

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00044 vom 27. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00044

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00044 du 27 avril 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00044 del 27 aprile 2012

Erwägungen

E. 1

/

E. 3

3.1 Die Streitsache erweist sich beim derzeitigen Stand der Akten als spruchreif und kann folglich ohne Weiterungen erledigt werden. Die letzte Rechtsschrift der Beschwerdegegnerin (Urk. 47) sowie Kopien der damit zusammen aufgelegten Unterlagen (Urk. 48/1-2) wurden der Beschwerdeführerin mit gerichtlichem Schreiben vom 2. November 2010 (Urk. 49) zur Kenntnis gebracht. Nach erfolgter Miteröffnung der massgeblichen Leistungsentscheide zu Händen des zuständigen Krankenversicherers (■KK; vgl. Verteiler gemäss Urk. 12/365 S. 3 und Urk. 2 S. 7 sowie Urk. 12/382-386), besteht keine Veranlassung zur Beiladung zum Gerichtsverfahren (vgl. § 14 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

3.2 Auf die Parteivorbringen (Urk. 1, 11, 19, 32, 38 und 47; vgl. Urk. 25) sowie die zu wärdigenden Unterlagen (Urk. 3/1-3, 3/5-7, 12/1-386, 13/M1-M62, 14, 20/1-5, 26/1-3, 33/1-2, 39/1-2 und 48/1-2) wird - soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich - im Rahmen der Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Streitig und zu beurteilen ist, ob die Beschwerdegegnerin, welche ihre Leistungspflicht im Anschluss an den Unfall vom 7. Dezember 1993 anerkannte, der Beschwerdeführerin für Folgen des besagten Ereignisses über den 31. März 2008 hinaus Unfallversicherungsleistungen zu erbringen hat.

1.2 Die Beschwerdegegnerin erachtet gestützt auf das für beweistauglich befundene und von Dr. XD. mit Stellungnahme vom 16. Dezember 2008 (Urk. 13/M62) bekräftigte O.-Gutachten vom 20. Februar 2008 (Urk. 13/M61) den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Dezember 1993 und den über den 31. März 2008 hinaus geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht (mehr) gegeben; laut Einschätzungen von Dr. med. XE., Facharzt für Neurologie, vom 24. Februar 2010 (Urk. 33/1) und 19. September 2010 (Urk. 48/1) sowie von Dr. XD. vom 3. März 2010 (Urk. 33/2) und 29. September 2010 (Urk. 48/2) vermöchten hieran weder die Privatgutachten von Dr. I. vom 16. Dezember 2009 (Urk. 26/1) und Prof. Dr. med. XW., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Januar 2010 (Urk. 26/3) noch die Stellungnahme von Prof. Dr. phil. XF., Neuropsychologin, vom 9. November 2009 (Urk. 26/2) oder die Stellungnahmen

Prof. Dr. XW.____s und Dr. I.____s vom 18. Mai 2010 (Urk. 39/2) beziehungsweise 21. Juni 2010 (Urk. 39/1) etwas zu ändern. Im Übrigen sei die Adäquanz etwaiger natürlicher kausaler Folgen des als mittelschwer, im Grenzbereich zu leichten Unfällen zu qualifizierenden Ereignisses vom 7. Dezember 1993 zu verneinen (Urk. 2 = 12/381; Urk. 11, 32 und 47).

1.3. Die Beschwerdeführerin hält demgegenüber das O.-Gutachten vom 20. Februar 2008 (Urk. 13/M61) in formeller wie materieller Hinsicht für mangelhaft und die dieses stützenden Einschätzungen der Dres. XD.____ und XE.____ vom 16. Dezember 2008 (Urk. 13/M62), 24. Februar 2010 (Urk. 33/1), 3. März 2010 (Urk. 33/2), 19. September 2010 (Urk. 48/1) respektive 29. September 2010 (Urk. 48/2) für unbehelflich; entsprechend der durch die Privatgutachten von Dr. I.____ vom 16. Dezember 2009 (Urk. 26/1) und Prof. Dr. XW.____ vom 7. Januar 2010 (Urk. 26/3) sowie die Stellungnahmen von Prof. Dr. XF.____ vom 9. November 2009 (Urk. 26/2), Prof. Dr. XW.____ vom 18. Mai 2010 (Urk. 39/2) und Dr. I.____ vom 21. Juni 2010 (Urk. 39/1) bestätigten gutachterlichen Einschätzung Dr. I.____s vom 31. Mai 2001 (Urk. 13/M27) sei das über den 31. März 2008 hinaus vorhandene Beschwerdebild zumindest teilweise auch auf das Unfallereignis vom 7. Dezember 1993 zurückzuführen. Im Übrigen sei das Ereignis vom 7. Dezember 1993 als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren und es seien die massgebenden Adäquanzkriterien folglich ohne Weiteres zu bejahen (Urk. 1, 19, 25 und 38).

2.

2.1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (vgl. zum Unfallbegriff: Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

2.2

2.2.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1 und 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b,

Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 141 E. 7, mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 E. 6.1 und 120 V 355 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis der betroffenen Person massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 E. 5b/aa und 115 V 139 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 und 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen (wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Äbretreten 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, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 E. 5b/aa und 115 V 139 E. 6a). Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen; denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 E. 5b/aa und 115 V 140 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind praxisgemäss zu nennen (BGE 134 V 116 E. 6.1 und 115 V 140 E. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, Nr. U 335 S. 207 ff. und Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt um so mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Eine Häufung setzt bei einem Unfall im eigentlichen mittleren Bereich drei und bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen vier Kriterien voraus. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 E. 6c/bb; vgl. BGE 120 V 355 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff. und 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; vgl. auch SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.5 und 1999 UV Nr. 10 E. 2).

2.3.4.4 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der HWS - oder eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. E. 4b) oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der HWS (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 E. 2; vgl. auch BGE 134 V 127 E. 10.2 f.) - auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten höchststrichterlichen Rechtsprechung in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 E. 3b und 122 V 417 E. 2c). Als massgebende Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;

- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Anders als bei den Kriterien, die für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung relevant sind (BGE 115 V 133), wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS (oder einer äquivalenten Verletzung) und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b und 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 363 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS (oder einer äquivalenten Verletzung) gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist praxisgemäss nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten (und in BGE 134 V 109 verfeinerten) Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb und 123 V 99 E. 2a; RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff.; SVR 1995 UV Nr. 23 E. 1; vgl. auch BGE 134 V 127 E. 10.2 f.). Dieselbe Ausnahme von der Regel der Anwendung der besonderen Schleudertrauma-Praxis gilt, wenn es sich bei der nach einem Unfall aufgetretenen, psychischen Fehlentwicklung nicht um eine mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma (oder äquivalenter Verletzung) eng verflochtene Entwicklung handelt, sondern um einen selbständigen (sekundären) psychischen Gesundheitsschaden. Für diese Abgrenzung sind insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren und der Zeitablauf von Bedeutung (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 f.; Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 377/01 vom 7. November 2002 E. 4.3, U 313/01 vom 7. August 2002 E. 2.2 und U 409/00 26. November 2001 E. 2). Nicht zur Anwendung gelangen die besonderen Schleudertrauma-Kriterien ferner bei einem durch den Unfall verschlimmerten psychischen Vorzustand (vgl. RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3c; Urteil des damaligen EVG U 377/01 vom 7. November 2002 E. 4.3).

2.4

2.4.1.1. Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der

Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a).

Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen, wobei an die Unparteilichkeit der versicherungsinternen Gutachterinnen und Gutachter allerdings ein strenger Massstab anzulegen ist (BGE 123 V 331 E. 1c, mit Hinweisen). Wenngleich die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen (externen) Gutachten zukommt (BGE 135 V 465 E. 4.4, mit Hinweisen).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der behandelnden Medizinerin beziehungsweise vom behandelnden Mediziner stammt, bedeutet nicht, dass sie von vornherein unbeachtlich ist. Das Gericht kann also auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen medizinischen Betreuung nur einer Hausärztin oder einem Hausarzt zugänglichen Kenntnisse des Gesundheitszustandes einer versicherten Person abstellen (Urteil des damaligen EVG I 255/96 vom 11. Juni 1997 E. 3a). Auf der anderen Seite ist es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten medizinischen Expertinnen und Experten (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b) nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klare Erganzung des medizinischen Dossiers (oder auch direkt eine abweichende Beurteilung) aufdrängt, weil die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver arztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewurdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 E. 2.2.1; Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2; vgl. Urteil des BGer 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1, mit entsprechenden Hinweisen).

2.4.2.4. Ob ein Unfall naturlich-kausal verantwortlich zeichnet - im Sinne einer genugenden Teilursachlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5, mit Hinweisen) - fur nach einem bestimmten Zeitpunkt geklagte gesundheitliche Beeintrachtigungen bedarf lediglich fur den Fall einer abschliessenden Beurteilung, dass die spezifische Adaquanzprufung, sofern erforderlich, zu bejahen ist. Anders ist lediglich zu

entscheiden, wenn der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (BGE 135 V 465 E. 5.1, mit Hinweis). Denn die in BGE 134 V 109 (E. 9) präzisierten (erhöhten) Anforderungen an den Nachweis einer natürlich-unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, setzen eine sorgfältige und umfassende Sachverhaltsabklärung voraus (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.2). Diesbezügliche beweismässige Weiterungen können unterbleiben, wenn die adäquate Kausalität der organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden zu verneinen ist (Urteil des BGer 8C_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2), was allerdings nicht von der Verpflichtung entbindet, den rechtserheblichen Sachverhalt - nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 1 UVG in Verbindung mit Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 193, 122 V 157 E. 1a und 130 I 180 E. 3.2) - vollständig und richtig festzustellen, zumal zahlreiche Angaben in tatsächlicher Hinsicht (z.B. zum Unfallhergang; vgl. hierzu BGE 134 V 109 E. 9.2) auch im Rahmen der Adäquanzprüfung (z.B. bei der Beurteilung der Unfallschwere oder der erlittenen Verletzungen) von erheblicher Bedeutung sind. Nicht nur die Tatfrage des Nachweises einer natürlich-unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, sondern auch die Rechtsfrage der Adäquanzprüfung setzt daher eine vollständige und richtige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts voraus (Urteil des BGer 8C_578/2007 vom 30. Mai 2008 E. 4.2; vgl. Urteil des BGer 8C_844/2010 vom 15. Februar 2011 E. 4.9).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei - im Hinblick auf die zu beurteilende Tatfrage des Nachweises einer die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigenden natürlich-unfallkausalen Verletzung oder die Rechtsfrage der Adäquanzprüfung - als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b und 122 V 157 E. 1d).

E. 3.1

3.1.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin - gestützt auf die Beurteilung von Dr. H. ___ vom 13. Januar 1998 (Urk. 13/M22; mit Erganzung vom 16. Februar 1998 [Urk. 13/M23) und insbesondere auf das Gutachten Dr. I. ___s vom 31. Mai 2001 (Urk. 13/M27) sowie in Kenntnis der diesbezüglichen vertrauensärztlichen Stellungnahme Dr. J. ___s vom 13. August 2001 (Urk. 13/M28) - die Ablehnung ihrer Leistungspflicht im Zusammenhang mit der lumbalen Rckenproblematik mangels natürlicher Unfallkausalität in Aussicht gestellt hatte (Schreiben vom 11. September 2001 [Urk. 12/81]), hatte sie sich - nach Kenntnisnahme der Stellungnahme der Versicherten vom 30. Januar 2002 (samt Beilagen; Urk. 12/88) und durchgeführter Besprechung vom 27. Juni 2002 (Urk. 12/91) - zur (Weiter-)Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen für HWS- wie LWS-Beschwerden bereit erklärt (Schreiben vom 2. Juli 2002 [Urk. 12/94]). Da vorübergehende Unfallversicherungsleistungen wie Taggeld (Art. 16 f. UVG) und Heilbehandlung (Art. 10 UVG) - im Gegensatz zu Dauerleistungen (wie insbes. Invalidenrenten [inkl. Abfindungen; Art. 18 ff. UVG] und Integritätsentschädigungen [Art. 24 ff. UVG] etc.; vgl. BGE 133 V 1 E. 4.2.1) - in der Regel in einem formlosen Verfahren zugesprochen werden (Art. 124 der Verordnung

Über die Unfallversicherung [UVV] e contrario in Verbindung mit Art. 51 Abs. 1 ATSG; vgl. SVR 2009 UV Nr. 21 E. 3.2), liegt die Beweislast für das Dahinfallen jeder natürlich-kausalen Bedeutung von vormals unfallbedingten Ursachen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Bereich beider Wirbelsäulenabschnitte grundsätzlich bei der Beschwerdegegnerin (anspruchsaufhebende Tatfrage).

Abgesehen vom Beweis des Wegfalls des einst anerkannten natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den lumbalen Beschwerden und dem Unfall vom 7. Dezember 1993 würde im Übrigen aber auch eine Feststellung der Unrichtigkeit der ursprünglichen (formlosen, aber an sich nichtsdestotrotz rechtsbeständigen) Anerkennung zur Entlastung von der künftigen Leistungspflicht führen. Die Motivation des angefochtenen Entscheids (Urk. 2 = 12/381) und die Vorbringen im vorliegenden Beschwerdeverfahren (vgl. Urk. 11 S. 14 f. Ziff. II.B.32-33, S. 18 Ziff. II.C.40, S. 19 Ziff. II.C.43 und S. 24 f. Ziff. II.C.63; Urk. 32 S. 4 f. Ziff. II.A.7 und S. 9 Ziff. II.C.19) zielen hinsichtlich der lumbalen Problematik im Kern auf ein Zurückkommen auf die mit Schreiben vom 2. Juli 2002 (Urk. 12/94) erfolgte Anerkennung der (natürlichen) Unfallkausalität. In solchen Fällen ist die Berufung auf die Wiedererwägung oder die prozessuale Revision nicht erforderlich, da die Leistungseinstellung mit Wirkung 'ex nunc et pro futuro' kein Zurückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet. Nur wenn der Unfallversicherer diese zurückfordert, muss er den hierfür erforderlichen Rückkommens Titel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen. Will er aber nicht so weit gehen, sondern - wie hier - die bisher zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen lassen, ist Anfechtungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche - wenn materiellrechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt - der Unfallversicherer (und mit ihm das Sozialversicherungsgericht) ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann.

3.1.2.2 Die Frage des anhaltenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem über den 31. März 2008 hinaus andauernden (und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erheblich beeinträchtigenden) zervikalen Beschwerdekomples und dem Unfall vom 7. Dezember 1993 braucht in der vorliegenden Konstellation insoweit nicht abschliessend beantwortet zu werden, als es ohnehin an der - anhand der mit BGE 115 V 135 begründeten Psycho- oder anhand der in BGE 117 V 359 entwickelten (und in BGE 134 V 109 verfeinerten Schleudertrauma-Praxis zu präferierenden - Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt (vgl. Urteil des BGer 8C_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2., mit Hinweisen). Die von der Rechtsprechung erarbeiteten Kausalitätsgrundsätze stellen eine näher Umschreibung des gesetzlichen Erfordernisses der Unfallbedingtheit des eingetretenen Schadens dar. Der Umstand, dass im Recht der sozialen Unfallversicherung der Adäquanz als Wertungselement im Hinblick auf eine versicherungsmässig vernünftige und gerechte Abgrenzung haftungsbegründender und haftungsausschliessender Umstände andere Beurteilungskriterien und Massstäbe zu Grunde gelegt werden, als beispielsweise im Haftpflichtrecht, ist sachlich begründet. Die besondere Adäquanzprüfung bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden nach Unfall (Schleudertrauma- und Psycho-Praxis) ist gerechtfertigt und nicht diskriminierend, weil eine solche Gesundheitsschädigung rechtlich weniger leicht einem Unfallereignis zugeordnet werden kann als eine organisch objektiv ausgewiesene (Urteil

des BGer 8C_150/2011 vom 14. Februar 2012 E. 10.3-4, unter Hinweis auf Urteil 8C_29/2010 vom 27. Mai 2010). Zwar wurde der angefochtene Einstellungsentscheid allein mit dem Wegfall der natürlichen Unfallkausalität begründet und haben sich die Parteien in ihren Beschwerdevorbringen in erster Linie mit der Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs befasst, doch haben sie sich ebenfalls abschliessend zur Adäquanz geäussert (vgl. Urk. 1 S. 17 f. Ziff. II.28; Urk. 11 S. 26 f. II.C.71; Urk. 19 S. 14 Ziff. II.29; Urk. 32 S. 8 Ziff. II.C.15 und S. 12 Ziff. II.C.33; Urk. 47 S. 7 f. Ziff. II.A.22), so dass einer entsprechenden gerichtlichen Würdigung nichts im Wege steht.

E. 3.2

3.2.1.1. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bezüglich des negierten natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1993 und den über den 31. März 2008 hinaus anhaltenden Beschwerden auf das - vertrauensärztlich wiederholt bekräftigte (Stellungnahmen von Dr. XD.____ vom 16. Dezember 2008 [Urk. 13/M62], 3. März 2010 [Urk. 33/2] und 29. September 2010 [Urk. 48/2] sowie Einschätzungen von Dr. XE.____ vom 24. Februar 2010 [Urk. 33/1] und 19. September 2010 [Urk. 48/1]) - O.____-Gutachten vom 20. Februar 2008 (Urk. 13/M61; samt Rheumatologischem Fachgutachten vom 13. November 2007 [Beilage 1], Neurologischem Fachgutachten vom 14. November 2007 [Beilage 2], Neuropsychologischem Fachgutachten vom 17. Dezember 2007 [Beilage 3] und Psychiatrischem Fachgutachten vom 14. November 2007 [Beilage 4]), dem die Beschwerdeführerin von vornherein jede Beweistauglichkeit abspricht (vgl. Urk. 1 S. 7 ff. Ziff. II.13-18 und S. 17 Ziff. II.27; Urk. 19 S. 7 Ziff. II.7 und S. 11 Ziff. II.17-20; Urk. 38 S. 5 Ziff. I.9 und S. 10 Ziff. II.16).

3.2.2. Eine Verletzung der Partizipationsrechte im Zusammenhang mit der am 5. Juli 2007 erfolgten Auftragserteilung zu Händen der O.____ (vgl. Urk. 12/204-209, 12/211-220, 12/223, 12/242, 12/272, 12/281, 12/284-285, 12/287, 12/304-305, 12/308, 12/313-315 und 12/323-326) wird beschwerdeweise - zu Recht - nicht geltend gemacht. Was den in BGE 137 V 210 publizierten höchstgerichtlichen Leitentscheid vom 28. Juni 2011 (9C_243/2010) zur Vereinbarkeit von MEDAS-Abklärungen mit den Verfahrensgrundrechten anbelangt, betrifft dieser zum Einen hauptsächlich Abklärungen der Invalidenversicherung und blassen dabei zum Andern nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft jeglichen Beweiswert ein (vgl. zuletzt etwa Urteil des BGer 8C_380/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2).

3.2.3. Nach einer Vorinformation durch die O.____ mit Schreiben vom 14. August 2007 (Urk. 12/335) erging am 2. Oktober 2007 das Untersuchungsaufgebot an die Beschwerdeführerin (Urk. 12/345), und zwar - auf Geheiss der Beschwerdegegnerin vom 23. August 2007 (Urk. 12/337) - unter Bekanntgabe des Terminprogramms in den verschiedenen Fachgebieten und Nennung der dafür vorgesehenen Sachverständigen: neuropsychologische Untersuchungen am 5./6. November 2007 durch Dipl. Psych. XA.____, internistische Untersuchung am 13. November 2007 durch Dr. W.____, rheumatologische Untersuchung am 13. November 2007 durch Dr. XG.____, psychiatrische Untersuchung am 14. November 2007 durch Dr. med. XH.____ und neurologische Untersuchung am 14. November 2007 durch Dr. XG.____. Die Beschwerdeführerin beanstandet die gemachten Angaben als insofern unzutreffend, als die neurologische Untersuchung nicht durch Dr. XG.____, sondern durch Assistenzarzt Dr. XL.____, und die psychiatrische Untersuchung nicht durch Dr. XH.____, sondern durch Assistenzärztin Dr. XC.____ durchgeführt

worden seien. In der Tat war an der von Oberarzt Dr. XG.____ verantworteten neurologischen Begutachtung Assistenzarzt Dr. XL.____ massgeblich beteiligt, welcher das entsprechende Fachgutachten vom 14. November 2007 (Urk. 13/M61 Beilage 2) mitunterzeichnete (S. 14) und nebst Dr. XG.____ an der Konsens-Konferenz vom 16. Januar 2008 teilnahm (Urk. 13/M61 S. 42 Ziff. 7). Alsdann zeichnete für die psychiatrische Begutachtung nicht der oberärztliche Leiter der Gutachterstelle Dr. XH.____, sondern Oberarzt Dr. XB.____ verantwortlich, welchem von Dr. XC.____ assistiert wurde; Dr. XB.____ unterschrieb das von Dr. XC.____ mitunterzeichnete Fachgutachten vom 14. November 2007 (Urk. 13/M61 Beilage 4) in eigenem Namen sowie darüber hinaus "i.V." für Chefärztin Prof. Dr. XQ.____ (S. 12) und nahm an der Konsens-Konferenz vom 16. Januar 2008 teil (Urk. 13/M61 S. 42 Ziff. 7). Aus den Akten ergibt sich ausserdem, dass die neuropsychologische Abklärung nicht von der an der Konsens-Konferenz vom 16. Januar 2008 anwesenden (Urk. 13/M61 S. 42 Ziff. 7) Dipl. Psych. XA.____ allein, sondern unter wesentlicher Mitwirkung von Dr. phil. XI.____ durchgeführt wurde, welche das entsprechende Fachgutachten vom 17. Dezember 2007 (Urk. 13/M61 Beilage 3) mitunterzeichnete (S. 30). Hingegen erfolgte die rheumatologische Exploration allein durch den angeforderten Dr. XG.____ (Fachgutachten vom 13. November 2007 [Urk. 13/M61 Beilage 1], insbes. S. 9), welcher auch an der Konsens-Konferenz vom 16. Januar 2008 teilnahm (Urk. 13/M61 S. 42 Ziff. 7); auf Durchführung einer internistischen Untersuchung durch den an der Konsens-Konferenz vom 16. Januar 2008 teilnehmenden (Urk. 13/M61 S. 42 Ziff. 7) und beim Hauptgutachten federführenden (Urk. 13/M61 S. 60) Dr. W.____ wurde - aus naheliegender Erwägung - einvernehmlich verzichtet (Urk. 13/M61 S. 29 Ziff. 4.2).

Weder direkt im Anschluss an die im November 2007 durchgeführten neuropsychologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen noch nachdem ihr die Beschwerdegegnerin das im Februar 2008 erstattete O.____-Gutachten (Urk. 13/M61, samt Beilagen) mit Schreiben vom 28. Februar 2008 (Urk. 12/355) zur Kenntnis gebracht und den Verfügungserlass für Ende März 2008 in Aussicht gestellt hatte, wurden seitens der Beschwerdeführerin Einwendungen gegen die an den Untersuchungshandlungen beteiligten Personen laut. Erst in der am 30. April 2008 erhobenen Einsprache (Urk. 12/370) gegen die am 28. März 2008 erlassene Einstellungsverfügung (Urk. 12/365) beanstandete die Beschwerdeführerin die Untersuchungsdurchführung durch die Dres. XL.____ und XC.____ sowie Dr. phil. XI.____ (S. 1 f. Rz. 1). Unter diesen Umständen ist ein schwerer und als solches unheilbarer formeller Mangel, der einem Abstellen auf das Gutachten entgegensteht, zu verneinen, zumal weder einsprucheweise Ausstands- oder Ablehnungsgründe (im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG) vorgebracht worden sind noch beschwerdeweise geltend gemacht werden (vgl. Urteil des BGer 8C_311/2008 vom 19. Dezember 2008 E. 5.1.2). Aus dem Einwand, wonach die Beschwerdeführerin die psychiatrische Untersuchung subjektiv "als in einem gereizten Umfeld stattfindend" empfunden habe (Urk. 1 S. 11 Ziff. II.20), wird - zu Recht - keine objektive Befangenheit von Assistenzärztin Dr. XC.____ abgeleitet (vgl. Urk. 19 S. 10 f. Ziff. II.16). Was die fachliche Befähigung betrifft, wurde hinstichlich wiederholt entschieden, dass einem durch eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt erstellten und durch die Vorgesetzte oder den Vorgesetzten lediglich visierten (Fach-)Gutachten nicht von vornherein jeglicher Beweiswert abgeht. Es ist üblich und allgemein zugelassen, dass Chef- oder leitende (Ober-)Ärztinnen und -Ärzte einer Klinik für Kontrolluntersuchungen sowie zur Erstellung von medizinischen Berichten

Mitarbeitende beiziehen, und es kann nicht verlangt werden, dass solche Ärztinnen und Ärzte persönlich alle Untersuchungen vornehmen, so dass es den Beweiswert des Arztberichtes nicht vermindert, wenn er unter Beizug ausgewiesener Mitarbeitender erstattet wird (Urteil des damaligen EVG U 87/01 vom 24. Juli 2002 E. 2.2). Der Beweiswert der Expertise wird auch nicht geschmälert, wenn die Befundaufnahme und die Verfassung des Gutachtens durch eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt erfolgt sind und die visierende Chefärztin oder der visierende Chefarzt die versicherte Person nicht selber untersucht hat (Urteil des damaligen EVG I 342/02 vom 15. Januar 2003 E. 3.1.1; vgl. zum Ganzen etwa auch: Urteile des damaligen EVG I 402/04 vom 7. Dezember 2004 E. 3.2, I 41/04 vom 13. Dezember 2004 E. 3.2, I 648/04 vom 9. Mai 2005 E. 4.1 und I 718/04 vom 27. März 2006 E. 4.1 sowie des BGer 8C_311/2008 vom 19. Dezember 2008 E. 5.1.2, 8C_226/2009 vom 6. November 2009 E. 3.2 und 8C_213/2010 vom 3. August 2010 E. 2.2). Es liegen keine Umstände vor, welche hier zu einer anderen Beurteilung Anlass zu geben vermöchten, zumal die verantwortlich zeichnenden Dres. XG.____ und XB.____ sowie Dipl. Psych. XA.____ die einschlägigen Fachgutachten nicht nur visiert, sondern mitunterschrieben haben, was jedenfalls bezüglich der Abfassung der Expertisen auf ihre Mitwirkung schliessen lässt. Ausserdem räumt die Beschwerdeführerin ein, dass Dr. XB.____ bei den psychiatrischen Untersuchungen zumindest teilweise persönlich anwesend gewesen war (Urk. 1 S. 11 Ziff. II.20). Auch der Umstand, dass die Begutachtungsstelle die psychiatrische Expertise einem anderen Arzt übertragen hat als mit der Einladung vom 2. Oktober 2007 (Urk. 12/345) angekündigt (Dr. XB.____ statt Dr. XH.____) und auf dem entsprechenden Fachgutachten die eingangs unerwähnt gebliebene Chefärztin Prof. Dr. XQ.____ als Mitverfasserin aufgeführt ist, steht der Verwertbarkeit der entsprechenden Teil- und darauf aufbauenden Hauptexpertise nicht entgegen. Sinn und Zweck von Art. 44 ATSG ist es, dass vorgängig die gesetzlichen Ausstands- und Ablehnungsgründe vorgebracht werden können (BGE 132 V 376 E. 7.3). Vorliegend wird nun aber - wie bereits erwähnt - auch beschwerdeweise nicht behauptet, dass gegenüber Dr. XB.____, der von ihm beigezogenen Assistenzärztin Dr. XC.____ oder Prof. Dr. XQ.____ ein Ausstands- oder Ablehnungsgrund (im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG) bestehen würde. Der Einwand der mangelnden fachlichen Kompetenz von Assistenzärztinnen und -Ärzten ist kein Ausstands- beziehungsweise Ablehnungsgrund, sondern bei der Würdigung des Gutachtens in Betracht zu ziehen (BGE 132 V 93 E. 6.5; SVR 2010 IV Nr. 41). Auch wenn richtig vorgegangen und die Gutachterliste gemäss O.____-Mitteilung vom 2. Oktober 2007 (Urk. 12/345) vor den Begutachtungsterminen aktualisiert worden wäre, hätte dies im Ergebnis nichts geändert. Denn nachdem die Delegation der Begutachtung zulässig war und gegenüber den explorierenden Ärztinnen und Ärzten keine Ausstands- oder Ablehnungsgründe geltend gemacht wurden und werden, ist der Beschwerdeführerin aus der fehlenden vorgängigen Mitteilung kein Nachteil entstanden. Im Übrigen ist eine Verletzung der in Art. 44 ATSG gewährten Mitwirkungsrechte rechtsprechungsgemäss heilbar (Urteil des BGer U 145/06 vom 31. August 2007 E. 4 und 5). Selbst wenn mit der Nichterwähnung von Chefärztin Prof. Dr. XQ.____, Oberarzt Dr. XB.____, der Assistenzärztinnen und -Ärzte Dres. XL.____ und XC.____ sowie von Neuropsychologin Dr. phil. XI.____ Art. 44 ATSG verletzt worden wäre, könnte dieser Verfahrensmangel demnach als im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt betrachtet werden, da das hiesige Gericht sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa).

Dass sich die neuropsychologischen Abklärung nicht wie ursprünglich angekündigt (Urk. 12/345) auf zwei (5./6. November 2007), sondern letztlich auf drei Tage erstreckte (zusätzlich: 19. November 2007; Urk. 13/M61 Beilage 3 S. 1 und S. 19 f. Ziff. 2.1), was im O. ___-Hauptgutachten unerwähnt blieb (Urk. 13/M61 S. 2 Ziff. 1 und S. 35 Ziff. 5.3), schadet in formeller Hinsicht ebenso wenig wie die Tatsache, dass Dr. phil. L. ___ einmal fälschlicherweise als Ärztin ("Dr. med."; Urk. 13/M61 S. 17 Ziff. 3) bezeichnet wurde (Urk. 1 S. 10 Ziff. II.19). Und auch der Umstand, dass die beim psychiatrischen Untersuchungstermin unterbliebenen Testungen (gemäss Beck-Depressions-Inventar [BDI] und Symptom-Checkliste nach Derogatis [SCL-90R]) nicht vor Ort nachgeholt respektive die von der Beschwerdeführerin später zu Hause ausgefüllten Fragebogen ohne weitere Begründung als unverwertbar bezeichnet wurden ("Eine Verwertung ist nicht möglich"; Urk. 13/M61 Beilage 4 S. 10 Ziff. 2.3; Urk. 1 S. 12 Ziff. II.20), macht das entsprechende psychiatrische Teil- und das darauf aufbauende O. ___-Hauptgutachten noch nicht von vornherein unbrauchbar. Dass die Krankengeschichte von Dr. A. ___ beigezogen, der Beizug aber nicht offen gelegt worden sein soll (Urk. 1 S. 10 Ziff. II.19), führt ebenfalls nicht zur beweismässigen Unverwertbarkeit.

3.2.4.4. Rechtsprechungsgemäss sind zur Beurteilung der natürlichen Kausalität nach HWS-Distorsionen (und äquivalenten Unfallmechanismen) eingehende Abklärungen notwendig. Nebst den allgemein gültigen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Berichte und Gutachten ist empfehlenswert, dass die Begutachtung durch mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte erfolgt. Im Vordergrund stehen dabei Untersuchungen neurologisch/orthopädischer (soweit indiziert mit apparativen Mitteln) und psychiatrischer sowie gegebenenfalls auch neuropsychologischer Fachrichtung. Bei spezifischer Fragestellung und zum Ausschluss von Differentialdiagnosen sind auch otoneurologische, ophthalmologische oder andere Untersuchungen angezeigt (BGE 134 V 109 E. 9.5, mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C_63/2009 vom 25. Januar 2010 E. 5.1.2). Dass die Federführung der interdisziplinären Begutachtung bei der involvierten neurologischen Fachperson liegen müsste, wird hingegen nicht gefordert und stellt erst recht kein formelles, im Missachtungsfall zur strikten Unverwertbarkeit führendes Erfordernis dar.

Auch der Umstand, dass das O. ___-Hauptgutachten nicht die Unterschrift aller beteiligten Expertinnen und Experten trägt, sondern nur von Dr. W. ___ unterzeichnet ist, bildet noch keinen Unverwertbarkeitsgrund. Wohl beantwortet in der Regel die federführende Ärztin beziehungsweise der federführende Arzt im Rahmen von polydisziplinären Gutachten die Fragen anhand der Aussagen der verschiedenen Expertinnen und Experten, wobei dieser Entwurf den anderen Expertinnen und Experten vor der Schlussredaktion vorgelegt wird und das Gutachten nach erfolgter Niederschrift an die verschiedenen Ko-Expertinnen und -Experten zur Durchsicht und Unterschrift geht (vgl. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten: Leitfaden für die Begutachtung im Rahmen der sozialen und privaten Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung, 4. Aufl., Bern 2003, S. 92). Indessen wird vorliegend weder geltend gemacht noch finden sich anderweitige Anhaltspunkte dafür, dass in dem von Dr. W. ___ unterzeichneten O. ___-Hauptgutachten die Resultate der aktenkundigen und von den jeweiligen Beteiligten unterschriebenen Fachgutachten in wesentlichen Punkten falsch dargestellt oder die an der interdisziplinären Konsens-Konferenz vom 16. Januar 2008 erarbeitete Gesamtbeurteilung unzutreffend

wiedergegeben wĂ¼rden, so dass die Frage, ob die Unterschrift aller beteiligten Expertinnen und Experten ein Formerfordernis ist, letztlich offen bleiben kann (vgl. Urteile des BGer 8C_272/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 3.3, 8C_271/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 6.5 und 8C_499/2007 vom 4. November 2008 E. 3.2.2).

3.2.5.5. Der Einwand, wonach der O.____ nicht die gesamten Verwaltungsakten vorgelegen haben sollen, ist im Rahmen der materiellen WĂ¼rdigung des Gutachtens in Betracht zu ziehen. Dass die Beschwerdegegnerin gleichsam zwecks einer fĂ¼r die BeschwerdefĂ¼hrerin nachteiligen Lenkung des Begutachtungsergebnisses eine sehr selektive Aktenauswahl zu Handen der Gutachterstelle getroffen habe und dabei namentlich die polizeilichen Unfallakten unterschlagen haben soll, trifft aber ohnehin nicht zu. Laut dem mit dem Auftragsschreiben vom 5. Juli 2007 (Urk. 12/325) - nebst dem Fragenkatalog (Urk. 12/324) - mitgeschickten Aktenverzeichnis (Urk. 12/323) wurden keineswegs nur die in den allgemeinen Akten enthaltenen externen und internen Unfallanalysen (von Dipl. Ing. FH N.____ vom 21. Juli 2005 [Urk. 12/180/1] und Ing. HTL V.____ vom 1. MĂrz 2007 [Urk. 12/310]) Ă¼bermittelt, sondern wurden auch die erhobenen polizeilichen Unterlagen (Urk. 14) zur VerfĂ¼gung gestellt, welche im O.____-Gutachten denn auch unter den aufgelisteten Akten figurieren (Urk. 13/M61 S. 3 Ziff. 2.1). Das als bewusst zurĂ¼ckgehalten monierte Schreiben vom 18. Januar 2001 (Urk. 12/281/3) betrifft nicht den Fall der BeschwerdefĂ¼hrerin und erweist sich fĂ¼r die individuelle medizinische Beurteilung folglich als belanglos. Inwieweit die NichtĂ¼bermittlung des Protokolls Ă¼ber den Verletztenbesuch vom 24. Februar 1994 (Bericht vom 1. MĂrz 1994 [Urk. 12/9]) die Ă¼berzeugungskraft des O.____-Gutachtens beeintrĂchtigen kĂ¶nnte, ist eine materiell-rechtliche Frage der BeweiswĂ¼rdigung; das Gleiche gilt auch fĂ¼r das beanstandete Fehlen der vom vormaligen Rechtsvertreter der BeschwerdefĂ¼hrerin beigebrachten Stellungnahmen der Dres. I.____ und A.____ vom 24. Oktober 2001 (richtig: 30./31. Dezember 2001; Urk. 12/88 Beilage) beziehungsweise 7. Januar 2002 (Urk. 12/88 Beilage) zur MeinungsĂusserung von Vertrauensarzt Dr. J.____ vom 13. August 2001 (Urk. 13/M28) in den der Gutachterstelle zur VerfĂ¼gung gestellten Unterlagen. Im Ă¼brigen wurde die O.____ von der Beschwerdegegnerin im Nachgang zur ersten AktenĂ¼bermittlung (Urk. 12/323-325) mit zusĂtzlichen Unterlagen bedient, nĂmlich am 24. Oktober 2007 (Urk. 12/347) mit einer Kopie des Berichts des Medizinischen Zentrums BR.____ vom 19. Oktober 2007 (Urk. 13/M59) und am 5. November 2007 (Urk. 12/350) mit einer solchen des Berichts von Dr. U.____ vom 23. Oktober 2007 (Urk. 13/M60).

3.2.6. Die RĂ¼ge, dass es sich bei den das O.____-Gutachtensergebnis unterstĂ¼tzenden vertrauensĂrztlichen Stellungnahmen der Dres. XD.____ und XE.____, namentlich denjenigen von Dr. XE.____, um blosse "GefĂhligkeitsgutachten" handle, denen gleichsam von vornherein keinerlei Beweiswert beizumessen sei (Urk. 38 S. 5 Ziff. I.9), lĂsst sich in dieser pauschalen Form nicht halten. Wohl ist an die Unparteilichkeit versicherungsinterner Gutachterinnen und Gutachter ein strenger Massstab anzulegen und kommt Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemĂss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem (gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom VersicherungstrĂger in Auftrag gegebenen) externen Gutachten, doch unterliegen Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ărztinnen und Ărzte wie andere Beweismittel der freien richterlichen BeweiswĂ¼rdigung, und es kann ihnen bei ErfĂ¼llung der allgemeinen Tauglichkeitskriterien durchaus Beweiswert beigemessen

werden.

E. 3.3

3.3.1.1. Im O.____-(Haupt-)Gutachten vom 20. Februar 2008 (Urk. 13/M61) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 41 Ziff. 6.1):

1. Nicht quantifizierbare neuropsychologische Funktionsstörung bei:

- Status nach HWS-Distorsionstrauma (am 7. Dezember 1993)

- chronifizierten Schmerzen

- migräniformer Kopfschmerzkomponente

- Status nach Opioid-Abusus

- Verdacht auf depressive Störung

- Verdacht auf somatoforme Störung (Differentialdiagnose: Burnout-Syndrom)

2. Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

3. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

4. Chronisches zervikozephalies Schmerzsyndrom mit/bei:

- Status nach HWS-Distorsionstrauma (am 7. Dezember 1993)

- migräniformer Kopfschmerzkomponente

- fehlenden Hinweisen auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik

- fehlender Myelopathie und Radikulopathie sowie minimaler Bandscheibenprotrusion C5/6 (HWS-MRI vom 28. Februar 2007)

- temporo-mandibulärem Schmerzsyndrom beidseits mit Bruxismus (gemäß Anamnese)

Sodann wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 41 f. Ziff. 6.2):

1. Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig weitestgehend abstinent (ICD-10 F11.20)

2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht radikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein

- deutliche Osteochondrose L5/S1 mit paramedianer kleiner Diskushernie rechts, progredienter Osteochondrose L4/5 und lumbosakraler Übergangsanomalie (MRI vom 29. August 1994 und 10. Dezember 1997)

3. Status nach Tonsillektomie (als Kind)

In somatischer Hinsicht wurde bezüglich der festgestellten neuropsychologischen Funktionseinschränkungen zusammenfassend festgehalten, dass kognitive Störungen im Rahmen der ersten Begutachtungen (namentlich durch Dr. I.____) unerwähnt geblieben und erstmals Jahre nach dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1993 geklagt worden seien und darüber hinaus in Anbetracht des Unfallgeschehens, der Frühphase nach dem Unfall und der Arbeitszeugnisse sowie aufgrund der zu verneinenden Milden Traumatischen Hirnverletzung (Mild Traumatic Brain Injury [MTBI]) auch nicht plausibel

oder zu erwarten seien; die kognitiven Störungen seien im Verlauf der psychophysischen Erschöpfung respektive der Somatisierungsstörung respektive des Burnouts aufgetreten und vor allem psychisch bedingt, jedoch solchermassen nicht unfallkausal (S. 51 Ziff. 7.2/2.1 und S. 52 Ziff. 7.2/3.1, je in Verbindung mit S. 42 ff. Ziff. 7.1). In muskuloskelettaler Hinsicht seien im Vergleich zu den Vorakten keine neuen Diagnosen zu stellen, wobei Dr. I. ___s diagnostische Formulierung einer "reaktiven Spondylose nach Barotrauma der Hals- und Lendenwirbelsäule", welche normalerweise im Tauchsport gesehen werde, nicht nachvollziehbar sei; im übrigen ergaben sich im Voraktenvergleich zahlreiche andere Diagnosen (S. 52 Ziff. 7.2/4.1 in Verbindung mit S. 42 ff. Ziff. 7.1). Zur Frage der natürlichen Kausalität wurde zusammenfassend ausgeführt, die heute in der Symptomatik führenden Diagnosen ständen "mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom 07.12.2003" (richtig: 7. Dezember 1993; Hervorhebung weggelassen); der Unfall und seine direkten Folgen seien an der heutigen Symptomatik von weitgehend untergeordneter Bedeutung, der 'status quo sine' mithin spätestens auf den Zeitpunkt des Gutachtens zu terminieren (seit 2000/2001 sei vermutlich eine ganz andere Symptomatik führend; S. 52 f. Ziff. 7.2/5.1-3 in Verbindung mit S. 42 ff. Ziff. 7.1); die aktuellen gesundheitlichen Probleme seien "mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal" (Hervorhebung weggelassen; S. 53 Ziff. 7.2/5.4).

In psychiatrischer Hinsicht wurde zusammenfassend festgehalten, die somatoforme Schmerzstörung sei auf dem Boden eines chronifizierten Schmerzsyndroms, beruflicher Überforderung bei hohen extrinsischen und intrinsischen Ansprüchen und einer anankastisch akzentuierten Persönlichkeitsstruktur entstanden, wobei der primäre Krankheitsgewinn in einer Entlastung von einem Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und der sekundäre Krankheitsgewinn in einer Entlastung von hohen Leistungsansprüchen bei 100%iger Lohnfortzahlung zu sehen seien (S. 56 Ziff. 7.3/5.1). Die anankastische Persönlichkeitsakzentuierung spiele bei der Verarbeitung des Unfalles eine wesentliche Rolle (S. 56 Ziff. 7.3/5.2). Die psychische Störung spiele eine wesentliche Rolle im Gesamtzusammenhang im Sinne einer dysfunktionalen Unfall- und Krankheitsverarbeitung (mit vermutlich seit ca. 1998 zunehmendem Analgetikagebrauch und Entwicklung einer Opioidabhängigkeit); das psychische Beschwerdebild stehe "eindeutig im Vordergrund", während "aus unfallkausaler Sicht" die somatischen Beschwerden "von untergeordneter Bedeutung" seien (S. 56 Ziff. 7.3/5.3). Hinsichtlich der psychiatrischen Befunde sei ein Kausalzusammenhang nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuvollziehen, zumal es der Beschwerdeführerin immerhin noch jahrelang gelungen sei, erfolgreich zu funktionieren; die Chronifizierung der Schmerzen mit Opioidabhängigkeit und die depressive Dekompensation im Sinne einer Erschöpfung seien "überwiegend wahrscheinlich" durch unfallfremde Faktoren bedingt (S. 57 Ziff. 7.3/6.1). Die Mitwirkung eines psychischen Vorzustandes wurde mit dem Hinweis verneint, dass die psychische Störung eine eigenständige, sich im Verlauf ausbildende Störung ohne genlegenden kausalen Zusammenhang mit dem Unfall sei (S. 57 Ziff. 7.3/6.2); die aktuellen Diagnosen seien mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall zurückzuführen (S. 57 Ziff. 7.3/6.3).

In neuropsychologischer Hinsicht wurde klargestellt, dass die als nicht quantifizierbar eingestuften neuropsychologischen Funktionsstörungen maximal leichten Grades seien (S. 58 Ziff. 7.4/4), wobei die Häufigkeit/Dosierung der Einnahme von Opiaten zwar

anamnestisch nicht genügend habe geklärt werden können, der Einfluss der an den Untersuchungstagen eingenommenen Medikamente (Aulin ® und Aspöcigic ® bzw. Aulin ®) auf das Testergebnis aber vernachlässigt werden könne (S. 58 Ziff. 7.4/5).

3.3.2.2 Vertrauensarzt Dr. XD. ___ befasste sich in seiner Würdigung des O. ___-Gutachtensergebnisses vom 16. Dezember 2008 (Urk. 13/M62) hauptsächlich mit der psychiatrischen Fachbeurteilung vom 14. November 2007 (Urk. 13/M61 Beilage 4), deren Überzeugungskraft er trotz teilweise unterbliebener Tests (BDI und SCL-90R) und Nichtauswertung der diesbezüglich nachgebrachten Fragebögen (Urk. 13/M61 Beilage 4 S. 10 Ziff. 2.3) bejahte; zwar sei unklar, weshalb die später eingegangenen Testbögen nicht ausgewertet worden seien, doch seien Testungen in psychiatrischen Begutachtungen grundsätzlich von untergeordneter Bedeutung (S. 1 f. Ziff. 1).

Neuropsychologin Prof. Dr. phil. XF. ___ verneinte in ihrer im Rahmen der neurologischen Privatbegutachtung durch Dr. I. ___ am 9. November 2009 erstatteten Einschätzung Hinweise auf eine traumatische Hirnverletzung. Die zunehmende posttraumatische Verschlechterung in der Stimmung und die damit verbundenen kognitiven Leistungsminderungen seien mit dem chronischen Schmerzsyndrom erklärbar; weitere neuropsychologische Untersuchungen seien kontraindiziert.

Der von der Beschwerdeführerin privat beigezogene Dr. I. ___, welcher in seinem früheren, zu Händen der Beschwerdegegnerin am 31. Mai 2001 erstatteten Gutachten (Urk. 13/M27) ein posttraumatisches zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom sowie ein posttraumatisches lumbovertebrales Syndrom mit Diskushernie und reaktiver Spondylose nach Barotrauma von HWS und LWS durch Auffahrunfall diagnostiziert (S. 29 Ziff. 4 und S. 34 Ziff. 6.4) und den natürlichen Kausalzusammenhang sowohl bezüglich der HWS- als auch hinsichtlich der LWS-Problematik bejaht hatte (S. 30 ff. Ziff. 5 und S. 35 f. Ziff. 6.5), stellte in seiner neurologischen Expertise vom 16. Dezember 2009 (Urk. 26/1) die zusätzliche Diagnose einer posttraumatischen Migräne (S. 36 f. Ziff. 4), deren natürliche Unfallkausalität er ebenso bejahte wie er den nach wie vor bestehenden natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem schon früher diagnostizierten Zervikalsyndrom und der lumbalen Diskushernie bekräftigte, wobei er bezüglich Letzterer unter Verweis auf seine frühere Beurteilung hervorstrich, dass diese durch eine "Muskelkontraktion als Schreckreaktion" verursacht worden sei; irgendwelche Vorzustände oder unfallfremde Faktoren würden keine Rolle spielen (S. 37 Ziff. 5).

Prof. Dr. XW. ___ führte in seinem Privatgutachten vom 7. Januar 2010 (Urk. 26/3) folgende Diagnosen auf (S. 14 f. Ziff. 4):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Verdacht auf milde traumatische Hirnschädigung (ICD-10 F07.2)
3. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
4. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; Typ A-Verhalten)

Zur Kausalität der psychogenen Störungen führte er aus, die Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe sich aus dem Zusammenspiel der stark leistungsorientierten, auf Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bedachten Grundpersönlichkeit mit den unfallbedingten Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden

entwickelt. Die hohen Ziele, welche sich die Beschwerdeführerin gesetzt und die sie mit einem hohen Grad an Perfektion und Selbstständigkeit zu erreichen versucht habe, hätten sie unter einen grossen Stress gesetzt, welcher zusätzlich zugenommen habe, nachdem sie unfallbedingt wohl eine Einbusse an Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie zunehmend Kopfschmerzen (von Dr. I. ___ als posttraumatische Migräne eingestuft) entwickelt gehabt habe. Bei den Kopfschmerzen habe möglicherweise eine milde traumatische Hirnschädigung eine Rolle gespielt, sicher aber die Verletzung im HWS-Bereich durch das HWS-Distorsionstrauma. Die hohe Stressbelastung habe zu einer Zunahme der Kopfschmerzen geführt, welcher die Beschwerdeführerin mit der Einnahme von Analgetika entgegenzuwirken versucht, damit aber wohl die Entwicklung einer Schmerzempfindungsstörung und der chronischen Kopfschmerzen begünstigt habe. Die Assoziation der beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale mit der Entwicklung von funktionellen Störungen sei bestens bekannt; ebenso gut erforscht sei die Entwicklung der Schmerzüberempfindlichkeit aufgrund der Neuroplastizität des Gehirns (S. 15 Ziff. 5.1). Zum Einfluss der vorbestehenden Persönlichkeitsstruktur hielt Prof. Dr. XW. ___ fest, die Einschränkung der sehr leistungsorientierten, tüchtigen, perfektionistischen, auf Unabhängigkeit bedachten Beschwerdeführerin durch den vorerst nicht als wichtig erlebten Unfall habe sie in eine Krise gestürzt, wobei das hartnäckige Durchhalten mit hoher Willensanstrengung und Einnahme von Schmerzmedikamenten - wie in der Schmerzforschung und -behandlung bekannt - die Chronifizierung der Schmerzen und Entwicklung einer Hyperalgesie begünstigt habe (Avoidance-Endurance; S. 15 f. Ziff. 5.2). Zum Stellenwert der psychischen Störung legte Prof. Dr. XW. ___ dar, dass der Einfluss derselben zu Beginn der Beschwerden (d.h. unmittelbar nach dem Unfall) keinen negativen, sondern einen positiven Einfluss auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit gehabt, danach jedoch die Chronifizierung und Exazerbation der Beschwerden begünstigt und schliesslich zum erschöpfungsbedingten Zusammenbruch geführt habe (Erschöpfung, Depression; S. 16 Ziff. 5.3). Zur Kausalitätsfrage äusserte sich Prof. Dr. XW. ___ dahingehend, dass am Anfang der beschriebenen Entwicklung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte Störung der Befindlichkeit mit Kopf- und Nackenschmerzen sowie möglicherweise einer diskreten Beeinträchtigung der Merkfähigkeit bestanden habe; überwiegend wahrscheinlich sei, dass die beschriebene Entwicklung ohne das Unfallereignis "nicht in dieser Art und in diesem Ausmass" eingetreten wäre. Die unfallbedingten Kopf- und Nackenschmerzen hätten für die fragliche Entwicklung eine wichtige Rolle gespielt. Dazu kämen "iatrogene Schädigungen, im Sinne der Empfehlung, trotz Beschwerden weiterhin zur Arbeit zu gehen und diese allenfalls mit Schmerzmedikamenten zu unterdrücken"; über Jahre hinweg sei die Behandlung der Beschwerdeführerin rein somatisch orientiert gewesen und sei deren auffälliges Verhalten nicht beachtet worden (erstmaliger Kontakt mit einem Psychotherapeuten im Jahr 2001). Insofern wirkten sich das Unfallereignis und dessen Folgen noch heute auf den Zustand aus (S. 16 Ziff. 6.1). Ein wesentlicher Vorzustand wurde von Prof. Dr. XW. ___ verneint; ihre auffälligen Persönlichkeitszüge hätten die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis vielmehr zu einer äusserst tüchtigen und leistungsfähigen Person gemacht, seien allerdings für den Fall einer Überbelastung oder Dekompensation mit einem Chronifizierungsrisiko behaftet gewesen (S. 16 Ziff. 6.2). Insgesamt seien die erhobenen Befunde und Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilweise auf das Unfallereignis zurückzuführen, dessen Bedeutung mit der Zeit zwar in den Hintergrund getreten sei; ohne Unfallereignis wäre die

- auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (Urteil des BGer U 258/06 vom 15. März 2007);
- sich bei einer Geschwindigkeit von zirka 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil des BGer U 492/06 vom 16. Mai 2007).

Auch beim Fahrer eines Personenwagens, der mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h die Kontrolle über das Fahrzeug verloren hatte, auf den Fahrstreifen für den Gegenverkehr, dann auf das linksseitige Strassenbankett und schliesslich in den Strassengraben abgekommen war, wobei er sich mehrere Male überschlagen hatte, wurde ein mittelschwerer Unfall angenommen (Urteil des BGer 8C_595/2009 vom 17. November 2009), wie auch bei einer Frontalkollision zweier Personenwagen, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30-40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70-80 km/h geschätzt wurde (Urteil des BGer 8C_80/2009 vom 5. Juni 2009), und bei der Kollision eines Personenwagens bei einer Fahrgeschwindigkeit von zirka 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse, mit seitlichem Überschlag und Stillstand auf dem Dach liegend im angrenzenden Wiesland (Urteil des BGer 8C_609/2007 vom 22. August 2008), oder bei einem Fahrzeug, welches mit einer Geschwindigkeit von zirka 90 km/h frontal in einen stehenden Personenwagen prallte (Urteil des BGer 8C_786/2009 vom 4. Januar 2010), sowie bei einer Frontalkollision, bei der das unfallverursachende Fahrzeug ungebremst mit etwa 100 km/h in einen mit zirka 80 km/h fahrenden, noch ein Abbrems- und Ausweichmanöver einleitenden Personenwagen stiess (Urteil des BGer 8C_1021/2009 vom 3. November 2010). Gleichermassen wurde etwa auch ein Ereignis als mittelschwer im eigentlichen Sinne eingestuft, bei dem ein von der versicherten Person gelenkter Lieferwagen auf der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von 100-120 km/h bei starkem Regen ausser Kontrolle geriet und, nachdem er auf die Mittel- und Seitenplanke geprallt war, seitlich liegend auf dem rechten Pannestreifen zum Stillstand kam, wodurch ein Totalschaden entstand (Urteil des BGer 8C_933/2009 vom 28. April 2010).

Einfache Auffahrunfälle auf ein haltendes Fahrzeug ohne irgendwelche spektakuläre Begleitumstände werden zwar in aller Regel als mittelschwere Unfälle qualifiziert, als solche aber im Bereich der leichteren Unfälle eingereiht (SVR 2007 UV Nr. 26 E. 5.2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2, mit Hinweisen; aus jüngster Zeit: Urteil des BGer 8C_714/2009 vom 14. April 2010 E. 6.2).

3.4.2.2 Aufgrund der in den Polizeiakten (Urk. 12/14) und unfallanalytische Unterlagen (Urk. 12/180/1 und 12/310) enthaltenen Angaben ist der in Frage stehende Unfall als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu leichten Unfällen anzusiedeln. Es handelte sich um einen unspektakulären Auffahrunfall, wobei das auffahrende Fahrzeug des Unfallgegners keine weit grössere Masse aufwies als dasjenige der Beschwerdeführerin.

3.4.3.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc; Urteil des BGer U 56/07 vom 25. Januar 2008 E. 6.1). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit

eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des BGer 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Aus den Akten werden keine Umstände ersichtlich, welche das Ereignis vom 7. Dezember 1993 unter objektiven Gesichtspunkten als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich erscheinen lassen würden (vgl. Polizeiakten [Urk. 12/14] und unfallanalytische Unterlagen [Urk. 12/180/1 und 12/310]).

Die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Dieses Kriterium kann somit nicht als erfüllt gelten, zumal keine qualifizierenden Umstände ersichtlich sind und die anatomische Besonderheit eines "eher langen Nackens" keine einschlägige Qualifikation darstellt.

Die Beschwerdeführerin konnte ihre Autofahrt zum Tagungsort nach der polizeilichen Unfallaufnahme selbständig fortsetzen. Eine eigentliche Hospitalisation in der erstbehandelnden Rheuma- und Rehabilitationsklinik ZZ. ___ war nicht notwendig. Die erfolgten Behandlungen nach dem Unfall vom 7. Dezember 1993 bestanden lange Zeit im Wesentlichen aus ambulanter Physiotherapie, alternativ-medizinischen Massnahmen sowie Verlaufskontrollen. Die wiederholten längeren Aufenthalte im Medizinischen Zentrum BR. ___, welches Bestandteil des YY. ___ ist, können nicht als besonders belastend gelten. Auch die sonstigen durchgeführten Therapiemassnahmen waren für die Beschwerdeführerin nicht überdurchschnittlich belastend im Sinne der Rechtsprechung. Praxisgemäss werden an das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung deutlich höhere Anforderungen gestellt (vgl. Urteil des BGer 8C_910/2009 vom 13. Januar 2010 E. 4.4).

Dass die Beschwerdeführerin Opfer einer eigentlichen ärztlichen Fehlbehandlung im Sinne des einschlägigen Kriteriums geworden wäre, ergibt sich aufgrund der Akten ebenfalls nicht.

Die Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 359 E. 7b). Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden allein darf noch nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des BGer 8C_80/2009 vom 5. Juni 2009 E. 6.5). In den Akten finden sich keine Hinweise auf solche besonderen Gründe, so dass dieses Kriterium auch nicht erfüllt ist.

Was schliesslich die beiden Kriterien der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen betrifft, gilt festzustellen, dass diese zwar bejaht werden können, indessen nicht in so ausgeprägter Weise gegeben sind, dass die einschlägigen Merkmale insgesamt in so gehäuft respektive hervorstechender Weise zutage treten, dass die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1993 und den über den 31. März 2008 hinaus andauernden Beschwerden zu bejahen wäre.

4. Zusammengefasst erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, was zur kosten- und entschädigungsfreien Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Advokat Markus Schmid

- Fürsprecher Martin Bürkle

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG]). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

E. 4

Jahren zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Arbeitsunfähigkeit nicht gewürdigt worden sei (was einen grossen Schwachpunkt darstelle); im zweiten Gutachten Dr. I. ___ sei zwar richtigerweise eine Migräne angenommen, diese jedoch fälschlicherweise als posttraumatisch etikettiert worden, obwohl eine posttraumatische Migräne - würde eine solche bestehen - bereits in dessen erstem Gutachten hätte genannt werden müssen und vom erfahrenen Neurologen Dr. I. ___ wohl auch genannt worden wäre (S. 12 Ziff. 2). Weder bezüglich der - nach einer zeitlichen Latenz von zirka 10 Jahren nach dem banalen Auffahrunfall vom 7. Dezember 1993 symptomatisch gewordenen - Migräne noch hinsichtlich der - erst nach einer Latenz von einigen Monate nach dem traumatischen Ereignis aufgetretenen - lumbalen Schmerzen sei ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang ersichtlich respektive medizinisch nachvollziehbar; bei der Jahre nach dem Unfall aufgetretenen Migräne handle es sich um eine in der Altersgruppe der Versicherten häufige, als solche völlig unfallfremde Erscheinung, während eine unfallkausale lumbosakrale Diskushernie nicht über Monate keinerlei Symptomatik gezeigt hätte, so dass keinerlei Zusammenhang zum Unfall bestehe. Das Zervikalsyndrom wiederum sei - laut Dr. C. ___ - vollständig abgeheilt gewesen, bevor es Jahre später wieder symptomatisch geworden und mit ungenügender Begründung ursächlich dem Unfall vom 7. Dezember 1993 zugeschrieben ("dem Unfall 1993 kausal attribu[t]iert") worden sei (S. 12 f. Ziff. 3).

Dr. XD. ___ strich in seiner vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 3. März 2010 (Urk. 33/2) hervor, dass die psychiatrische O. ___-Beurteilung im Wesentlichen zu Recht darauf aufbaue, dass es sich beim Ereignis vom 7. Dezember 1993 um einen Bagatellunfall mit geringem Delta-v-Wert, fehlenden objektiven Verletzungsfolgen und fehlender MTBI gehandelt habe. Demgegenüber seien sowohl der von Prof. Dr. XW. ___ geäusserte

MTBI-Verdacht als auch dessen gestellte Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode nicht belegt. Prof. Dr. XW. ___s Kausalitätsbeurteilung bezüglich der chronischen Schmerzstörung und hinsichtlich der akzentuierten Persönlichkeitszüge lasse die Geringfügigkeit des Unfallereignisses (geringer Delta-v-Wert) ausser Acht und liefere auch keine plausible Erklärung für die zunächst jahrelange Aufrechterhaltung der Arbeitstätigkeit (mit Ausfällen erst im Jahr 2001). Die Kausalitätsbeurteilung von Prof. Dr. XW. ___ überzeuge nicht, dessen Argumentation sei dürftig, stütze sich nicht auf plausibel dargelegte Befunde und lasse wichtige Tatsachen ausser Acht, vermöge mithin die grundsätzliche und stichhaltige O. ___-Einschätzung nicht zu widerlegen.

Nachdem die Privatgutachter Prof. Dr. XW. ___ und Dr. I. ___ mit Verlautbarungen vom 18. Mai 2010 (Urk. 39/2) beziehungsweise 21. Juni 2010 (Urk. 39/1) den Würdigungen der Dres. XE. ___ und XD. ___ widersprochen und ihre eigenen Aussagen bekräftigt hatten, hielten die angesprochenen Vertrauensärzte mit Stellungnahmen vom 17. respektive 29. September 2010 (Urk. 48/1-2) an ihren jeweiligen Einschätzungen wie folgt fest: Zum Einen überzeuge die neurologische Diagnose einer posttraumatischen Migräne nicht, sei eine posttraumatisch bedingte degenerative Entwicklung im HWS-Bereich als unbewiesen zu verneinen und sei die am 7. Dezember 1993 stattgefundenene HWS-Verletzung angesichts der geringen Kollisionsgeschwindigkeit eher vorübergehender Natur, das heisst eine bleibende HWS-Verletzung heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr als unfallkausal zu postulieren; zwar bestehe zwischen Opioiden und Analgetika in Bezug auf die Chronifizierung kein nachweisbarer Unterschied und taue die Tatsache, dass sich Art und Ausmass der Beschwerden nach der Opioid-Absetzung nicht wesentlich verändert hätten, nicht als Argument gegen die Annahme eines Analgetikaübergebrauchs mit daraus folgender Chronifizierung, doch sei ein medikamentenübergebrauchsinduzierter Kopfschmerz im Fall der Beschwerdeführerin nur mit Vorsicht zu diagnostizieren; posttraumatisch bedingte Migränebeschwerden seien aber so oder anders zu verneinen. Zum Andern gehe auch Prof. Dr. XW. ___, davon aus, dass es sich beim Unfall vom 7. Dezember 1993 um ein geringfügiges Trauma gehandelt habe, wobei aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge ein Sensibilisierungsprozess eingesetzt habe, die eingetretene Chronifizierung mithin einerseits auf die vom Normalblichen abweichende Prädisposition und andererseits auf die spezifische Arbeitsbelastung zurückzuführen sei. Zwar sei der von Prof. Dr. XW. ___ gezogene Schluss, wonach die Chronifizierung und spätere Dekompensation ohne Unfall nicht eingetreten wäre, "etwas gesucht", doch wäre insoweit der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen. Für die von Prof. Dr. XW. ___ als möglich bezeichnete traumatische Hirnschädigung bestehe keine überwiegende Wahrscheinlichkeit. Relevante diagnostische Widersprüche zwischen dem psychiatrischen O. ___-Fach- und dem O. ___-Hauptgutachten betreffend der Krankheitszuordnungen im Formenkreis der somatoformen und affektiven Störungen lägen nicht vor.

3.3.4.4 Die polydisziplinäre O. ___-Expertise (Urk. 13/M61) erweist sich bezüglich der Negierung jedweder Unfallkausalität des lumbalen Beschwerdekompleses sowohl aus sich selbst heraus als auch im Lichte der übrigen medizinischen Akten (Urk. 13/M1-M60, 13/M62, 20/4, 26/1-3, 33/1-2, 39/1-2 und 48/1-2) sowie im Kontext der polizeilichen Dokumentation (Urk. 14) und der unfallanalytischen Unterlagen (Urk. 12/180/1 und

12/310) als überzeugend. Nach der Rechtsprechung bilden unfallanalytische Expertisen zwar keine hinreichende Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung, vermögen aber Anhaltspunkte für die bei der medizinischen Beurteilung relevante Schwere des Unfallereignisses zu liefern (vgl. RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 E. 3.2). Zwar liegt dem Leiden ein die diesbezüglichen Beschwerden erklärendes organisches Korrelat zugrunde. Indessen erscheint aus den im Einzelnen nachvollziehbar und plausibel dargelegten Gründen eine unfallbezogene Genese der als degenerativ interpretierten Anomalien als unwahrscheinlich; weder finden sich greifbare Anhaltspunkte für eine direkte strukturelle Schädigung im Zuge der dynamischen und biomechanischen Unfalleinwirkung noch liegen triftige Hinweise für die Annahme einer dauerhaften richtunggebenden Verschlimmerung vor. Die von Dr. I.____ 2001 vertretene sowie 2009 und 2010 wiederholt bekräftigte Auffassung, wonach es sich um ein posttraumatisches lumbovertebrales Syndrom mit Diskushernie und reaktiver Spondylose nach Barotrauma handeln und der Kausalzusammenhang durch eine am 7. Dezember 1993 erfolgte "Muskelkontraktion als Schreckreaktion" erklärbar sein soll, ist nicht einsichtig. Wie bereits von Dr. J.____ in der Stellungnahme vom 13. August 2001 (Urk. 13/M28) sinngemäß angemerkt, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter ganz besonderen Voraussetzungen, als Unfallursache in Betracht fällt (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a), wofür vorliegend in Anbetracht des Unfallgeschehens sowie aufgrund der zeitlichen Latenz bis zur erstmaligen echtzeitlichen Dokumentation einschlägiger Symptome keine ausreichende Grundlage besteht. Und selbst wenn die Diskushernie (bei degenerativem Vorzustand) durch den Unfall aktiviert worden sein sollte, wie dies Dr. H.____ in seiner am 13. Januar 1998 abgegebenen Einschätzung (Urk. 13/M22; mit Ergänzung vom 16. Februar 1998 [Urk. 13/M23]) eventuell in Betracht zog ("Gefnge-Lockerung), hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen und es kann nach derzeitigem medizinischem Wissensstand das Erreichen des 'status quo sine' bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach 3-4 Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist wiederum regelmässig nach 6-9 Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des BGer 8C_679/2010 vom 10. November 2010 E. 3.3; vgl. auch SVR 2009 UV Nr. 1 E. 2.3 und 2.3.2, mit Hinweisen). Auch bei - hier nicht plausibler - Bejahung der ursprünglichen Unfallkausalität, wäre demnach vorliegend jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von deren weit vor dem 31. März 2008 erfolgtem Wegfall auszugehen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass nebst Dr. I.____ auch Dr. T.____ im Bericht vom 22. August 2003 (Urk. 13/M31) von einer anlässlich des Unfalls vom 7. Dezember 1993 wahrscheinlichen LWS-Traumatisierung (insbes. im Bereich des lumbosakralen Übergangs) ausging und dies damit begründete, dass die Beschwerdeführerin angegurtet gewesen sei und der Beckengurt das Becken im Autositz blockiert habe, während sich Translationskrfte nach vorne auf den lumbosakralen Übergang ausgewirkt hätten, wobei die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis glaubhaft absolut beschwerdefrei gewesen sei. Denn der in diesem Zusammenhang

erwähnte Umstand einer radiologisch dokumentierten deutlichen Zunahme der Osteochondrose und Spondylose L5/S1 im Zeitverlauf von 1994 bis 1997 vermag den postulierten ursprünglichen und bis über den 31. März 2008 anhaltenden Kausalzusammenhang nicht evident zu untermauern. Eine in wesentlichen Punkten lückenhafte Aktendiskussion bezüglich der als unfallfremd qualifizierten lumbalen Rckenproblematik im O.___-Gutachten ist nicht auszumachen, und auch die argumentative Bezugnahme auf die mehrmonatige Latenz bis zum erstmaligen Beschwerdeauftritt ist nicht zu beanstanden (vgl. Urk. 1 S. 14 Ziff. II.22; Urk. 19 S. 10 Ziff. II.13)

3.3.5  Was den Beweiswert diagnostischer Methoden angeht, muss eine medizinisch-diagnostische Methode wissenschaftlich anerkannt sein, damit der mit ihr erhobene Befund eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag. Als wissenschaftlich anerkannt gilt eine Untersuchungsart, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist, was auf die mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT; fmri) erhobenen Befunde für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der HWS (und quivalenten Unfallmechanismen) nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht zutrifft (BGE 134 V 231; Urteile des BGer 8C_885/2011 vom 18. Januar 2012 E. 3.2 und 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.2). Demnach taugen die fMRI-Abklärungen der HWS und des zervikozephalen Übergangs vom 8. und 21. Februar 2007 (Bericht von Dr. med. XM.___, Facharzt für Radiologie, vom 28. Februar 2007 [Urk. 13/M58 Beilage]) nur insoweit zum positiven Nachweis der Organitt der Beschwerden, als die O.___-Verantwortlichen daraus auf eine (minimale) Bandscheibenprotrusion geschlossen haben, nicht aber bezüglich der privatärztlich als erstellt angenommenen Bandverletzungen, wobei sich eine eindeutige Läsion der kraniozervikalen Ligamente ohnehin nicht hatte feststellen lassen und ein Teilriss des Ligamentum flavum (C1/2) lediglich als möglich bezeichnet (bei fehlenden Hinweisen auf eine entsprechende Instabilität auf den Funktionsaufnahmen) sowie eine Überdehnung des Ligamentum interspinosum des Ligamentum flavum aufgrund des in Flexion beobachteten leicht vermehrten Gleitens (von C3 über C4) lediglich vermutet worden war.

        Sodann kann auch nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch das Erleiden einer MTBI ausgeschlossen werden, da eine solche nicht nur seitens der O.___-Verantwortlichen, sondern auch von Prof. Dr. phil. XF.___ klar verneint worden und weder den Polizeiakten (Urk. 12/14) noch den zeitnahen medizinischen Unterlagen (vgl. Urk. 13/M1-M13) etwas entsprechendes zu entnehmen ist; nachdem fachrztlicherseits weder von Dr. B.___ (Urk. 13/M8), von Dr. E.___ (Urk. 13/M26), von Dr. H.___ (Urk. 12/38-39), von Dr. I.___ (Urk. 13/M27) noch von Dr. T.___ (Urk. 13/M31) und auch nicht im Rahmen des ersten Aufenthalts im Medizinischen Zentrum BR.___ (Urk. 13/M34-M36) Anhaltspunkte für eine durchgemachte MTBI vorgefunden worden waren. Die These einer MTBI wurde ohne nähere Erörterung sodann erstmals vom Internisten und Lungenspezialisten Dr. M.___ ins Spiel gebracht und ist demnach nicht fundiert (Urk. 13/M42).

        Bezüglich der angeblich posttraumatischen Migräne räumt Dr. I.___ selbst ein, dass die ihn zur Annahme einer posttraumatischen Migräne führenden Thesen von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft noch nicht auf

breiter Basis anerkannt sind (Urk. 39/1 S. 2, unten; vgl. Urk. 26/1 S. 30 ff), womit es an einer Befunderhebung aufgrund einer anerkannten wissenschaftlichen Untersuchungsmethode fehlt, was aber Voraussetzung für die Anerkennung einer organischen Unfallfolge bildet (Urteil des BGer 8C_240/10 vom 22. September 2010 E.4.2.2). Doch ist bezüglich des zervikozephalen Beschwerdekompleses wie auch der psychischen Alterationen ein teilweiser Kausalzusammenhang nicht gänzlich ausgeschlossen, was aber offen gelassen werden kann.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.