



**Fall-Nr.:** UV 2007/37  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 04.05.2020  
**Entscheiddatum:** 09.05.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.05.2008**

**Art. 6 UVG. Unfallkausalität von Beschwerden im Nachgang zu einer HWS-Distorsion mit Commotio cerebri. Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Mai 2008, UV 2007/37).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 9. Mai 2008

in Sachen

Z.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christian Thöny, Bahnhofstrasse 8, 7000 Chur,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a Die 1976 geborene Z.\_\_\_\_ absolvierte bei der A.\_\_\_\_ eine kaufmännische Lehre und war dadurch bei der Suva unfallversichert, als sie am 6. Juli 1994 als auf der Rückbank sitzende Mitfahrerin in einem Personenwagen in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde. Beim Versuch des Personenwagen-Lenkens, einen Traktor zu überholen, kam es zur Kollision der beiden Fahrzeuge, da der Traktorfahrer gleichzeitig einen Abbiegevorgang nach links eingeleitet hatte. Der Personenwagen prallte in der Folge mit der linken Seite gegen einen Baum. Die Versicherte war vom 6. bis 8. Juli 1994 im Kantonalen Spital Grabs hospitalisiert, wo eine Commotio cerebri und eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurden und im weiteren eine retrograde Amnesie für den genauen Unfallhergang bescheinigt wurde (UV-act. 5). Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, bescheinigte in der Folge die volle Arbeitsaufnahme der Versicherten ab 28. Juli 1994 sowie den Behandlungsabschluss am 24. Oktober 1994 (UV-act. 2).

A.b Am 29. März 1995 meldete die Arbeitgeberin einen Rückfall, nachdem sich die Versicherte am 9. März 1995 wegen Kopfschmerzen und muskulärer Verspannungen wieder in Behandlung zu Dr. B.\_\_\_\_ begeben hatte. Eine Arbeitsunfähigkeit lag nicht vor. Die Behandlung wurde im November 1995 abgeschlossen (UV-act. 11, 12, 16-18).

A.c Am 25. September 1996 erfolgte ein weiterer Rückfall. Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 11. November 1996, dass die Beschwerden durch Physiotherapie jeweils wieder gelindert werden könnten. Eine Arbeitsunfähigkeit sei in den letzten Monaten nicht eingetreten. Am 1. Juli 1997 schloss er die Behandlung ab (UV-act. 19, 26, 31). Nach Durchführung von ärztlichen Behandlungen und Abklärungen verneinte die Suva im Schreiben vom 6. März 2001 eine Leistungspflicht für die im Februar 2001 aufgetretenen Migräneanfälle (UV-act. 47). Mit Verfügung vom 3. Dezember 2001 verneinte die Suva das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen den von der Versicherten geltend gemachten somatischen und psychischen Beschwerden mit Teilarbeitsunfähigkeit ab 1997 und dem Unfall vom 6. Juli 1994 und lehnte die Übernahme weiterer Behandlungskosten ab (UV-act. 83). Die von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. 88) wies die Suva mit



Einspracheentscheid vom 25. Juli 2002 ab. Gegen diesen Entscheid liess die Versicherte beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen Beschwerde erheben (UV-act. 101). In der Folge hob die Suva am 24. Februar 2005 den Einspracheentscheid vom 25. Juli 2002 zwecks weiterer Abklärungen und anschliessender Neubeurteilung auf, worauf das Versicherungsgericht das Beschwerdeverfahren am 13. Mai 2005 zufolge Gegenstandslosigkeit abschrieb (UV-act. 110).

A.d Mit Verfügung vom 1. März 2004 hatte die Invalidenversicherung der Versicherten auf der Basis eines IV-Grades von 94% mit Wirkung ab 1. Juli 2004 eine ganze Rente zugesprochen. Diese Rente wurde im Rahmen des Revisionsverfahren 2005 bestätigt (UV-act. 158). Nach Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen eröffnete die Suva dem Rechtsvertreter der Versicherten mit Verfügung vom 29. September 2006, dass keine Leistungspflicht für die rückfallweise gemeldeten Beschwerden bestehe. Zwischen diesen Beschwerden und dem Unfall vom 6. Juli 1994 bestehe kein (überwiegend) wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Die Adäquanz der psychischen Beschwerden sei zu verneinen (UV-act. 164). Die gegen diese Verfügung erhobenen Einsprachen (UV-act. 165, 167, 169) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 13. Februar 2007 ab.

B.

B.a Gegen diesen Entscheid erhob Rechtsanwalt lic. iur. Christian Thöny, Chur, mit Eingabe vom 7. März 2007 für die Versicherte Beschwerde mit den Anträgen, der Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, für die Folgen des Unfalles vom 6. Juli 1994 aufzukommen und die gesetzlichen Leistungen (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggeld, eventuell Rente) auszurichten; eventuell sei der Sachverhalt vorgängig durch Einholung der Strafakten C.\_\_\_\_ und ein gerichtlich-medizinisches interdisziplinäres Gutachten zu ergänzen, und anschliessend zu entscheiden. Zur Begründung legte der Rechtsvertreter unter anderem dar, die Beschwerdegegnerin habe den Unfallhergang nie ausreichend abgeklärt. Sie stütze sich nur auf die den Unfallhergang bagatellisierenden Angaben des Traktorfahrers C.\_\_\_\_, der bezüglich seines Fahrtempos falsche Aussagen gemacht und zu Unrecht behauptet habe, er hätte den linken Blinker gestellt. Offensichtlich bildeten die chronisch rezidivierende zervikocephale Symptomatik und die



neuropsychologischen Funktionsstörungen wesentliche Ursachen der bestehenden Arbeitsunfähigkeit. Dies habe auch die neuropsychologische Abklärung in der Rehaklinik Rheinfelden ergeben. Obwohl Dr. B. \_\_\_ bereits im Januar 1997 die bewegungsabhängigen Zervikalgien betont und die Frage gestellt habe, ob eine segmentale Instabilität der HWS für die Beschwerden verantwortlich sei und entsprechende Funktionsaufnahmen der HWS gefordert habe, sei dies unterlassen worden. Solange eine neuro-radiologische Funktionsuntersuchung und damit die relevanten bildgebenden Abklärungen fehlten, sei die Schlussfolgerung, körperliche Unfallfolgen seien bildgebend nicht objektivierbar, unzulässig. Wenn Gerichtspraxis und neuester Stand der medizinisch-diagnostischen Erkenntnis berücksichtigt würden, sei die Aussage, körperliche Unfallfolgen seien nicht objektivierbar, nicht nachzuvollziehen. Auch die psychischen Beschwerden seien auf den Unfall zurückzuführen. Trotz der zusätzlichen psychischen Beschwerden (deren Unfallkausalität angesichts des Nachunfallgeschehens ebenfalls bejaht werden müsse) würden die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehörenden Störungen nicht völlig in den Hintergrund treten, so dass für die Adäquanzprüfung die Schleudertraumapraxis anzuwenden sei. Der Unfall sei als schwerer Fall, allenfalls im Grenzbereich zum mittelschweren Fall einzustufen, habe es sich doch um eine heftige Mehrfachkollision bei hoher Geschwindigkeit und gravierendem Unfallbild gehandelt. Wenn der Unfall im mittleren Bereich, im Grenzbereich zum schweren Unfall eingeordnet werde, reiche es aus, wenn einzelne Adäquanzkriterien erfüllt seien. Konkret seien mehrere Kriterien gegeben.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 26. April 2007 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und hielt unter anderem fest, nachdem aufgrund der gesamten Aktenlage ein organisches Substrat für die heute geklagten Beschwerden klar auszuschliessen sei, in den echtzeitlichen Akten nie ein Schleudertrauma diagnostiziert und nie das typische Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung beschrieben worden sei, die nach dem Unfall diagnostizierte MTBI einen GCS-Wert von bloss 15 erreicht habe und im Zeitpunkt der Rückfallmeldung vom Februar 2001 längst psychische Faktoren absolut dominant gewesen seien, sei die Adäquanz nach BGE 115 V 133 zu prüfen. Diese sei offensichtlich nicht gegeben, da kein einziges Kriterium erfüllt sei. Rein vorsorglich sei



bemerkt, dass die adäquate Unfallkausalität selbst dann zu verneinen wäre, wenn diese zu Unrecht nach BGE 117 V 359 geprüft würde. Nachdem die adäquate Unfallkausalität in jedem Fall verneint werden müsse, würden sich weitere Abklärungen zur natürlichen Kausalität erübrigen.

B.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (act. G 6). Mit Schreiben vom 5. Juni 2007 gab die Gerichtsleitung den Parteien bekannt, es sei beabsichtigt, die Beschwerdeführerin psychiatrisch und neuropsychologisch begutachten zu lassen (act. G 7). Mit Eingaben vom 13. und 27. Juni 2007 nahmen die Parteien hiezu Stellung. Sie machten Gutachternvorschläge und reichten Fragenkataloge ein (act. G 9, 10). Am 11. Dezember 2007 erkundigte sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bezüglich des Verfahrensstandes (act. G 11). Mit Schreiben vom 23. Januar 2008 wurden die Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_, Klinik Valens, von Seiten des Versicherungsgerichts angefragt, ob sie bereit wären, die Begutachtung durchzuführen (act. G 12). Dr. D.\_\_\_\_ erklärte sich am 29. Januar 2008 zur Begutachtung bereit (act. 13). Dr. E.\_\_\_\_ liess am 31. Januar 2008 mitteilen, dass er für den Entscheid, ob er die Begutachtung durchführen möchte, vorgängig die medizinischen Akten benötige (act. G 14). Mit Schreiben vom 14. Februar 2008 gab die Beschwerdegegnerin unter anderem bekannt, sie sei mit der Zustellung der Suva-Akten an Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht einverstanden (act. G 16).

Erwägungen:

1.

1.1 Streitig ist, ob auch für die Zeit nach Juni 1997 (vgl. Einspracheentscheid) Folgen des Unfalls vom 6. Juli 1994 vorliegen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschädigungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) und einem Unfall sowie die Beweisanforderungen (Erwägungen 1, 2) grundsätzlich zutreffend dar. Zwischenzeitlich ergab sich nun allerdings eine Rechtsprechungs-Anpassung insofern, als das Bundesgericht unter anderem den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien



bei Schleudertrauma-Verletzungen (BGE 117 V 359 Erw. 6a, 369 Erw. 4b) wie folgt neu umschrieb: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 i/S M. [U 394/06], Erwägung 10.3). Diese Präzisierung der Rechtsprechung ist auch auf die hier streitige Angelegenheit anwendbar.

1.2 Im Nachgang zu dem per 25. September 1996 gemeldeten Rückfall bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ das Bestehen eines chronischen belastungsabhängigen Schmerzsyndroms sowie den Behandlungsabschluss am 1. Juli 1997 (UV-act. 31). Nach einem beschwerdefreien Intervall erfolgten im November 1998 sowie im Jahr 1999 wegen immer wieder auftretender belastungsabhängiger Schmerzen und muskulärer Verspannungen im Bereich der HWS weitere Konsultationen bei Dr. B.\_\_\_\_. Zu Arbeitsausfällen kam es gemäss Bescheinigung des Hausarztes nicht. Die Beschwerdegegnerin erbrachte entsprechende Leistungen (UV-act. 35-37, 39, 40, 43). Gegenüber den Ärzten der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen berichtete die Beschwerdeführerin am 15. Februar 2001 über Migräneanfälle, die vor etwa vier Jahren begonnen hätten. Seit dem HWS-Distorsionstrauma vor sechs Jahren bestehe eine Agora- und Klaustrophobie, die medikamentös behandelt worden sei. Die Ärzte diagnostizierten einen Status nach Schwindelepisode unklarer Ätiologie, eine bekannte Migräne und einen Status nach Distorsionstrauma der HWS. Sie bescheinigten einen unauffälligen Neurostatus und führten die Symptomatik auf die Migräneanfälle zurück. Die Lageabhängigkeit der Schwindelwahrnehmung mit Angabe eines Schwankschwindels bei Kopfdrehung bleibe damit unklar. Wegen Angabe von Visusstörungen und Verschwommensehen seien visuell-evozierte Potentiale veranlasst worden; diese hätten beidseits Normalbefunde ergeben (UV-act. 44). Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 29. März 2001, parallel zur HWS-Problematik (chronisches Schmerzsyndrom mit rezidivierenden HWS-Blockierungen sowie ausgeprägten muskulären Dysfunktionen) habe sich ein eigentliches chronisches Krankheitsbild mit allgemeinem Leistungsabfall, chronischer Schwäche, depressiver Entwicklung sowie ausgeprägten vegetativen Zeichen wie Schwindel, Schweissausbrüchen, Übelkeit und



Erbrechen sowie Kollapszuständen entwickelt. Die Symptomatik habe sich soweit verstärkt, dass längere Zeit eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden sei (UV-act. 48). Am 18. April 2001 legte die Beschwerdeführerin gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter ihre gesundheitliche und erwerbliche Situation im einzelnen dar. Sie gab unter anderem an, durch die familiäre Situation (Familien-Unternehmen) seien viele Fehlzeiten gar nicht dokumentiert worden (UV-act. 56). Am 8. Juni 2001 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Bericht über die vom 27. April 1998 bis 7. September 2000 durchgeführte Behandlung der Beschwerdeführerin. Die Ärztin hielt unter anderem fest, sie habe die Patientin während mehr als einem Jahr als depressiv, schwer panikgeplagt und in ihrer Tätigkeit eingeschränkt erlebt. Sie habe sie vom 27. April bis 4. September 1998 zu 100% und vom 7. September 1998 bis zum Abschluss der Therapie 50% arbeitsunfähig geschrieben (UV-act. 69). G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, berichtete am 26. August 2001 über die bei ihm ab 14. November 1995 erfolgte Behandlung der Beschwerdeführerin. Er hielt unter anderem fest, zu Beginn der Behandlung hätten gastrointestinale Beschwerden (Magenschmerzen) im Vordergrund gestanden. Der Arzt erachtete einen wahrscheinlichen Zusammenhang der psychischen Beschwerden mit dem Unfallgeschehen als gegeben (UV-act. 79). Vom 5. März bis 9. April 2002 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der Rehaklinik Rheinfelden auf (UV-act. 97). Im Bericht vom 3. Juni 2002 wurden die Diagnosen einer HWS-Distorsion mit leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri) bei chronisch rezidivierender zervikocephaler Symptomatik, neuropsychologischen Funktionsstörungen, Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, generalisierter Angststörung, spezifischen Phobien und Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt. Es wurde eine Arbeitsfähigkeit von durchschnittlich 50% bescheinigt. Der psychiatrische Konsiliarier Dr. med. H.\_\_\_\_ bejahte eine Teilkausalität der psychischen Beschwerden und eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (UV-act. 100, 102).

Im Gutachten vom 4. Oktober 2004 diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie FMH, einen Status nach Verkehrsunfall vom 6. Juli 1994 mit leichtem Schädelhirntrauma oder leichter traumatischer Hirnverletzung bei leichten bis mässigen kognitiven Defiziten und posttraumatischer partieller Epilepsie sowie eine HWS-Verletzung wahrscheinlich im Sinn eines Abknicktraumas (DD Distorsion). Der Gutachter kam zum Schluss, es lägen typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma (zervikale und zervikocephale



Beschwerden, Gleichgewichtsstörungen, vegetative Störungen, kognitive Störungen, Antriebsverminderung) vor. Die Patientin werde auch in Zukunft Medikamente und physikalische/physiotherapeutische Behandlungen benötigen, um eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands zu vermeiden. Die Arbeitsfähigkeit werde unter Berücksichtigung der unfallbedingten Beschwerden organischer Genese im Beruf als Geschäftsführerin einer Kleiderboutique oder als kaufmännische Angestellte auf 20-30% geschätzt. In einer Tätigkeit im Verkauf ohne administrative Belastungen und ohne Notwendigkeit, höhere Gewichte heben und transportieren zu müssen, könne von einer Arbeitsfähigkeit von 40-50% ausgegangen werden. Es liege eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Integrität von insgesamt 75% vor (UV-act. 110 Beilage). In der Beurteilung vom 11. Februar 2005 nahm die Suva-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie und Psychiatrie, Stellung zum Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_. Sie kam unter anderem zum Schluss, aus dem Gutachten I.\_\_\_\_ gehe nicht schlüssig hervor, dass die Beschwerdeführerin eine neurologische Erkrankung, die mit dem Unfall in Verbindung stehen könnte, aufweise (UV-act. 156). Im Gutachten vom 2. Dezember 2005 führten die Ärzte des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums, Zürich, neben anamnestischen psychiatrischen Diagnosen die Diagnosen von nicht-epileptischen (am ehesten psychogenen) Anfällen, eines leichten Schädel-Hirn-Traumas und HWS-Distorsionstraumas, eines zervikozephalen Schmerzsyndroms und einer Migräne ohne Aura an (UV-act. 155). Dr. J.\_\_\_\_ verneinte gestützt auf das vorerwähnte Gutachten am 12. Juni 2006 neurologische und neuropsychologische Unfallrestfolgen (UV-act. 160).

2.

2.1 Unmittelbar im Nachgang zum streitigen Unfall gab die Beschwerdeführerin Schmerzen im HWS-Bereich mit Bewegungseinschränkung an. Der erstbehandelnde Arzt im Kantonalen Spital Grabs vermerkte auch eine retrograde Amnesie für den Unfallhergang sowie Kopfschmerzen; letztere klangen aufgrund medikamentöser Behandlung ab. Nach kurzer Schmerzfreiheit persistierten die HWS-Beschwerden (vgl. UV-act. 2, 5). Eine biomechanische Beurteilung wurde soweit ersichtlich nicht erstellt. Die Feststellung von Frau Dr. J.\_\_\_\_, die Kopfschmerzen seien, mit Ausnahme einer einmaligen migräniformen Schmerzattacke, nicht innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfall aufgetreten (UV-act. 160 S. 2), ist insofern in Frage gestellt, als auch noch in



der Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 20. Juli 1994 neben anderen Beschwerden ausdrücklich Kopfweg angegeben wurde (UV-act. 1). Zu einem aufgrund der Akten nicht näher bestimmbareren Zeitpunkt ergaben sich psychische Beschwerden, welche ab 14. November 1995 ärztlich behandelt wurden (UV-act. 79) Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte am 23. März 1995 das erneute Auftreten von HWS-Beschwerden mit nachfolgenden Kopfschmerzen (UV-act. 12). Bei dieser Aktenlage lässt sich ein für Schleudertrauma-Verletzungen typisches Beschwerdebild nicht ohne weiteres in Abrede stellen.

2.2 Unabhängig davon, ob ein typisches Beschwerdebild im erwähnten Sinn zu bejahen ist, stellt sich vorweg jedoch die Frage, ob die von der Beschwerdeführerin ab Juni 1997 und auch aktuell angegebenen Beschwerden sich auf eine objektivierbare organische Schädigung bzw. strukturelle Veränderung an der HWS zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 6. Juli 1994 in Zusammenhang zu bringen ist. Wie dargelegt bescheinigten die Ärzte der Klinik für Neurologie am 15. Februar 2001 eine Schwindelepisode unklarer Ätiologie sowie einen unauffälligen Neurostatus und führten die Symptomatik auf die Migräneanfälle zurück (UV-act. 44). Auch der behandelnde Arzt Dr. B.\_\_\_\_ beschrieb in seinem Bericht vom 29. März 2001 keine eigentlichen organischen Gesundheitsschädigungen, sondern ein chronisches Krankheitsbild mit chronischer Schwäche, depressiver Entwicklung und vegetativen Zeichen (UV-act. 48). Demgegenüber führte der Neurologe Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 4. Oktober 2004 aus, alle Beschwerden (zervikaler und zervikocephaler Art, Gleichgewichtsstörungen, vegetative Störungen, kognitive Störungen, Antriebsverminderung), eventuell mit Ausnahme eines Anteils der vegetativen Beschwerden, seien organischer Genese und auf den Unfall vom 6. Juli 1994 zurückzuführen. Aus neurologischer Sicht lägen keine unfallfremden Faktoren vor. Psychische Beschwerden würden gegenüber der Gesundheitsstörung nach HWS-Verletzung und MTBI in den Hintergrund treten (UV-act. 110 Beilage). Dem hielt die Neurologin Dr. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Februar 2005 entgegen, die posttraumatische Epilepsie sei nicht bewiesen, die Kopfschmerzen würden in einer Migräne aufgehen, und die allgemeinen Symptome wie Schwindel, Konzentrationsstörungen etc. seien nicht als sogenanntes "buntes Beschwerdebild" nach HWS-Distorsion, sondern höchstwahrscheinlich im Zusammenhang mit der generalisierten Angsterkrankung zu sehen. Initial (nach dem Unfall) sei keine Symptomatik für ein Distorsionstrauma vorhanden gewesen und die Latenz, mit der Symptome aufgetreten seien, sei zu lang



gewesen, um für die Verursachung einer so langwierigen Symptomatik in Frage zu kommen. Ausserdem gebe es für die Verursachung eines Teils der Symptome eine psychische Krankheit. Aus dem Bericht des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. Juli 1997 (UV-act. 30) werde deutlich, dass die psychischen Beschwerden im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung im Vordergrund stehen würden. Zu diesem Zeitpunkt werde von Dr. B.\_\_\_\_ von Seiten der HWS-Verletzung volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt. "Aus anderen gesundheitlichen Gründen" bescheinige Dr. B.\_\_\_\_ eine teilweise Arbeitsunfähigkeit. Diese anderen gesundheitlichen Gründe würden erst in den Berichten von Dr. F.\_\_\_\_ und von G.\_\_\_\_ ausgeführt (UV-act. 156). Die Ärzte des Schweizerischen Epilepsiezentrum legten im Gutachten vom 2. Dezember 2005 dar, der isolierte Befund einer diskreten Hyperpathie der rechten Gesichtshälfte könne nicht einer definierten neurologischen Erkrankung und schon gar nicht einer traumatisch begründbaren Läsion des Nervensystems zugeordnet werden. Basierend auf einem unauffälligen neuropsychologischen Untersuchungsbefund ergäben sich zusammen mit dem unauffälligen MRI keine Hinweise für hirnorganisch begründbare neuropsychologische Funktionsstörungen. Das Leistungsprofil der Untersuchung decke sich weitgehend mit den Vorbefunden der Rehaklinik Rheinfelden. Im Vergleich zur Untersuchung von Dr. I.\_\_\_\_ seien die Aufmerksamkeitsfunktionen besser ausgefallen. Die Ergebnisse in allen anderen Funktionsbereichen seien vergleichbar gewesen. Im Gegensatz zur Untersuchung bei Dr. I.\_\_\_\_ habe die Patientin in der gegenwärtigen Untersuchung keine Schmerzen angegeben. Es könne somit vermutet werden, dass die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Konzentration im Rahmen der beklagten Schmerzproblematik sekundärer Natur seien. Das Leistungsprofil der aktuellen Untersuchung habe lediglich sehr diskrete Auffälligkeiten im Aufmerksamkeitsbereich bei einem durchschnittlichen kognitiven Leistungsniveau gezeigt. Alle anderen untersuchten kognitiven Funktionen seien normgerecht gewesen. Die neuropsychologischen Funktionsstörungen könnten also auf neurologischem Fachgebiet angesichts der unauffälligen cerebralen Bildgebung nicht erklärt werden (UV-act. 155 S. 12-14).

Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der



neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475). - Konkret kann angesichts der geschilderten divergierenden spezialärztlichen Gutachten nicht zuverlässig entschieden werden, ob den neuropsychologischen Befunden für die Beurteilung der (natürlichen) Unfallkausalität eine selbständige Bedeutung zukommt. Als Folge davon lässt sich die Frage, ob neurologische und neuropsychologische Unfall-Restfolgen vorliegen, nicht schlüssig beantworten.

2.3 Die Psychotherapeutin Dr. F.\_\_\_\_ schilderte in ihrem Bericht zwei Ereignisse, welche den zuvor positiven Lebenslauf der Beschwerdeführerin anscheinend geknickt hätten: Im Juni 1994 sei unerwartet die geliebte Grossmutter gestorben. 14 Tage später habe sie den (hier streitigen) Autounfall erlitten (UV-act. 69). Im psychiatrischen Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ wurde als subjektive Angabe der Beschwerdeführerin zum Unfall vom 4. Juli 1994 unter anderem festgehalten, sie habe unmittelbar nach dem Unfall, noch im Auto sitzend, an ihren Grossvater denken müssen, der etwa zwei Monate vorher gestorben sei. Nach dem Unfall sei sie grundsätzlich im Alltag verunsichert gewesen. Die Symptome seien bis 1996 leicht zurückgegangen, aber mit dem Tod der Grossmutter väterlicherseits wieder erneut aufgetreten. Sie habe den Tod der Grossmutter vorausgeahnt. Mit dieser Vorahnung habe sie schlecht umgehen können. Sie sei völlig verunsichert und ängstlich geworden. Auch habe sie wieder vermehrt vom Unfall geträumt. Erst im Verlauf der Therapie bei Frau Dr. F.\_\_\_\_ seien diese Symptome nach und nach verschwunden (UV-act. 100 S. 5). Die von den Dres. F.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ angeführten Angaben der Beschwerdeführerin lassen sich zeitlich und sachlich nicht miteinander in Einklang bringen. Die beiden Ärzte stützten ihre Beurteilungen m.a.W. auf Sachverhalts-Grundlagen, welche in entscheidungswesentlichen Aspekten voneinander abweichen. Bei dieser Aktenlage ist die von Dr. H.\_\_\_\_ bestätigte



(teilweise) Unfallkausalität der psychischen Probleme der Beschwerdeführerin in Frage gestellt, auch wenn die Beschwerdeführerin nunmehr festhalten lässt, Anamnese und persönliche Verhältnisse vor und nach dem Unfall seien im Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ richtig wiedergegeben worden (act. G 1 S. 14). Zumindest bliebe diesfalls die Ursache der von Dr. F.\_\_\_\_ getroffenen Sachverhaltsannahmen unklar. Sodann ist aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht klar, ob die psychischen Beschwerden zum typischen Beschwerdebild nach HWS-Verletzung zu zählen sind, oder ob ihnen - ab einem bestimmten Zeitpunkt nach dem Unfall (z.B. seit dem von Dr. H.\_\_\_\_ erwähnten Tod der Grossmutter) - ein eigenständiger Charakter zukommt. Letzteres ist von Bedeutung für die - auch bei Anwendung der geänderten Rechtsprechung (vgl. BGE vom 19. Februar 2008, a.a.O., Erw. 9.5 am Schluss) weiterhin zu prüfenden - Frage, ob die den nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen zum typischen Beschwerdebild nach HWS-Verletzung zu zählen sind (RKUV 2001, 79) oder ob eine ausgeprägte psychische Problematik allenfalls ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Die vorerwähnte Frage ist auch deshalb zu klären, weil es vorliegend um einen sehr langen streitigen Zeitraum (von Juni 1997 bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids am 13. Februar 2007) geht. Zur Klärung dieser Fragen ist vorweg der Sachverhalt im Rahmen einer psychiatrisch-neuropsychologischen Begutachtung neu zu erheben und danach gestützt darauf die natürliche und adäquate Unfallkausalität - bezogen auf den gesamten vorerwähnten Zeitraum - zu prüfen. Die von den Parteien diskutierte Frage, ob die Adäquanz nach der Psycho- oder der Schleudertrauma-Rechtsprechung (BGE 115 V 133, 117 V 359) zu prüfen sei, lässt sich erst nach Vorliegen der medizinischen Abklärungsergebnisse festlegen.

3.

Das angerufene Gericht hatte aus den vorstehend dargelegten Gründen zuerst eine gerichtliche (neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung der Beschwerdeführerin vorgesehen (act. G 7). Nachdem es im Verlauf dieses Verfahrens zu Durchführungsproblemen kam, entschied sich das Gericht für eine veränderte Vorgehensweise mit Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin. Dieses Vorgehen vermag den in Frage stehenden Gegebenheiten ebenfalls Rechnung zu tragen. Allein der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei nicht bereit, die Angelegenheit unvoreingenommen zu beurteilen, weshalb auf eine



Rückweisung zu verzichten sei (act. G 1 S. 8), stellt keinen zwingenden Anlass für eine gerichtlich angeordnete Begutachtung dar. Dies insbesondere deshalb, weil die Beschwerdeführerin bei der Gutachterausswahl und der Erstellung des Fragenkatalogs mitwirken kann (Art. 44 ATSG). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 13. Februar 2007 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Durchführung einer psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Hingegen hat die Beschwerdeführerin bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Diese wird ermessensweise auf pauschal Fr. 4'000.-- festgelegt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 13. Februar 2007 aufgehoben und die Sache zur Durchführung einer psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin ausseramtlich mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.