

200 14 975 UV  
SCI/JAP/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. Mai 2016**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur  
vertreten durch lic. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 12. September 2014 (1.471.999/2230)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1953 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der «Winterthur» Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft (heute: AXA Versicherungen AG ; fortan AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Unfallmeldung (Akten der AXA [act. IIC] 1) am 2. (richtig: 3.) November 1999 beim Überqueren eines Fussgängerstreifens von einem Auto angefahren wurde. Im Zusammenhang mit diesem Ereignis bezieht die Versicherte von der AXA bei einem Invaliditätsgrad von 100 % seit dem 1. Oktober 2005 eine Komplementärrente zur ganzen Rente der Invalidenversicherung (act. IIC 183; Akten der IV-Stelle Bern [IVB; act. III] 65, 69, 76, 117). Zudem gewährte die AXA ihr unter anderem eine Integritätsentschädigung sowie bis Ende Februar 2010 Heilbehandlung (act. IIC 185; Akten der AXA [act. IIB], 214, 263-265).

### **B.**

Nachdem die IVB am 24. Mai 2013 einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (erneut [act. III 79]) verneint hatte (act. III 120), beschied die AXA ein am 10. Juli 2013 gestelltes Gesuch um Gewährung einer Hilflosenentschädigung (act. IIB 268) mit Verfügung vom 6. Januar 2014 (unpaginiertes Aktenstück [nach act. IIB 281]; act. III 142.2) ebenfalls abschlägig. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IIB 282) mit Entscheid vom 12. September 2014 (act. IIB 290) fest.

### **C.**

Mit Eingabe vom 16. Oktober 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, ihr sei eine Hilflosenentschädigung entsprechend einer Hilflosigkeit leichten Grades zuzusprechen. Ein gleichzeitig gestelltes Gesuch um unentgeltliche Rechtspfle-

ge zog sie am 17. Dezember 2014 vorbehaltlos zurück. Am 19. Januar 2015 orientierte sie das Gericht – unter Beilage des betreffenden Abklärungsberichts und Vorbescheids (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 13 f.) – dass die IVB einen auf einer leichtgradigen Hilflosigkeit basierenden Anspruch auf Hilflosenentschädigung bejaht habe.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2015 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch lic. iur. C. \_\_\_\_\_, auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Am 10. Februar 2015 gelangten die gerichtlich eingeforderten Akten der IVB (act. III 1-122; act. IIIA 123-161) ein.

Replicando bestätigte die Beschwerdeführerin am 8. Mai 2015 ihr Rechtsbegehren, während die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 7. September 2015 am gestellten Antrag auf Beschwerdeabweisung festhielt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Oktober 2015 wies der Instruktionsrichter einen Beweisantrag der Beschwerdegegnerin auf Edition der die Liquidation des Direktschadens betreffenden Akten des Haftpflichtversicherers ab, forderte die Beschwerdegegnerin um Vervollständigung der amtlichen Akten auf und edierte beim Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, die Krankenakten der Beschwerdeführerin.

Am 28. Oktober 2015 gelangten zusätzliche Akten der Beschwerdegegnerin (act. IIC 1-199) bzw. am 19. November 2015 die Krankenakten der Beschwerdeführerin (Akten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bzw. des Vorgängers Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin [act. IIIB], unpaginiert) ein. Aufforderungsgemäss reichten zudem die Beschwerdegegnerin am 2. Dezember 2015 Dokumente über eine durchgeführte Beweissicherung vor Ort (BvO; Akten der Beschwerdegegnerin [act. IID] 1 f. [inkl. Datenträger]) bzw. die Beschwerdeführerin am 8. Februar 2016 medizinische Unterlagen (Akten der Beschwerdeführerin [act. IC] 1-5) samt Röntgendossier (Akten der Beschwerdeführerin [act. IB]) nach. Die Letztere bestätigte überdies in einem Schreiben vom 26. Februar 2016 (in den Gerichtsakten), dass die eingereichten Dokumente «abschliessend» seien.

In ihren Schlussbemerkungen vom 22. März und 20. April 2016 hielten die Parteien an ihren Positionen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 2 ATSG) und auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) sind eingehalten. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie – entgegen der seitens der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 3 Ziff. III lit. a N. 9-12) noch vertretenen Auffassung – zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Allein der Umstand, dass die IVB eine Hilflosenentschädigung in Aussicht gestellt hat (act. IIIA 159), ändert nichts an der Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin. Einerseits ist im Rahmen der intersystemischen Leistungskoordination gemäss der Prioritätenordnung von Art. 66 Abs. 3 ATSG (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 66 N. 33 f.; Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 9024 f.) die Unfallversicherung grundsätzlich gegenüber der Invalidenversicherung vorrangig leistungszuständig (und nicht umgekehrt [Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III lit. a N. 10]),

worauf die Beschwerdeführerin zutreffend hingewiesen hat (Replik S. 3 Ziff. III Art. 19). Andererseits divergiert sowohl der Ansatz der Hilflosenentschädigung (vgl. Art. 27 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; Art. 42<sup>ter</sup> des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) als auch deren Leistungsdauer (vgl. Art. 37 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202; BGE 133 V 42] und Art. 27 UVG mit Hinweis auf Art. 22 UVG bzw. Art. 42 Abs. 4 IVG) in den beiden Versicherungszweigen, womit die versicherte Person sehr wohl ein Interesse daran haben kann, die Leistungen aus der einen statt der anderen Sozialversicherung zu beziehen. Die Beschwerdegegnerin scheint dies mittlerweile denn auch anzuerkennen, hat sie am ursprünglich gestellten Antrag auf Nichteintreten (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. I) in der Duplik doch offenbar nicht mehr festgehalten (Duplik S. 2). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 12. September 2014 (act. IIB 290). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 3. November 1999.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine

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

**2.2** Es ist unbestritten, dass das gemeldete und während der Versicherungsdeckung bei der Beschwerdegegnerin stattgehabte Ereignis vom 3. November 1999 (act. IIC 1; act. III 1/13-23) den Unfallbegriff im Sinne der vorgenannten Legaldefinition erfüllte. Die Beschwerdegegnerin hat ihre grundsätzliche Leistungspflicht denn auch anerkannt und richtet Dauerleistungen in Form einer Invalidenrente aus (act. IIC 183).

### **3.**

**3.1** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**3.1.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 entfiel («conditio sine qua non»; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische

Einwirkung ist also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts «conditio sine qua non» war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**3.1.2** Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

**3.1.3** Die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen werden nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folgen eines Unfalles ist (Art. 36 Abs. 1 UVG). Der sachliche Anwendungsbereich von Art. 36 Abs. 1 UVG ist jedoch dort nicht betroffen, wo der Unfall und die unfallfremden Faktoren je eine verschiedene Gesundheitsschädigung verursachen. In solchen Fällen sind die Einbussen, die aus diesen verschiedenen Gesundheitsschädigun-

gen resultieren, isoliert zu schätzen und zu entschädigen. Ist die Hilflosigkeit also auf einen unfallfremden (gesonderten) Gesundheitsschaden zurückzuführen, so ist sie unfallversicherungsrechtlich unbeachtlich (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1. Aufl. 1985, S. 470 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 191).

**3.2** Nach Art. 26 Abs. 1 UVG hat der Versicherte bei Hilflosigkeit Anspruch auf Hilflosentschädigung. Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG).

**3.3** Die Hilflosenentschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen (Art. 27 erster Satz UVG). Art. 38 UVV unterscheidet zwischen Hilflosigkeit schweren, mittleren und leichten Grades. Für die Bemessung sind dieselben Kriterien massgebend wie in der Invalidenversicherung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Juni 2011, 8C\_994/2010, E. 2; Art. 37 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] und Art. 38 UVV).

**3.3.1** Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn der Versicherte vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn er in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 38 Abs. 2 UVV).

**3.3.2** Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; oder
- b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (Art. 38 Abs. 3 UVV).

Nach der Rechtsprechung ist im Rahmen von lit. a dieser Bestimmung Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen vorausgesetzt (BGE 121 V 88 E. 3b S. 90).

**3.3.3** Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; oder
- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf; oder
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (Art. 38 Abs. 4 UVV).

**3.4** Nach der herrschenden Praxis (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen relevant:

- Ankleiden, Auskleiden;
- Aufstehen, Absitzen, Abliegen;
- Essen;
- Körperpflege;
- Verrichtung der Notdurft;
- Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, ist nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 88 E. 3c S. 91).

**4.**

**4.1** Die Beschwerdegegnerin scheint davon auszugehen, dass für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung in der Unfallversicherung andere Voraussetzungen gelten, als in der Invalidenversicherung (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III lit. a N. 10). Dies ist, was die (hier nicht zur Diskussion stehende) lebenspraktische Begleitung (Art. 42 Abs. 3 IVG) anbelangt, korrekt. Unzutreffend ist diese Annahme hingegen bezüglich der alltäglichen Lebensverrichtungen (vgl. E. 3.4 hiavor; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 172 f.). Die Aussage, die IVB habe (im hier vorliegenden Fall) den Bedarf an lebenspraktischer Begleitung bejaht (Beschwerdeantwort S. 3

Ziff. III lit. a N. 11), trifft nicht zu. Die IVB hat vielmehr (allein) die auch im Zweig der obligatorischen Unfallversicherung massgeblichen Kriterien der Körperpflege und der Fortbewegung/Kontaktaufnahme (vgl. E. 3.3 Lemma 4 und 6) bejaht (act. IIIA 158/6 Ziff. 6.4 und 6.6; Duplik S. 4 f. Ziff. III Art. 21).

Die Beschwerdeführerin macht unter Verweis auf Art. 36 Abs. 1 UVG eine ungekürzte Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für sämtliche Einschränkungen geltend, selbst wenn das Unfallereignis lediglich eine Teilsache gesetzt haben sollte (Replik S. 3 f. Ziff. III Art. 20 und S. 8 Ziff. III Art. 26). Weil hier insbesondere Beeinträchtigungen an verschiedenen Extremitäten geltend gemacht werden, und hauptsächlich ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Schulterbeschwerden umstritten ist, hat das Gericht vorab die Kausalität der Gesundheitsschäden und sodann deren Bedeutung für eine allfällige Hilflosigkeit zu prüfen.

**4.2** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**4.2.1** Im polydisziplinären Gutachten der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2004 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 71) wurden hauptsächlich die nachstehenden Diagnosen vermerkt (act. IIA 71/31 f.):

- Status nach Verkehrsunfall am 3. November 1999 mit
- Status nach proximaler Unterschenkelfraktur rechts, Plattenosteosynthese der Tibia und Faszien-Spaltung der Tibialis-anterior-Loge am 3. November 1999
- Status nach Rippenserienfraktur Th5-8 links
- Kontusion des linken Schulterblattes
- Kontusion des rechten oberen Sprunggelenks (OSG)
- Kontusion der linken Tuber ischiadicum
- Tiefe Riss-Quetsch-Wunde (RQW) am linken Ellenbogen mit Ellenbogenkontusion links
- depressive Entwicklung im Sinne einer Anpassungsstörung ab vier bis sechs Monate nach dem Unfall; unter ambulanter Gesprächspsychotherapie deutliche Verbesserung des psychischen Wohlbefindens bis Ende Mai 2000, im Verlauf zur Stabilisierung weitere Sitzungen nötig
- Neudiagnose vom 19. November 2003 einer kleinen Rotatorenmanschetten-Ruptur (RM-Ruptur) rechts der Supraspinatussehne
- Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen und Störung anderer Gefühle, verschiedener Tiefe, je nach Ausprägung und

- Symptomatik (gemäss neuropsychologischem Teilgutachten [act. IIA 62])
- Status nach gedecktem milden Schädel-Hirn-Trauma

Die Gutachter erklärten unter anderem, aktuell im Vordergrund seien die Schulterschmerzen sowie eine verminderte Belastung der Schulter rechts geklagt worden, bei der sich neu die Diagnose einer kleinen RM-Ruptur rechts der Supraspinatussehne ergeben habe (act. IIA 71/38). Die objektiven Befunde stünden mit Ausnahme des Zufallsbefundes an der HWS (asymptomatische degenerative Veränderungen [act. IIA 71/36]) sicher in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall (act. IIA 71/40 Ziff. 6.1).

**4.2.2** Nachdem die Beschwerdegegnerin im Jahr 2006 mittels Observation sowie Videoaufzeichnung eine BvO veranlasst hatte (act. IIB 207; act. IID 1 f.), liess sie die Beschwerdeführerin erneut in der Klinik G.\_\_\_\_\_ begutachten. In der entsprechenden Verlaufsexpertise vom 4. Februar 2009 (act. IIA 91) wurde in diagnostischer Hinsicht im Vergleich zum Vorgutachten insbesondere auf eine im März 2004 durchgeführte RM-Revision rechts mit nachfolgend unveränderter Schmerzsituation, stärkerer Bewegungseinschränkung als präoperativ und «frozen shoulder» hingewiesen (act. IIA 91/51). Zudem wurde eine im Juni 2005 diagnostizierte RM-Ruptur links und eine im April 2008 operierte stenosierende Tenovaginitis am Daumen der rechten Hand erwähnt (act. IIA 91/52). Die Experten gaben an, eine Änderung zum Besseren und somit eine zumutbare Funktionsfähigkeit auf körperlicher Ebene, welche wesentlich höher sei als im Vorgutachten postuliert, müsse anhand des Videomaterials thematisiert werden. Die Zeitspanne, welche mit den Videoaufzeichnungen dokumentiert worden sei, lasse jedoch keine Schlüsse zu, wie sich die tatsächliche gesundheitliche Situation über einen breiten Zeitraum präsentiert habe (act. IIA 91/62).

**4.2.3** Weil der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin das Verlaufsgutachten vom 4. Februar 2009 (act. IIA 91) als – insbesondere auch die Kausalitätsfrage betreffend – widersprüchlich bzw. nicht schlüssig beurteilt hatte (act. IIA 94), und die Beschwerdeführerin sich keiner weiteren Exploration unterziehen wollte (act. IIB 211, 220), beauftragte erstere die I.\_\_\_\_\_ AG mit einer Aktenbeurteilung (act. IIB 221), wobei sie vorgängig eine erneute BvO durchführte (act. IIB 233). In den betreffenden Akten-

gutachten vom 2. September 2010 (Orthopädie; act. IIA 95) bzw. vom 28. September 2010 (Neurologie und Psychiatrie; act. IIA 96) werden die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 95/29 f. Ziff. 3.1; 96/12 Ziff. 3.1 und 17 Ziff. 3.1):

Orthopädisch:

1. Status nach proximaler Unterschenkelschaftfraktur rechts, osteosynthetische Versorgung und Faszien-Spaltung der Tibialis-anterior-Loge am 3. November 1999, Status nach Tibia-Pseudarthrose und Re-Osteosynthese am 11. August 2000 (Metallentfernung am 30. Juli 2001)
2. Status nach posttraumatischer Lipodystrophie nach Kontusion der rechten Hüfte mit Liposuktion über dem Trochanter rechts und gluteal sowie Exzision einer Hautspindel am 10. Oktober 2000
3. Status nach Rippenreihenfraktur Th5-8 rechts
4. Kontusion des linken Schulterblattes
5. Kontusion OSG rechts
6. Kontusion linker Tuber ischiadicum mit am 2. Dezember 1999 klinisch-differentialdiagnostisch festgestelltem retroperitonealem Psoas-Hämatom und gleichzeitiger Affektion der unteren Plexusanteile bzw. Psoas-Hämatom und lokale Ischiadicusläsion
7. Tiefe RQW am linken Ellenbogen mit Ellenbogenkontusion links, Sulcus-ulnaris-Syndrom links inkl. intermittierend starker, allerdings partieller Ulnarisparese mit Sensibilitätsstörung im Ulnarisausbreitungsgebiet
8. Status nach Fraktur im Übergang unterer Schambeinast/Os ischium

Psychiatrisch:

1. Passagere, mittlerweile abgeklungene Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen und Störungen anderer Gefühle (ICD-10:F 43.2)
2. Akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10: Z73)
3. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0), Differentialdiagnose: Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4)

Neurologisch:

1. Status nach Polytrauma

Der orthopädische Gutachter gelangte zum Schluss, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang der Befunde und Diagnosen nur teilweise anzunehmen sei (act. IIA 95/31 Ziff. 5.1). Er schloss eine Pathologie der rechten und linken Schulter im Hinblick auf das Unfallereignis mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus (act. IIA 95/34 Ziff. 5.2), während er die Unfallkausalität im Übrigen bejahte (act. IIA 95/31 Ziff. 5.1.1). Aus psychiatrischer Sicht wurde erklärt, dem Unfall komme nicht mehr das Ausmass einer ent-

scheidenden Teilursache zu (act. IIA 96/14 Ziff. 5.1.1) und der Neurologe bejahte einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der partiellen sensomotorischen Ulnarisparese links sowie der Folgen der unteren Plexus-lumbalis-Schädigung bei Psoas-Hämatom, wobei letztere weitgehend rückläufig seien; dagegen führte er die von der Beschwerdeführerin dargestellte Gangstörung, das linke Bein betreffend, nicht auf den Unfall zurück (act. IIA 96/18 Ziff. 5.1.2).

**4.3** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

#### **4.4**

**4.4.1** Es ist unbestritten und aufgrund der dargelegten Aktenlage erstellt, dass das Ereignis vom 3. November 1999 zumindest eine Teilursache der Beschwerden an den *unteren Extremitäten* darstellt und somit diesbezüglich eine natürliche Unfallkausalität vorliegt (vgl. E. 3.1.1 hiervor). Soweit seitens der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang Inkonsistenzen behauptet werden (Beschwerdeantwort S. 4 f. Ziff. III lit. a N. 15-18; Duplik S. 5 ff. Ziff. III N. 13-15 und S. 10 Ziff. III N. 23), ist dies nicht ohne weiteres unbeachtlich. Tatsächlich sind in den Akten zahlreiche Hinweise auf erhebliche Inkonsistenzen dokumentiert. Beispielsweise irritierte bereits in der ersten Begutachtung (Gutachten vom 16. Februar 2004) die immer wieder nachdrückliche (Beschwerde-)Demonstration (act. IIA 71/39 Ziff. 3.1). Sodann wurde unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der ersten BvO (act. IIA 91/17 f.; act. IIB 1 f.) im Verlaufsgutachten vom 4. Februar 2009 (act. IIA 91) unter anderem eine nicht auszuschliessende bewusstseinsnahe Symptomverdeutlichung erwähnt (act. IIA 91/53) und an-

gegeben, die vehement demonstrierte Gangstörung mit wiederholtem Beinahe-Hinfallen und sich immer wieder Auffangen passe zu einer gezielt demonstrierten Störung (act. IIA 91/57). Die Gutachter erklärten, zumindest in den Phasen, welche mit dem Videomaterial dokumentiert worden seien, bestehe keine relevante bzw. gar keine Einschränkung im Sinne der subjektiv geklagten Beschwerden (act. IIA 91/57); es bestünden wesentliche Inkonsistenzen (act. IIA 91/61 Ziff. 4.2) und es tauche der Eindruck auf, dass sich das Verhalten der Explorandin in einem medizinischen Setting von jenem ausserhalb eines solchen unterscheide (act. IIA 91/62 Ziff. 4.4). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin (jedenfalls früher) aggraviert bzw. simuliert hat (vgl. auch act. IIA 96/13 Ziff. 4.1). Die Kausalität zwischen den (objektivierten) Beschwerden der unteren Extremitäten sowie dem Unfall ist jedoch erstellt und unbestritten.

**4.4.2** Beim Unfall vom 3. November 1999 kam es gemäss den echtzeitlichen Arztberichten (act. IIA 3/1, 5/1) zudem zu einer Kontusion des linken Schulterblattes. Erst im Juni 2005 wurde jedoch an der *linken Schulter* eine RM-Ruptur entdeckt, die gemäss den Gutachtern im Zeitpunkt der ersten Begutachtung im November 2003 nachweislich noch nicht bestanden hatte (act. IIA 91/56) und die der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar und überzeugend als eindeutig unfallfremd beurteilte (act. IIA 94/7). Es steht damit fest, dass dieser Gesundheitsschaden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das versicherte Ereignis zurückzuführen ist.

**4.4.3** Beschwerden an der *rechten Schulter* wurden im unmittelbaren Nachgang zum Unfallereignis nicht erwähnt, sondern erst Jahre später gegenüber der Beschwerdegegnerin geltend gemacht. Im Gutachten vom 16. Februar 2004 (act. IIA 71) wurde die Symptomatik einer RM-Ruptur zugeschrieben und als unfallkausal bezeichnet (act. IIA 71/38). Die Beschwerdeführerin unterzog sich kurz nach der Begutachtung am 17. März 2004 der RM-Revision, wobei die Kosten des Eingriffs sowie die diesbezüglichen Nachbehandlungen – abgesehen von ergänzenden Leistungen der ...-Zusatzversicherung (act. IIB 252/2) – offenbar von der Beschwerdegegnerin getragen wurden (act. IIA 79; act. IIC 156). Durch die Leistungserbringung anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht und das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen (vgl. Entscheid des BGer

vom 1. Februar 2011, 8C\_895/2010, E. 5.1), mithin auch die leistungsbe-  
gründende Unfallkausalität. Sie setzte sich später jedoch weder in der Ren-  
tenverfügung vom 19. Oktober 2005 (act. IIC 183) noch in jener vom  
13. Dezember 2005 (act. IIC 185) betreffend die Integritätsentschädigung  
mit der Kausalitätsfrage der einzelnen Gesundheitsschäden auseinander.  
Erstmals in der Stellungnahme vom 14. April 2011 (act. IIA 99) erachtete  
der beratende Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medi-  
zin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, die Schulterproblematik  
rechts als nicht unfallkausal. Mit Verfügung vom 3. März 2010 (act. IIB 214)  
stellte die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlung per 28. Februar 2010  
ein, was (unter Vorbehalt der Ausnahmen von Art. 21 UVG) eigentlich be-  
reits im Zeitpunkt der Berentung hätte erfolgen müssen (vgl. Art. 19 Abs. 1  
UVG). In den Erwägungen dieser Verfügung wurde deklaratorisch eine  
fehlende Unfallkausalität der Schulterbeschwerden festgehalten, im Dispo-  
sitiv (Entscheidformel) fand diese Feststellung aber keinen Niederschlag,  
weshalb sie für sich allein auch nicht anfechtbar war (vgl. BGE 115 V 416  
E. 3b aa S. 417; SVR 2009 BVG Nr. 27 S. 98 E. 2.2). Die gegen die (Ent-  
scheidformel der) Verfügung erhobene Einsprache (act. IIB 219) wurde im  
Rahmen der Vergleichsverfügung vom 25. Juni 2012 (act. IIB 265) erledigt.  
Im Vergleich (act. IIB 264) bzw. in der diesen bestätigenden Verfügung  
(act. IIB 265) wurden die spezifischen Gesundheitsschäden, die der getrof-  
fenen Vereinbarung zugrunde lagen, weder erwähnt noch die von der Be-  
schwerdegegnerin für klärungsbedürftig gehaltene Frage der Unfallkausa-  
lität der Schulterbeschwerden (vgl. dazu act. IIB 213) klar beantwortet. Art.  
50 ATSG entbindet den hoheitlich handelnden Sozialversicherungsträger  
nicht vom Legalitätsprinzip (KIESER, a.a.O., Art. 50 N. 23). Mit Blick auf Art.  
36 Abs. 4 UVV erscheint zumindest problematisch, dass die Integritätsent-  
schädigung ohne nachvollziehbare Begründung sowie «unpräjudiziell und  
ohne Anerkennung einer Rechtspflicht» (act. IIB 264/2 Ziff. 3) erhöht wur-  
de. Weil das Gericht den medizinischen Sachverhalt und die daraus sich  
insbesondere für die Kausalitätsbeurteilung ergebenden Folgen im vorlie-  
gendem Fall vollumfänglich frei zu prüfen hat (vgl. E. 1.4 hiavor), braucht  
diese Frage hier jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden.

Die Beschwerdegegnerin hatte nach dem Gesagten die anspruchsbegrün-  
dende Unfallkausalität der *rechtsseitigen* Schulterbeschwerden anerkannt.

Die objektive Beweislast des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung der unfallbedingten Ursachen dieses Gesundheitsschadens liegt daher bei ihr (vgl. SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2). Wohl hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im April 2011 und Dezember 2013 unter Bezugnahme auf das Gutachten vom 16. Februar 2004 (act. IIA 71) festgehalten, unmittelbar nach dem Unfall seien keine Schulterbeschwerden rechts vermerkt worden, er hat es aber als möglich erachtet, dass diese durch die Beanspruchung zufolge des Gehens an Stöcken entstanden sein könnten (act. IIA 99/2, 105/2); damit zog er letztlich eine Kausalität im Sinne einer Spätfolge (vgl. BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2) in Betracht. Weder das Gutachten aus dem Jahr 2004 noch die Berichte des beratenden Arztes (act. IIA 99, 105) sind folglich für sich allein geeignet, das Dahinfallen der anerkannten Kausalität zu beweisen.

Das Verlaufsgutachten vom 4. Februar 2009 (act. IIA 91) ist mit Bezug auf die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.3 hiervor) prinzipiell nicht zu beanstanden. Wie schon das Vorgutachten (act. IIA 71), basiert die Beurteilung auf eingehenden Explorationen und einer einlässlichen und sorgfältigen Diskussion. In Kenntnis der ersten BvO (act. IIA 91/17 f.; act. IIB 1 f.) und auch der eigenen früheren wie neuen Feststellungen wiesen die Gutachter nachvollziehbar auf Inkonsistenzen hin (vgl. E. 4.4.1 hiervor), wobei dieses Verhalten zeitweise als funktionelle Äusserung im Rahmen einer psychischen Störung betrachtet wurde (act. IIA 91/55). Die Annahme der Beschwerdeführerin, die Experten seien beeinflusst worden (act. IIB 220), beruht offensichtlich auf einem Missverständnis, denn die «wiederholten gemeinsamen Erörterungen» (act. IIA 91/2 Lemma 8) beziehen sich nicht auf Besprechungen mit der Auftraggeberin/Beschwerdegegnerin, sondern auf (Konsens-)Gespräche zwischen den Gutachtern. Wie die Gutachter in ihrer zweiten Expertise korrekt festhielten (act. IIA 91/57, 91/61 Ziff. 4.2 f.), hatten sie bereits im ersten Gutachten auf gewisse Inkonsistenzen hingewiesen (act. IIA 71/39 Ziff. 3.1).

Wie sich im gerichtlichen Beweisverfahren gezeigt hat – und den Gutachtern wohl nur teilweise bekannt war (act. IIA 91/15 f.) – hatte die Beschwerdeführerin jedoch bereits Jahre vor dem Unfallereignis regelmässig über Schulterbeschwerden geklagt und Physiotherapiebehandlungen in An-

spruch genommen (act. IIIB, unpaginiert [z.B.: 4. November 1986 {Um-schlag}: Akute Schmerzen zwischen Wirbelsäule und Schulterblatt; 1. Juli 1998 {Blatt 11}: Seit drei Tagen Schmerzen an der linken Schulter; 7. Juli 1998 {Blatt 11}: Schulter mit Tramal besser; 24. September 1998 {Blatt 12}: Kann Schultern nach hoch ziehen, nur «ruckweise» senken]). Dies bestätigt die durch die I. \_\_\_\_\_ gleichermassen in Unkenntnis der umfangreichen Patientenakten des behandelnden Arztes – erfolgte Aktenbeurteilung vom September 2010 (act. IIA 95/32 ff. Ziff. 5.2). Wohl handelt es sich rechtstechnisch nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Dass die Beschwerdegegnerin als Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung – nachdem die Beschwerdeführerin dezidiert erklärt hatte, an keiner weiteren Begutachtung teilnehmen zu wollen (act. IIB 211, 220) – eine medizinische Aktenbeurteilung in Auftrag gab, war angesichts des offensichtlichen Abklärungsbedarfs legitim und führt auch nicht zur Unverwertbarkeit der Beurteilung. Die Beurteilung der I. \_\_\_\_\_ ist auch inhaltlich überzeugend. Dass die Experten die Beschwerdeführerin nicht persönlich explorierten, vermag dabei den Beweiswert ihrer Schlussfolgerungen nicht zu schmälern, denn einerseits konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) und andererseits war die hier notwendige (retrospektive) Einschätzung der Kausalitätsfrage durch eine Aktenbeurteilung ohne weiteres möglich. Dass eine konsolidierte Diskussion aus allen beteiligten Fachdisziplinen fehlt, ist für die hier relevante Frage der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden nicht von Bedeutung. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, verneinte einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den (beidseitigen) Schulterbeschwerden aufgrund einer nachvollziehbaren medizinischen Diskussion (act. IIA 95/32 ff. Ziff. 5.2 f.). Er berücksichtigte dabei die Unfallanamnese und stellte diese den biomechanischen Abläufen gegenüber, die nach empirischen medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen geeignet wären, die befundeten Schulterverletzungen zu erklären. Er führte dabei aus, dass eine direkte Kraftereinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) oder eine fortgeleitete Kraftereinwirkung bei seitlicher oder vorwärtsgeführter Armhaltung (Stauchung) ungeeignete Unfallhergänge seien um eine Supraspinatussehnenruptur zu bewirken. Hierfür geeignet seien hingegen ein

Sturz auf einen nach hinten und innen gehaltenen Arm, ein massives, plötzliches Rückwärtsreissen oder Heranführen des Arms sowie eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Arms (act. IIA 95/32 Ziff. 5.2). Diese Einschätzung leuchtet ein und wird denn auch durch die erst im vorliegenden Verfahren anhand der gerichtlichen Beweismassnahme bekannt gewordenen vollständigen Krankengeschichte bestätigt. Daraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bereits mehr als zehn Jahre vor dem hier zu beurteilenden Ereignis in hausärztlicher Dauerbehandlung stand. Dies zum einen wegen einer Vielzahl von Unpässlichkeiten, zum anderen aber – und dies ist hier von zentraler Bedeutung – auch wegen seit mindestens 1985 massiv geklagten Schulter- und Rückenproblemen (act. IIIB, unpaginiert). Diese wurden damals mit regelmässiger Physiotherapie behandelt. Auch bzw. gerade weil diese Schulterprobleme unmittelbar nach dem Unfallereignis nicht mehr genannt wurden, ist naheliegend, dass sie gar nie unfallkausal bestanden bzw. jedenfalls heute nicht mehr bestehen.

Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen der nun letzten gerichtlichen Beweismassnahme einzig einen bildgebenden Befundbericht (act. IC 1), jedoch keine (Röntgen-)Bilder eingereicht, welche den Zustand vor dem Unfall dokumentieren. Der besagte Bericht (act. IC 1) lässt ohne weiteres darauf schliessen, dass die seit Jahren geklagten Rückenbeschwerden bzw. das Zervikalsyndrom unfallfremd sind. Weitere Bilder bzw. entsprechende Berichte wurden – auch auf gerichtliche Aufforderung hin – nicht eingeliefert, wobei die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 8. Februar 2016 angab, über solche nicht mehr zu verfügen bzw. nicht zu wissen, wo sie erhoben werden könnten (vgl. auch Schreiben der Beschwerdeführerin vom 26. Februar 2016 [in den Gerichtsakten]). Das bedeutet, dass auch weitere gerichtliche Beweismassnahmen – namentlich die von der Beschwerdegegnerin beantragte Edition von Akten der F. \_\_\_\_\_ über ein mutmasslich im Jahre 1986 bzw. 1987 stattgehabtes Geschehen (Schlussbemerkungen Beschwerdegegnerin S. 3 Ziff. II N. 5) – nicht zielführend wären (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Es bedeutet hingegen nicht, dass deswegen nun unbesehen der Kausalitätsbeurteilung der Beschwerdeführerin zu folgen wäre. Diese verwies in ihrer Stellungnahme vom 8. Februar 2016 lediglich auf eine einzelne, kurz vor dem Unfall durchgeführte Serie Physiotherapie – machte mithin geltend, es

sei nur eine Banalität behandelt worden – und erklärte, sie sei danach beschwerdefrei gewesen. Dabei blendete sie aus, dass – wie bereits dargelegt – in den Jahren zuvor eine grosse Anzahl derartiger Therapien durchgeführt worden waren und sie im gesamten zeitlichen Verlauf keineswegs je als dauernd beschwerdefrei zu betrachten gewesen wäre. Auch gestützt auf die neu erhobenen Unterlagen (act. IIIB, unpaginiert) bildet das orthopädische «Gutachten» der I. \_\_\_\_\_ (act. IIA 95) eine überzeugende Grundlage für die weitere Beurteilung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung.

**4.5** Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die etwas oberflächliche und (ebenfalls) in Unkenntnis der gesamten Sachlage erfolgte erste Kausalitätsbeurteilung im Gutachten vom 16. Februar 2004 (act. IIA 71) widerlegt bzw. eine allenfalls initial bestehende Unfallkausalität der Schulterbeschwerden (vgl. E. 4.4.3 hiavor) nachträglich weggefallen ist. Was die Beinproblematik anbelangt, bestehen aufgrund der Erkenntnisse aus der ersten BvO aus dem Jahre 2006 (act. IID 1 f.) sowie des nun erstellten Vorzustandes mit Diskushernien, zwar berechtigte Zweifel an der seitens der Beschwerdeführerin (damals) dargestellten Intensität der Symptomatik. Dies ist im vorliegenden Kontext der im Jahr 2013 beantragten Hilflosenentschädigung (act. IIB 268) jedoch nicht weiter von Bedeutung, wenn so oder anders kein Leistungsanspruch besteht.

## **5.**

**5.1** Als unfallkausal können im Rahmen der fraglichen Hilflosigkeit höchstens die durch die Beinbeschwerden bewirkten, somatisch erklärbaren Einschränkungen Berücksichtigung finden. Ausgehend von diesem unfallkausalen Gesundheitsschaden hatte die IVB mit Abklärungsbericht vom 27. Mai 2010 (act. III 75) das Fehlen der Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung festgehalten (act. III 75/5 Ziff. 7) und am 18. August 2010 entsprechend verfügt (act. III 79), wobei für keine einzige alltägliche Lebensverrichtung ein regelmässiger und erheblicher Hilfebedarf bejaht worden war. Dieser von einer qualifizierten Fachperson in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse verfasste Bericht ist schlüssig sowie

bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert begründet (vgl. BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63). Inzwischen ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Dies bezieht sich zum einen auf einen Misstritt vom 21. Juni 2012 mit Luxationsfraktur am OSG rechts (act. III 97/8) und zum anderen auf eine Exazerbation der linksseitigen RM-Ruptur (act. III 97/5). Diese beiden Gesundheitsschäden sind zweifellos nicht kausal zum hier massgebenden Unfallereignis aus dem Jahre 1999. Bezüglich der im Juni 2005 befundeten und konservativ behandelten RM-Ruptur links (act. IIA 91/56) wurde bereits auf die fehlende Unfallkausalität hingewiesen (vgl. E. 4.4.2 und 4.5 hiervor), was folglich auch für eine nachträgliche Befundverschlechterung zu gelten hat. Für die im Nachgang zum Misstritt festgestellte OSG-Verletzung rechts, welche allenfalls eine unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. a UVV darstellt, bestand aufgrund der Taggeldterminierung per 30. September 2005 (act. IIC 183/2 Ziff. 2) keine Versicherungsdeckung bei der Beschwerdegegnerin mehr (vgl. Art. 3 Abs. 2 UVG). Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Misstritts in massiv alkoholisiertem Zustand (BAK bei Spitalerlieferung: 1.56 – bei offensichtlich bestehendem Alkoholproblem [act. III 97/8 Ziff. 6]) befand (act. III 97/9 f.), womit der Beweis, dass der Misstritt kausal zum früheren Unfall sein könnte, nicht als mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geführt gelten kann.

**5.2** Weil der unfallkausale Gesundheitsschaden keinesfalls gravierender ist als er im Zweig der final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) vom Abklärungsdienst der IVB im Mai 2010 (act. III 75) seiner nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilung zugrunde gelegt worden war, besteht damit aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Dies entspricht letztlich auch den medizinischen Schlussfolgerungen in den Aktenbeurteilungen der I. \_\_\_\_\_ (act. IIA 95/37 f. Ziff. 8, 96/20 f. Ziff. 8).

Die (erst nach dem angefochtenen Einspracheentscheid [act. IIB 290] erfolgte) Erhebung der IVB vom 16. Dezember 2014 (act. IIIA 158) berücksichtigte offensichtlich hier auszuklammernde unfallfremde Gesundheitsverschlechterungen (act. IIIA 158/6 f. Ziff. 6.4 und 6.6), weshalb die Be-

schwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten vermag. Mit anderen Worten bleibt für den Zweig der Unfallversicherung nach wie vor die im Mai 2010 erhobene Situation (act. III 75) massgebend. Der Einspracheentscheid vom 12. September 2014 (act. IIB 290) ist demgemäss nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **6.**

**6.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Zuzug des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege am 17. Dezember 2014 ist das betreffende Verfahren als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - lic. iur. C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin

- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.