

200 20 100 UV
WIS/ISD/IVE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 2. Februar 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
Richtplatz 1, 8304 Wallisellen
Zustelladresse: Postfach, 8010 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1983 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit dem 1. Dezember 2004 als ... bei der C._____ AG tätig und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie zwischen dem 2. und dem 23. Mai 2005 mit Humanen Immundefekt-Viren (HIV) und Hepatitis-C-Viren infiziert wurde (Akten der Allianz, Antwortbeilage [AB] 6, 10/2 ff., 18/2). Nach Abschluss des diesbezüglichen Strafverfahrens anerkannte die Allianz mit Schreiben vom 4. Juli 2014 (AB 23) im Grundsatz das Vorliegen eines Unfallereignisses sowie ihre prinzipielle Leistungspflicht. Nach verschiedener Korrespondenz veranlasste die Allianz unter Mitwirkung des Rechtsvertreters der Versicherten (vgl. AB 34 f.) eine infektiologische Begutachtung (AB 37; Gutachten vom 6. Juli 2015 [AB 41]; gutachterlicher Nachtrag vom 24. Juli 2015 [AB 44]). In der Folge holte die Allianz weitere medizinische Unterlagen ein, liess eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; vgl. AB 73) durchführen und stellte diesbezüglich Ergänzungsfragen an die Abklärungspersonen (vgl. AB 78-80 und 82).

Mit Schreiben vom 1. Oktober 2019 (AB 83) teilte die Allianz der Versicherten mit, dass sie mit Blick auf die erfolgten Abklärungen eine erneute medizinische Begutachtung durch Prof. Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, E._____ AG, als notwendig erachte und stellte ihr gleichzeitig den vorgesehenen Fragekatalog zu. Nachdem die Versicherte mit Schreiben vom 31. Oktober 2019 (AB 84) sich sowohl gegen die vorgesehene Begutachtung als auch gegen den Gutachter ausgesprochen hatte, hielt die Allianz mit Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2019 (AB 85) an der Durchführung der Begutachtung fest.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 3. Februar 2020 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2019 sowie die Rückweisung der Sache zur materiellen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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. Bei der Anordnung des Gutachtens handelt es sich um eine Zwischenverfügung (Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 VwVG); solche können unter anderem dann angefochten werden, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können. Diese Anfechtungsvoraussetzung ist – wie im Bereich der Invalidenversicherungs-Angelegenheiten (vgl. dazu BGE 138 V 271 E. 1.2.1 S. 275 und E. 1.2.3 S. 276, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 256) – für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in Unfallversicherungs-Angelegenheiten zu bejahen, womit die entsprechende Verfügung unter Erhebung aller gesetzlich vorgesehenen Rügen rechtlicher und tatsächlicher Natur angefochten werden kann (BGE 138 V 318 Regeste und E. 6.1 mit Verweis auf BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). Die Be-

schwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da 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]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2019 (AB 85). Streitig und zu prüfen sind die Anordnung einer weiteren infektiologischen Begutachtung sowie der hierfür vorgesehene Gutachter.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Zwischenverfügungen und Zwischenentscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. b 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 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

2.2 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

2.3 Bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen ist im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 S. 356).

Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1). Ein Mitwirkungsrecht im Sinne eines Wahlrechts bei der Bestimmung des Gutachters lässt sich weder aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör noch aus der „Nähe“ des Einspracheverfahrens zur streitigen Verwaltungsrechtspflege ableiten (RKUV 1998 U 309 S. 460 E. 4b).

3.

Im vorliegenden Verfahren ist keine Leistungsentscheid zu fällen und dementsprechend auch keine abschliessende Würdigung der gesamten medizinischen Aktenlage vorzunehmen. Zu prüfen ist einzig, ob das bei den Akten befindliche Gutachten von Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, und Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, Spital H._____, vom 6. Juli 2015 (AB 41) geeignet ist, die zu beurteilenden Fragen zu beantworten. Verneinendenfalls ist zudem die Eignung des vorgesehenen neuen Gutachters zu prüfen.

3.1 Im Gutachten vom 6. Juli 2015 (AB 41) diagnostizierten Prof. Dr. med. F. _____ und Dr. med. G. _____ eine HIV-Infektion, Stadium CDC A2, sowie einen Status nach chronischer Hepatitis C, ED 31. Januar 2006 (AB 41/1).

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, die bei der Beschwerdeführerin bestehende HIV-Infektion sei zurzeit virologisch, immunologisch und klinisch gut kontrolliert. Die Beschwerdeführerin leide unter relativ geringfügigen Medikamentennebenwirkungen wie Schwindel sowie teilweise Bousgefühl nach der Medikamenteneinnahme. Zusätzlich liege ein Status nach chronischer Hepatitis C mit dem Genotyp 4c/4d und einer mässigen Leberfibrose (F2) vor Therapiebeginn vor. Bei der Beschwerdeführerin bestehe aufgrund der genannten Diagnosen eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20-30 % (vgl. auch AB 41/10 Ziff. 3). Zudem lägen erhebliche soziale und psychologische Belastungen und damit assoziierte, objektivierbare Einschränkungen aufgrund der HIV-Infektion vor, dies insbesondere im Rahmen von Stigmatisierungen im gesellschaftlichen Umfeld, wie auch im medizinischen Bereich. Beeinträchtigt seien die Sexualität und die Familienplanung. Eine weitere Belastung stelle die Sorge um den Gesundheitszustand und das Infektionsrisiko des Ehemannes und der Kinder dar. Die Beschwerdeführerin sei bei der Krankenkassenwahl und hinsichtlich neuer Stellenangebote eingeschränkt, da sie jeweils belastende Gesundheitserklärungen ausfüllen müsse. Ebenso erschwert bis unmöglich seien das Abschliessen einer Lebensversicherung oder das Aufnehmen von Krediten. Die Beschwerdeführerin sei zudem im sozialen Umgang belastet, da sie ihre schwerwiegende Diagnose nicht offen mitteilen könne. Aufgrund der durchgemachten chronischen Hepatitis-C-Infektion habe vor Beginn der Therapie eine mässige Leberfibrose (F2) diagnostiziert werden können. Ein weiteres Fortschreiten der Fibrose sei aufgrund der Elimination des Hepatitis-C-Virus aus infektiologischer Sicht nicht anzunehmen, respektive unwahrscheinlich. Ein – bei der Beschwerdeführerin nicht vorhandener – regelmässiger Alkoholkonsum wäre bei er vorbestehenden Leberfibrose jedoch ungünstig. Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit ergäben sich aufgrund der durchgemachten Hepatitis-C-Infektion nicht mehr (AB 41/5 f. und 7 f. Ziff. 1).

Die unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit stünden aktuell überwiegend bis höchstwahrscheinlich im Zusammenhang mit der HIV-Therapie. Diesbezüglich würden derzeit viele Patienten von einer Atripla-Therapie auf neuere Medikamente umgestellt, was auch bei der Beschwerdeführerin sorgfältig in Erwägung gezogen werden könne. Ebenfalls im Zusammenhang mit der HIV-Infektion stünden die von der Beschwerdeführerin genannten psychosozialen Belastungsmomente; eine – bei HIV-Infektionen in sehr hohen Raten auftretende – Depression liege aktuell nicht vor (AB 41/9 Ziff. 2.1). Die Hepatitis-C-Infektion sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ebenfalls auf das Unfallereignis von 2005 zurückzuführen (AB 41/10 Ziff. 2.2).

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der gut ansprechenden HIV-Therapie, die jedoch mit objektivierbaren Nebenwirkungen assoziiert sei (Müdigkeit, Leistungseinschränkung), in ihrem Beruf als ... aus gutachterlicher Sicht und Erfahrung zu etwa 20-30 % eingeschränkt. Das heisse, dass theoretisch bei HIV-Negativität ein höheres Berufspensum möglich wäre (AB 41/10 Ziff. 3). Hinsichtlich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als ... von 20-30 % sei bezüglich der zeitlichen Achse wichtig, dass mit neueren auf dem Markt verfügbaren HIV-Medikamenten die Müdigkeit, welche sehr wahrscheinlich durch die Atripla-Medikation verursacht sei, eventuell reduziert werden könne; die Chance einer Besserung der Nebenwirkung betrage circa 50 %. Jedoch sollte eine derart solide und robuste Therapie nicht ohne weiteres geändert und von der Beschwerdeführerin mit ihrem behandelnden Arzt besprochen werden. Auf längere Sicht sei nicht anzunehmen, dass die Leistungsfähigkeit bei der chronischen Krankheit gesteigert werden könne. Es gebe eine ganze Forschungsrichtung, welche sich mit der Frage des vorzeitigen Alterns von HIV-Patienten befasse, wobei es diesbezüglich noch keine schlüssigen Resultate gebe (AB 41/10 f. Ziff. 3). Die aktuelle Tätigkeit als ... in einem 60 %-Pensum sei vom zeitlichen und leistungsmässigen Umfang aufgrund der angegebenen Beschwerden und der angegebenen psychosozialen Belastungssituation sehr adäquat (AB 41/10 Ziff. 4).

Betreffend die Möglichkeit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes hielten die Gutachter fest, dass die aktuelle HIV-Therapie grundsätzlich

leitliniengerecht sei, jedoch eine Verbesserung der Therapiemöglichkeiten mit einer allfälligen Reduktion der Müdigkeit durch eine Medikamentenumstellung zu prüfen sei. Mit anderweitigen therapeutischen Fortschritten sei erst in fernerer Zukunft zu rechnen. Aufgrund der HIV-Therapiegeschichte mit gutem Ansprechen, wie auch mit der erfolgreichen Therapie der chronischen Hepatitis C dürfte seit mehreren Jahren ein Plateau erreicht sein, wobei kleine Verbesserungen der Lebensqualität möglich seien. All dies sei an eine sehr zuverlässige Medikamenteneinnahme geknüpft. Eine entscheidende Verbesserung werde jedoch mit keiner der neuen Behandlungen zu erreichen sein, sondern lediglich kleine Verbesserungen der Lebensqualität, namentlich eine allfällige Abnahme der Müdigkeit (AB 41/12 f. Ziff. 5.1). Nebenwirkungen der aktuellen HIV-Medikamententherapie seien subjektiv Müdigkeit, Schwindel und Albträume – objektive Nebenwirkungen auf die Blutfette oder die Niere seien nicht festzustellen. Bei gleichbleibender Therapie sei anzunehmen, dass das Risiko für Langzeitnebenwirkungen auf die Niere und die Knochen auftreten könnte. Eine diesbezügliche Prognose sei nicht möglich (AB 41/17 Ziff. 5.4).

Aufgrund des sehr guten Therapieansprechens mit unterdrückter Viruslast, normaler CD4-Zellzahl und des Fehlens von AIDS-Komplikationen sei vorliegend anzunehmen, dass die Verkürzung der Lebenserwartung gemessen an verschiedenen Studien nicht deutlich über fünf Jahre liege, das heisse die Prognose sei etwas günstiger zu stellen sei als beim Durchschnitt der Personen, die eine Therapie in den Jahren 2003 bis 2006 begonnen hätten. Ob es bei der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich sei, dass die HIV-Infektion die Lebenserwartung verkürze, sei nicht mit Evidenz zu beurteilen, da entsprechende gut wirksame Therapien, welche nebenwirkungsärmer seien, erst seit circa 10-15 Jahren bestünden. Auch sei in Zukunft nicht mit einem durch medizinische Fortschritte erzielbaren Zugewinn an Lebenserwartung auszugehen (AB 41/19 f. Ziff. 6). Durch die therapierte Hepatitis-C-Infektion sei sehr wahrscheinlich keine Verkürzung der Lebenserwartung entstanden (AB 41/21 Ziff. 7).

Betreffend die Integritätsentschädigung hielten die Gutachter fest, die körperliche Integrität der Beschwerdeführerin sei trotz des guten Therapieansprechens insgesamt mittelschwer beeinträchtigt, namentlich aufgrund der

durch verschiedene Studien bestätigten erhöhten Morbidität und Mortalität von HIV-Patienten auch bei gut wirksamer Therapie. Wegen des Charakters der chronischen Infektion, der möglichen Lebensverkürzung sowie der vorhandenen, wie auch in Zukunft nicht auszuschliessenden Nebenwirkungen und Langzeittoxizitäten der Medikamente bestehe ein körperlicher Integritätsschaden von 40-50 %. Bei der Beschwerdeführerin bestünden aktuell keine Anzeichen für eine Schädigung der geistigen Integrität. Allerdings sei es möglich, dass ein vorzeitiges Altern mit Beeinträchtigung der Neurokognition in Erscheinung trete. Diesbezüglich sei jedoch eine verlässliche Aussage gemäss aktuellem Stand der Wissenschaft nicht möglich. Aufgrund der Exploration bestehe ein „nur“ geringfügiger geistiger Integritätsschaden von 20 %, der sich im Alter akzentuieren könnte. Die Beeinträchtigung der psychischen Integrität sei mittelschwer bis schwer, namentlich aufgrund des dauerhaft schwer erschütterten Grundvertrauens und der diversen glaubhaften Belastungsmomente, verbunden mit Sorgen und Ängsten. Unter Beizug eines psychiatrischen Konsiliums werde mit hoher Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostiziert; eine andauernde Persönlichkeitsänderung im Sinne von ICD-10 F62.0 habe nicht festgestellt werden können. Der psychische Integritätsschaden werde mit 50 % beziffert.

3.2 Das vorliegend zu beurteilende Unfallereignis datiert zwischen dem 2. und dem 23. Mai 2005 (AB 18/2), weshalb der Verlauf der Heilbehandlung und die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit seit diesem Zeitpunkt zu klären ist.

3.2.1 Die Gutachter gingen aufgrund der diagnostizierten HIV-Infektion und des Status nach Hepatitis-C-Infektion (vgl. AB 41/1 und 7 ff. Ziff. 1) von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20-30 % aus (vgl. AB 41/5 und 10 Ziff. 3), wobei aus dem Gutachten nicht hervorgeht, ob es sich hierbei um eine Einschränkung des Präsenzpensums oder der Leistungsfähigkeit bei einem zumutbaren Vollzeitpensum handelt. Zwar grenzten die Gutachter die gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von nicht zu berücksichtigenden psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. dazu: BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) grundsätzlich ab, indem sie die Einschätzung der verminderten Arbeitsfähigkeit klar auf die gestell-

ten Diagnosen bezogen (vgl. AB 41/5) und erst im weiteren Verlauf des Gutachtens unter Miteinbezug von versicherungsfremden Faktoren die aktuelle Beschäftigung als ... in einem 60 %-Pensum als „ideal und aus infektiologischer Sicht völlig unproblematisch“ bezeichneten (AB 41/11 Ziff. 4). Jedoch leidet die gutachterliche Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit an anderweitigen gravierenden Unzulänglichkeiten.

So äussert sich das Gutachten nicht zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit, obwohl dies angesichts der lange dauernden und mehrfach umgestellten Behandlung von zentraler Bedeutung gewesen wäre. Es bleibt damit völlig unklar, wie sich die Arbeitsfähigkeit zwischen dem Unfallereignis im Mai 2005 und der gutachterlichen Exploration im Juni 2015 (vgl. AB 41/1) entwickelt hat. Namentlich betreffend die durchgemachte chronische Hepatitis-C-Infektion bestünden gemäss dem Gutachten keine Einschränkungen mehr (vgl. AB 41/6). Hierbei ist aber nicht klar, ob in der Vergangenheit, etwa während der Behandlung zwischen 2006 und 2007, eine (massgebende) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Die Beschwerdeführerin hat in diesem Zusammenhang selber angegeben, während der subjektiv sehr belastenden Hepatitis-C-Therapie trotzdem durchwegs in einem 100 %-Pensum gearbeitet zu haben (vgl. AB 41/4, vgl. auch AB 58). Auch wenn die von ihr in diesem Zusammenhang vorgebrachten Ängste bei Mitteilung der stigmatisierten Diagnosen und einer Krankschreibung (vgl. AB 58; Beschwerde S. 7 Ziff. 20) nicht abwegig erscheinen, besteht in diesem Punkt ein im Gutachten medizinisch nicht aufgelöster Widerspruch zur tatsächlichen Situation. Weiter fällt auf, dass in sämtlichen HIV-Sprechstundenberichten zwischen Juli 2006 und Januar 2010 durchwegs eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ärztlich bescheinigt wurde (vgl. AB 66/3-7). Eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Unfallereignis und der gutachterlichen Exploration ist den Akten nicht zu entnehmen, vielmehr hielt der behandelnde Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, im Arztbericht vom 4. April 2014 (AB 31/7-9) explizit eine subjektiv sehr gute Therapietoleranz fest und ging davon aus, dass gerade hinsichtlich der chronischen Müdigkeit keine wesentlichen Beeinträchtigungen bestünden. Unter diesen Umständen wäre eine vertiefte, einlässlich begründete Auseinandersetzung mit den abweichenden medizinischen Akten im hier interessie-

renden Kontext unter Miteinbezug der nach der Infektion im Mai 2005 tatsächlich erbrachten Arbeitsleistung unerlässlich gewesen. Das Gutachten schweigt zu diesem zentralen Punkt.

Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgte – insbesondere auch im zeitlichen Verlauf (vgl. AB 41/10 Ziff. 3) – wiederholt unter Bezugnahme bzw. Vorbehalt der jeweiligen HIV-Therapie, da die attestierte Arbeitsunfähigkeit mit den therapie-assoziierten Nebenwirkungen in Form von Müdigkeit und leichter Leistungseinschränkung begründet wurden (vgl. AB 41/10 Ziff. 3). Die pauschal angegebene „leichte Leistungseinschränkung“ wurde von den Gutachtern indessen nicht weiter beschrieben, so dass vorderhand unklar bleibt, ob sie kognitiver bzw. neuropsychologischer oder körperlicher Natur ist und wie sie sich in der angestammten oder einer (besser) angepassten Tätigkeit konkret manifestiert.

Sodann ist zum retrospektiven zeitlichen Verlauf nicht klar, wie die verschiedenen erfolgten Therapien mit unterschiedlichen Wirkstoffen (vgl. AB 41/1) sich negativ auf die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt haben, zumal wiederholt ein sehr gutes Ansprechen auf die Therapien sowie ein anhaltend guter Behandlungserfolg beschrieben wurden (vgl. AB 31/7-9, 37/7, 41/5). Ebenso ist die prospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insoweit unklar, als die Gutachter bei einem Therapiewechsel eine Besserung der medikamentenassoziierten Müdigkeit als durchaus wahrscheinlich erachteten und die Diskussion eines entsprechenden Versuchs anregten. Unter diesen Umständen ist die Verneinung einer künftigen Leistungssteigerung unter gleichzeitigem Verweis auf – wie bereits erwähnt – nicht schlüssig hergeleiteten möglichen Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie des Gedächtnisses trotz fehlender schlüssiger Forschungsergebnisse in sich widersprüchlich und nicht nachvollziehbar (vgl. AB 41/10 f. Ziff. 3). Es ist damit insgesamt unklar, wann und unter welcher antiviralen Therapie ein gesundheitlicher Endzustand im unfallversicherungsrechtlichen Sinne (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG) erreicht worden ist oder erst erreicht werden kann; die gutachterlichen Ausführungen dazu zielen letztlich an der gestellten Frage vorbei und stehen im Widerspruch zu den prognostischen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 41/11 f. Ziff. 5.1).

3.2.2 Hinzu kommt, dass das Gutachten vom 6. Juli 2015 (AB 41) im Zeitpunkt der angefochtenen Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2019 (AB 85) bereits deutlich über vier Jahre alt war. Zur Beantwortung der Frage, ob eine Expertise hinreichend aktuell ist, ist zwar nicht primär auf das formelle Kriterium des Alters abzustellen, sondern auf die materielle Frage, ob Gewähr dafür bestehe, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 13. Juli 2020, 9C_270/2020, E. 5.4.1). Letzteres ist vorliegend – neben den dem Gutachten inhärenten Widersprüchen und Unvollständigkeiten – mit Blick auf den unklaren weiteren therapeutischen Verlauf (siehe immerhin AB 61 Ziff. 1), die zwischenzeitlich erfolgte medizinische Forschung und den medizinischen Fortschritt sowie die im Nachgang zum Gutachten zu den Akten genommenen medizinischen Unterlagen nicht der Fall. So hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin in der Besprechung vom 22. Mai 2018 fest, gestützt auf die Angaben des behandelnden Arztes (vgl. dazu AB 31/7-9) bestünden ein guter Zustand und keine wesentlichen Einschränkungen, weshalb sich die Begründung der gutachterlich attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht erschliesse. Es existierten keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, womit auch keine Einschränkung ausgewiesen sei. Eine erhöhte Müdigkeit und Leistungseinschränkung gingen nicht im Allgemeinen mit einer HIV-Infektion einher und der Integritätsschaden werde auf 30 % beziffert (AB 56; vgl. dazu E. 3.2.3 hiernach). Der behandelnde Arzt Dr. med. I. _____ listete im Arztbericht vom 17. Juli 2018 (AB 61) die medikamentösen Therapien seit 2010 auf und hielt weiter ausdrücklich fest, dass aufgrund der HIV-Infektion keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Eine Arbeitsunfähigkeit habe in den vergangenen fünf Jahren einzig zwischen dem 23. und dem 30. September 2015 bestanden. Insoweit hat selbst der langjährig behandelnde Arzt unmissverständlich und entgegen der gutachterlichen Einschätzung keine massgebende Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit beschrieben. Anlässlich der EFL vom 1. April 2019 (AB 73; ohne medizinische Supervision) hielten die Abklärungspersonen gestützt auf die beobachtete Belastbarkeit fest, dass in der bisherigen Tätigkeit als ... keine Leistungseinbussen bestünden; eine Verweistätigkeit sei nicht erforderlich (AB 73/12 f. Ziff. 2-4). Angaben über die zumutbare Arbeitsfähigkeit machten sie unter Verweis auf die Aufgabenstellung und Kompetenzen der EFL

nicht (vgl. AB 73/12 Ziff. 3). Dazu hielt Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, im Schreiben vom 17. Juli 2019 (AB 82) zutreffend fest, dass die EFL im gutachterlichen Kontext zu werten sei, wobei eine fachfremde, das heisse nicht infektiologische Würdigung nicht zielführend bzw. versicherungsrechtlich verwertbar sei. Aus der stattgehabten EFL ergeben sich damit einerseits keine Anhaltspunkte, die für die Beweiskraft des infektiologischen Gutachtens vom 6. Juli 2015 (AB 41) sprechen, und andererseits verbleibt die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit nach objektiven Gesichtspunkten weiterhin unklar.

Insgesamt bestehen damit begründete Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, sowohl hinsichtlich der medizinischen Begründung als auch mit Blick auf die medizinischen Akten sowie den zeitlichen Verlauf.

3.2.3 Auf die Expertise kann sodann auch betreffend einen fraglichen Integritätsschaden (vgl. Art. 24 f. UVG) nicht abgestellt werden. Die Gutachter berücksichtigten bei der Bemessung der körperlichen Integritätsschädigung explizit die spezifische subjektive Situation der Beschwerdeführerin (vgl. AB 41/22 Ziff. 8.1), was im Rahmen der Bemessung des Integritätsschadens nicht angeht, da hier nur der medizinische Befund massgebend ist (vgl. BGE 115 V 147 E. 1 S. 147, 113 V 218 E. 4b S. 221; RKUV 1997 U 278 S. 208 E. 2a). Die Annahme einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen Integrität ist zwar aufgrund der lebenslang erforderlichen und mit Nebenwirkungen verbunden medikamentösen Therapie durchaus nachvollziehbar. Indessen ist die Beeinträchtigung durch die Therapie angesichts der mittlerweile seit etlichen Jahren etablierten medikamentösen Therapiemethoden (vgl. dahingehend AB 41/19 f. Ziff. 6.1) nicht ohne Weiteres als besonders gravierend zu werten. Die weiter aufgeführte Verkürzung der Lebenserwartung wurde lediglich als möglich qualifiziert (vgl. AB 41/22 Ziff. 8.1) und genügt damit (zumindest aktuell) dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) grundsätzlich nicht. Die weiter ins Feld geführte, nicht auszuschliessende Langzeittoxizität beurteilten die Gutachter an anderer Stelle als nicht vorhersehbar (AB 41/17) und abhängig von der jeweiligen

antiviralen Therapie (AB 41/17 und 13 Ziff. 5.1.2). Ein dadurch bedingter Integritätsschaden ist daher aktuell insgesamt unklar. Vielmehr sind diese Fragen erneut und unter Berücksichtigung der aktuellsten medizinischen Forschung sowie der geeignetsten, allenfalls in den letzten Jahren hinzugekommenen und zumutbaren Therapieoptionen abzuklären.

Der weiter von den Gutachtern angenommene geistige Integritätsschaden ist bereits aus dem Grund nicht überzeugend, als sich im Zeitpunkt der Begutachtung keine Anzeichen für eine Beeinträchtigung objektivieren liessen und die – fachfremd neurologisch (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheide des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2, und vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3) – angestellten Mutmassungen zu allfälligen neurokognitiven Einschränkungen in der Zukunft folglich spekulativer Natur sind. Die Gutachter hielten zudem ausdrücklich fest, dass zu allfällig HIV-bedingten kognitiven Einschränkungen nach dem damaligen Stand der Wissenschaft ohnehin keine verlässlichen Aussagen möglich seien (vgl. AB 41/22 Ziff. 8.1). Hinzu kommt, dass sie eine Verschlechterung der zukünftigen kognitiven Leistungsfähigkeit wiederum bloss als möglich qualifizierten (AB 41/20 f. Ziff. 8.1 f). Indessen genügt die blosser Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens für eine Mitberücksichtigung als voraussehbare Verschlimmerung i.S.v. Art. 36 Abs. 4 UVV nicht (Entscheid des BGer vom 23. Juli 2013, 8C_76/2013, E. 3.4.1 mit Hinweisen). Ob es sich hierbei nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung nach wie vor lediglich um eine Möglichkeit oder mittlerweile um eine erhärtete Tatsache handelt, kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten nicht abschliessend beantwortet werden.

Schliesslich basiert der angegebene mittelschwere psychische Integritätsschaden gemäss Angaben der Gutachter auf einer konsiliarischen Aktenbeurteilung durch Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gemäss welcher mit hoher Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) bestehe (AB 41/23 Ziff. 8.2). Die nicht weiter begründete psychiatrische Diagnose erfolgte ohne ersichtliche fachärztliche Plausibilisierung (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297) und dem Gutachten ist auch keine nachvollziehbare diagnostische

Herleitung (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285) zu entnehmen. Gemäss den diagnostischen Leitlinien soll eine PTBS zudem nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem katastrophalen Ereignis aufgetreten ist (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 208). Ob die von der Beschwerdeführerin nicht unmittelbar selbst wahrgenommene HIV-Hepatitis-C-Koinfektion ein derartiges Ereignis von ausserordentlicher Schwere zu begründen vermag, wurde im Gutachten nicht dargelegt. Eine psychische Störung mit Krankheitswert ist zudem den echtzeitlichen medizinischen Akten nicht ansatzweise zu entnehmen. Die gestellte Diagnose ist aus diesen Gründen – zumindest gestützt auf die erfolgten Abklärungen – nicht nachvollziehbar (vgl. SVR 11/2019 IV Nr. 83 S. 275 f.). Ebenso erscheint sie mit Blick auf die weitere, rein äusserlich unauffällige, berufliche und familiäre Entwicklung der Beschwerdeführerin seit 2005 im Mindesten vertieft begründungsbedürftig. Schliesslich ist für die Beurteilung eines psychischen Integritätsschadens eine eingehende psychiatrische Begutachtung erforderlich (vgl. MAX B. BERGER, in: FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [HRSG.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2019, Art. 25 N. 36 ff.; Suva-Tabelle 19, S. 2). Sollte die Beschwerdeführerin nunmehr eine entsprechende Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes geltend machen, so wäre dies vertieft abzuklären.

3.3 Zusammenfassend ist die von der Beschwerdegegnerin wiederholt geäusserte Kritik (vgl. etwa AB 42, 49, 54, 85) am infektiologischen Gutachten vom 6. Juli 2015 (AB 41) begründet. Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihres Ermessenspielraums eine weitere Begutachtung anordnen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.3.1 S. 245, 136 V 156 E. 3.3 S. 158). Die Beschwerde ist insoweit unbegründet und abzuweisen.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob gegen den vorgesehenen Gutachter Prof. Dr. med. D. _____ zulässige Ablehnungsgründe vorliegen. Diesbezüglich ist vorab festzustellen, dass von der rechtskundig vertretenen Beschwerdeführerin keine Befangenheitsgründe im Sinne einer Voreinge-

nommenheit (vgl. dazu E. 2.3 hiervor) vorgebracht werden und solche auch nicht aus den Akten erkennbar sind. Eine Ablehnung des vorgesehenen Gutachters aus formellen Gründen scheidet damit von vornherein aus.

4.2 In der Beschwerde wird vorgebracht, Prof. Dr. med. D. _____ verfüge nicht über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, insbesondere besitze er keine Gutachter-Zertifizierung der Swiss Insurance Medicine (SIM) und habe als ausländischer Arzt mit Beschäftigungsschwerpunkt Tropenmedizin auch keine anderweitige versicherungsmedizinische Zusatzausbildung, er könne die spezifische Situation einer HIV-Erkrankung im sozialversicherungsrechtlichen Kontext nicht fachlich kompetent beurteilen (Beschwerde S. 9 Ziff. 29 ff.).

4.3 Prof. Dr. med. D. _____ verfügt gemäss dem öffentlich zugänglichen Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (MedReg; <http://www.medregom.admin.ch>) über einen am ... durch die Schweiz anerkannten fachärztlichen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin; einen zusätzlichen oder weiteren anerkannten Facharztstitel, namentlich im Bereich Infektiologie wird nicht aufgeführt. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung wird für den Nachweis der hinreichenden fachlichen Qualifikation des vorgesehenen Gutachters einzig ein Facharztstitel in der entsprechenden medizinischen Disziplin verlangt (BGE 137 V 210 E. 3.3.2 S. 245). Weitergehende fachliche Anforderungen bestehen demgegenüber nicht (SZS 2019 S. 6 mit Hinweisen), namentlich müssen das entsprechende Fachwissen und die praktische Erfahrung weder in der Schweiz erworben worden sein noch wird (zusätzlich) eine spezifische versicherungsmedizinische Weiterbildung vorausgesetzt (Entscheid des BGer vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.3.2 f. mit Hinweisen).

Prof. Dr. med. D. _____ verfügt demnach – anders als von der Beschwerdegegnerin vertreten (vgl. Beschwerdeantwort S. 7 Ziff. 44) – mangels einer einschlägigen, durch die Schweiz anerkannten Facharztausbildung im Bereich Infektiologie nicht über die notwendige fachliche Eignung für die vorzunehmende infektiologische Begutachtung (vgl. E. 1.2 hiervor). Nicht massgebend ist in diesem Zusammenhang, dass er auf der Website der E. _____ AG als Facharzt für Tropenmedizin und Infektiologie aufgeführt wird (...), da die entsprechenden Weiterbildungen keine durch die

Schweiz anerkannten Facharztweiterbildungen darstellen, sondern lediglich sogenannte Zusatz-Weiterbildungen, welche das deutsche Ärzteaus- und Weiterbildungssystem bietet (vgl. dazu <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/weiterbildung/>; Bundesärztekammer [Hrsg.], [Muster-] Weiterbildungsordnung 2018 [abrufbar: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>]). Prof. Dr. med. D. _____ selbst bezeichnet sich im Lebenslauf einzig im Bereich Allgemeine Innere Medizin als Facharzt, während er die weiteren (Zusatz-)Qualifikationen in Tropenmedizin und Infektiologie davon getrennt aufführt (...). Diese Weiterbildungen ohne eine entsprechende daran anknüpfende Facharztqualifikation reichen rechtsprechungsgemäss nicht aus.

Auch wenn es sich bei der – vorliegend gegebenen – unzureichenden fachlichen Eignung des vorgesehenen Gutachters grundsätzlich um einen materiellen Ablehnungsgrund handelt, der in der Regel mit dem Entscheid in der Sache im Rahmen der Beweismässigkeit zu behandeln wäre (vgl. BGE 132 V 93 E. 6.5 S. 108 f.; dahingehend auch BGE 133 V 446 E. 7.6 S. 450; UELI KIESER, Kommentar ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 44 Ziff. 58), rechtfertigt es sich, die offenkundig fehlende fachliche Eignung des vorgesehenen Gutachters bereits im jetzigen Verfahrensstadium festzustellen (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2 und 5.2.2.3). Prof. Dr. med. D. _____ ist demnach für die vorgesehene erneute infektiologische Begutachtung fachlich nicht geeignet und daher nicht als Gutachter zu berücksichtigen.

4.4 Die Beschwerdeführerin schlägt anstelle des im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2019 (AB 85) vorgesehenen Gutachters den Beizug von Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, vor (Beschwerde S. 10 Ziff. 35). Hierzu ist festzustellen, dass der vorgeschlagene Experte die vorerwähnten fachlichen Qualifikationen der Rechtsprechung an einen medizinischen Sachverständigen erfüllt (vgl. E. 4.3 hiervor). Der Einwand der Beschwerdegegnerin, dass er nicht über eine SIM-Zertifizierung als Gutachter verfüge, zielt ins Leere, zumal ein derartiges Erfordernis nicht besteht. Die Beschwerdegegnerin hat zufolge der berechtigten materiellen Einwände gegen den vor-

gesehenen Gutachter in einem konsensorientierten Vorgehen einen neuen Sachverständigen mit einem ausgewiesenen und erforderlichenfalls durch die Schweiz anerkannten Facharztstitel im Bereich Infektiologie, allenfalls unter Beizug weiterer Fachdisziplinen oder anderweitiger Zusatzabklärungen, zu bestimmen.

5.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Zwischenentscheid vom 17. Dezember 2019 (AB 85) in teilweiser Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde soweit den vorgesehenen Gutachter betreffend aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie in einem konsensorientierten Verfahren unter Berücksichtigung der Anforderungen der Rechtsprechung an die fachliche Qualifikation eines medizinischen Sachverständigen einen Gutachter bestimme. Im Übrigen, das heisst betreffend die strittige Anordnung einer erneuten infektiologischen Begutachtung, ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5; Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1). Es besteht diesbezüglich grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn die Beschwerde nicht

den materiellen Leistungsanspruch, sondern das Abklärungsverfahren betrifft.

Die Beschwerdeführerin ist mit ihren Anträgen teilweise durchgedrungen, wobei das Obsiegen sich auf den beanstandeten vorgesehenen Gutachter beschränkt, während die angeordnete erneute Begutachtung im Grundsatz zu bestätigen ist (vgl. E. 5 hiavor). Unter diesen Umständen hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung, weshalb letztere entsprechend dem anteilmässigen Obsiegen der Beschwerdeführerin ermessenweise auf die Hälfte zu reduzieren ist.

Mit der Kostennote vom 15. Mai 2020 (in den Gerichtsakten) machte Rechtsanwalt B. _____ einen Aufwand von Fr. 3'239.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) geltend. Die Kostennote ist insgesamt angemessen und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass, weshalb die um die Hälfte reduzierte Parteientschädigung auf Fr. 1'619.85 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen ist. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Zwischenverfügung der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 17. Dezember 2019 soweit den vorgesehenen Gutachter betreffend aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin einen Teil der Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'619.85 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

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.