

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/86 vom 16. November 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2010\\_86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_86)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/86 du 16 novembre 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/86 del 16 novembre 2011

## **Regeste**

ATSG Art. 43 f., UVG Art. 6 Interdisziplinäres Gutachten beweiskräftig, obwohl dessen Ablauf kritikwürdig war und der Hauptgutachter nachträglich auf im Auftrag und nach Rücksprache mit ihm genannte Teilgutachten verzichtet hat. Adäquanz einer schweren Konversions- oder dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7) nach BGE 115 V 133 zu prüfen und vorliegend zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. November 2011, UV 2010/86). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_51/2012.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht an der Leistungseinstellung per 31. Juli 2000 festgehalten und der Beschwerdeführerin weitere Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung verweigert hat. 1.2 Die Beschwerdegegnerin hat die rechtlichen Grundlagen für eine Leistungspflicht der Unfallversicherung im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargelegt (Ziffer 2.4 am Anfang). Darauf kann verwiesen werden. Zu den Ausführungen im ersten Abschnitt von Ziffer 2.3 des angefochtenen Einspracheentscheids über die Einholung von Gutachten durch eine soziale Unfallversicherung ist auf Art. 44 ATSG hinzuweisen, der für das am 1. Juli 2005 beim IIMB in Auftrag gegebene Gutachten Gültigkeit hatte (Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 [vgl. AS 2002 3393]) und insbesondere für die Mitwirkungsrechte der Parteien anwendbar war (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 44, Rz. 12). 1.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 E. 5.1 und BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee je mit Hinweisen). Art. 8 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen

Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechts-erheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen) 1.4 Im Urteil U 343/02 vom 10. September 2003 hat das EVG festgehalten, dass es grundsätzlich Sache der Gutachter ist, über Art und Umfang der auf Grund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (E. 2.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2008, U 7/07, E. 4.1 und David Weiss, Ausgewählte Aspekte der Begutachtung in der obligatorischen Unfallversicherung, SZS 2011 S. 329, besonders Abschnitt 5.3.12 S. 351 f.). Aufgabe des Versicherers und allenfalls des Sozialversicherungsgerichts ist es alsdann, das Gutachten bei der Beweiswürdigung unter anderem darauf zu prüfen, ob es für die streitigen Belange umfassend ist und auf allseitigen Untersuchungen beruht ( BGE 125 V 352 E. 3a).

## E. 2

Vorab ist der natürliche Kausalzusammenhang der über Juli 2000 hinaus geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin zum Unfall vom 19. Dezember 1995 zu beurteilen. In diesem Zusammenhang ist vor allem das IIMB-Gutachten vom 7. April 2008 auf seine Schlüssigkeit und Beweiskraft zu überprüfen. Im Rahmen der Begutachtung am IIMB wurde die Beschwerdeführerin neurologisch, neurophysiologisch und psychiatrisch untersucht (vgl. Zusammenfassung auf S. 1 des Gutachtens [UV-act. M32]). Am 18. September 2005, 31. März 2008 und 7. April 2008 fanden interdisziplinäre Besprechungen statt. Die Beschwerdeführerin lässt verschiedene Unzulänglichkeiten des IIMB-Gutachtens vom 7. April 2008 rügen und schliesst daraus, dieses sei nicht schlüssig und damit nicht beweistauglich. Auf die medizinischen Akten, besonders das IIMB-Gutachten und die Kritikpunkte dazu, wird im Folgenden eingegangen: 2.1 Psychiatrisch wurde die Beschwerdeführerin in Gesprächen vom 1. und 14. September 2005 durch Dr. H.\_\_\_\_ exploriert (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 29. März 2008 [UV-act. M32.2]). Er stellte die Hauptdiagnose einer schweren Konversions- oder dissoziativen Störung gemäss ICD-10 F44.7 und führte als Nebendiagnose eine akzentuierte Persönlichkeit mit deutlich narzisstischen Zügen gemäss ICD-10.1 auf, von der differentialdiagnostisch eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) nur sehr schwer abzugrenzen sei (S. 19 f. des Gutachtens). Wie der Vergleich mit dem Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, über das Konsilium vom 14. bzw. 26. Januar 1999 zeigt (UV-act. M19b), wurden Dr. H.\_\_\_\_ nur sehr beschränkt Angaben gemacht. Die Beschwerdeführerin zeigte sich dem psychiatrischen IIMB-Gutachter gegenüber äusserst misstrauisch und kooperierte deutlich eingeschränkt (vgl. S. 13 f. des psychiatrischen Teilgutachtens sowie UV-act. 168-175). Inhaltlich lässt sich aus dem Text des psychiatrischen Teilgutachtens jedoch keine ablehnende Haltung von Dr. H.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin gegenüber herauslesen, auch wenn sie subjektiv eine solche empfunden haben mag. Vielmehr ist es in neutralem Stil verfasst und bietet diesbezüglich keinen Anlass für Kritik. Dem psychiatrischen Teilgutachten können auch keine Hinweise entnommen werden, wonach die Interaktion zwischen dem begutachtenden Psychiater und der Explorandin nicht oder ungenügend reflektiert worden wären, wie an der mündlichen Verhandlung gerügt. Vielmehr findet diese Reflexion auf Seite 13 ff. des psychiatrischen Teilgutachtens statt, wo auch der Inhalt der weiteren Korrespondenz unter

den Beteiligten zusammengefasst wird (UV-act. 168-175; Verzicht auf das Ausfüllen testpsychologischer Fragebögen, Einholung von Fremdanamnesen). - Dr. H. \_\_\_ setzte sich in normalem - für die Beweiskraft eines Gutachtens geforderten (vgl. vorstehende E. 1.3) - Umfang mit den Vorakten auseinander (S. 3 - S. 8 [oben], S. 16 [ab 2. Drittel] - S. 18 [2. Drittel]). Von den Berichten, denen das EVG am 10. September 2003 die Eignung abgesprochen hatte, die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang abschliessend zu beantworten (Urteil U 289/02 E. 3.2 S. 7; UV-act. 100), hatte der Psychiater zwar auf diejenigen von Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und beratender Arzt der Unfallversicherung, vom 24. Juni 2000 (UV-act. M25), sowie auf eine von zwei Stellungnahmen von Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und beratender Psychiater der Unfallversicherung, vom 2. Juni 1999 (UV-act. M20a), hingewiesen. Dies geschah aber nicht zur Begründung der eigenen Diagnose, sondern zur Vollständigkeit der Beurteilung, und ist nicht zu beanstanden. - Die Begründung der diagnostizierten Konversionsstörung ist zwar nicht sehr umfangreich ausgefallen, genügt aber den Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. vorstehende E. 1.3). Die Psychiatrie leitet Krankheitsbilder nicht naturwissenschaftlich exakt begründet her; solches kann daher im Einzelfall von einem Psychiater nicht verlangt werden. Dass Dr. H. \_\_\_ den zugrundeliegenden Konflikt der Beschwerdeführerin lediglich vermuten konnte, liegt einerseits in ihrer eingeschränkten Kooperation, andererseits in der Tatsache begründet, dass sie sich vehement gegen eine "Psychiatisierung" wehrte und infolge der psychischen Erkrankung den vermuteten Konflikt gar nicht wahrhaben konnte. Aus dieser Vermutung lässt sich somit keine fehlende Begründetheit der psychiatrischen Diagnose herleiten. - Hätte sich Dr. H. \_\_\_ mit Auffassungen auseinandergesetzt, welche gegen eine psychische Genese der gesundheitlichen Probleme sprechen, hätte er physische Ursachen diskutieren müssen, was nicht in seinen Fachbereich gehört. Er tat daher richtig daran, solche Ausführungen zu unterlassen. - Das "Gutachten" von Prof. Dr. M. Lüscher vom 11. Februar 2005 (Beilage zu UV-act. 139) lag Dr. H. \_\_\_ nicht vor, er konnte sich daher nicht damit auseinandersetzen. Für diese als "Gutachten" bezeichnete Zusammenstellung von Qualifikationen, die während Ausbildungsmodulen erstellt worden waren, hatte die Beschwerdeführerin die geforderten weiteren Angaben nicht geliefert, weshalb das "Gutachten" von der AXA zu Recht auch nicht zu den medizinischen Akten genommen und den IIMB-Gutachtern nicht vorgelegt wurde (UV-act. 140 f.). - Auch in der Tatsache, dass im Rahmen der IIMB-Begutachtung die psychiatrische Exploration vor der somatischen stattfand, kann im konkreten Fall keine Verletzung der Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP) für die Begutachtung psychischer Störungen (in: Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2004 S. 1048 ff.) gesehen werden. Aus den Vorakten lagen zahlreiche Berichte über somatische Untersuchungen der Beschwerdeführerin vor. Diese waren Dr. H. \_\_\_ auch inhaltlich bekannt. Seine psychiatrischen Untersuchungen erfolgten daher nicht vor den somatischen. - Zusammenfassend sind die Einwendungen der Beschwerdeführerin gegen das psychiatrische Teilgutachten vom 29. März 2008 (UV-act. M32.2) nicht stichhaltig. Vielmehr erfüllt es die Voraussetzungen an die Beweistauglichkeit, ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der psychiatrischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen von Dr. H. \_\_\_ sind begründet und nachvollziehbar (vgl. auch vorstehende E. 1.3). 2.2 Der neurologischen Beurteilung im

IIMB-Gutachten liegen die neurologische Untersuchung durch PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 20. September 2007 und die neurophysiologische bzw. Untersuchung der motorisch evozierten Potentiale (MEP-Untersuchung) durch Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2008 zugrunde (Gutachten S. 23 ff., S. 29 - S. 31 sowie UV-act. M32.1). Soweit die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin möglich war, erhob PD Dr. E.\_\_\_\_ keine pathologischen Befunde. Auch die MEP-Untersuchung zeigte "keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer organischen Ursache der subjektiv empfundenen Tetraparese" (siehe Beurteilung S. 2 des Berichts vom 25. Februar 2008 [UV-act. M32.1]). Die Beurteilung von PD Dr. E.\_\_\_\_ ordnet sich damit in die Reihe der bisherigen neurologischen Untersuchungen durch Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 25. März 1996 (UV-act. M5), durch Dr. med. R.\_\_\_\_, Assistenzarzt Neurologie an der S.\_\_\_\_ Klinik Y.\_\_\_\_, am 21. Juni 1996 (UV-act. M15b), konsiliarisch durch Dr. med. T.\_\_\_\_, Oberärztin Neurologie am Schweizerischen Paraplegiker-Zentrum, am 22. Oktober 1996 (UV-act. M11a), gutachterlich durch Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, am 4. November 1997 (UV-act. M16a), sowie während des Rehabilitationsaufenthalts vom 5. Januar bis 1. Februar 1999 in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ durch die dortigen Ärzte unter Leitung von PD Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie (UV-act. M19a), ein. Keine neurologische Untersuchung zeigte einen auffälligen Neurostatus oder "klinisch-neurologisch eindeutig pathologische Abweichungen", wie es Dr. T.\_\_\_\_ im Konsiliarbericht vom 29. Oktober 1996 zusammenfasste (UV-act. M11a). Zwar erhob die Konsiliarärztin Hinweise für mögliche Abweichungen von der Norm (z.B. Spastik), diese blieben aber so vage, dass sie sie insgesamt nicht als eindeutig pathologisch bewerten konnte. An der Rehaklinik D.\_\_\_\_ wurde eine Syringomyelie auf der gesamten Länge des Rückenmarks definitiv ausgeschlossen (Bericht vom 9. Februar 1999 [UV-act. M19a]), nachdem bereits Dr. U.\_\_\_\_ 14 Monate früher dafür keine Anzeichen gefunden hatte (Bericht vom 10. November 1997 [UV-act. M16a]). Die neurologische Beurteilung im IIMB-Gutachten ist schlüssig und erfüllt ebenfalls die Voraussetzungen an die Beweistauglichkeit (vgl. E. 1.3 und 2.1 am Ende).

2.3 Die Beschwerdeführerin lässt rügen, PD Dr. E.\_\_\_\_ habe unzulässigerweise eigenmächtig auf Teilgutachten in den Bereichen Rheumatologie, Orthopädie und Neuropsychologie verzichtet. Das EVG hatte im Urteil vom 10. September 2003 ein interdisziplinäres Gutachten gefordert (Urteil U 289/02 E. 3.3 [UV-act. 100]). Aufgrund dieser Vorgabe, der Akten, des Austausches unter den Parteien (UV-act. 114, 116, 121 f., 126, 128-130, 139-145) sowie der cursorischen Beurteilung durch PD Dr. E.\_\_\_\_ vor Erteilung des Begutachtungsauftrags (UV-act. 127) war vorgesehen, in den Bereichen Neurologie, Rheumatologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie Teilgutachten durchzuführen. Mit Schreiben vom 1. Oktober 2007 hatte PD Dr. E.\_\_\_\_ der AXA berichtet, mittlerweile seien die psychiatrische und die neurologische Exploration erfolgt (UV-act. 196, mit Kopie an den Rechtsvertreter der Explorandin). Aufgrund der Aktenlage sowie der Anamnese und der aktuellen Untersuchungsbefunde erachte er es als nicht indiziert, eine zusätzliche rheumatologische und orthopädische Untersuchung durchzuführen.

2.3.1 Der vorgesehene Verzicht auf das rheumatologische Teilgutachten war von PD Dr. E.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 1. Oktober 2007 (UV-act. 196) angezeigt und die Beschwerdegegnerin nach ihrem Einverständnis zu diesem Vorgehen gefragt worden. Zur Begründung hatte der Hauptgutachter angeführt, infolge des Sturzereignisses sei es nie zu Beschwerden (der Knochen und) der Weichteile im Sinn von rheumatologischen Beschwerden gekommen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hatte das Einverständnis zu diesem Verzicht im Schreiben vom

31. Oktober 2007 zwar nicht ausdrücklich gegeben, hatte aber keinerlei Gründe angeführt, weshalb eine Exploration durch eine Fachperson für Rheumatologie durchzuführen sei (UV-act. 199). Zudem hatte er im Vorfeld zum Begutachtungsauftrag bei der Bestimmung der medizinischen Disziplinen geäußert, dass seine Mandantin neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch, psychiatrisch und allenfalls rheumatologisch zu untersuchen sei (Schreiben vom 3. Januar 2005, UV-act. 126). Nach Vorliegen der zweiten Ganganalyse durch PD Dr. J. \_\_\_ (vom 18. Mai 2005, UV-act. M30; eine erste Ganganalyse war am 31. Januar bzw. 5. Februar 2001 erstellt und am 30. März 2001 gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weiter erläutert worden [UV-act. M29]) hielt Rechtsanwalt Dr. Glaus ausdrücklich fest, eine Begutachtung durch einen Rheumatologen erscheine nun überflüssig (Schreiben vom 16. Juni 2005, UV-act. 143). Zusammenfassend ist der Verzicht auf das rheumatologische Teilgutachten mit dem konkludenten Einverständnis der Beschwerdeführerin zustande gekommen. Daher kann nicht die Rede davon sein, PD Dr. E. \_\_\_ hätte eigenmächtig gehandelt.

2.3.2 Auch für den Verzicht auf das orthopädische Teilgutachten hatte PD Dr. E. \_\_\_ am 1. Oktober 2007 (UV-act. 196) die Beschwerdegegnerin nach ihrem Einverständnis gefragt und zur Begründung angeführt, infolge des Sturzereignisses sei es nie zu Beschwerden der Knochen (und der Weichteile) im Sinn von orthopädischen Beschwerden gekommen. Die Beschwerdeführerin hatte in der Stellungnahme vom 31. Oktober 2007 (UV-act. 199) bezweifeln lassen, dass zu ihrer Zusatzfrage nach allfälligen Instabilitäten der Wirbelsäule, besonders der HWS, schlüssig Stellung genommen werden könne, wenn kein orthopädisches Teilgutachten durchgeführt werde. Telefonisch und mit E-Mail vom 25. Januar 2008 an PD Dr. E. \_\_\_ wurde vom zuständigen Sachbearbeiter der AXA unter anderem bestätigt, dass wahrscheinlich auf eine rheumatologische und orthopädische Beurteilung verzichtet werde. Gleichzeitig unterstrich er das Anliegen, die Begutachtenden sollten die Frage der Ganganalyse vertieft prüfen und den Bedarf nach bzw. den Nutzen einer solchen entsprechend würdigen (UV-act. 202 f.). Nachdem die Versicherte die negativen Folgen der MEP-Untersuchung vom 20. Februar 2008 schildern liess (Schreiben vom 29. Februar 2008 [UV-act. 206]), wies PD Dr. E. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 4. März 2008 (UV-act. 207) auf deren hin, sie ertrage keine Erschütterungen des Körpers und betonte, die verlangte orthopädische Untersuchung mache keinen Sinn, wenn die HWS nicht untersucht werden dürfe. Bei dieser Ausgangssituation kann auch für das orthopädische Teilgutachten nicht von einem eigenmächtigen Verzicht durch PD Dr. E. \_\_\_ gesprochen werden.

2.3.3 Unzulänglichkeiten weist das Vorgehen von PD Dr. E. \_\_\_ hingegen bezüglich der neuropsychologischen Teilbegutachtung auf: Nachdem sich die Parteien für die neuropsychologische Begutachtung auf Frau Dr. L. \_\_\_ geeinigt hatten, teilte PD Dr. E. \_\_\_ der Unfallversicherung am 1. Oktober 2007 ohne Begründung mit, er werde die neuropsychologische Untersuchung bei Frau K. \_\_\_ am Neuropsychologischen Institut der Universität Y. \_\_\_ durchführen lassen. Zu diesem Schritt nahm die AXA gegenüber PD Dr. E. \_\_\_ nicht Stellung. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hatte im Schreiben vom 31. Oktober 2007 sein Befremden über dieses Vorgehen ausgedrückt, es als nicht vertrauensbildend bezeichnet und insbesondere die fehlende Begründung für den Austausch der Begutachterin gerügt (UV-act. 199). Aus dem Gutachten vom 7. April 2008 geht hervor, dass PD Dr. E. \_\_\_ lediglich mit dem Leiter des Neuropsychologischen Instituts der Universität Y. \_\_\_, Prof. M. \_\_\_, Rücksprache genommen und dieses Gespräch zusammengefasst hatte (UV-act. M32, S. 38). Nach diesen Ausführungen war auf eine neuropsychologische Abklärung der Beschwerdeführerin verzichtet worden, weil diese

aufgrund der psychiatrischen Diagnose (schwere Konversions- oder dissoziative Störung) nicht sinnvoll sei, da keine Differenzierung zwischen möglichen unfallbedingten kognitiven Funktionseinschränkungen und allfälligen neuropsychologischen Störungen möglich sei. Zurzeit könnten einzig Tests durchgeführt werden, die eine allfällige Simulation abklären würden. Für eine solche hätten weder der psychiatrische Gutachter noch er als Hauptgutachter irgendwelche Hinweise, weshalb sich weitere diesbezügliche Abklärungen erübrigten. - Als völlig untauglich erweist sich der Rechtsfertigungsversuch von PD Dr. E. \_\_\_ im Schreiben vom 18. August 2008 zu seinem Vorgehen, gab er doch darin vor, Frau K. \_\_\_ hätte die Beschwerdeführerin neuropsychologisch abgeklärt und ihr Bericht sei von ihrem Ehemann und Klinikdirektor gegengezeichnet worden (UV-act. 222, Antwort auf Schreiben Rechtsanwalt Glaus vom 1. August 2008 [UV-act. 219]). Mit der Stellungnahme vom 23. Mai 2011, die der Duplik vom 7. Juni 2011 beigelegt worden ist (act. G 18.1), stellte PD Dr. E. \_\_\_ die Tatsachen so dar, wie sie sich aufgrund der übrigen Akten ergeben, und gestand ein, dass aufgrund der mündlichen Vorabklärungen kein Begutachtungsauftrag an Frau K. \_\_\_ oder an das Neuropsychologische Institut der Universität Y. \_\_\_ ergangen war; wobei jedoch weiterhin ungeklärt blieb, ob er mit Herrn M. \_\_\_ oder Frau K. \_\_\_ gesprochen hatte. Wird der Verzicht auf das neuropsychologische Teilgutachten im IIMB-Gutachten zwar plausibel und nachvollziehbar begründet, so stellt sich doch die Frage, ob PD Dr. E. \_\_\_ formell korrekt vorgegangen ist, indem er die Aussagen von Prof. M. \_\_\_ (oder allenfalls von Frau K. \_\_\_) lediglich als indirekte Aussage dokumentierte. Diese Frage kann aber letztlich offen gelassen werden, denn nach der Rechtsprechung (BGE 119 V 341 E. 2.b.bb, RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316) vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig und abschliessend die Beurteilung der Genese von Beschwerden vorzunehmen. Die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse können im Rahmen der gesamthaften Beweisführung bedeutsam sein, wenn nach der Aktenlage medizinisch vieles für die Unfallkausalität der ausgewiesenen Beschwerden spricht, ohne dass vom unfallärztlichen Standpunkt aus der Zusammenhang direkt mit Wahrscheinlichkeit zu bejahen wäre. Das setzt aber im Einzelfall voraus, dass die Fachperson für Neuropsychologie in der Lage ist, überprüf- und nachvollziehbare, mithin überzeugende Aussagen zur Unfallkausalität zu machen, die sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen. 2.3.4 Die Vermutung der Beschwerdeführerin, auf die Teilgutachten sei aus finanziellen Gründen verzichtet worden, braucht bei dieser Ausgangslage, nicht näher überprüft zu werden. Zudem enthalten die vorliegenden Akten keinen Hinweis auf einen Verzicht aus finanziellen Gründen (vgl. UV-act. 202 f.).

## **E. 2.4**

2.4.1 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, durch den Verzicht auf das orthopädische Teilgutachten habe die Stabilität ihrer Wirbelsäule nicht überprüft werden können. PD Dr. J. \_\_\_ habe im Bericht vom 5. Februar 2001 über die Ganganalyse vom 31. Januar 2001 darauf hingewiesen, dass die klinisch nach wie vor manifeste Instabilität der HWS, die auch für eine Spastizität mitverantwortlich sein könne, nach wie vor problematisch sei (UV-act. 29, Beurteilung S. 3). Dem sind die Berichte über die radiologischen Untersuchungen vom 9. Januar 1996 (Röntgen; berichtet in UV-act. M4 und M15b), vom 25. März 1996 (Magnetresonanztomogramm [MRI], UV-act. M4), vom 21. Oktober 1996 (MRI und Röntgen, UV-act. M11) und vom 15. Januar 1999 (MRI, UV-act. M20 sowie berichtet in UV-act M19a S. 4) entgegenzuhalten. Ausser dem Bericht vom 25. März 1996, der dazu keine ausdrücklichen Ausführungen macht, verneinen diese

Berichte Instabilitäten ausdrücklich. Selbst PD Dr. J.\_\_\_\_ erwähnt im Bericht vom 5. Februar 2001 eine Instabilität der HWS lediglich als Möglichkeit, indem er unter anderem ausführt: "... würde ich eine inkomplette Tetraplegie als Diagnose annehmen und die Ursache in einer ligamentären HWS-Verletzung suchen, die nach wie vor instabil scheint, wie die Klinik zeigt, indem die Patientin die HWS nicht bewegen kann und manuell stabilisieren muss." (UV-act. M29, Beurteilung S. 2). Auch in seinen Erläuterungen vom 30. März 2001 relativiert PD Dr. J.\_\_\_\_ seine Einschätzung, dass eine Instabilität der HWS vorliege und gesteht ein, dass ihm die medizinischen Vorakten nicht bekannt seien und die vorhandenen Röntgenbilder und anderen bildgebenden Untersuchungen nicht vorliegen würden (UV-act. M29; Das Fehlen der Vorakten war auch vom EVG vermerkt worden [vgl. Urteil U 289/02 E. 3.2 S. 8; UV-act. 100]). Von PD Dr. J.\_\_\_\_ weder berücksichtigt noch diskutiert wurde auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin während Monaten einen Halskragen trug und jeweils über ein Gefühl der Instabilität klagte, wenn sie diesen ablegte. (Dokumentiert ist das regelmässige Tragen des Halskragens noch im Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 16. September 1997, 22 Monate nach dem Unfall [UV-act. M15]). Im Bericht vom 23. Mai 2005 über die Ganganalyse vom 18. Mai 2005 erwähnte auch PD Dr. J.\_\_\_\_ eine allfällige Instabilität der HWS nicht mehr (UV-act. M30). Im IIMB-Gutachten wird die Frage nach einer Instabilität der HWS oder einzelner Segmente der HWS klar verneint (Gutachten S. 55, Antwort auf Zusatzfrage 9b). Aufgrund der Akten kann somit nicht von einer Instabilität der HWS ausgegangen werden. Von einer solchen wäre im Übrigen keinesfalls dargelegt, dass sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 19. Dezember 1995 zurückzuführen ist.

#### 2.4.2 Hinweise auf strukturelle Verletzungen, die durch den Unfall vom 19. Dezember 1995 verursacht worden sind, finden sich in den Akten nicht; weder an der Wirbelsäule, noch an einem andern Körperteil. Die linkskonvexe Fehlhaltung der mittleren HWS mit Streckhaltung und fixierter Beweglichkeit am zerviko-thorako-lumbalen Übergang, die sich in den Röntgenbildern vom 9. Januar 1996 und im MRI der zervikalen Wirbelsäule vom 25. März 1996 zeigte (Berichte vom 25. März 1996 [UV-act. M4] und 21. Juni 1996 [UV-act. M15b S. 2]), der in Inklination leicht akzentuierte Kyphosewinkel auf Höhe C4/C5 (Funktionsaufnahmen vom 21. Oktober 1996 am Schweizerischen Paraplegiker-Zentrum [UV-act. M11]) sowie die im MRI der HWS vom 15. Januar 1999 weiterhin festgestellte Streckhaltung (Bericht Dr. med. W.\_\_\_\_, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, vom 20. Januar 1999 [UV-act. M20] und Hinweis im Bericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom 9. Februar 1999 [UV-act. M19a S. 4]) können nicht als strukturelle Läsionen im Sinn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen bzw. objektivierbaren Untersuchungsergebnissen, die reproduzierbar und von der Person der Untersuchenden und den Angaben der Patientin unabhängig sind, bezeichnet werden (vgl. SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25 E. 2 mit Hinweis [Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009; in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2] und Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 6.1). Auch diesbezüglich wären von einem orthopädischen Teilgutachten keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen.

## E. 2.5

2.5.1 Im interdisziplinären IIMB-Gutachten vom 7. April 2008 werden neben den psychiatrischen und neurologischen Teilgutachten bzw. Untersuchungsberichten sowie dem Bericht über die MEP-Untersuchung die interdisziplinäre Einschätzung von PD Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ dargestellt und ausführlich begründet und die Fragen der Parteien beantwortet. Die Begründung nimmt jeweils (in Fussnoten) Bezug auf die entsprechenden

Ausführungen der Vorakten, berücksichtigt und diskutiert auch die abweichenden Meinungen des behandelnden Orthopäden Dr. I.\_\_\_\_ (mit Hauptgebiet Handchirurgie), von Frau X.\_\_\_\_, Ärztin und diplomierte analytische Psychologin, sowie PD Dr. J.\_\_\_\_. Das Gutachten betont das ursprünglich als leicht geschilderte Unfallereignis vom 19. Dezember 1995 (medizinische Akten M1-M15b, Beilage zu UV-act. 1, UV-act. 3 und 16) und dessen fehlende Eignung, schwerwiegende Verletzungen zu verursachen, die im Lauf der Jahre zum Krankheitsbild einer inkompletten Tetraplegie führten (v.a. ab S. 39). Daneben wird begründet dargelegt, dass weder irgendwelche knöchernen Strukturen verletzt worden waren, noch andere, durch Röntgen oder MRI belegbare Verletzungen dokumentiert oder neurologisch nachweisbare organische Störungen (Spastik, Pyramidenzeichen oder Atrophie der Interossei) dargetan werden konnten. Anlässlich der mündlichen Verhandlung wurde eine Aktenwidrigkeit des IIMB-Gutachtens (S. 44) geltend gemacht, weil es die Hinweise von Dr. T.\_\_\_\_ auf Spastik nicht berücksichtigt. Wie gegen Ende von E. 2.2 ausgeführt, kam auch die Oberärztin für Neurologie am Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil in ihrem Konsiliarbericht vom 29. Oktober 1996 begründet zum Schluss, klinisch-neurologisch seien nicht eindeutig pathologische Abweichungen festzustellen und beurteilte die Hinweise für Abweichungen von der Norm lediglich als möglich (UV-act. M11a). Der Schluss von Dr. E.\_\_\_\_, in den Akten seien keine Spastik oder Pyramidenzeichen beschrieben worden, trifft demnach zu und erweist sich nicht als aktenwidrig. - Im IIMB-Gutachten werden die in den Ganganalysen vom 31. Januar 2001 und 18. Mai 2005 (UV-act. M29 f.) erhobenen Befunde, insbesondere die sogenannte Spastizität bei einer inkompletten Tetraplegie und deren Widerspruch zu den somatischen bzw. organischen Befunden, erläutert (S. 40ff.). Für diese Auseinandersetzung war der Beizug der Datenblätter nicht nötig, die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 11. November 2011 nachgereicht wurden (act. G 23.1-23.3). Die Ergebnisse der Ganganalysen waren in den Berichten von PD Dr. J.\_\_\_\_ genügend dokumentiert (UV-act. M29 f.). Im Gutachten waren nicht die Ganganalysen als solche zu beurteilen und zu kommentieren, sondern die Frage zu klären, ob sich die gezeigten Gesundheitsbeeinträchtigungen und mit welcher Begründung auf den Unfall vom 19. Dezember 1995 zurückführen liessen. Diese Aufgabe erfüllt das IIMB-Gutachten. Es weist auch zutreffend darauf hin, dass aus der Tatsache, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen nach dem Unfall aufgetreten seien, nicht darauf geschlossen werden dürfe, dass diese durch den Unfall verursacht worden seien ("post hoc ergo propter hoc"). - Dr. E.\_\_\_\_ äusserte die abstrakte Vermutung, die unfallbedingten somatischen Beschwerden dürften sechs bis neun Monate nach dem Ereignis ausgeheilt gewesen sein, in erster Linie pragmatisch und ging im Folgenden nicht davon aus, es sei mit Sicherheit so gewesen (vgl. Gutachten S. 41 ff.). Er wies zu Recht auf die unfallnahen Berichte hin, wonach Schwindel bei der ersten Konsultation nicht mehr berichtet wurde (UV-act. M2: Fragebogen bei HWS-Verletzungen) und ein Rückgang der Sensibilitätsstörungen an der Hand sowie das gänzliche Fehlen der Kopfschmerzen berichtet wurde (UV-act. M4a: Bericht Dr. I.\_\_\_\_ vom 13. Februar 1996). Wann genau die Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin allein auf psychische Ursachen zurückzuführen waren, kann im Nachhinein nicht sicher festgestellt werden. Vorliegend ist ein solcher exakter Zeitpunkt auch nicht relevant, da die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen erst per Juli 2000 und somit auf einen Zeitpunkt einstellte, für welchen schlüssig hergeleitet wurde, dass sich nur noch psychische Unfallfolgen auswirkten. - Zusammengefasst beruht das IIMB-Gutachten auf allseitigen neurologischen und

psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und sind die Schlussfolgerungen begründet und nachvollziehbar (vgl. auch vorstehende E. 1.3).

2.5.2 Insbesondere der zeitliche Ablauf der Begutachtung, die ungewöhnlich lange Dauer zwischen der Auftragserteilung am 1. Juni 2005 (UV-act. 148) und der Niederschrift am 7. April 2008 (UV-act. M32) sowie die Tatsache, dass trotz mehreren Mahnungen wiederholt während Monaten keine Aktivitäten seitens der Begutachtenden zu verzeichnen waren, geben berechtigten Anlass zu Kritik am IIMB und dessen Medizinischem Leiter, PD Dr. E.\_\_\_\_. Das Gericht anerkennt, dass beim IIMB-Gutachten vieles nicht gut gelaufen ist. Diese Ungereimtheiten waren durchaus derart, dass bei der Beschwerdeführerin und ihrem Rechtsvertreter Zweifel an der Objektivität des Gutachtens aufkommen konnten. Die berechnete Kritik am Ablauf und den Umständen vermag dennoch die nach rechtlichen Kriterien zu beurteilende Beweiskraft des IIMB-Gutachtens nicht zu beeinflussen. 2.6 Indem das IIMB-Gutachten die diagnostizierte schwere Konversions- oder dissoziative Störung gemäss ICD-10 F44.7 überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 19. Dezember 1995 als Teilursache zurückführt (v.a. S. 41 ff.), bejaht es den natürlichen Kausalzusammenhang. Analog hatten auch Dr. N.\_\_\_\_ am 26. Januar 1999 und Dr. U.\_\_\_\_ am 10. November 1997 geurteilt (UV-act. M19b, M16a). Von einem (teilweisen) natürlichen Kausalzusammenhang ist somit bei der Beurteilung der Adäquanz auszugehen.

### **E. 3**

3.1 Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber objektiv ausgewiesen, wie vorstehend erläutert (besonders E. 2.4.2) und vorliegend der Fall, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen ( BGE 134 V 111 f. E. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 126 ff. E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden ( BGE 115 V 140 E. 6c/aa), anzuwenden ( BGE 134 V 111 f. E. 2.1; vgl. auch SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25 E. 2 mit Hinweisen [Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009; in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2] und Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juni 2008, 8C\_583/2007, E. 2.2). 3.2 Beim Unfall vom 19. Dezember 1995 erlitt die Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Schleudertrauma bzw. eine HWS-Distorsion. Die unfallnahen Akten dokumentieren ein (axiales) Stauchungstrauma bzw. eine Schädelprellung (vgl. UV-act. M1 f., M5). Hingegen geht PD Dr. E.\_\_\_\_ im IIMB-Gutachten überwiegend wahrscheinlich von einer milden traumatischen Hirnverletzung durch den Unfall aus, die folgenlos ausgeheilt sei (UV-act. M32 S. 50 f.). Damit kann nicht davon gesprochen werden, die Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 19. Dezember 1995 ein Schädelhirntrauma erlitten, welches Langzeitbeschwerden zur Folge hätte und die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigte (vgl. Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2). Ob eine schleudertraumaähnliche Verletzung gesetzt worden war, und daher die Schleudertrauma-Praxis Anwendung findet, kann letztlich offen bleiben. Mit Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel und später Erbrechen, sofort bzw. innerhalb von Stunden nach dem Unfall, waren zwar mehrere Elemente des sogenannt typischen Beschwerdebildes aufgetreten (vgl. BGE 117 V 360 E. 4b; UV-act. M1 f.). Nach

anfänglichem Rückgang der Sensibilitätsstörungen und Verschwinden der Kopfschmerzen (UV-act. M4a, M5) weiteten sich die Symptome immer mehr aus und war die Beschwerdeführerin ab Sommer 1997 auf einen Rollstuhl angewiesen (vgl. UV-act. M15). Bereits anlässlich der Konsultation vom 21. Juni 1996 in der S.\_\_\_\_-Klinik hatte Dr. R.\_\_\_\_ den dringenden Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung geäussert (UV-act. M8). Dieser Verdacht wurde von Dr. U.\_\_\_\_ im Gutachten vom 10. November 1997 als dringender Verdacht auf eine schwere Konversionsneurose und funktionelle Störung wiederholt (UV-act. M16a). Als die Beschwerdeführerin eine psychiatrische Untersuchung zuließ, stellte Dr. N.\_\_\_\_ die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4; UV-act. 19b). Diese Diagnose wurde durch Dr. H.\_\_\_\_ aufgrund seiner gutachterlichen Gespräche vom 1. und 14. September 2005 im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. März 2008 bzw. im IIMB-Gutachten vom 7. April 2008 bestätigt (UV-act. M32.2, M32). Aufgrund dieser vorherrschenden und für eine HWS-Distorsion bzw. eine schleudertraumaähnliche Verletzung atypischen psychiatrischen Diagnose (typisch sind hier Diagnosen aus dem Kreis der depressiven Erkrankungen, vgl. auch BGE 117 V 360 E. 4b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) ist vorliegend die Adäquanz nach BGE 115 V 133 zu prüfen. Diese Adäquanzprüfung beschränkt sich ausschliesslich auf die physischen Unfallfolgen, deren Eignung geprüft wird, die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verursachen. 3.3 Als geeigneter Anknüpfungspunkt für eine Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden dient nach der Rechtsprechung das (objektiv erfassbare) Unfallereignis selbst ( BGE 115 V 139 E. 6 mit Hinweisen). Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf werden die Unfälle in banale bzw. leichte, mittlere und schwere Unfälle eingeteilt. Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden ( BGE 115 V 139 E. 6a). 3.4 Nach der Schilderung von Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 18. Januar 1996 (UV-act. M1), die die Beschwerdeführerin an der mündlichen Verhandlung vom 16. November 2011 auf konkrete Befragung als zutreffend bezeichnete, wäre der Unfall vom 19. Dezember 1995 als leicht zu bezeichnen und die adäquate Kausalität ohne Weiteres zu verneinen. Wird von der Schilderung der Beschwerdeführerin in der Unfallmeldung ausgegangen (UV-act. 1), ist der Unfall zu ihren Gunsten als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Ereignissen einzustufen. Die Adäquanz ist jedoch auch in diesem Fall zu verneinen. Es liegt jedenfalls keine Häufung der in BGE 115 V 133 und von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend aufgeführten Adäquanzkriterien (Ziffer 2.5) vor, weshalb die Voraussetzungen des adäquaten Kausalzusammenhangs nicht erfüllt sind (vgl. BGE 115 V 140 f. E. 6c).

#### **E. 4**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.