die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid einzig die somatischen Beschwerden berücksichtigt hat, wird sie darüber noch zu befinden haben.

9.6 Zusammenfassend ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2022 aufzuheben. Die Akten gehen zurück an die Beschwerdegegnerin zwecks Vorgehen im Sinne der Erwägungen.

10.

10.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^{fbis} ATSG [Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639]).

10.2 Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit am 31. Juli 2023 (Poststempel) eingereichter Kostennote (pag. 153) macht Rechtsanwältin Dr. B._____ ein Honorar von Fr. 12'435.35 (51.83 Stunden à Fr. 220.--), Auslagen von Fr. 142.90 und die Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 889.05 geltend (pag. 154-156). Dieser Betrag ist deutlich übersetzt. Hinzu kommt, dass zumindest ein Teil der Arbeiten durch den Anwaltspraktikanten durchgeführt wurden (pag. 106, 108), wobei diese praxisgemäss zum halben Stundenansatz zu entschädigen sind (VGE EL/2023/375 E. 4.4), indes eine Ausscheidung der entsprechenden Stunden gestützt auf die Kostennote nicht möglich ist. Unter Berücksichtigung der eher (aber nicht überaus) komplexen Sach- und Rechtslage, der Tatsache, dass sich bereits im Verwaltungsverfahren die gleichen Tat- und Rechtsfragen stellten sowie mit Blick auf vergleichbare Fälle erscheint eine (auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte [pag. 150]) Parteientschädigung von pauschal Fr. 6'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) als angemessen.

10.3 Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Kostenliquidation im Rahmen der mit Verfügung vom 23. März 2023 (pag. 90 f.) gewährten unentgeltlichen Rechtspflege.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Ersatzkasse UVG vom 12. Dezember 2022 aufgehoben.

ben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 6'000.-- (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Ersatzkasse UVG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.