



**Fall-Nr.:** UV 2015/19  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.08.2019  
**Entscheiddatum:** 01.03.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 01.03.2017**

**Art. 49 Abs. 1 ATSG, Art. 51 ATSG: Behandlung eines Leistungsanspruchs im formlosen Verfahren und nicht mittels Verfügung. Verneinung der Rechtskraft des formlosen Schreibens gestützt auf BGE 134 V 145 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. März 2017, UV 2015/19).**

Entscheid vom 1. März 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2015/19

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Peter Jäger, Jäger & Schweiter Rechtsanwälte, Magnolienstrasse 3, Postfach, 8034 Zürich,



## St.Galler Gerichte

gegen

**AXA Versicherungen AG**, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen (Heilbehandlung)**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war als Treuhänderin mit einem Beschäftigungsgrad von 60% bei der B.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 4. Juli 2009 an einem Gigathlon teilnahm und auf der Inlinestrecke vermutlich stürzte. Sie konnte sich nach dem Unfall an nichts mehr erinnern (act. A1). Die Erstbehandlung erfolgte noch am Unfalltag im Spital C.\_\_\_\_, wo die Versicherte überwacht und die Diagnose Sturz beim Rollerbladen mit/bei: Comotio cerebri (retrograde Amnesie), Rissquetschwunde (RQW) parietal rechts, Schulterkontusion rechts sowie Muskelverspannung rechts paravertebral cervical und lumbal gestellt wurde. Am 6. Juli 2009 wurde die Versicherte zur weiteren Überwachung und analgetischen Therapie ins heimatnahe Spital D.\_\_\_\_ verlegt (act. M5; vgl. auch act. M8). Sie klagte über Schwindel, Kopfschmerzen und ein schlechtes Kurzzeitgedächtnis seit dem Unfall. Die Symptome waren zwar deutlich rückläufig, jedoch nicht komplett regredient. Am 10. Juli 2009 konnte die Versicherte bei gutem Allgemeinzustand in die ambulante Behandlung ihres Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, entlassen werden (act. M6).

A.b Dieser überwies die Versicherte am 21. Juli 2009 wegen weiterhin subjektiv erheblicher Kopfschmerzen, Angespanntheit, Ohrsausen und Kurzzeitgedächtnisproblemen sowie einer inzwischen sehr dolenten linken Schulter an Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, zur traumatologischen Zwischenkontrolle



(act. M11). Dr. F.\_\_\_\_ erachtete aufgrund des bisherigen Verlaufs bezüglich HWS und Kopf eine weitere Abklärung als indiziert und wies die Versicherte für eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule und des Neurocraniums dem Institut für Radiologie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) zu. Bezüglich der Schultersituation schlug er eine konservative und abwartende Haltung vor (act. M11). In den am 30. Juli 2009 durchgeführten radiologischen Untersuchungen zeigte sich im Bereich der Wirbelsäule eine Osteochondrose und Unkarthrose in den Segmenten HWK5-7 mit begleitenden, den ventralen Duralschlauch eindellenden Diskushernien mit Punktum maximum im Segment von HWK5/6 paramedian und foraminal rechts mit Verlagerung der ventralen Radix C6 und konsekutiver Spinalkanal- und Foraminaleinengung. Neurale Strukturen waren nicht komprimiert. Im MRI des Neurocraniums war eine beginnende Deposition proteinreicher Substanzen in die Basalganglien sichtbar. Bei einem wenige Millimeter grossen Hämosiderindepot subkortikal im Gyrus frontalis superior rechts wurde ein vorbestehendes kleines banales kavernoöses Hämangiom vermutet. Ein posttraumatisches Residuum einer solitären kleinen shearing injury wurde als eher unwahrscheinlich angesehen. Das übrige cranio-cerebrale Kernspintomogramm war altersentsprechend normal (act. M7).

A.c Am 18. August 2009 ersuchte Dr. F.\_\_\_\_ Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Chefarzt Neurochirurgie des KSSG, um Beurteilung der radiologischen Befunde im Bereich der HWS bzw. der Frage, ob sich bezüglich der an und für sich radikalär und neurologisch unauffälligen Situation auf Höhe C6 Massnahmen aufdrängen würden (act. M11). Prof. Dr. G.\_\_\_\_ befand am 31. August 2009 die Beantwortung der Frage ohne persönliche Untersuchung der Versicherten als schwierig (act. M11).

A.d Am 24. September 2009 wurde die Versicherte auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ zum Ausschluss einer unfallbedingten psycho-neurofunktionell relevanten Strukturstörung in der Klinik für Neurologie des KSSG durch Dipl. Psych. H.\_\_\_\_, Klinische Neuropsychologin (GNP), untersucht. Diese ging im Untersuchungsbericht vom 28. September 2009 von einer im Vordergrund der Befunde stehenden deutlichen psychischen Belastung und Schmerzsymptomatik aus. In der neuropsychologischen Testuntersuchung hätten sich keine kognitiven Funktionsstörungen gezeigt und es gebe keine Hinweise auf eine hirnorganische Strukturstörung. Die deutlich beeinträchtigte psychische Befindlichkeit und die Schmerzsymptomatik stünden im



## St.Galler Gerichte

Vordergrund der weiteren Behandlung. Eine spezifische neuropsychologische Therapie sei nicht notwendig (act. M9, M11). Dr. E.\_\_\_\_ teilte hierauf Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Schreiben vom 3. Oktober 2009 mit, dass er der Versicherten empfohlen habe, sich bei offenbar reaktiv depressiver Entwicklung nach einem Schädelhirntrauma zu einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung anzumelden (act. M10). Dr. I.\_\_\_\_ berichtete der AXA am 9. Januar 2010, dass sich die Versicherte seit 5. Oktober 2009 bei ihm in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Diagnostisch sei von einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10: F32.1) auszugehen, angestossen durch das schwere Unfallereignis vom 4. Juli 2009 mit weiterbestehender Schmerzsymptomatik und leichter kognitiver Störung (act. M15).

A.e Inzwischen, d.h. am 2. Dezember 2009, war auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ wegen anhaltender Schulterbeschwerden links (act. M12) eine Untersuchung der Schulter durch Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, erfolgt (act. M13). Eine von diesem in die Wege geleitete MR-Arthrographie des linken Schultergelenks im Zentrum K.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2009 hatte eine SLAP-Läsion hervorgebracht (act. M13).

A.f Weiter war der Versicherten von der AXA zur Unterstützung der Wiedereingliederung die Case Managerin L.\_\_\_\_ zur Seite gestellt worden. In einem Erstgespräch vom 2. November 2009 hatte die Versicherte mitgeteilt, dass ihr von Dr. E.\_\_\_\_ ab 24. Oktober 2009 eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, wobei ihr Pensum als Treuhänderin 50% betrage (act. A19; vgl. zur Arbeitsfähigkeit auch act. A28, A42, A60). Am 6. April 2010 berichtete die Versicherte ihrer Case-Managerin, dass sie seit 23. März 2010 versuche, wieder 100% zu arbeiten, auch wenn sie dadurch deutlich mehr Schmerzen habe (act. A67).

A.g Am 5. Juli 2010 wurde bei der Versicherten durch Dr. J.\_\_\_\_ eine arthroskopische Refixation der SLAP-Läsion durchgeführt, worauf sie bis 30. September 2010 erneut 100% arbeitsunfähig war (act. M16 f.; vgl. dazu auch act. A94).

A.h Anlässlich eines Gesprächs vom 6. Mai 2011 zwischen der Versicherten und ihrer Case Managerin wurde die Zusammenarbeit im Rahmen des Case Managements als beendet erklärt. Es wurde besprochen, dass die von der Versicherten durchgeführte



Physio- und Cranio-Sakraltherapie (vgl. act. M14) noch beendet und eine Kontrolluntersuchung bei Dr. J.\_\_\_\_ wahrgenommen werde. Die Rechnungen dafür würden abgewartet und dann werde der Fall abgeschrieben (act. A105). Eine letzte Konsultation der Versicherten bei Dr. J.\_\_\_\_ fand am 20. Juni 2011 statt, wobei eine glenohumerale Kortison-Infiltration durchgeführt wurde (act. M22). Im Abschlussbericht vom 10. November 2011 hielt die Case Managerin fest, dass sich die Versicherte nicht mehr bei Dr. J.\_\_\_\_ gemeldet habe. Die Physiotherapie sei eingestellt worden. Damit sei davon auszugehen, dass der Fall abgeschlossen werden könne. Ein Rückfall im Rahmen einer Nachbehandlung der Schulter sei allerdings nicht auszuschliessen (act. A106).

A.i Im November 2011 suchte die Versicherte wieder ihren Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ auf, der sie nach ihrem Befinden hinsichtlich Unfallfolgen fragte. Weil sie ihm von teilweise immer noch massiven Gedächtnisproblemen berichtete (vgl. act. A107), wies er sie am 22. Dezember 2011 zu einer Reevaluation der Indikation für eine neuropsychologische Behandlung Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ zu (act. M16a). Die Reevaluation erfolgte am 24. Januar 2012. Mit Schreiben vom 21. Februar 2012 übersandte Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ der AXA den entsprechenden Beratungsbericht vom 21. Februar 2012 und ersuchte um Kostengutsprache für eine neuropsychologische Therapie der Versicherten. Im Beratungsbericht hatte sie festgehalten, dass selektive einzelne Testverfahren durchgeführt werden sollten, um die subjektiv angegebenen, weiter bestehenden Probleme der Versicherten eventuell doch objektivieren zu können. Darüber hinaus hatte sie ein spezifisches neuropsychologisches Therapieprogramm mit Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnistraining sowie verhaltenstherapeutisch orientierten Massnahmen wie Entspannungstraining und Pausenmanagement vorgeschlagen (act. A111, act. M18).

A.j Am 24. April 2012 stellte Dr. E.\_\_\_\_ der Versicherten unter Vermerk der Diagnose nachhaltige neuro-psychofunktionelle Störung mit Gedächtnisstörungen und Störung der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer eine Verordnung für Ergotherapie bei M.\_\_\_\_ aus (act. M19).

A.k Inzwischen hatte die AXA mit Schreiben vom 20. März 2012 die Kostenübernahme für das empfohlene neuropsychologische Therapieprogramm (inklusive



vorgeschlagener Abklärungen) abgelehnt. Zur Begründung wurde angeführt, es fehle betreffend der neuropsychologischen Beschwerdesymptomatik an der Unfallkausalität, nachdem unfallbedingte Läsionen gestützt auf die bildgebenden Abklärungen hätten ausgeschlossen werden können und initial eine neuropsychologische Therapie nicht nötig gewesen sei (act. A114).

A.l Mit E-Mail vom 30. März 2012 gelangte die Versicherte an ihre ehemalige Case Managerin L.\_\_\_\_ mit der Frage, ob sie ihr betreffend Kostengutsprache für die empfohlene neuropsychologische Therapie weiterhelfen und allenfalls den Schadenfall nochmals mit der AXA anschauen könne (act. A116). Der Gruppenleiter Case Management der AXA teilte hierauf der Versicherten mit Schreiben vom 2. April 2012 mit, dass der Unfallversicherer von Gesetzes wegen gehalten sei, die Leistungen auf reine Unfallfolgen zu beschränken. Für anderweitige Behandlungen sei der Krankenversicherer zuständig. Die AXA habe in ihrem Schreiben vom 20. März 2012 zu dieser Abgrenzung Stellung genommen. Es würden keine Elemente gesehen, um an der Richtigkeit dieser Entscheidung zu zweifeln. Eine Intervention aus dem Case Management könnte an diesem Verlauf nichts ändern (act. A117). Mit Schreiben vom 21. Mai 2012 teilte die AXA Ergotherapeutin M.\_\_\_\_ mit, dass mangels Unfallkausalität keine Kostengutsprache für die verordnete Ergotherapie erteilt werden könne (act. A118, act. A119).

A.m Am 6. Dezember 2012 stellte sich die Versicherte auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ bei Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zu einer neurologischen Beurteilung vor. Laut Untersuchungsbericht vom 12. Dezember 2012 beklagte sie weiterhin eine extreme Vergesslichkeit und ausserdem Konzentrationsstörungen bei der Arbeit. Im Rahmen der Arbeitsbelastung komme es auch zu Kopfschmerzen. Am Abend sei sie erschlagen und habe keine Energie mehr. In der Zeit nach dem Unfallereignis sei die gesamte Symptomatik noch viel schlimmer gewesen, sie habe sich etwas gebessert, doch habe sich der Zustand nicht normalisiert. Seit Mai 2012 absolviere sie ein Neurofeedbacktraining in Wattwil. Dr. N.\_\_\_\_ diagnostizierte gestützt auf eine klinisch-neurologische und eine EEG-Untersuchung einen Status nach Sturzereignis am 4. Juli 2009 beim Rollerbladen mit: Commotio cerebri, RQW rechte Stirn, Schulterkontusion rechts, weiterhin subjektiv empfundenen neurokognitiven Defiziten und Differentialdiagnosen "im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsreaktion" sowie



"posttraumatisch aufgetretenes depressives Syndrom". Eine Kopie des neurologischen Untersuchungsberichts von Dr. N.\_\_\_\_ ging an die AXA (act. M20 f.).

A.n Am 7. März 2013 konsultierte die Versicherte erneut Dr. J.\_\_\_\_, der die Diagnose persistierender Schmerzen bei Status nach arthroskopischer Refixation einer SLAP-Läsion linke Schulter am 5. Juli 2010 nach Unfall am 4. Juli 2009 stellte und PD Dr. med. O.\_\_\_\_, Chefarzt Chirurgie des KSSG, ersuchte, bei der Versicherten die von ihm bereits vor längerer Zeit vorgeschlagene Bizepssehnenotomie mit Tenodese des Stummels im Sulcus durchzuführen (act. M22). Dr. O.\_\_\_\_ stützte bei den Diagnosen Bicepstendinopathie bei Status nach arthroskopischem SLAP-Repair Schulter links am 5. Juli 2010 sowie Status nach letztmaliger glenohumeraler Kortisoninfiltration links am 20. Juni 2011 die Indikation zur erneuten Schulterarthroskopie mit Bicepstenodese links (act. M23). Der Eingriff wurde von ihm am 15. Juli 2013 durchgeführt (act. M24), worauf bei der Versicherten bis 1. September 2013 eine 100%-ige und vom 2. bis 29. September 2013 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestand. Ab 30. September 2013 war sie wieder voll arbeitsfähig (act. M25, act. M27, act. A150; vgl. auch act. M28). Inzwischen hatte die AXA die Versicherte mit Schreiben vom 22. Mai 2013 ersucht, durch ihre Arbeitgeberin eine Rückfallmeldung für die Schulteroperation einzureichen (act. A125 f.). Diese war am 11. Juli 2013 erfolgt (act. A141).

A.o Zudem hatte die Rechtsschutzversicherung der Versicherten, die Assista Rechtsschutz AG, der AXA mit Schreiben vom 11. Juni 2013 mitgeteilt, dass sie mit deren Leistungsablehnung hinsichtlich der Kosten für die neuropsychologische Therapie nicht einverstanden sei (act. A129).

A.p Mit Schreiben vom 7. November 2013 beanstandete auch der neue Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. P. Jäger, Zürich, die Leistungsablehnung der AXA und reichte dazu eine bei lic. phil. P.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, eingeholte neuropsychologische Aktenbeurteilung vom 11. September 2013 ein. Laut lic. phil. P.\_\_\_\_ sei die bisherige Beurteilung in neuropsychologischer Hinsicht unpräzise, würden sich weitere Fragen stellen und sollte die vorgeschlagene neuropsychologische Therapie unverzüglich aufgenommen werden. Zudem sollte die Frage einer traumatischen Hirnschädigung noch einmal fachlich beurteilt werden (act. A151, act. M29). Die AXA verwies hierauf mit Schreiben



## St.Galler Gerichte

vom 6. Dezember 2013 auf ihre Ausführungen vom 20. März 2012 (vgl. act. A114), wonach es betreffend der neuropsychologischen Beschwerdesymptomatik an der Unfallkausalität fehle. Das formlose Schreiben vom 20. März 2012 sei in Rechtskraft erwachsen, weshalb dem Begehren nicht entsprochen werden könne (act. A153). Darauf ersuchte Rechtsanwalt Jäger die AXA mit Schreiben vom 21. Dezember 2013 um Zustellung einer anfechtbaren Verfügung (act. A157).

A.q Am 9. Januar 2014 verfügte die AXA, dass die Mitteilung vom 20. März 2012 in Rechtskraft erwachsen sei und keine Revisionsgründe gemäss Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vorliegen würden (act. A159).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhoben am 7. Februar 2014 der Krankenversicherer der Versicherten, die Krankenkasse Luzerner Hinterland, und am 17. Februar 2014 die Versicherte selbst, vertreten durch Rechtsanwalt Jäger, Einsprache (act. A161, act. B164).

B.b Mit Schreiben vom 28. Januar 2015 fragte die AXA bei der Krankenkasse Luzerner Hinterland nach, ob das von Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ vorgeschlagene neuropsychologische Therapieprogramm und die Testverfahren bei der Versicherten durchgeführt worden seien (act. A169). Die Krankenkasse liess am 29. Januar 2015 verlauten, dass die Versicherte nach der Untersuchung durch Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ weiterhin in neuropsychologischer Therapie im KSSG und im Anschluss im Neurofeedbacktraining gewesen sei (act. A170).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 26. Februar 2015 wies die AXA die Einsprachen von der Versicherten und deren Krankenkasse ab (act. A173).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid der AXA richtet sich die von der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen erhobene Beschwerde vom 2. April 2015. Damit wird die Aufhebung des



## St.Galler Gerichte

angefochtenen Einspracheentscheid und die Übernahme der Heilbehandlungskosten für die neuro-psychologischen Beeinträchtigungen durch die AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragt. Eventualiter werden weitere medizinische Abklärungen und ein neuer Entscheid verlangt. Weiter wird die Feststellung beantragt, dass Gegenstand der formlosen Ablehnung vom 20. März 2012 und der Verfügung vom 9. Januar 2014 nur die Übernahme der Heilbehandlung für die neuropsychologischen Beeinträchtigungen gewesen sei, nicht aber der Anspruch auf weitere Leistungen (Taggeld, Rente, Integritätsentschädigung) für diese Beeinträchtigungen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G7).

C.c Die Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet (act. G13).

C.d Zu den in den Rechtsschriften angeführten Begründungen der Anträge wird, soweit erforderlich, in den anschliessenden Erwägungen Stellung genommen.

## Erwägungen

1.

Mit Beschwerde vom 2. April 2015 beantragt die Beschwerdeführerin die Übernahme von Heilbehandlungskosten für neuropsychologische Beeinträchtigungen durch die Beschwerdegegnerin (act. G1). Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ hatte der Beschwerdeführerin am 21. Februar 2012 im Rahmen einer neuropsychologischen Beratung die Durchführung selektiver einzelner Testverfahren vorgeschlagen, um die subjektiv angegebenen, weiter bestehenden kognitiven Probleme eventuell doch noch objektivieren zu können, und zusätzlich ein spezifisches neuropsychologisches Therapieprogramm mit Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnistraining sowie verhaltenstherapeutisch orientierten Massnahmen wie Entspannungstraining und Pausenmanagement empfohlen (act. M18). Mit gleichentags erstelltem Schreiben hatte sie die Beschwerdegegnerin um Kostengutsprache für eine neuropsychologische Therapie ersucht (act. A111). Dr. E.\_\_\_\_ hatte sodann am 24. April 2012 eine Verordnung für Ergotherapie (12 Behandlungen) bei Ergotherapeutin M.\_\_\_\_ ausgestellt (act. M19). Laut



Schreiben der Krankenkasse Luzerner Hinterland vom 29. Januar 2015 befand sich die Beschwerdeführerin nach der Untersuchung von Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ in neuropsychologischer Therapie im KSSG und im Anschluss - laut Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2012 - seit Mai 2012 (act. M21) in einem Neurofeedbacktraining (act. A170), offensichtlich bei M.\_\_\_\_ (vgl. act. M19).

2.

Es kann offen gelassen werden, ob Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ mit ihrem Kostengutsprachege such vom 21. Februar 2012 lediglich die Aussicht auf die Erbringung von Versicherungsleistungen durch die Beschwerdegegnerin abklären bzw. deren Absicherung erlangen oder ein konkretes Leistungsgesuch stellen wollte (act. A111). Mit Schreiben vom 20. März 2012 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin jedenfalls mit, mangels Unfallkausalität der neuropsychologischen Beschwerdesymptomatik keine Kostengutsprache für das empfohlene Trainingsprogramm (inklusive Abklärungen) erteilen zu können (act. A114). Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin das Kostengutsprachege such bzw. die Ablehnung von Versicherungsleistungen formlos erledigte, d.h. ihre Entscheidung nicht in Verfügungsform erfolgte. Eine Verfügung ist als solche zu bezeichnen (vgl. dazu Art. 35 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG; SR 172.021]), mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen und zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entspricht (Art. 49 Abs. 3 ATSG; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 49 N 45 ff.).

3.

3.1 Der formell-rechtlichen, auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung von BGE 134 V 145 abgestützten Argumentation der Beschwerdegegnerin, das formlose Schreiben vom 20. März 2012 sei in Rechtskraft erwachsen bzw. die Kausalitätsfrage der neuropsychologischen Beschwerden sei rechtskräftig beurteilt, weshalb auf die Leistungsablehnung nur noch gestützt auf den Rückkommenstitel der Revision (vgl. Art. 53 ATSG) zurückgekommen werden könne, kann nicht gefolgt werden.



3.2 Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügung zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Eine schriftliche Verfügung ist insbesondere zu erlassen über die Kürzung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen (Art. 124 lit. b der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in einem formlosen Verfahren behandelt werden (Art. 51 Abs. 1 ATSG). Die betroffene Person kann den Erlass einer Verfügung verlangen (Art. 51 Abs. 2 ATSG). Erfüllt ein Brief die an eine Verfügung gestellten Anforderungen nicht, kann das Verfahren - unabhängig davon, ob die Behandlung eines Gesuchs mittels Verfügung oder im formlosen Verfahren hätte erfolgen müssen - nicht durch einen Einspracheentscheid fortgesetzt werden, sondern muss sich zunächst auf den Erlass einer Verfügung richten (vgl. dazu (KIESER, a.a.O., Art. 51 N 15; BGE 134 V 147 f. E. 3.2). Der Wortlaut von Art. 49 Abs. 1 ATSG lässt offen, ob der Erlass der schriftlichen Verfügung erst auf besonderes Verlangen der betroffenen Person oder bereits dann erfolgt, wenn der Versicherungsträger das fehlende Einverständnis erkennt. Jedenfalls muss der Versicherungsträger in jenen Fällen eine Verfügung erlassen, in denen das fehlende Einverständnis der versicherten Person von vornherein feststeht. Es kann aber auch bei einer Leistungseinstellung zunächst ein Entscheid im formlosen Verfahren getroffen werden, da der Versicherungsträger annehmen kann, die versicherte Person lasse sich von der Richtigkeit der Entscheidung überzeugen (KIESER, a.a.O., Art. 49 N 27). Hat ein Versicherungsträger formlos und nicht mittels Verfügung in ablehnendem Sinn entschieden, kann Art. 51 ATSG, der sich nur auf das zulässige formlose Verfahren bezieht, keine direkte Anwendung finden. Ebenso wenig kommt ein unmittelbares Abstellen auf Art. 49 Abs. 3 Satz 3 ATSG in Frage, da keine Verfügung - auch nicht eine mangelbehaftete - vorliegt. Das Gesetz enthält somit für den vorgenannten Fall - Entscheid im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG, der laut Art. 49 Abs. 1 ATSG in Verfügungsform hätte ergehen müssen - keine ausdrückliche Regelung. Damit das Verfahren in die gesetzlich vorgesehenen Wege gelenkt und der versicherten Person der Rechtsweg geöffnet wird, ist jedoch - wie bereits erwähnt - der (bisher nicht erfolgte) Erlass einer formellen Verfügung notwendig. Dementsprechend drängt sich in Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG die Lösung auf, dass die versicherte Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann. In diesem



Zusammenhang stellt sich insbesondere die Frage nach allfälligen zeitlichen Grenzen dieser Befugnis (BGE 134 V 149 E. 5.1). In BGE 134 V 152 E. 5.3.2 legte das Bundesgericht fest, dass der betroffenen Person eine Frist von einem Jahr zur Verfügung stehe, um an den Versicherungsträger zu gelangen und den Erlass einer formellen Verfügung zu verlangen. Dies mit Blick auf das Gebot der Rechtssicherheit sowie den Verfassungsgrundsatz von Treu und Glauben (BGE 134 V 150 E. 5.2). Der im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG erlassene Entscheid erwächst also nach einer einjährigen Frist - wie die Verfügung im Anwendungsbereich von Art. 49 ATSG nach 30 Tagen (vgl. Art. 52 Abs. 1 ATSG) - in der Regel in Rechtskraft. Damit ergibt sich eine Rechtslage, die mit derjenigen bei formellen Verfügungen übereinstimmt (KIESER, a.a.O., Art. 51 N 8 und N 26).

3.3 Im konkreten Fall durfte sich die Beschwerdegegnerin beziehungsweise auf ihr Schreiben vom 20. März 2012 nicht auf Rechtssicherheit hinsichtlich ihrer Ablehnung von Versicherungsleistungen für eine neuropsychologische Therapie berufen und von einer Rechtskraft desselben ausgehen; dies mit der Begründung, der Rechtsvertreter der Beschwerdeführer habe erst mit Schreiben vom 7. November 2013 (also ca. 20 Monate später) die Leistungsablehnung beanstandet und die Zustellung einer anfechtbaren Verfügung verlangt (act. A151).

3.3.1 Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin keine Verfügung gemäss Art. 49 ATSG erlassen hat. Der Erlass einer solchen hätte bewirkt, dass die Beschwerdeführerin auf den Rechtsweg verwiesen worden wäre und damit verpflichtet gewesen wäre, aktiv zu werden (vgl. Art. 52 ATSG). Das Schreiben vom 20. März 2012 enthielt nicht einmal einen Hinweis auf die Befugnis, eine formelle Verfügung zu verlangen. Im Weiteren bestehen keine Hinweise auf eine Sachkundigkeit der Beschwerdeführerin im Sozialversicherungsrecht (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 51 N 21).

3.3.2 Um Erlass bzw. Zustellung einer anfechtbaren Verfügung wurde die Beschwerdegegnerin wortwörtlich zwar erst von Rechtsanwalt Jäger mit Schreiben vom 21. Dezember 2013 und damit ca. 21 Monate nach dem Schreiben vom 20. März 2012 ersucht (act. A157). Aufgrund der in den Akten dokumentierten Korrespondenz durfte die Beschwerdegegnerin dennoch nicht davon ausgehen, von Seiten der Beschwerdeführerin würden innerhalb eines Jahres nach dem Schreiben vom 20. März



2012 keine Ansprüche mehr auf Heilbehandlungsleistungen, konkret auf Leistungen für eine neuropsychologische Therapie, erhoben. Bereits mit E-Mail vom 30. März 2012 und damit 10 Tage später gelangte die Beschwerdeführerin an ihre ehemalige Case Managerin L. \_\_\_ mit der Frage, ob sie ihr betreffend Kostengutsprache für die empfohlene neuropsychologische Therapie weiterhelfen und allenfalls den Schadenfall nochmals mit der Beschwerdegegnerin anschauen könne (act. A116). Die Beschwerdegegnerin erhielt vom Anliegen der Beschwerdeführerin insofern Kenntnis, als der Gruppenleiter Case Management der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 2. April 2012 unter Bezugnahme auf die E-Mail mitteilte, dass an der Richtigkeit des Entscheides der Beschwerdegegnerin nicht zu zweifeln sei und der Beschwerdegegnerin eine Kopie dieses Schreibens zustellte. Trotz des eindeutigen Protestes der Beschwerdeführerin bot ihr der Gruppenleiter Case Management nur eine telefonische "Vertiefung" der Angelegenheit an, wies sie jedoch nicht auf die rechtliche Möglichkeit, eine Verfügung zu verlangen, hin (act. A117). Dies hätte er jedoch mit Blick auf die in Art. 27 ATSG statuierte Aufklärungspflicht machen müssen. Es kann nicht angehen, dass sich die Unfallversicherung formwidrig verhalten darf und von der rechtsunkundigen versicherten Person verlangt wird, mehrfach zu intervenieren bzw. zu erkennen, dass sie eine Verfügung verlangen muss. Am 12. Dezember 2012 erging sodann der Bericht von Dr. N. \_\_\_ an Dr. E. \_\_\_, worin Dr. N. \_\_\_ die Fortführung des Neurofeedbacktrainings und die Übernahme der Kosten der Biofeedbackbehandlung durch die Unfallversicherung empfahl. Eine Kopie dieses Berichts wurde der Beschwerdegegnerin ebenfalls zugestellt (act. M21). Am 11. Juni 2013 folgte schliesslich eine Erklärung der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin, diese sei mit der Leistungsablehnung hinsichtlich Kosten für die neuropsychologische Therapie nicht einverstanden (act. A129). Vor diesem Hintergrund ergibt sich eine Konstellation, gemäss welcher der Beschwerdegegnerin in regelmässigen Abständen, welche nie länger als 9 Monate dauerten, bekannt gemacht wurde, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für eine neuropsychologische Therapie erhebt bzw. gegen die Leistungsablehnung vom 20. März 2012 interveniert. Im Übrigen ist anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin stets die Möglichkeit gehabt hätte, in Verfügungsform über den streitigen Anspruch zu entscheiden und damit Rechtssicherheit zu schaffen. Dies hat sie jedoch nicht getan. Zu ergänzen ist, dass die Beschwerdeführerin nach der



Leistungsablehnung vom 20. März 2012 auch tatsächlich in neuropsychologischer Behandlung war (act. A170).

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Schreiben vom 20. März 2012 keine Rechtswirksamkeit im Sinne einer Rechtskraft erlangt hat, da die Beschwerdeführerin rechtzeitig den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hat. Dem angefochtenen, auf der Verfügung vom 9. Januar 2014 (act. A159) basierenden Einspracheentscheid vom 26. Februar 2015 (act. A173) kann damit in der Begründung nicht gefolgt werden.

4.

4.1 Angesichts des Gesagten ist die Beschwerdegegnerin zum Erlass einer anfechtbaren Verfügung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 ATSG zu verpflichten, wobei sie materiell-rechtlich darüber zu entscheiden haben wird, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Heilbehandlungsleistungen bezüglich der von ihr subjektiv geklagten neuropsychologischen Beschwerden - Konzentrations- und Erinnerungsstörungen - hat.

4.2 Im Sinne eines obiter dictum ist anzumerken, dass einiges in den vorliegenden medizinischen Akten für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der von Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ beantragten neuropsychologischen Therapie inklusive weiterer neuropsychologischer Testungen (act. M18, A111) spricht. Neben Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ (act. M18) befürworten ebenso Dr. N.\_\_\_\_ (act. M21) und lic. phil. P.\_\_\_\_ (act. M29) und ferner offenbar auch Dr. E.\_\_\_\_ (act. M19, vgl. dazu auch act. A118) eine neuropsychologische Therapie, wobei sie nicht eindeutig festzustellen vermögen, ob die neuropsychologischen Defizite der Beschwerdeführerin somatisch bzw. hirnorganisch bedingt und im Unfall vom 4. Juli 2009 begründet sind (vgl. natürliche und adäquate Unfallkausalität: BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ und lic. phil. P.\_\_\_\_ schlagen deshalb zusätzliche medizinischen Abklärungen vor. Laut den Berichten von Dipl. Psych. H.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ könnten die kognitiven Störungen der Beschwerdeführerin strukturell hirnorganisch, neurologisch oder psychiatrisch begründet sein.



5.

5.1 In Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 2. April 2015 unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 26. Februar 2015 in dem Sinn gutzuheissen, als die Streitsache zur Prüfung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Vergütung der Kosten einer neuropsychologischen Therapie, allenfalls inklusive weiterer neuropsychologischer Testungen, und zum Erlass einer entsprechenden anfechtbaren Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Angesichts der Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 26. Februar 2015 aufgehoben und die Streitsache zur Prüfung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Vergütung der Kosten einer neuropsychologischen Therapie, allenfalls inklusive weiterer neuropsychologischer Testungen, und zum Erlass einer entsprechenden anfechtbaren Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.



Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von

Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.