



**Fall-Nr.:** UV 2011/96  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 24.03.2015  
**Entscheiddatum:** 24.03.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.03.2015**

**Art. 6 Abs. 1 UVG, Art. 18 Abs. 1 UVG, Art. 24 Abs. 1 UVG. Beweiskraft eines Gerichtsgutachtens. Adäquanz psychischer Beschwerden anhand der Psycho-Praxis verneint. Aufgrund der physischen Unfallrestfolgen wird der Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 20% und eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 10% bejaht. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2015, UV 2011/96). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_354/2015 und 8C\_362/2015. Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Della Batliner. Entscheid vom 24. März 2015 in Sachen A. \_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Kehl, Poststrasse 22, Postfach 118, 9410 Heiden, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen Sachverhalt:**

A.

A.a A. \_\_ (nachfolgend: Versicherte) arbeitete seit dem 8. Januar 2007 bei der B. \_\_ AG als angestellte Produktionsmitarbeiterin. Sie war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 7. März 2008 bei der Autobahnausfahrt in C. \_\_ einen Autounfall mit Heckauffahrkollision und anschliessender Kollision auf der Fahrerseite erlitt (Suva-act. 1, 9). Gleichentags wurde die Versicherte im Spital D. \_\_ aufgenommen und hielt sich bis am 10. März 2008 dort auf. Anschliessend wurde sie für die Rehabilitationsbehandlung zunächst in das Spital E. \_\_ verlegt, danach hielt sie sich vom 26. März bis 30. April 2008 in der Klinik Valens, Rehabilitationszentrum, auf (Suva-act. 6, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 60). Es wurden eine stabile vordere und hintere



Beckenringfraktur linksseitig, eine Rissquetschwunde der linken Augenbraue sowie eine Commotio cerebri diagnostiziert (Suva-act. 13). Am 30. April 2008 wurde eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt (Suva-act. 18). Bis zum 18. Mai 2008 bestand eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, danach wurde der Versicherten bis 1. Juni 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert (Suva-act. 15/2, 21). Anschliessend wurde eine Physiotherapie im Kantonalen Spital E.\_\_\_\_ durchgeführt (Suva-act. 16/2). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 13. Juni 2008 sah Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ab 1. Mai 2008 bis auf weiteres als ausgewiesen an (Suva-act. 45, 47).

A.b Mit Bericht vom 16. Juni 2008 (Suva-act. 56) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik, eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) vor dem Hintergrund einer Extremtraumatisierung in der Kindheit, einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung, eine Anpassungsstörung bei Veränderung der Lebensumstände (Migration) und den Verlust eines nahen Angehörigen in der Kindheit. Es habe sich insgesamt der Eindruck ergeben, dass die psychische Einschränkung der Versicherten seit längerer Zeit und bereits vor dem Unfallereignis vorgelegen habe.

A.c Eine Beckenübersicht und Computertomographie des knöchernen Beckens vom 24. Juni 2008 ergab eine Dislokation des oberen und unteren Schambeinasts bzw. eine nicht konsolidierte vordere Beckenringfraktur links sowie eine ebenfalls ältere, jedoch stabile Fraktur im Bereich des Os sakrums links (Suva-act. 57).

A.d Mit Schreiben vom 27. Juni 2008 kündigte die B.\_\_\_\_ AG das Anstellungsverhältnis auf den 31. August 2008 (Suva-act. 59/2).

A.e Eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirnschädels und der HWS vom 16. Juli 2008 (Suva-act. 68) ergab mindestens fünf kleine Demyelinisierungsherde im frontalen Marklager beidseits (von der Anamnese und Lokalisation her vereinbar mit Residuen eines Schertraumas des Gehirns; diffuse axonale Verletzung) sowie eine Streckhaltung der HWS mit paradoxer Kyphosierung der HWS, jedoch kein Anhaltspunkt auf posttraumatische Veränderungen. Vom 2. September bis 29. Oktober 2008 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik Bellikon zur stationären Rehabilitation



## St.Galler Gerichte

auf (Suva-act. 97/1, 99). Im Austrittsbericht vom 4. November 2008 wurde ab 30. Oktober 2008 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für alle beruflichen Tätigkeiten attestiert (Suva-act. 99/2).

A.f Am 28. Januar 2009 wurde eine biomechanische Kurzbeurteilung erstellt (Suva-act. 141).

A.g Seit 10. Februar 2009 befand sich die Versicherte in ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberärztin im Psychiatrischen Zentrum I.\_\_\_\_ (Suva-act. 164).

A.h Vom 4. Mai bis 30. Juni 2009 hielt sich die Versicherte erneut stationär in der Rehaklinik Bellikon auf (Suva-act. 176, 198, 204). Ab 4. August 2009 wurde jeweils an zwei Vormittagen pro Woche eine Beschäftigung im geschützten Rahmen (Haushaltstraining) im Haus J.\_\_\_\_ durchgeführt (Suva-act. 193, 198/1, 220). Ende Oktober 2009 wurde diese Beschäftigung aufgrund fehlender Motivation der Versicherten beendet (Suva-act. 238/5, 241/1, 243).

A.i Die MRT vom 18. Mai 2010 führte eine Chondrose L4/L5 mit posteromedialer Rissbildung im Anulus fibrosus zutage, begleitet von einem minimalen Nucleus pulposus Prolaps (Suva-act. 299).

A.j Am 22. November 2010 wurde eine interdisziplinäre Zusammenfassung der Rehaklinik Bellikon erstellt (Suva-act. 337).

A.k Mit Verfügung vom 17. Februar 2011 (Suva-act. 351) stellte die Suva die Versicherungsleistungen mangels adäquater Unfallfolgen auf den 28. Februar 2011 ein und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung.

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte am 28. März 2011 Einsprache erheben (Suva-act. 352).



## St.Galler Gerichte

B.b In der Beurteilung vom 24. Mai 2011, welche die Suva eingeholt hatte, empfahl Dr. med. K.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH einen Beinlängenausgleich und sah lumbal mittel- und langfristig eine Kräftigungstherapie als indiziert an (Suva-act. 356).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2011 wurde die Einsprache vom 28. März 2011 abgewiesen (act. G 1.2).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid liess die Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Kehl, Heiden, am 25. November 2011 Beschwerde erheben (act. G 1) und beantragen, der Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2011 sowie die Verfügung vom 17. Februar 2011 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, ihr weiterhin und rückwirkend die gesetzlichen Leistungen auszurichten, ihr insbesondere weiterhin Pflege- und Heilungskosten zu ersetzen, Taggelder auszurichten oder ihr eventualiter eine Integritätsentschädigung und eine Rente auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zudem wurde die Erstellung eines Gerichtsgutachtens zur Ursache des Befundes Riss im Anulus fibrosus sowie eines polydisziplinären Gutachtens zur Überprüfung des medizinischen Sachverhalts beantragt. Zur Begründung liess die Beschwerdeführerin insbesondere vorbringen, die Adäquanzbeurteilung sei nach BGE 117 V 359 bzw. BGE 117 V 378 (Schleudertrauma-Praxis) vorzunehmen. Der dritte Bericht der Rehaklinik Bellikon sei völlig konträr und widersprüchlich zu den vorherigen Berichten und sei im Hinblick auf den Fallabschluss erstellt worden. Die Adäquanzprüfung sei zu früh erfolgt, insbesondere bestehe der Anspruch auf Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG. Der Unfall habe mit einer traumatischen Hirnverletzung (MTBI), einer HWS-Distorsion, erheblichen neuropsychologischen Funktionsstörungen, schlecht verheilten Beckenfrakturen und einem Riss im Anulus fibrosus organisch hinreichend nachweisbare Verletzungen zur Folge gehabt. Der Unfall sei als schweres Unfallereignis zu qualifizieren und der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen, da die massgebenden Kriterien erfüllt seien. Allein in Bezug auf die Beckenfraktur stelle sich bereits die Frage einer Integritätsentschädigung.



## St.Galler Gerichte

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2012 (act. G 4) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und beantragte die Edition sämtlicher IV-Akten vor Einleitung des zweiten Schriftenwechsels. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 28. Februar 2011 hätten weder physische noch psychische Unfallfolgen vorgelegen. Die Adäquanzprüfung habe nach der Psycho-Praxis zu erfolgen. Hinsichtlich der objektivierbaren physischen Unfallfolgen sei der medizinische Endzustand bzw. der Status quo sine/ante längst erreicht und es ständen gar keine Eingliederungsmassnahmen der IV zur Diskussion, weshalb die Adäquanzprüfung keinesfalls als verfrüht gelten könne. Es sei höchstens von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen auszugehen. Ein adäquater Kausalzusammenhang sei zu verneinen, da kein einziges der massgebenden Kriterien erfüllt sei.

C.c Mit Replik vom 12. März 2012 (act. G 12) hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an seinem Standpunkt fest und legte das Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes Spital D.\_\_\_\_ (act. G 12.2), den Verlegungsbericht vom 10. März 2008 des Spitals D.\_\_\_\_ (act. G 12.3), den CT-Bericht vom 7. März 2008 (act. G 12.4) sowie das neurologische Gutachten vom 9. Dezember 2011 von Dr. med. L.\_\_\_\_, Neurologie FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, die Beurteilung vom 24. Mai 2011 von Dr. K.\_\_\_\_, die Stellungnahme zu neuropsychologischen Vorakten vom 20. April 2011 von lic. phil. M.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, und die Beurteilung vom 23. März 2011 von Prof. Dr. med N.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neuroradiologie, Klinik O.\_\_\_\_ (act. G 12.5), bei.

C.d Mit Duplik vom 5. April 2012 (act. G 15) hielt die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Anträgen fest.

C.e Mit Schreiben vom 11. April 2012 (act. G 16) wurden die IV-Akten beigezogen und den Parteien Gelegenheit zur ergänzenden Stellungnahme geboten.

C.f Am 27. April 2012 (act. G 20) wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtsverbeiständung bewilligt.



## St.Galler Gerichte

C.g Mit Eingabe vom 29. Mai 2012 (act. G 25) nahm die Beschwerdeführerin insofern Stellung, als sie geltend machte, die Beschwerdegegnerin habe den ihr obliegenden Beweis des Erreichens des Status quo ante/sine bezüglich der Beckenverletzung nicht erbracht. Der blosser Hinweis auf angeblich fehlende Nackenbeschwerden innerhalb der ersten 72 Stunden nach dem Unfallereignis vermöge sodann nicht nachzuweisen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 7. März 2008 kein HWS-Trauma erlitten habe bzw. diesbezüglich der natürliche Kausalzusammenhang dahingefallen sei.

C.h Mit Eingabe vom 13. Juni 2012 (act. G 27) hielt die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Ausführungen fest.

C.i Das Versicherungsgericht St. Gallen gab am 26. April 2013 beim Universitätsspital Basel, asim, Versicherungsmedizin, eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag (Suva-act. G 57). Das Gutachten vom 15. Oktober 2014 (act. G 68) wurde den Parteien am 21. Oktober 2014 zur Stellungnahme unterbreitet. Beide Parteien liessen sich am 5. Januar 2015 hierzu vernehmen (act. G 77ff.).

### Erwägungen:

1.

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53ff.). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 111, E. 2).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch



die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Doch kann den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

1.3 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.6; BGE 125 V 351 E. 3a und 3b/aa mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, N35 zu Art. 43).

2.

2.1 Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung aufgrund des Unfalls vom 7. März 2008 zu Recht auf den 28. Februar 2011 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung verneint hat.

2.2 Vor Beurteilung dieser Fragestellungen sind das vom Versicherungsgericht eingeholte Gutachten des Universitätsspitals Basel vom 15. Oktober 2014 (act. G 68)



und die entsprechenden Teilgutachten zunächst auf ihre Schlüssigkeit und Beweistauglichkeit hin zu prüfen. Während die Beschwerdeführerin keine Einwendungen gegen das asim-Gutachten äussert (vgl. act. G 77), bringt die Beschwerdegegnerin verschiedene Rügen gegen die orthopädische Zumutbarkeitsbeurteilung vor, die nachfolgend auf ihre Stichhaltigkeit zu überprüfen sind.

2.3 Im orthopädischen Fachgutachten vom 23. November 2013 (act. G 68.3 S. 5f.) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

1. chronisches Zervikalsyndrom mit Halswirbelsäulenfehlform und erheblicher HWS-Motilitätsstörung bei Status nach HWS-Distorsion bei Autounfall vom 7. März 2008
2. chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei
  - Beckenschiefstand nach links durch Beinlängendifferenz mit linkskonvexer lumbaler Ausgleichskrümmung
  - permanenter struktureller Statikveränderung aufgrund Diagnose 3 mit
  - Chondrose L4/5, kleinem Anulusriss und minimaler Nukleusprotrusion
3. Status nach vorderer Beckenringfraktur links und intraartikulärer Fraktur der linken Massa lateralis des Os sakrum anlässlich Autounfall vom 7. März 2008 mit
  - Konsolidierung in Fehlstellung der Schambeinäste mit Verlagerung des Hüftgelenkszentrums links
  - konsekutiver permanenter Statikverschlechterung durch Änderung der Hebelverhältnisse
  - sekundärem ISG-Syndrom

2.4



2.4.1 Nach Ansicht der Beschwerdegegnerin kann insbesondere nicht auf die orthopädische Zumutbarkeitsbeurteilung abgestellt werden, da der orthopädische Gutachter ein unfallkausales organisches Substrat an der Halswirbelsäule anhand von Funktionsaufnahmen festgestellt habe und dies nach höchstrichterlicher Rechtsprechung keine Unfallkausalität von HWS-Beschwerden beweismässig belege.

2.4.2 Der orthopädische Fachgutachter, Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, Orthopädie FMH, Orthopädische Universitätsklinik Basel, hielt fest, der klinische und radiologische Befund an der Halswirbelsäule sei ungewöhnlich. Bei freier Rotation und Seitneigung sei isoliert die Inklination stark eingeschränkt. Radiologisch durch die aktuellen Funktionsaufnahmen bildgebend belegt finde sich in Spontanhaltung eine Streckstellung der oberen HWS, die sich in Reklination nicht lordosiere, während sich hingegen in Inklination die untere HWS nicht kyphosiere und die Grundlordose unverändert ohne Beugung bleibe und nur die obere HWS und hauptsächlich C4/5 ca. 20° kyphosiere. Im Atlantookzipitalgelenk sei dabei kaum eine messbare Flexion festzustellen. Es sei nicht denkbar, dass ein solch ungewöhnliches, abschnittsweise konträres Bewegungsverhalten der Wirbelsäulensegmente bei fehlender Einsteifung durch Spondylophyten psychogen entstehen oder willentlich produziert werden könnte. Nur ein zugrunde liegender organischer Mechanismus etwa an Gelenkkapseln, dorsalen Faszien oder lokaler Mikroinnervation sei dafür vorstellbar, und es sei unmöglich, den Unfall vom 7. März 2008 mit einer HWS-Distorsion wegzudenken, deren Krafteinwirkung gemäss biomechanischer Analyse von Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Rechtsmedizin, Dozent für Trauma – Biomechanik, vom 23. Januar 2009 (vgl. Suva-act. 141) die Befunde "eher erkläre", ohne dass nicht auch diese Motilitätsstörung wegfielen, für die keine sonstige Ursache erkennbar sei, sodass der orthopädische Gutachter von einem überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. März 2008 ausgehe.

2.4.3 Zwar trifft es zu, dass in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung festgehalten wurde, die fachärztlichen Meinungen hinsichtlich des Aussagewerts von fMRT-Untersuchungen des kraniozervikalen Übergangs gingen stark auseinander und solche Untersuchungen fielen als einzige Grundlage für eine verlässliche Beurteilung von HWS-Beschwerden ausser Betracht (vgl. BGE 135 V 231 E. 5.3). Doch besteht deswegen kein Anlass, einer orthopädischen Beurteilung den Beweiswert bereits



deshalb abzusprechen, weil zur Untermauerung der darin erhobenen medizinischen Befunde Funktionsaufnahmen beigezogen wurden. Im von der Beschwerdegegnerin angeführten nicht publizierten Entscheid des Bundesgerichts wurde davon abgesehen, eine fMRI-Untersuchung anzuordnen, da kein entscheidrelevanter Aufschluss zu erwarten sei (Urteil vom 17. September 2008, 8C\_9/2008, E. 2). Vorliegend liegt der Befund aus den Funktionsaufnahmen bereits vor und dieser geht einher mit den ungewöhnlichen klinischen Befunden an der Halswirbelsäule. Auch im in der Radiologie R.\_\_\_\_ angefertigten MR der HWS vom 16. Juli 2008 wurde eine Streckhaltung der HWS mit paradoxer Kyphosierung der HWS festgehalten (Suva-act. 68). Der dortige Facharzt für Radiologie, Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_, fand damals keinen Anhaltspunkt auf posttraumatische Veränderungen. Nach gründlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin kommt nunmehr der orthopädische Fachgutachter zum nachvollziehbaren Schluss, es sei undenkbar, ein solch ungewöhnliches, abschnittsweise konträres Bewegungsverhalten der Wirbelsäulensegmente bei fehlender Einsteifung durch Spondylophyten willentlich zu produzieren oder auf eine psychogene Entstehung zurückzuführen. Für den sehr erfahrenen orthopädischen Gutachter Prof. P.\_\_\_\_ kommt nur eine organische Ursache in Frage, wobei er aufgrund der grossen Krafteinwirkung – die zu einer Fraktur eines gesunden Beckenknochens in jungem Alter durch seitlichen Anprall im Sitzen führte – von einem überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. März 2008 ausging. Diese fachärztliche Schlussfolgerung ist nicht zu beanstanden und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Jedenfalls sind keine Gründe ersichtlich, die ein Abweichen von Prof. P.\_\_\_\_s fachärztlicher Feststellung notwendig erscheinen lassen.

## 2.5

2.5.1 Zudem führt die Beschwerdegegnerin an, bei der orthopädischen Zumutbarkeitsbeurteilung seien auch unfallfremde Veränderungen wie der Beckenschiefstand und die Chondrose L4/5 mit Riss im Anulus fibrosus mitberücksichtigt worden.



2.5.2 Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVG werden die Invalidenrenten und Integritätsentschädigungen angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise die Folge eines Unfalles ist (Satz 1). Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, werden dabei nicht berücksichtigt (Satz 2). Durch die Regelung in Art. 36 Abs. 2 Satz 2 UVG wird das Kausalitätsprinzip abgeschwächt, um die Schadensabwicklung bei unfallfremden Vorzuständen zu erleichtern und zu vermeiden, dass die versicherte Person sich an mehrere Versicherungsträger wenden muss (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 193 mit Hinweisen auf Rechtsprechung).

2.5.3 In Bezug auf den Beckenschiefstand äusserte sich Prof. P.\_\_\_\_ dahingehend, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein idiopathischer Beinlängenunterschied mit Verkürzung links als stummer Vorzustand mit konsekutiver linkskonvexer skoliotischer Ausgleichshaltung vorgelegen habe. Eine solche sei in der Regel schmerzlos, bis es im späteren Alter zu Degenerationsvorgängen an der Wirbelsäule kommen könne. Bei der am 18. Mai 2010 kernspintomographisch festgestellten Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit Riss im Anulus fibrosus und minimaler Nucleus pulposus Protrusion sei vom gewöhnlichen idiopathischen Entstehungsweg auf sogenannt degenerativer Basis auszugehen und ein Unfallzusammenhang nur möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich (auch wenn die Beschwerdeführerin zum Unfallzeitpunkt erst 24 Jahre alt gewesen sei), da zeitnah keine Wurzelsymptomatik und keine lokale Schmerzproblematik bestanden hätten. An der Persistenz der Rückenbeschwerden nach der initialen kontusionsbedingten Schmerzauslösung (die Fraktur eines gesunden Beckenknochens in jungem Alter durch seitlichen Anprall im Sitzen zeuge von grosser Krafteinwirkung) hält der orthopädische Gutachter neben der Chondrose L4/5 und der Beinlängendifferenz wesentlich auch die unfallkausale Statikveränderung auf dem Weg über eine muskuläre Dysbalance für mitbeteiligt.

2.5.4 Insofern hält Prof. P.\_\_\_\_ die Folgen der Beckenringfraktur und der in Fehlstellung konsolidierten Schambeinäste als massgebliche (Teil-)Ursache der weiterhin beklagten somatischen Beschwerden im lumbosakralen Bereich. Unbestrittenermassen verbleiben als eindeutige, alleinige und strukturelle Unfallfolgen der iliosakrale Schmerzzustand und die ungünstige statische Auswirkung auf die linke Beckenbein- und Lendenmuskulatur (vgl. Diagnose 3, E. 2.3). Diese klar unfallbedingte



Ursache bewirkt jedoch zugleich zusammen mit der konstitutionellen Prädisposition der Beschwerdeführerin (Beckenschiefstand) das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom und sie unterhält es auch. Diese gemeinsame Verursachung durch die sich überschneidenden Krankheitsbilder zeigt sich insbesondere auch in der Diagnosestellung im asim Gutachten (vgl. Diagnose 2: Formulierung "bei" mit Verweis auf Diagnose 3, E. 2.3; vgl. auch Gesamtgutachten S. 4). Die Beinlängendifferenz hatte als stummer Vorzustand zwar schon vor dem Unfallereignis am 7. März 2008 bestanden. Doch hatte sich der Beckenschiefstand zum Zeitpunkt des Unfalles (noch) nicht auf die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt und hätte gemäss orthopädischem Gutachten erst im späteren Alter zu Degenerationsvorgängen an der Wirbelsäule führen können, weshalb aufgrund dieses zusammenhängenden Gesundheitsschadens eine ungekürzte Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Sinne des Art. 36 Abs. 2 Satz 2 UVG besteht (vgl. auch Urteil vom 30. September 2009, 8C\_181/2009, E. 5).

2.5.5 Zur Ätiologie der Chondrose L4/5 mit Riss im Anulus fibrosus und minimaler Nucleus pulposus Protrusion hält der orthopädische Gutachter klar fest, ein Unfallzusammenhang sei nur möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch im Hauptgutachten wird diese Diagnose explizit als unfallfremder Faktor aufgeführt (vgl. act. G 68 S. 4). Bei der Formulierung des orthopädischen Zumutbarkeitsprofils begründet Prof. P.\_\_\_\_ die orthopädisch bedingte Einschränkung durch den vermehrten Pausenbedarf, der aufgrund der schmerzhaften HWS-Motilitätsstörung, der Statikstörung der LWS und des sekundären ISG-Syndroms notwendig sei (vgl. Diagnosen 1 und 3, E. 2.3). Die Chondrose L4/5 mit kleinem Anulusriss und minimaler Nukleusprotrusion wurde somit als unfallfremder Faktor ausgesondert und im Zumutbarkeitsprofil nicht als unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (vgl. orthopädisches Fachgutachten, S. 8, act. G 68.3). Die diesbezügliche Rüge der Beschwerdegegnerin ist somit unbegründet.

2.6 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den gutachterlichen Schlussfolgerungen von Prof. P.\_\_\_\_ noch aus den Vorbringen der Beschwerdegegnerin Gründe, um vom orthopädischen Fachgutachten abzuweichen. Dieses erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Beurteilungen gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.2f.). Gemäss der orthopädischen Beurteilung ist qualitativ eine



leichte, wechselbelastende Arbeit in Tischhöhe ohne Vorneigehaltung, Bücken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 4 kg, mit regelmässigem, ca. stündlichem Positionswechsel, ohne Kälteeinfluss, zumutbar. Die quantitative Einschränkung ist orthopädisch durch den vermehrten Pausenbedarf aufgrund der schmerzhaften HWS-Motilitätsstörung, der Statikstörung der LWS und des sekundären ISG-Syndroms begründet. Prof. P.\_\_\_\_ schätzte die theoretische zeitliche Einschränkung nach bestem Wissen und Gewissen auf 20% ein ohne zusätzliche Leistungseinbusse. Bei gleicher oder höherer zeitlicher Einschränkung in den Beurteilungen der übrigen Fachgebiete sei die orthopädisch begründete darin eingeschlossen und nicht additiv zu werten. Auf diese orthopädische Zumutbarkeitsbeurteilung ist abzustellen.

3.

3.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob den neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Fachgutachten sowie dem Gesamtgutachten mit Konsensbesprechung ebenfalls die von der Rechtsprechung geforderte Beweiskraft zukommt.

3.2

3.3 Im neurologischen Fachgutachten vom 12. November 2013 (act. G 68.4) stellte Dr. med. et phil. T.\_\_\_\_, Neurologie FMH, folgende Diagnosen:

1. Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz

- mit Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente

2. Chronisches Zervikalsyndrom

- ohne Anhaltspunkte für sensibles oder motorisches radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom

3. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

- ohne Anhaltspunkte für sensibles oder motorisches radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom



4. Neurokognitive Störung mit verhaltensneurologischen Auffälligkeiten im Rahmen psychiatrischer Komorbidität und eines möglichen hirnorganischen Psychosyndroms bei Diagnose 5

5. Status nach Autounfall mit Heck- und Seitkollision vom 7. März 2008 mit

- milder traumatischer Hirnverletzung vom Grad I
- HWS-Distorsion

3.3.1 Insgesamt hielt Dr. T.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem 7. März 2008 an neu aufgetretenen Kopfschmerzen leide, welche formal die Kriterien für posttraumatische Kopfschmerzen gemäss IHS-Klassifikationen erfüllten; zudem beständen wenig spezifische Beschwerden mit einer Antriebsarmut, neurokognitiven und verhaltensneurologischen Auffälligkeiten. Das Gesamtbild solcher Störungen werde nach kraniozervikalen Beschleunigungstraumen sowie nach milder traumatischer Hirnverletzung häufig gesehen und zeige oft einen günstigen Verlauf, wie dies im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 22. November 2010 beschrieben werde. Dass diese Beschwerden initial unfallkausal ausgelöst worden seien, sei offensichtlich und sei in den Berichten bis ins Jahr 2009 auch weitgehend entsprechend anerkannt worden. Dies zweifle auch Dr. T.\_\_\_\_ nicht an. Dass der Verlauf jedoch dergestalt chronifiziere, wie er sich aktuell darstelle, wobei eine völlige Arbeitsunfähigkeit von der Explorandin im Rahmen der aktuellen Anamnese subjektiv empfunden und berichtet werde, sei nur "weder zwanglos noch vollumfänglich" durch die erlittene leichtgradige milde traumatische Hirnverletzung vom 7. März 2008 zu erklären. Obgleich Beschwerden nach milden traumatischen Hirnverletzungen wie im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 22. November 2010 beschrieben bei 10-15% der Patienten chronifizierten und auch der Schweregrad dieser chronischen Beschwerden nicht direkt mit dem Schweregrad der erlittenen MTBI korrelieren müsse, erstaune die Ausprägung der subjektiven Beschwerden, und der neurologische Gutachter vermute entsprechend das Mitwirken von erheblichen, im Verlauf führenden psychiatrischen und soziokulturellen Faktoren, welche eine zumindest partielle Reintegration der Beschwerdeführerin ins Erwerbsleben zusätzlich behindert haben möchten. In diesem Sinne könne Dr. T.\_\_\_\_ den Unfall vom 7. März 2008 lediglich als überwiegend



wahrscheinliche Ursache für einen organischen, geringen Anteil des weitläufigen aktuellen neurokognitiven Beschwerdebildes sehen. Führend seien psychiatrische soziokulturelle Faktoren, bezüglich deren er auf das Fach- und Hauptgutachten verweise. Dr. T. \_\_\_ gab keine Arbeitsfähigkeitsschätzung ab und verwies auf die Konsenskonferenz.

### 3.4

3.4.1 Im neuropsychologischen Fachgutachten vom 19. August 2014 (act. G 68.5 S. 19) stellten dipl.-psych. U. \_\_\_, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, und lic. phil. V. \_\_\_, Psychologin FSP, Neuropsychologin, die Diagnose einer nicht-authentischen neuropsychologischen Störung auf dem Boden möglicher echter, leicht bis maximal mittelgradiger Leistungseinbussen bei Status nach Autounfall mit Heck- und Seitkollision.

3.4.2 Die Performanzvalidierung mittels expliziter Symptomvalidierungsverfahren und testinternen Validitätsparametern aus den Bereichen Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Wahrnehmung, Motorik hätten im November 2013 als auch im Mai 2014 eine verminderte Anstrengungsbereitschaft der Beschwerdeführerin belegt. Daher könne nach dem Prinzip der kombinierten Unwahrscheinlichkeit, mehrere Beschwerdvalidierungstests nicht zu bestehen, für beide neuropsychologischen Untersuchungen der aktuellen Begutachtung eine unzureichende Anstrengungsbereitschaft als sicher gelten. Somit lieferten die beschriebenen Testresultate kein valides Bild des kognitiven Leistungsvermögens. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege die wahre Leistungsfähigkeit deutlich über der gezeigten. Bei fehlenden neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen bzw. Entwicklungsstörungen, welche das Testverhalten vollumfänglich erklären könnten, müsse eine willentliche Übertreibung der Beschwerden als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Entsprechend sei zu beiden Untersuchungszeitpunkten kein gültiges Testprofil erhaltbar gewesen. Aufgrund der nicht validen Testbefunde konnten die neuropsychologischen Gutachterinnen keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin machen.



3.5 Im psychiatrischen Fachgutachten vom 13. November 2013 (act. G 68.2) diagnostizierte Dr. med. W.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Panikstörung, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinflussten und unfallkausal seien. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der chronischen Schmerzstörung eine Einschränkung der Präsenzfähigkeit auf 70%. Zusätzlich beständen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten unter Zeit- und Leistungsdruck, so dass von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen sei. Es bestehe ein Bedarf an flexibler Pausengestaltung. Bei grosser Verunsicherung und langer Absenz vom Arbeitsmarkt sollte ein Arbeitstraining sehr behutsam begonnen und schrittweise das zeitliche Pensum erhöht werden. Als Möglichkeit zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung genannt.

3.6 Das neurologische, neuropsychologische und psychiatrische Fachgutachten sowie das Gesamtgutachten mit Konsensbesprechung sind umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Sie wurden in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation leuchten die Gutachten ein und die Schlussfolgerungen der Fachpersonen sind begründet. Es lassen sich keine Widersprüche finden, die ein Abweichen von der Gerichtsexpertise notwendig erscheinen lassen. Auf das beweiskräftige Gerichtsgutachten kann grundsätzlich abgestellt werden.

4.

4.1 Als unfallkausale somatische Restfolgen führt das Gerichtsgutachten ein chronisches Zervikalsyndrom mit Halswirbelsäulenfehlform und erheblicher HWS-Motilitätsstörung, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, einen Status nach vorderer Beckenringfraktur links und intraartikulärer Fraktur der linken Massa lateralis des Os sakrum anlässlich Autounfall vom 7. März 2008, einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz mit Verdacht auf Analgetika-induzierte



Kopfschmerzkomponente und eventuell eine nicht-authentische neuropsychologische Störung auf dem Boden möglicher echter leicht bis maximal mittelgradiger Leistungseinbussen auf.

4.2 Dr. T.\_\_\_\_ konnte im neurologischen Teilgutachten kein objektivierbares unfallkausales organisches Substrat erheben, welches das neurokognitive Beschwerdebild zu erklären vermochte. Die nach dem Unfall vom 7. März 2008 neu aufgetretenen Kopfschmerzen erfüllten zwar formal die Kriterien für posttraumatische Kopfschmerzen gemäss IHS-Klassifikation. Doch äusserte Dr. T.\_\_\_\_ ebenfalls den Verdacht auf eine Analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente und wies darauf hin, dass psychiatrische und soziokulturelle Faktoren führend seien. Diese Umstände lassen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der Kopfschmerzen stark in den Hintergrund treten. Im Übrigen konnte Dr. T.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht auch keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit ermitteln, weshalb sich Weiterungen erübrigen.

4.3 Die Beschwerdeführerin wurde zuerst am 14. und 15. November 2013 neuropsychologisch begutachtet. Aufgrund einer markant verminderten Anstrengungsbereitschaft, was zu durchweg nicht validen Befunden führte, wurde die neuropsychologische Untersuchung wiederholt. Die zweite Untersuchung erfolgte am 19. und 22. Mai 2014. Auch hier waren aufgrund der negativen Antwortverzerrung eventuell bestehende authentische schmerzbedingte kognitive Leistungseinbussen nicht nachweisbar. Aufgrund der nicht validen Testbefunde konnte aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemacht werden. Somit war eine neuropsychologische Störung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellen. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen.

4.4 Allfällige, aufgrund einer erlittenen Commotio cerebri (milde traumatische Hirnverletzung Grad I) weiterhin bestehende neuropsychologische Störungen konnten somit weder erhoben noch einem korrelierenden objektivierbaren organischen Substrat zugeordnet werden. Insbesondere beruhen die bei der MR-tomographischen Abklärung des Gehirns vom 16. Juli 2008 erstmals nachgewiesenen fünf demyelinisierenden Marklagerveränderungen im frontalen Bereich (vgl. Suva-act. 68) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einer traumatischen Genese (vgl.



act. G 68 Beilage 4 S. 6). Gemäss der von der Beschwerdeführerin eingeholten Beurteilung von Prof. N.\_\_\_\_ vom 23. März 2011 ist ein Zusammenhang mit einem Trauma unwahrscheinlich und der Krankheitswert der Veränderungen offen (act. G 12.5). Wie bereits erwähnt handelt es sich bei der vorderen Beckenringfraktur links, der intraartikulären Fraktur der linken Massa lateralis des OS sakrum sowie den in Fehlstellung konsolidierten Schambeinästen mit Verlagerung des Hüftgelenkszentrums links, der konsekutiven permanenten Statikverschlechterung durch Änderung der Hebelverhältnisse und dem sekundären ISG-Syndrom um eindeutige, alleinige und strukturelle Unfallfolgen. Auch eine HWS-Motilitätsstörung schränkt gemäss Prof. P.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in quantitativer Hinsicht ein. Der orthopädische Gutachter hält nachvollziehbarerweise fest, nur ein zugrunde liegender organischer Mechanismus etwa an Gelenkkapseln, dorsalen Faszien oder lokaler Mikroinnervation sei dafür vorstellbar. Es bestehe ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 7. März 2008. Damit ist in Bezug auf die somatischen Unfallrestfolgen auf das orthopädische Leistungsprofil abzustellen (vgl. E. 2.6).

5.

5.1 In psychiatrischer Hinsicht wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Panikstörung gestellt und als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge gewertet (vgl. Gesamtgutachten S. 11). Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen diesen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 7. März 2008 ist somit gegeben. Zu prüfen ist, ob auch ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

5.2 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. 5d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; 118 V 286, E. 3a). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die



versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 98 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

5.3 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteile vom 30. Januar 2007, U 215/05 und vom 15. März 2007, U 258/06). Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum



Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS - bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

5.4 Bei der Beschwerdeführerin wurde ein Schleudertrauma bzw. eine schleudertraumaähnliche Verletzung (Commotio cerebri) diagnostiziert (vgl. Suva-act. 13, 45, 60, 99). Die alleinige Diagnose "Commotio cerebri" rechtfertigt im konkreten Fall bereits deshalb nicht die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, weil es bei normalem GCS-Score (vgl. Suva-act. 45/2) an der geforderten Intensität fehlt (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2). Gemäss (nachträglich ausgefülltem, undatiertem) Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen (Suva-act. 120) hatten sich sofort nach dem Unfall Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen eingestellt. Innerhalb eines angemessenen Zeitraums manifestierten sich Schwindel und Übelkeit (vgl. Pflegeberichte Spital D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_; act. G 25.1 und G 25.2). Die psychischen Beschwerden sind jedoch vom somatischen Kern klar abgrenzbar und stehen dem Gerichtsgutachten und auch der übrigen Aktenlage zufolge seit geraumer Zeit zentral im Vordergrund (vgl. Gesamtgutachten S. 17; Suva-act. 45-1, 56, 99, 164, 198, 202, 204, 231, 238, 251, 333/9; zeitweise gingen die behandelnden Ärzte von einer organischen Persönlichkeitsstörung im Sinne eines Frontalhirnsyndroms aus). Sie gehen über das "sogenannt typische Beschwerdebild" hinaus und sind am ehesten im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen, d.h. als eigenständiges Leiden, zu interpretieren (act. G 68 S. 11). Entsprechend ist bei der Adäquanzprüfung die sogenannte Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) anzuwenden.

5.5

5.5.1 Auch bei der Beurteilung des Zeitpunkts des Fallabschlusses sind einzig physische Komponenten zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 4.1 und E. 6.1). Nach bundesgerichtlicher Praxis (BGE 134 V 109) ist die Adäquanzprüfung im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorzunehmen. Dem Gesetz lässt sich nicht entnehmen, zu welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer den Fall abschliessen und die Heilbehandlungen und Taggelder einstellen darf. Dieser Zeitpunkt ergibt sich jedoch aus Art. 19 Abs. 1 UVG,



wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, der Versicherer hat die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 und 2.2.3.1; 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands der versicherten Person bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. "Namhaft" bedeutet, dass die Besserung ins Gewicht fallen muss und unbedeutende Verbesserungen ebenso wenig genügen wie die blosse Möglichkeit einer Besserung (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2009, 8C\_25/2009, E. 4.1.1 mit Hinweisen).

5.5.2 Gemäss Gerichtsgutachten ist ein Endzustand für die somatischen Einschränkungen erreicht (act. G 68 S. 5 und 12). Der Zeitpunkt der Leistungseinstellung, d.h. der 28. Februar 2011, ist gemäss Prof. P.\_\_\_\_ adäquat als Zeitpunkt, ab welchem aus orthopädischer Sicht durch weitere Behandlungen am Bewegungsapparat keine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr erwartet werden konnte (act. 68.3 S. 8). Auch aus der übrigen Aktenlage ergibt sich nichts anderes (vgl. Suva-act. 337/8, 340).

5.5.3 Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung waren im November 2008 abgeschlossen (Suva-act. 103). Berufliche Reintegrationsmassnahmen werden im Gerichtsgutachten einzig in Bezug auf die psychiatrisch bedingten Einschränkungen empfohlen (vgl. S. 13f.). Selbst bei einer Verbesserung der psychischen Beschwerden würde aus orthopädischer Sicht eine bleibende quantitative Einschränkung von 20% ohne zusätzliche Leistungseinbusse persistieren.



5.5.4 Der Fallabschluss bzw. die verfügte Einstellung der vorübergehenden Leistungen ist somit zu Recht auf den 28. Februar 2011 erfolgt. Damit ist die Voraussetzung für die Adäquanzprüfung gegeben.

6.

6.1 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6) vom objektiv fassbaren Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für deren Entstehung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2; 2001 UV Nr. 8 S. 32 E. 3, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6c/aa): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen



und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind, ist die psychisch bedingte Beeinträchtigung auszuklammern und nur der somatische Anteil zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 6.1; 123 V 98 E. 2a).

6.2 Den Polizeiberichten zufolge stand der Personenwagen der Beschwerdeführerin an der Wartelinie, um dem querenden Verkehr den Vortritt zu gewähren, als ein Fahrzeug frontal ins Heck ihres Autos prallte. Aufgrund des Aufpralls wurde das Fahrzeug der Beschwerdeführerin nach vorne auf die Strasse gestossen und von einem von links herannahenden Personenwagen nochmals seitlich erfasst. Das Auto der Beschwerdeführerin drehte sich ca. 90° im Gegenuhrzeigersinn und kam in der Mitte der Strasse zum Stillstand (vgl. Suva-act. 9). Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 23. Januar 2009 (Suva-act. 141) erfuhr das Fahrzeug der Beschwerdeführerin bei der Heckkollision eine Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) in Vorwärtsrichtung, die innerhalb eines Bereichs von 10 bis 15 km/h gelegen haben dürfte. Etwa innerhalb oder oberhalb dieses Bereichs wurde die Geschwindigkeitsänderung beim zweiten seitlichen Anprall veranschlagt. Einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug werden in der Regel als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 E. 5.1.2 [U 380/04]). Dasselbe gilt auch für Doppelkollisionen mit primärer Heckkollision und sekundärer Frontkollision (Urteil des Bundesgerichts vom 30. August 2010, 8C\_580/2010, E. 5.2.1 mit Hinweis auf U 380/04; hier offengelassen, ob von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn auszugehen ist; die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung [ $\Delta v$ ] lag bei der ersten Kollision im Bereich von 12,4 bis 18,3 km/h und bei der zweiten Kollision innerhalb von 5,7 bis 8,7 km/h). Vorliegend handelte es sich bei der ersten Kollision um einen Auffahrunfall, bei dem die Unfallverursacherin das Gas- und Bremspedal verwechselte und mit ca. 30 km/h ins Heck des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin prallte (Suva-act. 9/11). Anders als in der oben beschriebenen Kasuistik geschah vorliegend kein klassischer Auffahrunfall im stauenden Kolonnenverkehr. Die Beschwerdeführerin erlitt nach einem Heckaufprall eine seitliche Kollision mit einem Personenwagen, der mit einer Geschwindigkeit von 30 bis 40 km/h fuhr (vgl. Suva-act. 9/15). Unter Berücksichtigung dieses augenfälligen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte – das Sitzgestell des Fahrersitzes war verzogen (vgl. Suva-act. 75/2) – ist der Unfall als mittelschweres



Ereignis im engeren Sinne zu qualifizieren. Die Adäquanz ist somit zu bejahen, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2011, 8C\_100/2011, E. 3.5).

6.3 Beim Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Das subjektive Empfinden bzw. Angstgefühl der versicherten Person findet bei der objektiven Betrachtungsweise keine Berücksichtigung. Eine gewisse Eindrücklichkeit ist jedem mindestens mittelschweren Unfall immanent und reicht nicht aus, um dieses Kriterium zu bejahen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010, 8C\_9/2010, E. 3.7.1 mit Hinweis auf Kasuistik). Die Beschwerdeführerin hatte gemäss Verlegungsbericht des Spitals D.\_\_\_\_ eine (anfängliche) retrograde Amnesie bezüglich des Ereignisses (Suva-act. 60; act. G 12.5). Bei der polizeilichen Befragung vom 11. März 2008 konnte sie den Unfallverlauf zwar schildern, gab aber an, keine Bilder im Kopf zu haben (Suva-act. 9/21). Das Ereignis hatte keinen lebensbedrohenden Charakter. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit sind somit nicht anzunehmen und das Kriterium ist zu verneinen.

6.4 An physischen Unfallfolgen erlitt die Beschwerdeführerin neben einer Rissquetschwunde der linken Augenbraue auch eine stabile vordere Beckenringfraktur links und eine intraartikuläre Fraktur der linken Massa lateralis des Os Sakrum. Auch die HWS-Motilitätsstörung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. März 2008 zurückzuführen. Prof. P.\_\_\_\_ stellte eine erhebliche HWS-Motilitätsstörung fest, die sich isoliert bei der Inklination stark einschränkend auswirkt und seiner fachärztlichen Ansicht nach überwiegend wahrscheinlich unfallkausal ist. Die Rissquetschwunde konnte mit drei Einzelknopfnähten versorgt und die Fäden zehn Tage nach dem Unfall gezogen werden (Suva-act. 13, 60-1). Es handelte sich hier nicht um eine schwere Verletzung mit bleibenden Folgen. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, wurde vom Bundesgericht bei einem Fall, wo sich eine versicherte Person eine Weber-C-Fraktur des Beckenrings, eine Sakrumfraktur links sowie eine Symphysensprengung zuzog, verneint (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2012, 8C\_638/2012, Sachverhalt A und E. 4.2.2).



Allein in Bezug auf die stabile vordere Beckenringfraktur links und intraartikuläre Fraktur der linken Massa lateralis des Os Sakrum ist das Kriterium sicherlich ebenfalls nicht als erfüllt zu betrachten. Unter Berücksichtigung der seit dem Unfallereignis vom 7. März 2008 ebenfalls bestehenden, doch erheblichen HWS-Motilitätsstörung kann jedoch das Kriterium bejaht werden, allerdings höchstens in einfacher Form.

6.5 Nach dem Unfall vom 7. März 2008 hielt sich die Beschwerdeführerin drei Tage im Spital D.\_\_\_\_ auf und wurde zur Rehabilitationsbehandlung ins Spital E.\_\_\_\_ verlegt. Vom 26. März bis 30. April 2008 folgte ein stationärer Reha-Aufenthalt in der Klinik Valens (Suva-act. 6, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 60). Vom 2. September bis 29. Oktober 2008 und vom 4. Mai bis 30. Juni 2009 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik Bellikon zur stationären Rehabilitation auf (Suva-act. 97/1, 99, 176; 198/1, 2; 204). Während dieser Zeit wurde die Beckenverletzung konservativ behandelt. Bereits nach dem ersten Reha-Aufenthalt war die Beschwerdeführerin in der Lage, ohne Stöcke zu gehen und Treppen wechselbeinig zu besteigen (vgl. Suva-act. 19). Die Fraktur des Os sakrums war gemäss CT-Untersuchung des knöchernen Beckens vom 24. Juni 2008 nur partiell, die vordere Beckenringfraktur links noch nicht konsolidiert (Suva-act. 57). Eine Konsolidierung dieser Frakturen konnte während des zweiten Reha-Aufenthalts ca. sechs Monate nach dem Unfall bildgebend festgestellt werden (Suva-act. 99). Die Rissquetschwunde heilte nach der Naht folgenlos ab. Hinsichtlich der HWS-Motilitätsstörung wurde keine ärztliche Behandlung vorgeschlagen. Physio- und medikamentöse Therapien, MTT, Ergotherapie, Tai-Chi-Kurse und hausärztliche Konsultationen erfüllen nicht die von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen an ärztliche Behandlungen. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist somit vorliegend nicht auszugehen.

6.6 Zur Beurteilung des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen sind von den weiterhin geklagten Beschwerden diejenigen nicht zu berücksichtigen, die auf einer psychischen Ursache beruhen, selbst wenn sie als körperlich imponieren (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C\_825/2008, E. 4.6). Der iliosakrale Schmerzzustand ist organisch fassbar und eine eindeutige, alleinige und strukturelle Unfallfolge. Allerdings gab die Beschwerdeführerin gegenüber der Case Managerin der Suva während des Rehabilitationsaufenthalts in der Rehaklinik Bellikon am 20. Oktober 2008 an, im Becken- und Rückenbereich sowie in den Beinen nur ein- bis zweimal in



der Woche leichte Schmerzen zu haben (Suva-act. 95, 99/1). Am 18. Dezember 2008 und am 11. Februar 2009 berichtete die Beschwerdeführerin, im Beckenbereich keine Beschwerden mehr zu haben (Suva-act. 119, 150). Diese traten ihren Angaben zufolge im April 2009 ohne neues Ereignis wieder auf (Suva-act. 174/1). Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon äusserten am 10. Juni 2009 den Verdacht, die erneut aufgetretenen Beschwerden könnten mit mangelnder Bewegung zusammenhängen (Suva-act. 191/1). Im Bericht vom 22. März 2009 der behandelnden Ergotherapeutin S. Lutukaite zeichnete sich eine zunehmende Immobilität bereits ab (vgl. Suva-act. 161). Dr. K.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 24. Mai 2011 fest, der Beckenring sei mit den Frakturen vorderer und hinterer Schambeinast und Konsolidierung in etwas Fehlstellung mal schmerzhaft, mal nicht schmerzhaft (Suva-act. 356). Insofern kann das Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden.

6.7 Prof. P.\_\_\_\_ stellte zwar fest, dass die Frakturen in Fehlstellung verheilt seien (act. G 68 Beilage 3 S. 6). Doch geht aus den Akten nirgends hervor, dass klarerweise eine Operationsindikation bestanden und ein operativer Eingriff zu einem besseren Resultat geführt hätte. Dass eine konservativ behandelte Beckenverletzung eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, bis sie knöchern verheilen kann, ist nicht einer ärztlichen Fehlbehandlung, sondern im Fall der Beschwerdeführerin wohl eher einem verzögerten Heilungsverlauf zuzuschreiben. Eine erhebliche Verschlimmerung der HWS-Motilitätsstörung aufgrund einer ärztlichen (Fehl-)Behandlung ist aus den Akten nicht ersichtlich. Ebenso ist das Kriterium nicht bereits deswegen erfüllt, weil die behandelnden Ärzte nach einem Schleudertrauma keine bzw. keine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juni 2009, 8C\_154/2009, E. 5.5). Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon gingen im Austrittsbericht vom 4. November 2008 (Suva-act. 99) gestützt auf das MRI des Schädels vom 16. Juli 2008 (Suva-act. 68) von einer traumatischen Hirnverletzung aus, beurteilten das Ausmass dieser Störung als gegenwärtig schwierig beurteilbar und empfahlen eine MRI-Schädel-Verlaufskontrolle. Zugleich äusserten sie als Therapieversuch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung während des Klinikaufenthaltes und weiterhin nach Austritt in der Muttersprache der Beschwerdeführerin (Suva-act. 102/4). Im Februar 2009 wurde eine psychotherapeutische Behandlung der Beschwerdeführerin bei Dr. H.\_\_\_\_ aufgenommen (Suva-act. 150, 164). Nach der MRI-Verlaufskontrolle vom 10. März 2009 wurde die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung im Sinn



eines Frontalhirnsyndroms mit vorherrschender Antriebsminderung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt (Suva-act. 202/1). Neben der Weiterbehandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ wurde eine Beschäftigung in geschütztem Rahmen im Haus J.\_\_\_\_ in die Wege geleitet. Dr. W.\_\_\_\_ konnte anhand der im weiteren Verlauf ersichtlichen Verbesserung der Kognition und Kontaktfähigkeit in Abhängigkeit von Antrieb und Affekten nachvollziehbar darlegen, dass ein hirnorganischer Einfluss an der Entstehung der psychopathologischen Symptomatik in den Hintergrund getreten war und sprach sich gegen eine organische Wesensänderung aus (vgl. act. G 68 S. 10). Rückblickend betrachtet ging die Beschwerdeführerin gestützt auf die damaligen ärztlichen Diagnosen fälschlicherweise davon aus, sie leide an einer hirnorganischen Störung. Doch war während dieser Zeit gleichwohl eine psychotherapeutische Behandlung der Beschwerdeführerin gewährleistet und führte aktenkundigerweise auch zu einer Besserung. Die ambulante Rehabilitation im Haus J.\_\_\_\_, Kompetenzzentrum für Menschen mit einer Hirnverletzung, wurde lediglich an zwei Vormittagen pro Woche während ca. drei Monaten durchgeführt und vermag das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, nicht zu erfüllen.

6.8 Obwohl die konservativ behandelten Beckenfrakturen in Fehlstellung und zeitlich verzögert konsolidierten, kann daraus nicht bereits geschlossen werden, das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlauf und/oder erheblicher Komplikationen sei erfüllt. Besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben, sind nicht gegeben. Insbesondere waren den Akten zufolge keinerlei operativen Eingriffe notwendig.

6.9 Vor dem Unfall arbeitete die Beschwerdeführerin im Pensum von 100% bei der B.\_\_\_\_ AG als Produktionsmitarbeiterin (Suva-act. 1). Die physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit lag seit dem Unfall vom 7. März 2008 zunächst bei 100%, wobei die ab 30. Oktober 2008 von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon attestierte volle Arbeitsunfähigkeit für alle beruflichen Tätigkeiten einzig mit der mittelschweren bis schweren kognitiven Leistungsminderung als Folge einer hirnorganischen Schädigung bescheinigt worden war (Suva-act. 99/2). Aus jetziger Sicht ist diese Arbeitsunfähigkeit eher auf eine psychisch bedingte Ursache zurückzuführen; bei der vorliegenden Beurteilung darf diese somit keine volle Berücksichtigung finden. Seit der Leistungseinstellung am 28. Februar 2011 ist eine orthopädisch begründete



Arbeitsunfähigkeit in gleichbleibendem Ausmass von 20% fortbestehend (act. G 68 Beilage S. 16). Eine ausgeprägte und hohe dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ist aus diesem Verlauf klarerweise nicht anzunehmen. Das Kriterium ist – wenn überhaupt – höchstens in einfacher Form erfüllt.

6.10 Da höchstens zwei der erforderlichen Kriterien nicht in ausgeprägter Form erfüllt sind, ist die Adäquanz zwischen dem Unfall vom 7. März 2008 und den weiterhin geklagten psychischen Beschwerden zu verneinen.

7.

7.1 Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalid ist nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dabei sind die Verhältnisse im Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns massgebend; Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheids zu berücksichtigen (BGE 129 V 222, 128 V 174).

7.2

7.2.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist von jenem Einkommen auszugehen, welches die versicherte Person überwiegend wahrscheinlich ohne Unfall tatsächlich erzielen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden



fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

7.2.2 Aus dem Auszug des individuellen Kontos der Beschwerdeführerin ist für das Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 49'504.-- zu entnehmen (IV-act. 12). Dieser Betrag stimmt mit den Lohnabrechnungen des Jahres 2007 überein (Suva-act. 154/3). Allerdings stieg der Grundlohn von Fr. 2'870.-- im Jahr 2007 auf Fr. 3'000.-- im Jahr 2008 (vgl. Suva-act. 154/5) und die 2007 ausgerichtete Gratifikation von Fr. 1'688.50 wäre gemäss Angaben der Arbeitgeberin im Jahr 2008 nicht mehr zur Auszahlung gekommen (Suva-act. 154/2). Da sich diese beiden Veränderungen in etwa ausgleichen und sich der Lohn auch in den folgenden Jahren trotz der monatlich schwankenden Nachschichtzulagen, Leistungsprämien, Überzeiten und anteiligen Wegentschädigungen wohl im selben Bereich bewegt hätte, kann dieses Einkommen als Grundlage für die Ermittlung des Validenlohns beigezogen werden. Angepasst an die Nominallohnentwicklung (2008: +1.8%, 2009: +2.1%, 2010: +1.1%, 2011:+1.0%) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 52'540.--.

### 7.3

7.3.1 Nach dem Unfall vom 7. März 2008 konnte die Beschwerdeführerin ihre Arbeit als Produktionsmitarbeiterin nicht wieder aufnehmen und erzielt auch mit keiner anderen Erwerbstätigkeit ein tatsächliches Einkommen. Daher ist praxisgemäss auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik abzustellen. Der Beschwerdeführerin ist qualitativ eine leichte, wechselbelastende Arbeit in Tischhöhe ohne Vorneigehaltung, Bücken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 4 kg, mit regelmässigem, ca. stündlichem Positionswechsel, ohne Kälteeinfluss zumutbar. Der gesamtschweizerische Bruttolohn für Frauen im privaten Sektor beträgt gemäss LSE 2010 Tabelle TA1 Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) monatlich Fr. 4'225.-- bzw. jährlich Fr. 50'700.--. Aufgerechnet auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2011, d.h. auf 41.7 Stunden, ergibt sich ein Betrag von Fr. 52'855.--. Nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung 2011 (+1.0%) resultieren Fr. 53'383.--.



7.3.2 Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine versicherte Person, die gesundheitsbedingt lediglich noch leichtere Hilfsarbeiten ausführen kann, ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage ist. Zudem können weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 126 V 75, E. 5a mit Hinweisen). Die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin wich aufgrund der körperlichen Anforderungen nicht weit von einer angepassten Tätigkeit ab (act. G 68 S. 13). Das Spektrum der Tätigkeiten, die die Beschwerdeführerin noch verrichten kann, hat sich nicht verändert, weshalb sich kein Abzug rechtfertigt. Ein Abzug vom Tabellenlohn wird rechtsprechungsgemäss nicht gewährt, wenn die versicherte Person ganztags arbeitsfähig ist, aber aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs eine zeitlichen Einschränkung von 20% besteht (Urteil vom 28. Januar 2014, 9C\_796/2013, E. 3.1.2; kritisch hierzu Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, Die Bereinigung der LSE-Tabellenlöhne zur Ermittlung des Invalideneinkommens, in: Ueli Kieser und Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [JaSo] 2012, Zürich/St. Gallen 2012, S. 148ff.).

7.3.3 Somit bleibt es bei einem Invalideneinkommen von Fr. 53'383.--. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% ergeben sich Fr. 42'707.--.

7.4 Werden das Valideneinkommen von Fr. 53'383.-- sowie das Invalideneinkommen von Fr. 42'707.-- einander gegenübergestellt, resultiert ein Invaliditätsgrad von 20%.

8.

8.1 Die versicherte Person hat Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG). In den Richtlinien des Anhangs 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) hat der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung geregelt (Art. 25 Abs. 1 UVG).



8.2 Prof. P.\_\_\_\_ sieht als Folge des Unfalls vom 7. März 2008 eine dauerhafte und erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität an zwei anatomisch auseinanderliegenden Bereichen: infolge der in Dislokation verheilten Schambeinastfrakturen links, die zur biomechanisch ungünstigen Verlagerung des Hüftgelenkzentrums mit muskulärer Dysbalance sowie leichten Inkongruenz des linken ISG geführt habe, und infolge der intraartikulären Sakrumfraktur sei es zu einer strukturellen und funktionellen, gebietsweiten anatomischen Veränderung gekommen, die sich nach SUVA-Tabelle 7, Ziffer 2, am ehesten als ISG-Syndrom abbilden lasse. Nach der Schmerzfunktionsskala sei die Stufe "+" am oberen Ende im Übergang zu Stufe "++" anzusetzen. Dies entspreche 5%. Die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehende stumme Beinlängendifferenz sei am ISG-Syndrom nicht beteiligt; eine künftige Verschlechterung sei nicht als wahrscheinlich voraussehbar. Die an der Halswirbelsäule im aktuellen Funktionsröntgen objektivierte Funktionseinschränkung und Formstörung sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Distorsionsfolge. Ausgehend von der Schmerzfunktionsskala Stufe "+" in Tabelle 7 schätze er den Schaden nach bestem Wissen und Gewissen auf 5%. Eine künftige Verschlechterung sei nicht zu erwarten, ein Vorzustand nicht ersichtlich. Gesamthaft ergebe sich ein körperlicher Integritätsschaden von 10%.

8.3 Der interdisziplinären Zusammenfassung vom 22. November 2010 der Rehaklinik Bellikon ist zur Frage der Integritätseinbusse einzig zu entnehmen, somatisch-organischerseits liege eine solche nicht vor (Suva-act. 337/9). Es besteht vorliegend kein Anlass, auf diese rudimentäre Beurteilung abzustellen, zumal die Einschätzung von Prof. P.\_\_\_\_ die verbleibenden Schädigungen der körperlichen Integrität aufnimmt und als solche nicht zu beanstanden ist. Jedenfalls bestehen auch hier keine Gründe, die ein Abweichen vom Gerichtsgutachten erforderlich machen. Der Beschwerdegegnerin steht somit eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 10% zu.

9.

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2011 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 20%, sowie eine



## St.Galler Gerichte

Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 10% zuzusprechen ist.

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

9.3 Im Gerichtsverfahren fielen Gutachtenkosten im Umfang von insgesamt Fr. 24'516.30 an (act. G 76). Diese Kosten sind entstanden, weil aufgrund der widersprüchlichen medizinischen Aktenlage nicht zu eruieren war, ob eine unfallkausale schwere strukturelle Hirnverletzung eine organische Persönlichkeitsstörung und kognitive Störungen hervorrief oder ob sich diese auf psychiatrische Einschränkungen und eine Aggravation der Beschwerden zurückführen liess. Während die Rehaklinik Bellikon in den Austrittsberichten vom 4. November 2008 (Suva-act. 99) und 30. Juni 2009 (Suva-act. 204) von einer traumatischen Hirnverletzung als Diagnose ausging, ergab sich aus dem Austrittsbericht vom 22. November 2010 (Suva-act. 337) der Anschein einer ergebnisorientierten Vorgehensweise, da die vormals gestellte Diagnose plötzlich als eher unwahrscheinlich angesehen wurde. Für die Beurteilung des Anspruchs wären bei dieser Aktenlage weitere Abklärungen bei einer unabhängigen Gutachterstelle im Rahmen der Untersuchungspflicht der Beschwerdegegnerin unerlässlich gewesen. Nachdem die vorliegend vorgenommene Abklärung in die Obliegenheit der Beschwerdegegnerin gefallen wäre, hat sie die dadurch verursachten Kosten zu tragen (vgl. Kieser, a.a.O., N 12ff. zu Art. 45, mit Hinweisen auf Rechtsprechung; vgl. auch BGE 139 V 225 E. 4.3 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2013, 8C\_71/2013).

9.4 Die Beschwerdeführerin lässt beantragen, der Beschwerdegegnerin seien die ihr entstandenen Kosten im Umfang von Fr. 6'186.40 für die Erstellung des Parteigutachtens bei Dr. L.\_\_\_\_ (act. G 77, G 77.1) aufzuerlegen. Dieses Parteigutachten wurde mit der Replik vom 12. März 2012 (act. G 12) eingereicht. Der vorliegende Entscheid stützt sich weder auf das Parteigutachten von Dr. L.\_\_\_\_ ab noch war dieses Auslöser für die Anordnung des Gerichtsgutachtens. Die Beschwerdeführerin hat somit diese Kosten selbst zu tragen.

9.5 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne



Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Praxisgemäss wird im Bereich der Unfallversicherung bei durchschnittlich aufwändigen Fällen ein mittleres Honorar von Fr. 4'000.-- zugesprochen. Angesichts des sehr umfangreichen Verfahrens rechtfertigt sich vorliegend eine Verdoppelung des mittleren Honorars; eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 8'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) erscheint angemessen. Die am 27. April 2012 bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung (act. G 20) wird mit dem Obsiegen der Beschwerdeführerin gegenstandslos.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2011 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2011 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 20%, sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 10% zugesprochen wird.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3. Die im Gerichtsverfahren angefallenen Gutachtenkosten von Fr. 24'516.30 werden der

Beschwerdegegnerin auferlegt.

4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 8'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.