



# Der Fall

Willi Keller

Diese Dokumentation ist auch in gedruckter Form bestellbar.  
Die Dokumentation „der Fall“ darf für nicht-kommerzielle Zwecke frei kopiert und weitergegeben werden, dabei darf jedoch nichts verändert werden und als Autor muss weiterhin Willi Keller genannt werden.

Willi Keller

# Der Fall

Kontakt:

Willi Keller

Untergasse 34

9437 Marbach

[info@willikeller.ch](mailto:info@willikeller.ch)

[www.willikeller.ch](http://www.willikeller.ch)

[www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch)

**Mai 2008.** Willi Keller fiel von der Leiter, schlug mit dem Hinterkopf auf und zog sich dabei eine vorübergehende einseitige Lähmung des Trochlearisnerves (Koordination des Augenpaares) zu. Eine nicht seltene Verletzung als Folge von Stürzen. An den Sturz hatte er keine Erinnerung. Als Ursache der Trochlearisparese stellte Prof. Dr. Barbara Tettenborn, Chefärztin Neurologie, Kantonsspital St.Gallen, die Diagnose „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ im Kern des Nervus Trochlearis. Eine degenerative Erkrankung die zur Demenz führt. Tage nach dem Sturzereignis stand zweifelsfrei fest, die Ursache der Trochlearisparese war ein Unfall. Die vermutete degenerative Erkrankung trat nie in Erscheinung. Trotzdem verteidigte Prof. Barbara Tettenborn ihre Fehldiagnose noch sieben Jahre später. Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen, setzte diesem „Siebenjahresspuk“ am 25. April 2008 per Verfügung ein Ende.

**Dieser Report zeigt**, wie eine private Unfallversicherung Akten so auslegt, dass kein Unfall sondern eine Krankheit vorliegt. Diese Krankheitsversion als „Besprechungsprotokoll“, legt sie dem Chefarzt Neurologie, Universitätsspital Zürich zur Unterschrift vor. Prof. Dr. Ralf Baumgartner unterschreibt dieses Papier wider besseres Wissen und verletzt damit seine Sorgfaltspflicht. Mit der Unterschrift des Facharztes entledigt sich die „Zürich“ ihrer Leistungspflicht und kommt damit bis zum Eidgenössischen Versicherungsgericht locker durch. Naiv stellen die Richter der Eidgenossenschaft fest, Prof. Dr. Ralf Baumgartner sei schliesslich eine anerkannte Fachperson. Unprofessionelles Verhalten der Chefärztin Prof. Dr. Barbara Tettenborn, des Prof. Dr. Ralf Baumgartner und der Richter des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, bescherten Willi Keller die unheilbare degenerative Krankheit „lakunäre mikroangiopathische Läsion im Kern des Trochlearisnerves.“ Eine Krankheit, die zur Demenz führt und ähnlich verläuft wie die Alzheimerkrankheit. Anzeichen dieser degenerativen Erkrankung fehlten gänzlich, das Unfallereignis ist bewiesen. Trotzdem, Prof. Barbara Tettenborn verteidigte ihre Fehldiagnose mit immer neuen Thesen auch sieben Jahren danach.

Der Verwaltungsrat der Spitalverbunde unter Verwaltungsratspräsidentin und Regierungspräsidentin Heidi Hanselmann setzte diesem Spuk per Verfügung vom 25. April 2008 ein Ende. Die Diagnose der Chefärztin Barbara Tettenborn wird von höchster Stelle für ungültig erklärt. Die „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ sei lediglich ein Verdacht der ersten Stunde gewesen. Ein Verdacht sei ein Verdacht und keine Diagnose. Das falsche Zeugnis des Prof. Dr. Ralf Baumgartner und die falsche Beurteilung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes bleiben Zeugnis eines bedenklich schlecht gespielten Theaters.

**Fazit: Wären Prof. Barbara Tettenborn, Prof. Ralf Baumgartner, die Richter Martin Rutishauser und Ferrari, Piloten, sie dürften mit Sicherheit aus Sicherheitsgründen nicht mehr fliegen. Im Gegensatz zu den Piloten unterstehen Ärzte und Richter keiner Kontrolle.**

[www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) Aufsichtsbeschwerde, Doku, Verfügung

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung</b>		7
<b>Teil 1</b>	Darstellung Analysen Stellungnahmen	9
<b>Teil 2</b>	Verwaltungsgerichtsbeschwerde EVG Kommentar zum Entscheid des EVG	59
<b>Teil 3</b>	Entscheid des EVG Entscheid des Kantonalen Versicherungsgerichtes Dokumente	73 81

**Diese medizinische Dokumentation ist allen Patientinnen und Patienten gewidmet, die durch falsche ärztliche Behandlung, falsches ärztliches Zeugnis und unsachliche Gerichtsentscheide um ihre Rechte gebracht wurden.**

24. Dezember 2008

## Einleitung

Mein Name ist Willi Keller. geboren 1944 in Schaffhausen. Ich arbeite seit 36 Jahren als freischaffender Kunstmaler. Um mit der „realen Welt“ in Kontakt zu bleiben, übernahm ich ab und zu kleinere Nebenjobs, die meine künstlerische Tätigkeit nicht tangierten. Zum Beispiel erteilte ich zwei Stunden pro Woche Zeichenunterricht an einer Schule. Später arbeitete ich einen Abend pro Woche als Animator im Betreuungsdienst des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Ich war bei der „Zürich“ gegen Nichtbetriebsunfall versichert.

Am 12. Oktober 2001 verunfallte ich vor meinem Atelier schwer. Ein Sturz von der Leitertreppe löschte mir beinahe das Leben und jede Erinnerung an das Unfallereignis aus. Beim Erwachen aus der Bewusstlosigkeit sah ich alles doppelt. Ich glaubte einen Hirnschlag erlitten zu haben. Im Spital wurde der Unfall trotz deutlicher Hinweise nicht erkannt. Die Chefärztin Prof. Dr. Barbara Tettenborn stellte zur Ursache der Doppelbilder eine Diagnose, die so nicht möglich ist. Eine Woche später, ich wurde soeben aus dem Spital entlassen, zeigte sich an der Unfallstelle, dass die Doppelbilder auf einen Sturz zurückzuführen sind. Wie bei einem Puzzlespiel fügten sich schlagartig alle Teile zu einem logischen Bild zusammen. Von dieser Logik wollte das Spital nichts wissen.

**Dieser Report zeigt auf**, wie die Chefärztin Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, Prof. Dr. Barbara Tettenborn, an ihrer Diagnose einer chronischen cerebralen Erkrankung die zur Demenz führt festhält, obwohl sie falsch ist, zu den Symptomen nicht passt und nie in Erscheinung getreten ist. Das wiederum bestätigen andere namhafte Neurologen. **Dieser Report zeigt auf**, wie die „Zürich“ Versicherung in ihrer Abteilung „Fachsupport Medizin“, eine gefälschte „medizinische Beurteilung“ erstellt, diese von Prof. Dr. Ralf Baumgartner, Chefarzt Neurologie, Universitätsspital Zürich unterschreiben lässt und damit bis zum höchsten Gericht problemlos durchkommt. **Dieser Report zeigt auf**, wie das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen der „Zürich“ hofiert und den Beschwerdeführer mit Verdrehungen und Manipulationen unglaublich macht. **Dieser Report zeigt auf**, wie das Eidgenössische Versicherungsgericht das Gleiche tut. Das Thema ist komplex und nicht immer leicht zu durchschauen. Das

Vorgehen der Versicherungen und Gerichte hat System und ist fast immer von Erfolg gekrönt. Meist hinterlässt es ratlose Geschädigte, die weder die Mittel noch die Kraft haben, gegen einen langen „Zermürbungsprozess“ anzugehen. Im April 2008 setzte der Verwaltungsrat der Spitalverbände des Kantons St.Gallen unter Verwaltungsratspräsidentin und Regierungspräsidentin Heidi Hanselmann diesem Spuck ein jähes Ende. Die diplomatische aber deutliche Verfügung: Diese Diagnose sei lediglich ein Verdacht der ersten Stunde gewesen. Ein Verdacht sei keine Diagnose und darum auch nicht zu korrigieren. Ein herber Schlag für den erschreckend hilflosen Versuch dieser ehrgeizigen Professorin, ihre Fehldiagnose auch nach sieben Jahren erneut zu verteidigen. Keine Wirkung hat diese Verfügung auf Prof. Dr. Ralf Baumgartner. Er wird vermutlich weiterhin die manipulierten Papiere der Versicherungen unterschreiben. Versicherungsgerichte haben ohnehin den Hoheitlichen Freipass, immer Recht zu haben. In dubio pro Justitia, auch wenn es kein „In dubio“ gibt.

**Dieser Report umfasst drei Teile.**

Im ersten Teil werden der Unfall dargestellt, die Fehldiagnose Krankheit statt Unfall medizinisch widerlegt, die Gerichtsentscheidung analysiert, Widersprüche und Manipulationen aufgezeigt. Was auf den ersten Blick in den Akten einleuchtend daherkommt, wenigstens für Nichtmediziner, ist auf den zweiten Blick geradezu grotesk.

Im zweiten Teil finden Sie die Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht EVG und einen Kommentar zum Entscheid des EVG in Kurzform.

Im dritten Teil finden Sie den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in der Originalversion und alle zu diesem Fall vorhandenen Dokumente, chronologisch geordnet und nummeriert. Abschriften aus den Originaldokumenten erscheinen im ersten Teil in der Courier-Schrift, mit dem Hinweis (Doku Nr.)

## Erster Teil

### Geheimsprache

Kinder erfinden gerne Geheimsprachen oder Geheimschriften, um miteinander zu kommunizieren. Die Erwachsenen stehen dann dumm da, weil sie nichts verstehen. Ähnlich verhält es sich mit der medizinischen Fachsprache. Wer von uns Laien versteht schon, was eine **mikroangiopathische Läsion** ist. Dabei kann man es einfacher sagen: Ein sehr dünnes Blutgefäß mit einem Durchmesser von 0,05 bis 0,5 Millimetern ist entweder geplatzt oder verstopft. Der Begriff **Hirnstamminfarkt**: Den Infarkt kennen wir vom Herzen. Ein verstopftes Blutgefäß versorgt den Herzmuskel nicht mehr mit Blut. Beim Hirnstamminfarkt ist demnach einfach ein Blutgefäß im Hirnstamm verstopft oder geplatzt. Zum **Hirnstamm** zählt man das Rautenhirn, das Mittelhirn, das Zwischenhirn und die Basalganglien. (Seite 11) Also auch ein etwas kompliziertes Gebilde. Ein Hirnstamminfarkt im Mittelhirn ist meist lebensbedrohlich. Beim Begriff „**lakunär**“ wird es schwieriger. Im klinischen Wörterbuch steht unter Lakunär (lacuna Lücke): „Bucht, höhlenartig, schwammig“ und unter Lakunäres Syndrom: „auf arteriosklerotischer Lakunenbildung beruhende besondere Form der Halbseitenlähmungen des Greisenalters“. Lakunär wird in der Medizin mit degenerativ assoziiert, **lakunär = degenerativ**.

Wir sehen an diesen Begriffsbeispielen: Vorsicht ist geboten. Begriffe können an sich schon höhlenartig, schwammig sein. Besonders, wenn eine Erkrankung vorliegen soll, die angeblich nicht nachweisbar ist. Weder mit einer **Craniocerebralen** oder **Vertebrospinalen Computertomographie**, einer **MR-Angiographie** oder **Cranio-cerebralen Kernspintomographie**. Die Ärzteschaft kann Ihnen gerade ohne Nachweis alles weismachen, Sie müssen es einfach glauben. Entspannen Sie sich, das kommt selten vor. In diesem Report aber schon. Lakunäre mikroangiopathische Läsionen sind mit der Kernspintomografie (MRI) immer erkennbar. ( Doku Nr.148 ). Bei Prof. Barbara Tettenborn aber nicht, wenigstens in diesem Fall. Prof. Barbara Tettenborn sagt dazu, wenn das Ereignis „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ im MRI nicht nachweisbar sei, könne es trotzdem vorhanden sein. Mit dieser Ansicht steht die Neurologin, in der Welt der Neurologie, allerdings einsam da.

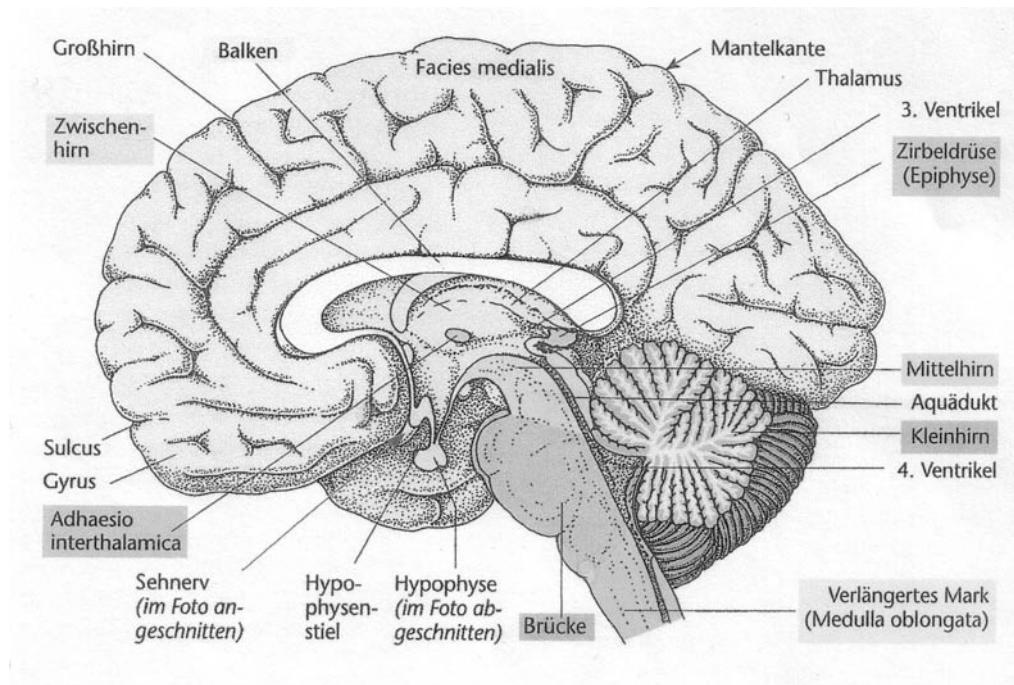
## **Das Regatta-Kajak**

Vierzehn Jahre jung kaufte ich ein Regatta-Kajak. Dieses Kajak ist nicht zu vergleichen mit einem Wildwasserkajak wie im Beobachter abgebildet. Das Regatta-Kajak erfüllt die Olympianorm und ist gerade mal 40 cm breit, 550 cm lang, die Unterseite rund. Man sitzt darin praktisch über dem Wasserspiegel. Um in ruhigen Gewässern sicher zu sitzen braucht es viel Übung. Bei Wellengang muss man oft mit dem Paddel blitzschnell reagieren, sonst fällt man ins Wasser und schwimmt. Wieder einsteigen ist nicht möglich. Das ist kein Problem, wenn man sich in Ufernähe befindet. In der Mitte des Bodensees könnte das zum Problem werden. Im Atlantik darf umkippen nicht vorkommen. Mit der Ebbe und den Strömungen, die ins offene Meer hinausziehen, kommt eine solche Kajakfahrt einem Hochseilakt ohne Netz gleich. Da braucht es viel Kraft, eine hohe Konzentration, eine sehr schnelle Reaktion und absolute Sicherheit. Meine ersten Fahrten machte ich als Zwanzigjähriger im Mittelmeer. Bald schon fuhr ich im Atlantik. Von Wellen umgeben ins Meer hinauszufahren ist für mich ein absoluter Hochgenuss.

Sie fragen sich, warum ich Ihnen meinen Lieblingssport so ausführlich schildere? Das hat für diesen Report Beweiskraft, denn schon fünf Monate nach meinem Unfall überquerte ich den Bodensee von Horn nach Langenargen. Wie vor dem Unfall legte ich den Hin- und Rückweg von insgesamt 30 Kilometer in drei Stunden zurück. Zwei Monate später fuhr ich bereits wieder auf dem Atlantik. Das passt nicht zur Diagnose und dem Begriff „lakunär“.

## **Doppelt sehen**

Während Sie diese Zeilen lesen, bewegen sich Ihre Augen immer etwas hin und her. Die Bewegungen beider Augen müssen genau aufeinander abgestimmt sein, sonst sehen Sie ineinander verschobene Bilder. Diese Koordinationsaufgabe übernimmt der Trochlearisnerv. Als vierter Hirnnerv ist er der dünnste der zwölf Hirnnervenpaare. Er hat seinen Kern im Mittelhirn des Hirnstammes und verlässt dieses als einziger Hirnnerv auf der Rückseite. Das Nervenpaar wechselt die Seiten, umfasst dann die Hirnschenkel und gelangt zwischen den beiden Grosshirn-Hemisphären in die Augenhöhle. Der Trochlearisnerv steuert Ihre Augenmuskeln so, dass beide Augen immer exakt die gleiche Bewegung machen. So kommt das Bild, in diesem Fall die Zeilen, die Sie jetzt gerade lesen, nicht doppelt im Sehzentrum an.



Stellen Sie sich nun vor, Sie würden während des Lesens ausrutschen und nach hinten fallen. Ihr Hinterkopf würde hart auf dem Boden aufschlagen. Es könnte jetzt sein, dass Sie beim Weiterlesen diese Zeilen doppelt sehen.

Warum? Ganz einfach: Das Hirn ist eine weiche Masse. Zwischen den beiden Grosshirn-Hemisphären befindet sich ein Balken aus Bindegewebe, die sogenannte Falx cerebri. An dieser vorbei zieht das Trochlearisnervenpaar zu den Augenhöhlen. Durch den Aufschlag des Kopfes, wird das Hirn zusammengestaucht. Je nach Heftigkeit des Aufschlags dehnt sich das Hirn gleichzeitig seitlich aus, um die Stauchung auszugleichen. Die beiden Hirnhälften drücken in der Mitte auf die Falx cerebri und somit auf das dazwischen liegende vierte Hirnnervenpaar Trochlearis. Durch diesen kurzzeitigen Druck kann das Nervenpaar gequetscht werden, seltener nur einer davon (einseitige isolierte Trochlearisparesie). Jetzt sehen Sie doppelt. (Doku Nr. 138)

Wenn Sie diesen Vorgang physikalisch nachvollziehen möchten:

Legen sie zwei Bälle ganz nahe nebeneinander auf den Boden und halten Sie locker ein feuchtes Haushaltspapier dazwischen. Drücken Sie nun von oben gleichzeitig auf beide Bälle. Sie werden sehen, dass sich die Bälle in der Druckrichtung stauchen und seitlich breiter werden. Durch den dabei entstehenden seitlichen Druck finden Sie nun einen Abdruck der Bälle im feuchten Papier. Befände sich an Stelle des Papiers der Trochlearisnerv, wäre

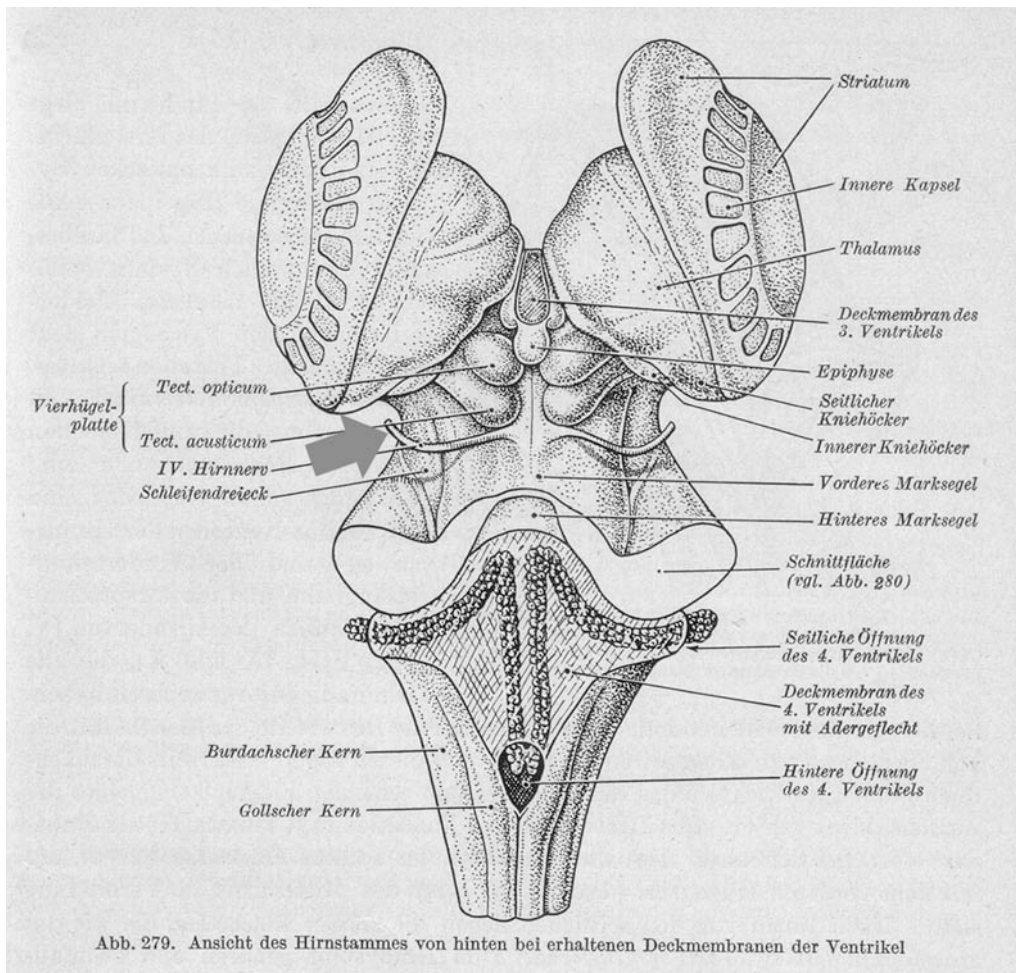
dieser gequetscht und vorübergehend gelähmt. Diese Lähmung heisst Trochlearisparese. Je nach Stärke der Quetschung kann sich der Nerv unterschiedlich schnell erholen. Im schlechtesten Fall bleibt der Nerv gelähmt. Mit dem Hirnstamm hat dieser Quetschvorgang allerdings nichts zu tun. Ursache dieses Quetschvorganges ist immer ein Unfall.

### **Hightech-Untersuchungen**

Wenn Sie nun weiter lesen, erfahren Sie, wie ein Hightech-Spital eine Woche lang, mit Hightechapparaten nach der Ursache der Doppelbilder sucht, ohne auch nur das Geringste zu finden. Alle Untersuchungen dienen allein dem Zweck, die von Prof. Dr. Barbara Tettenborn in der ersten Stunde gestellte Diagnose, „lakunärer Hirnstamminfarkt“, zu untermauern. Auf die Idee, dass ein Sturz, an den sich der Patient nicht erinnern kann, die Ursache des gequetschten Haushaltspapiers, sorry, natürlich des gequetschten Trochlearisnerves sein könnte, kommt bei der ersten Untersuchung nur ein Assistenzarzt. Leider steht dieser Arzt in der Spitalhierarchie weit unten, weshalb seine Erkenntnis bei den „Oberen“ kein Gehör findet.

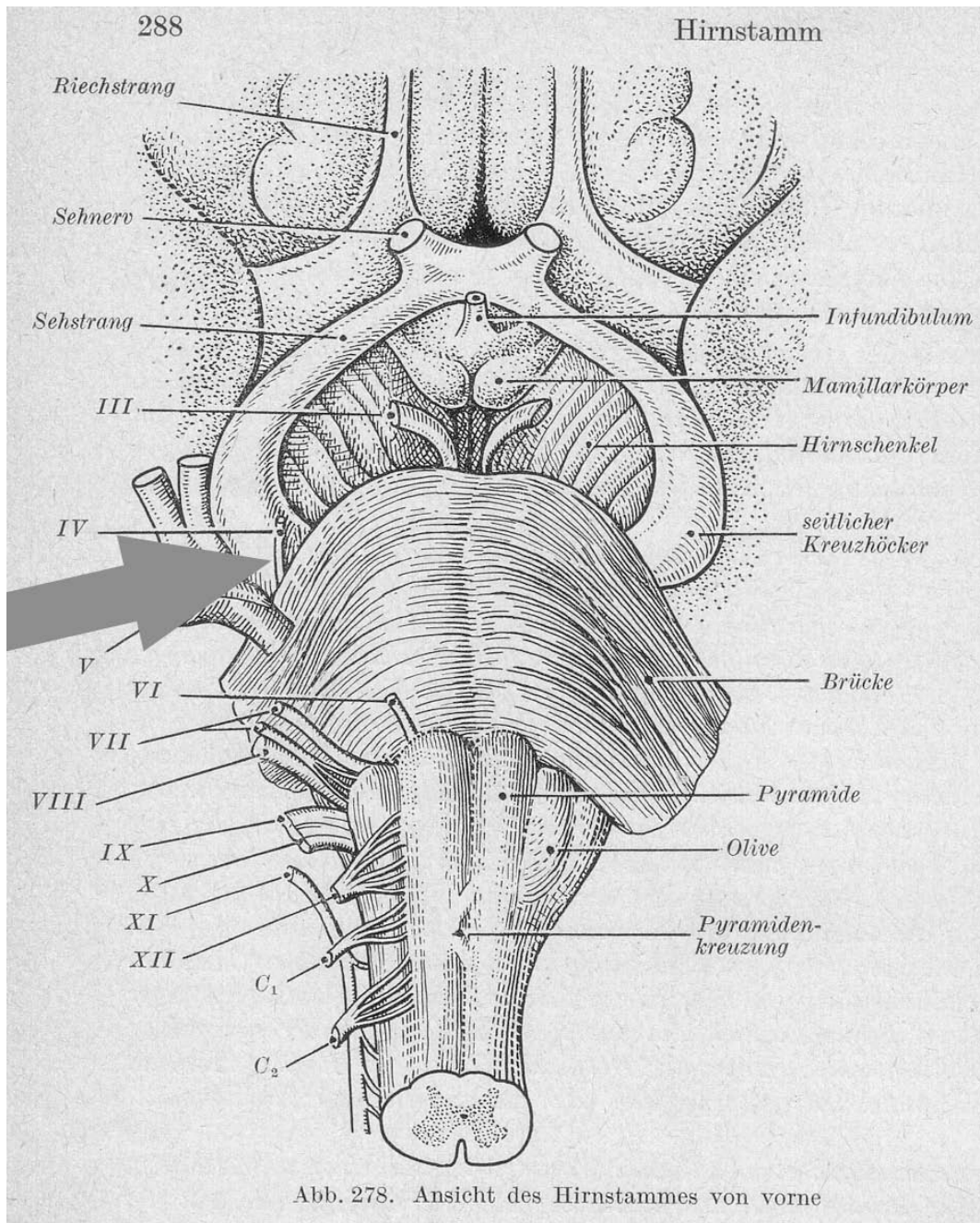
Nebst den durch die Untersuchungen verursachten Kosten, hat diese Suche nichts hervorgebracht aber bestätigt: Der Patient ist kerngesund. Keine Befunde, die einen Hinweis auf die von Prof. Dr. Barbara Tettenborn in der ersten Stunde gestellte Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“ gegeben hätte. Trotzdem steht diese Diagnose für Prof. Barbara Tettenborn fest. Weil die Diagnose nicht nachgewiesen werden kann, wird kurzerhand die kleinstmögliche Form, die mikroangiopathische Läsion angenommen, als ginge es um ein Ratespiel.

Der Trochlearisnerv hat seinen Kern im Mittelhirn des Hirnstammes. Ein Infarkt im Mittelhirn kann lebensbedrohliche Auswirkungen haben, wie uns der Fall des jungen Boris zeigen wird. Eine „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ ist ein Mikroinfarkt. Ursache ist eine cerebralen, degenerativen Erkrankung, die zur Demenz führt. Der von Prof. Barbara Tettenborn vermutete lakunäre Mikroinfarkt im Mittelhirn ist nach aktuellem Wissenstand nicht geeignet, eine isolierte, einseitige Trochlearisparese zu verursachen. Isoliert bedeutet, es gibt keine weiteren Schäden als eben diese einseitige Trochlearisparese.



### Der Greis fällt aus dem Fall! Aber nicht ganz.

Der „lakunäre Hirnstamminfarkt“ wird auf Intervention des Patienten zwar vorübergehend nur noch als „Verdacht“ gehandelt. (Doku Nr. 102/103.) Er wird aber gebraucht, wenn es im Verfahren zum Beispiel darum geht, den Sturz von der Leiter als Krankheit zu erklären. Wegen einer kurzfristigen Bewusstlosigkeit, verursacht durch einen lakunären Hirnstamminfarkt, soll der Patient von der Treppenleiter gestürzt sein. Eine mikroangiopathische Läsion im Mittelhirn verursacht keine Bewusstlosigkeit. (Doku Nr. 139 / 148) Sie ist darum nicht tauglich, diesen Sturz zu erklären. Der Begriff „lakunärer Hirnstamminfarkt“ (ohne mikroangiopathisch) wirkt für die Erklärung einer Bewusstlosigkeit schon besser, wenigstens für medizinische Laien wie Versicherungen und Richter.



Meist begnügt man sich mit der „lakunären mikroangiopathischen Läsion“, weil angeblich methodisch bedingt nicht immer nachweisbar. Das sagt Prof. Dr. Barbara Tettenborn, die diese Diagnose gestellt hat. Richtig ist, man kann eine mikroangiopathische Läsion nachweisen, aber natürlich nur, wenn es eine ist. (Doku Nr. 139 und 148)

Bei unserem physikalischen Test wurde also das Haushaltpapier durch eine Krankheit gequetscht und nicht durch einen Unfall. Diese „Krankheit als Ursache-Version“ wird bis zum Schluss der Verfahren krampfhaft mit Lügen,

Auslassungen, Verdrehungen und Verunglimpfungen seitens der Chefärztin Prof. Barbara Tettenborn, dem Chefarzt Prof. Ralf Baumgartner und den Gerichten aufrechterhalten, obwohl diese Diagnose weder nachgewiesen werden konnte, noch zur Symptomatik passt und auch acht Jahre später nichts davon zu erkennen ist. ( Doku Nr. 142-147) Dagegen ist die Trochlearislähmung als Folge eines Sturzes, medizinisch bestens bekannt und dokumentiert.

Geschätzte Leserin, geschätzter Leser, haben Sie jetzt Zweifel an dieser Geschichte, weil sie von ÄrztInnen, ChefärztInnen, RichterInnen und BundesrichterInnen sozusagen selbst geschrieben wurde? Sie können alles bis ins kleinste Detail überprüfen. Mit den Originalbriefen, den Gerichtsentscheiden und den Untersuchungsergebnissen, die im Teil „Doku“ zu finden sind.

### **Der neue Boden**

Die Geschichte beginnt am Freitag, den 5. Oktober 2001. Kurz vor 19 Uhr wird das letzte, zehn Zentimeter dicke, verleimte Bodenelement eingepasst. Der neue Boden ist 3,7 Meter breit, 8 Meter lang und 10 Zentimeter dick. Die Oberfläche ist glatt gehobelt, ohne jede Unebenheit. Er liegt in der Scheune, die mit Kellers Atelier zusammengebaut ist. Keller freut sich. Ein neuer Boden vor seinem Ateliereingang war längst fällig. Der alte Boden hatte aus unterschiedlich dicken, baufälligen Brettern bestanden. Zwischen diesen konnte man nach unten in den alten Stall sehen. Keller räumt den neuen Boden von Holzabschnitten frei und wischt ihn sauber. Im Freien liegen noch kleinere Balken im Gras. Diese müssen auf die Bühne gebracht werden, die sich über dem neuen Boden befindet. Es ist schon nach 20 Uhr und Keller nimmt sich vor, diese Balken in der folgenden Woche wegzuräumen. Die folgende Woche verläuft hektisch.

Erst am Freitag, 12. Oktober, kann Keller wieder seiner Malerei im Atelier nachgehen. Soeben schlägt die Kirchenglocke 17 Uhr, da klingelt bei Keller das Telefon. Er soll um 17 Uhr 30 in Altstätten sein. Während Keller am Telefon ist, fällt sein Blick auf die wenigen Balken, die noch immer vor seinem Atelier in der Wiese liegen. Er beschliesst, diese Balken noch vor 17 Uhr 30 wegzuräumen und stellt dazu die Treppenleiter an die Stelle, wo sie früher auf dem alten Boden gestanden hatte, um damit auf die obere Bühne zu gelangen.

In der Eile beachtet Keller nicht, dass die Treppenleiter jetzt auf dem neuen, glatt gehobelten Boden zu stehen kommt. Es ist ca. 17 Uhr 20. Keller trägt den dritten Balken über die Treppenleiter auf die Bühne.

Ab jetzt fehlt Keller fast jede Erinnerung. Drei Wochen später kann er sich erinnern, dass sein Kopf damals schlaff herunterhing. Um ihn war Dunkelheit. Er glaubte, im Weltraum zu schweben. Es fühlte sich seltsam an, dass sein Kopf so schlaff herunterhing. Seinen Körper spürte er nicht.



Zurück zum 12. Oktober: Es ist 17 Uhr 45. In der Scheune ist es bereits dunkel. Keller ertastet die Türe zu seinem Atelier und öffnet sie. Er weiss nicht, dass er von der Leiter gestürzt ist. Im Atelier sieht er alles doppelt. Willi Keller ertastet das Telefon und stellt mit Mühe die Nummer seiner Lebenspartnerin ein. Es ist exakt 17 Uhr 50, als bei Jolanda Spirig das Telefon klingelt. Er bittet sie, ihm zu helfen, er habe vermutlich einen Hirnschlag erlitten.

Weder er, noch seine Partnerin realisieren in der Aufregung, dass ihm die Brille fehlt. Weder er, noch seine Partnerin bemerken beim Verlassen des Ateliers, dass die Treppenleiter, ein Balken und Kellers Brille am Boden liegt. Keller beachtet nicht einmal die Schmerzen in den Halswirbeln und den Schultern. Die Doppelbilder, die Verwirrtheit und der Schwindel überdecken alles.

### **Das Spital Altstätten**

Keller wird in die Notfallaufnahme des Spitals in Altstätten gebracht. Seine Lebenspartnerin gibt den Hinweis, „Verdacht auf Hirnschlag“, weil Willi Keller diesen Verdacht geäußert hatte.

Der Patient wird befragt. Für die Doppelbilder hat er keine Erklärung. Noch weiss er nicht, dass er von der Treppenleiter gestürzt ist. Man erstellt ein Röntgenbild.

Dann wird er ins Kantonspital St.Gallen verlegt. Im Überweisungsbericht steht:

„Diagnose; (...)Unklarer akuter Schwindel mit Doppelbildern beim Blick nach links -

DD:Hirnstammsult,Vertebraldissektion ?“ **(Doku Nr. 97)**

Der von Keller gegenüber seiner Lebenspartnerin geäußerte Verdacht, er habe vermutlich einen Hirnschlag erlitten, hat das Spital Altstätten in Unkenntnis des Sturzes als Verdacht auf Hirnstammsult mit Fragezeichen im Austrittsbericht festgehalten.

Im nachfolgenden Text wird beschrieben, wie die Oberärztin Dr. D. Wiest und die Chefärztin der Neurologischen Klinik des Kantonsspitals St.Gallen, Prof. Dr. Barbara Tettenborn, nach der Ursache der vorhandenen Doppelbilder suchen. Hätten die beiden Ärztinnen gewusst, dass Keller rückwärts von der Treppenleiter gestürzt ist, wäre für sie die Diagnose vermutlich klar gewesen: „Traumatische Lähmung des Trochlearisnerves“. Weil aber im Austrittsbericht des Spitals Altstätten der Verdacht auf Hirnstammsult vermerkt ist, suchen die Oberärztin Dr. D. Wiest und die Chefärztin Prof. Barbara Tettenborn nach dem angeblichen Hirnstammsult (Infarkt). Sie suchen so lange, weil sie wissen, dass es noch andere neurologische Ausfälle geben muss, wenn ein Infarkt im Mittelhirn stattgefunden hat.

## **Auswirkung der Hierarchie**

Die Oberärztin Neurologie, Dr. D. Wiest untersucht den Patienten mehrmals „von Hand“: Reflexe abklopfen, Fingerspitze links zur Nase, Fingerspitze rechts zur Nase, über eine Linie laufen, mit den Augen dem Finger der Ärztin folgen und vieles mehr. Während dieser Zeit beteuert Keller immer wieder, dass ihm sonst nichts fehle. Er habe nur diese Doppelbilder. Der Assistenzarzt Dr. Tschökke kommt in die Notfallstation. Er sieht zu, wie die Oberärztin Dr. Wiest den Patienten untersucht. Als Erster beachtet er die Schürfungen an Schulter und Gesäss und fragt Keller: „Sie sind doch gestürzt?“. Dieser verneint. An einen Sturz kann er sich nicht erinnern. Die Oberärztin schenkt der Frage ihres Untergebenen Dr. Tschökke keine Beachtung und sucht eifrig weiter nach möglichen neurologischen Ausfällen. Die Frage Dr. Tschökkes, ob dieser Mann vielleicht gestürzt sei und sich nicht mehr daran erinnern kann, (retrograde Amnesie) stellte sich die Oberärztin nicht. Der Bericht des Spitals Altstätten hätte ihr einen Hinweis darauf gegeben:

„Auftreten eines starken Schwindels und Doppelbilder beim Blick nach links (...) ansonsten unauffälliger neurologischer Status. Patient klagt über Schmerzen im Bereich der HWS und der oberen BWS **(Doku Nr. 97)**  
**(BWS=Brustwirbelsäule, HWS=Halbwirbelsäule)**

Die Chefärztin der Neurologie, Prof. Barbara Tettenborn, kommt in die Notfallaufnahme und wiederholt die Untersuchungen zum Leidwesen des arg gebeutelten Patienten. Dieser klagt über Schmerzen im Hals- und Brustwirbelbereich. Er beteuert, nur diese Doppelbilder zu haben, sonst fehle ihm nichts. Natürlich meint er mit nichts, er habe keine Lähmungen und spüre auch sonst noch alles. Assistenzarzt Dr. Tschökke findet dank der Spitalhierarchie bei der Oberärztin für seinen Verdacht keine Beachtung. Trotzdem macht er erneut den Versuch, auch die Chefärztin auf einen möglichen Sturz des Patienten aufmerksam zu machen. Er fragt Keller nochmals laut und deutlich, während er demonstrativ auf die Schürfungen zeigt: „Sie sind doch gestürzt?“ Die Frage wird auch von Prof. Barbara Tettenborn ignoriert. Dr. Tschökke hat die isolierte Trochlearisparesie als logische Folge eines Sturzes erkannt. Barbara Tettenborn verbeisst sich aber in den angeblichen Hirnstamminfarkt und sucht nach Ausfällen in der Sensorik oder Motorik. Resultat: Null. Es ist bereits 24.30 Uhr. Dem Patienten wird ein Bett in der Neurologie zugewiesen. Nachdem er laut Patientenblatt seine Toilette selbst gemacht hat, schläft er die ganze Nacht. Was der Patient noch nicht wissen kann: Die Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“

ist bereits festgeschrieben. Diese Diagnose, eine degenerative Erkrankung die zur Demenz führt, wird nie nachgewiesen, hat sich auch sieben Jahre später nicht gezeigt und ist für die Erklärung einer isolierten Trochlearisparese gänzlich ungeeignet (siehe dazu auch: [www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) / Aufsichtsbeschwerde / Doku zur Aufsichtsbeschwerde / Verfügung).

Die Prometheus Universität Tübingen schreibt dazu:

Eine isolierte Form der Trochlearisparese ohne Beteiligung anderer Hirnnerven bzw. Augenmuskeln ist selten und findet sich in erster Linie bei traumatischen Läsionen des Orbitadaches (Schädelknochen der Augenhöhle), seltener vaskulär bedingt bei Diabetes mellitus oder Hypertonie sowie basalen Tumoren. 11.12.2005.

Der Chefarzt der Klinik Neurologie, Inselspital Bern, Prof. Dr. Matthias Sturzenegger sagt dazu: „Eine isolierte Trochlearisparese ist kaum je durch einen Hirnstamminsult zu erklären.“ Die Landesärztekammer Baden-Württemberg sagt zu Autounfällen mit Heckaufprall: „Oft können Doppelbilder, Schwindelerscheinungen, Ohrengeräusche dazukommen...“

### **Kunstgriff kontra Kunstfehler**

Eine von der Ärzteschaft gestellte Diagnose hat aber richtig zu sein, auch wenn sie unmöglich ist. Der Kunstgriff von Prof. Barbara Tettenborn, das Unmögliche möglich zu machen, ist einfach: Die Diagnose ist richtig, aber leider methodisch bedingt nicht nachweisbar. So einfach und so praktisch wie falsch, denn, die lakunäre mikroangiopathische Läsion ist in jedem Fall mit der Kernspintomografie nachweisbar. (Doku Nr. 148)

### **Die Untersuchungsmaschinerie läuft heiss**

Am zweiten Tag sitzt Keller im Spitalbett. Ihm gegenüber sieht er die Linie, wo Zimmerwand und Zimmerdecke aufeinander kommen, in einem spitzen Winkel von links nach rechts auseinander gehen. Er misst mit dem Daumen der ausgestreckten Hand die Distanz, die sich mit dem Auseinanderdriften der beiden Linien in der linken Ecke des Spitalzimmers ergibt. Am zweiten Tag wiederholt er diese Messung. Er stellt fest, dass sich die Distanz der Doppellinie bereits verringert hat. Er ist zuversichtlich, dass sich das Doppeltsehen langsam bessert. Auf dem Patientenblatt wird notiert:

Patient mobil, wach, orientiert.

**Sonntag, 14. Oktober 2001:**

Nacht, immer schlafend angetroffen. Pat. mit Besuch in Cafeteria, liegt viel im Bett, ist aber alles i.O.

Am Montag ist Chefarztvisite. Keller liegt im Bett. Anwesend ist Chefärztin Prof. Barbara Tettenborn, Oberärztin Dr. D. Wiest, Stationsarzt Dr. Baumann sowie zwei Pflegefachfrauen und ein Pflegefachmann. Die Chefärztin Barbara Tettenborn fragt den Patienten, wie es ihm gehe. Er sagt gut, er habe nur diese Doppelbilder und Schmerzen in Schulter und Hals. Die Chefärztin witzelt, er müsse nur den Kopf schräg halten, dann sehe er normal. Keller, etwas erstaunt sagt, er wolle den Kopf nicht schräg halten. Kurzes Lachen der Anwesenden und die Visite ist beendet. Der Patient bleibt irritiert zurück. Keine Aufklärung über die Ursache der Doppelbilder, lediglich ein Hinweis, die Untersuchungen würden gleichentags beginnen. Diese Chefarztvisite sollte die letzte sein. Weder Chefärztin Prof. Barbara Tettenborn noch Oberärztin Dr. D. Wiest zeigen sich je wieder. Es interessiert sie offensichtlich nicht, dass sich der angeblich greisenhafte „lakunäre Hirnstamminfarkt“ quicklebendig durch den Spitalalltag bewegt und auch nicht, dass sich die Doppelbilder langsam, aber stetig verbessern. Das passt nicht zur gestellten Diagnose.

**Montag 15. Oktober 2001:**

Visite Dr. Wiest, Untersuchungen werden heute beginnen, Patient sieht alles nicht so ernst, lässt es auf sich zukommen. 10 Uhr geht selbständig zum Herzecho. 14 Uhr Patient momentan nicht auf Zimmer. 20 Uhr, Patient war den ganzen Nachmittag unterwegs, fühlt sich anscheinend wohl.

**Dienstag, 16. Oktober 2001:**

Patient berichtet, dass es ihm heute besser geht. Patient fragt nach, ob er für ca zwei Stunden ins Museum gehen könnte. 11 Uhr 20, Visite Dr. Neuwirth: Er lässt den Patienten nicht gehen, da die Ursachen der Durchblutungsstörungen unbekannt ist, das Risiko ist ihm zu gross.

An diesem Tag erfährt der Patient aufgrund seiner Anfrage, dass er einen Hirnstamminfarkt erlitten haben soll. Dr. Neuwirth sagt ihm: „Sie haben einen Hirnstamminfarkt gemacht, wenn sie so etwas noch mal machen, stehen sie nicht wieder auf.“ Ob dieser Nachricht versinkt der Patient unter die Decke, kommt aber schnell wieder hoch mit der Erkenntnis: Das ist nicht möglich.

Mittwoch, 17. Oktober 2001:

Untersuchungen, Patient geht es gut

Donnerstag, 18. Oktober 2001:

Untersuchungen, Patient geht es gut

Freitag, 19. Oktober 2001:

8 Uhr, Patient hatte eine gute Nacht, Ging heute Morgen ins MRI, Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, Spritze von MRI sei kaputt.

10 Uhr, Visite Dr. Baumann. Herr Keller äusserte, dass er heute nach Hause gehen möchte, das EEG möchte er nicht mehr haben und das MRI könne man auch ambulant machen. Dr. Baumann klärt dies mit Herrn Keller ab. 14 Uhr, Herr Keller wartet auf das MRI. 17 Uhr, Patient möchte nach Hause, EEG abgesagt, MRI nächste Woche ambulant. 18 Uhr, Patient hat Austrittspapiere erhalten.

Keller will am Freitag aus dem Spital austreten. Er ist überzeugt, diese Untersuchungen machen keinen Sinn. An einen lakunären Hirnstamminfarkt glaubt er nicht, hat aber keine Erklärung für die Doppelbilder die sich täglich verbessern. Er ist sich sicher, diese Rückbildung passt nicht zu einem Hirnstamminfarkt.

Innerhalb von fünf Tagen sind folgende Untersuchungen gemacht worden:

1. Craniocerebrale Computertomographie (1 Film /ze /hn)
  2. Vertebrospinale Computertomographie Co-C2 (2 Filme /
  3. Cranio-cerebrale Kernspintomographie vom 15. 10. 2001
  4. EKG vom 12.10. 2001
  5. MR-Angiographie der Halsweichteile/hirnzuführenden Halsgefässe vom 2.11.01 ambulant
  6. Cerebro-vasculäre Dopplersonographie vom 18.10.01
  7. 24 Stunden EKG vom 17./18. 10.01
  8. Transthorakale Echokardiographie vom 15.10.01
  9. Transoesophagiale Echokardiographie vom 18.10.01
- (Doku Nr.99/100)**

**Anmerkung: Daten stimmen nicht immer: Freitag, 12.10.01 20.30 Uhr ist das Eintrittsdatum, alle Untersuchungen fanden erst in der nächsten Woche ab Montag statt.**

Der Patient wird weder über Sinn und Zweck der Untersuchungen, noch die damit verbundene Strahlenbelastung aufgeklärt, Er wird dreimal in die „Röhre“ geschoben, davon einmal so lange, dass er Panik bekommt und fürchtet, man habe ihn vergessen (Zusatzuntersuchung im Kernspintomografen).

Bei einem Untersuch wird ihm eine Sonde, so dick wie ein Gartenschlauch, in den Magen gestossen. Natürlich muss der Patient dafür stark betäubt werden, die Untersuchung ist ebenso schrecklich wie nutzlos. Aber nicht ganz, der Patient weiss jetzt, dass er sehr gesund ist. (Doku Nr. 146/147)

### **Die Prismabrille**

Prof. Barbara Tettenborn und Oberärztin Dr. Wiest interessieren sich nicht für den fortschreitenden Heilungsprozess des Trochlearisnerves. Eine Heilung passt nicht zur gestellten Diagnose. Keller wird an den Augenarzt überwiesen. Zur Korrektur der Doppelbilder soll er eine Prismabrille erhalten. Der Augenarzt, etwas irritiert über diese Diagnose, schüttelt den Kopf. Er macht lediglich einen Status, um den Heilungsverlauf festzuhalten.

Anmerkung: Sieben Jahre später wird Prof. Barbara Tettenborn auf Anfrage erklären, es sei eine singuläre mikroangiopathische Läsion gemeint gewesen. Da könne es schon mal vorkommen, dass sich der Nervus Trochlearis wieder erhole. Auf die Frage, warum denn in den Akten lakunär und nicht singulär stehe, wusste Prof. Barbara Tettenborn keine Antwort.

(Siehe auch [www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch), Dokumentation zur Aufsichtsbeschwerde.)

### **Filmdokumentation über einen Hirnstamminfarkt**

Die TV - Filmdokumentation „Am seidenen Faden“ bestätigt Keller das Gegenteil der Aussage Tettenborn. Ein durch Infarkt geschädigter Trochlearisnerv kann sich nicht mehr erholen. Boris war ein 29 Jahre alter, sehr begabter Cellist. Die Musik war sein Leben. Während einer Amerikareise erlitt er einen Hirnstamminfarkt im Mittelhirn. Der Ablauf war dramatisch. Innerhalb kurzer Zeit war Boris fast total gelähmt. Mit seinen Augen sah er alles doppelt. Sein Leben hing an einem seidenen Faden. Den ganzen Vorgang erlebte er bei vollem Bewusstsein. Boris wurde im Spital für drei Wochen in ein künstliches Koma versetzt. Während dieser Zeit war unklar, ob er überleben würde. Boris überlebte und erholte sich im Zeitraum von fünf Jahren langsam, aber stetig. Er lernte wieder gehen, selbständig essen und auf seinem Cello spielen. Am Ende der Filmdokumentation sieht man Boris, wie er virtuos auf seinem Cello spielt. Er ist sehr glücklich über die Genesung, sieht aber immer noch doppelt. Er fragt seinen Neurologen, ob das noch ausheilen würde. Der Professor erklärt ihm: Alle wieder gewonnenen Funktionen seien von anderen Hirnzellen übernommen worden.

Der Trochlearisnerv sei aber einzigartig und nicht zu ersetzen. Deshalb würden ihn diese Doppelbilder sein ganzes Leben lang begleiten.

Wir sehen, der Trochlearisnerv bleibt nach einem Hirnstamminfarkt irreversibel geschädigt, auch wenn sich sonst einiges regenerieren kann.

### **Der plötzliche Sturz des Nachbarn**

Es ist Freitag, der 19. Oktober 2001. Noch am Dienstag hatte Dr. Neuwirth zum Patienten gesagt: "Wenn sie so etwas noch mal machen, stehen sie nicht wieder auf." So schlimm kann das auch wieder nicht sein, denn nur drei Tage später wird Keller regulär aus dem Spital entlassen. Er wird nach Hause gefahren. Nebst den Doppelbildern machen ihm die starken Schmerzen in Schulter und Hals zu schaffen. Keller geht in sein Atelier. Vor der Türe liegt ein Balken quer auf dem Boden. Die Treppenleiter liegt ebenfalls quer im Raum. Er stellt sie auf und denkt sich nichts dabei.

Am Samstag möchte Willi Keller vor seinem Atelier Ordnung schaffen. Selbst nicht in der Lage, etwas wegzuräumen, telefoniert er seinem Nachbarn Hans Obrist. Dieser kommt mit Nachbar René Koller. Schnell ist klar, was zu tun ist. Hans Obrist fragt, ob diese Treppenleiter genügend Halt biete. „Ja“, sagt Keller, er habe diese Treppe schon immer so benutzt. Der Unterschied von den alten, quer zur Treppenleiter liegenden Brettern, zum neuen, glatten Boden, ist Keller zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst.

Hans Obrist steigt mit dem Balken die Treppenleiter hoch. René Koller bleibt unten und hilft nach. Beim dritten Mal passiert es. Hans Obrist steht auf der zweitobersten Stufe der Treppenleiter und schickt sich an, herunterzusteigen. Da rutscht die Treppenleiter unter ihm weg. René Koller reagiert blitzschnell und fängt den fallenden Hans auf. Dieser verhaspelt sich in der Treppe. Nebst dem Schrecken, der für alle riesig ist, ist Hans Obrist nichts geschehen.

### **Aus der Dämmerung klar sehen**

Keller dämmert's. Der quer auf dem Boden liegende Balken, die Brille, die Jolanda neben diesem Balken gefunden hatte, die bisher unerklärlichen Schmerzen in Schulter und Hals. Spontan sagt er: „Das ist mir doch auch so passiert!“ Er musste von der Treppenleiter rückwärts auf den zuvor auf den Boden gefallenen Balken aufgeschlagen sein. Die Schmerzen in beiden

Schultergelenken und dem Brustwirbel mussten vom Aufschlag auf diesen Balken stammen. Der Kopf wurde mit grosser Wucht nach hinten geschlagen. Er hing schlaff nach unten, woran sich Keller später erinnert.

### **Die Rekonstruktion des Sturzes in sechs Bildern**

Keller rekonstruiert den Sturz von der Leitertreppe und erstellt davon eine Zeichnung in sechs Bildern. (Doku Nr. 104) Er zeigt die Zeichnung seinem Hausarzt. Dieser erstellt ein Röntgenbild der Halswirbelsäule von vorne und seitlich. Mit der Therapie zur Lockerung der verspannten Hals- und Schultermuskulatur wird zur Erleichterung des Patienten sofort begonnen. Der Hausarzt erkennt auf Unfall und meldet diesen der „Zürich“ Versicherung. Keller informiert telefonisch Dr. M. Baumann, Assistenzarzt der Neurologie am Kantonsspital St.Gallen, über das Unfallgeschehen.

### **Meldung abschwächen stärkt Diagnose**

Im Austrittsbericht vom 8. November 2001 wird dieses Telefongespräch so notiert: Bei der Untersuchung zeigen sich Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte. Der Patient kann sich diese nicht erklären, kann sich an keine Verletzung während des Aufräumens erinnern. Aus der Tatsache, dass seine Brille am Boden gelegen habe, schliesst der Patient im Nachhinein, dass er vielleicht doch gestürzt und kurzzeitig bewusstlos gewesen sein könnte. **(Doku Nr. 98)**

Dass ein Sturz mit Aufschlag des Hinterkopfes die Ursache der Trochlearisparese medizinisch erklärt, findet bei der Ärzteschaft keine Beachtung. Das vehemente Verneinen eines Sturzereignisses, trotz deutlicher Verletzungen, wird von der Ärzteschaft nicht als retrograde Amnesie erkannt. Zu der von ihr angenommenen „lakunären mikroangiopathischen Läsion“, passt weder eine retrograde Amnesie noch ein Sturzereignis.

### **Nur der dünnste Nerv wird gequetscht**

Keller sucht Antworten und bekommt u.a. die folgende Auskunft von Prof. Dr. Wilhelm Happe, Augenklinik Dirk in Deutschland.

Der Trochlearisnerv ist der dünnste Hirnnerv. Er hat seinen Kern im Mittelhirn und entspringt diesem merkwürdigerweise nach hinten heraus. Er kreuzt dann

auch noch auf die Gegenseite und zieht erst dann nach vorn zur Augenhöhle.

Bei einem Schlag auf den Hinterkopf wird der Nerv oft im Bereich der Mittellinie durch die sog. Falx cerebri (eine Duraduplikatur zwischen den Grosshirnhemisphären) gequetscht. Oft sind dann auch beide Augen betroffen, ggf. aber 1 Auge stärker. Im Kernspin wird man kaum was sehen, weil man allenfalls eine leichte Schwellung des Nerves sehen könnte, man andererseits aber diesen dünnen Nerv allenfalls mal als kurzen Abschnitt auf irgendeinem Bild irgendwo zu sehen bekommt.

In den meisten Fällen kommt es nach einigen Wochen zur Besserung und oft auch zum kompletten Verschwinden der Doppelbilder. **(Doku Nr.138)**

Diese häufigste Ursache der Trochlearisparese, kennt jeder Augenarzt, jeder Hausarzt, jeder Neurologe, auch Assistenzarzt Dr. Tschökke.

### **Die Rekonstruktion des Unfalls am Seil**

Die Doppelbilder sind nach drei Monaten vollständig und spontan geheilt. Um sicher zu sein, dass ein Unfallereignis und keine Krankheit vorliegt, wiederholt Keller im Mai 2002 das Besteigen der Treppenleiter mit dem gleichen Balken. Würde die Treppenleiter halten, hätte vielleicht das Wegrutschen derselben bei Hans Obrist eine andere Ursache gehabt als die Beschaffenheit des neuen Bodens. Würde die Treppenleiter beim Versuch wegrutschen, könnte das auch wiederholt werden, um jede Fehlbeurteilung auszuschliessen. Für diesen Versuch sichert sich Keller mit einem Seil. Er hebt den gleichen Balken vom Boden auf und steigt damit über die Treppenleiter zum oberen Boden. Das schafft Keller zweimal, ohne Probleme. Beim dritten Mal rutscht die Treppenleiter lautlos unter ihm weg. Keller hängt im Sicherungsseil, der Balken knallt auf den Boden und federt etwas zurück. Keller ist von seinem Versuch sehr beeindruckt. Er wiederholt ihn mehrmals, stellt jeweils die Treppenleiter erneut so hin, dass sie gut steht,

Das lautlose Wegrutschen der Treppenleiter erfolgt bei jedem Versuch, beim zweiten oder dritten Mal, immer dann, wenn Keller auf einem der obersten Tritte steht. Keller hat den Beweis, ein Sturz ist Ursache der Trochlearislähmung. Ein glatt gehobelter Boden, auf dem die Treppenleiter zu wenig Halt findet, das ist alles.

Die Chefarztin Prof. Barbara Tettenborn will von dieser Tatsache nichts wissen.

### **Ein Ärztekopf hat keine Korrekturtaste**

Keller sucht Beratung bei einer Fachfrau für Patientenrechte. Diese erklärt ihm, dass sie während ihrer langjährigen Tätigkeit noch nie erlebt habe, dass eine Fehldiagnose von Ärzten korrigiert worden wäre. Trotzdem hat Keller keine Lust, mit einer schwerwiegenden, degenerativen Diagnose belastet zu sein. Er orientiert am 28. Mai 2002 die Chefärztin Prof. Barbara Tettenborn schriftlich über das Unfallgeschehen. Er schildert den Sturz von der Treppenleiter rückwärts mit Bewusstlosigkeit während 20-30 Minuten und retrograder Amnesie. Er verlangt, die Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“ sei durch „Schleudertrauma mit Trochlearisparese rechts“ zu ersetzen. Dazu legt er die von ihm gefertigte Unfallskizze bei. Etwas naiv nimmt Keller an, die Chefärztin würde die vorübergehende Lähmung des Trochlearisnerves als Folge des Sturzes erkennen.

### **Das unwürdige Feilschen um die Diagnose und der Griff in die Zauberkiste**

Die Chefärztin Prof. Barbara Tettenborn geht auf das Anliegen nicht ein, erklärt aber im Schreiben vom 24. Juni 2002, sie könnte die Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“ höchstens abändern auf „Verdacht“. (Diese Änderung hat sie nie vollzogen).

Im Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. November 2001 finden wir den Hinweis:

Direkte Hinweise für eine Gefässdissektion oder Makroangiopathie finden sich in den Zusatzabklärungen nicht, ebenso keine kardiale Emboliequelle. Als Ursache ist somit eine mikroangiopathische Läsion anzunehmen.  
**(Doku Nr. 100)**

Trotz aufwändiger Zusatzabklärungen, ist die vermutete Diagnose nicht zu bestätigen. Jetzt greift Barbara Tettenborn tief in die Zauberkiste und findet die „lakunäre mikroangiopathische Läsion“. Angeblich methodisch bedingt nicht nachweisbar (was falsch ist, siehe dazu Doku Nr. 148), aber verantwortlich für den schrecklichen Sturz, der Kellers Leben beinahe ein Ende gesetzt hätte. Wie wir schon gesehen haben, ist eine Hirnstammischämie keine feste Grösse. Die Bandbreite der Auswirkung eines Hirnstamminfarktes, wie übrigens aller Infarkte, ist riesig. Eine mikroangiopathische Läsion ist die kleinste Variante und nicht geeignet, eine Bewusstlosigkeit herbeizuführen, also auch keinen

Leitersturz. Für Prof. Barbara Tettenborn gelten andere neurologische Gesetze.

Für den Sturz von der Treppenleiter hat die Chefärztin folgende Erklärung:

a) (...)da bei einer Hirnstammischämie kurzzeitige Bewusstseinsverluste und hieraus resultierende Stürze durchaus häufig sind. **(Doku Nr.102)**

Im gleichen Antwortschreiben ist sie aber bereit, den angeblichen Mikro-Hirnstamminfarkt, der Ursache des Sturzes sein soll, lediglich als „Verdacht“ in der Krankengeschichte zu belassen. So ist Keller wegen einem Verdacht von der Leiter gestürzt und nicht weil diese weggerutscht ist. Sieben Jahre später wird Prof. Barbara Tettenborn schriftlich erklären, die Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“ sei doch korrekt gewesen, allerdings habe sie „singulär“ gemeint. Sie wird dazu erneut medizinisch unhaltbare Thesen liefern. Siehe [www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) /Aufsichtsbeschwerde, Dokumentation ).

### **Zurück in die Zauberkiste**

Eine mikroangiopathische Läsion im Kern des Trochlearisnerves ist nicht geeignet, eine Bewusstlosigkeit und damit ein Sturz herbeizuführen. (Doku Nr. 139 ) Das sagt Prof. Dr. Jürg Kesselring und andere Chefarztneurologen. Sie sagen auch, die mikroangiopathische Läsion sei nachweisbar. Dazu der Neurologe Steven Greenberg vom Massachusetts General Hospital in Boston: „Heute finden Neurologen die ominösen Punkte selbst bei symptomlosen Patienten, die zur Abklärung von Kopfschmerzen, Gedächtnisproblemen oder nach einem Schlag auf den Kopf in die Röhre geschoben wurden. Die Mikroblutungen sehen wir mit den neusten Geräten deutlich häufiger.“ (Doku Nr. 148 ) Das heisst auch, Mikroblutungen machen nicht bewusstlos.

### **Ich Chefärztin, du Betrüger**

Die Chefärztin Prof. Dr. Barbara Tettenborn, man muss es hoffen, weiss das natürlich auch. Auch ihr stehen für diese Untersuchungen die erforderlichen modernsten Geräte zur Verfügung. Statt die Fehldiagnose zu korrigieren, zieht sie aber die Angriffstaktik vor und schreibt:

„Auch wenn für Sie aus versicherungstechnischen Gründen eine Änderung der Diagnose wünschenswert wäre, müssen wir Ärzte uns trotzdem an die medizinischen Fakten und Untersuchungsbefunde, wie sie bei Eintritt erhoben wurden, halten..... **(Doku Nr.103)**

Der Verdacht, Keller wolle seine Diagnose aus versicherungstechnischen Gründen geändert haben, macht jetzt jedem klar, warum Keller diese Diagnose nicht akzeptieren will. Die Tatsache, dass medizinische Fakten und Untersuchungsbefunde zu dieser Diagnose gänzlich fehlen, verblasst dann hinter Kellers Absicht, eine Versicherungsleistung erschleichen zu wollen. Zur retrograden Amnesie, verursacht durch den heftigen Sturz, meint die Chefärztin:

(...) Eine retrograde Amnesie wird zwar von Ihrer Seite postuliert und vermutet, weder in unseren Eintrittsbefunden noch in den Zuweisungsschreiben des Spitals Altstätten zeigen sich irgendwelche Hinweise für einen derartigen Ablauf (...) **(Doku Nr.102)**

So ist auch die retrograde Amnesie vom Tisch. Sie könnte erklären, warum Keller bei Spitaleintritt keine Ahnung von seinem Sturz hatte. Wir erinnern uns: Es war der Assistenzarzt Dr. Tschökke, der ahnte, dass für die Trochlearisparese ein Sturz verantwortlich sein könnte, an den sich Keller nicht erinnert. Die Gerichte werden feststellen, dass für die Beurteilung die Aussagen der ersten Stunde massgebend sei. In der „ersten Stunde“ war Keller aber verwirrt und wusste nichts von seinem Sturz. Die bei Stürzen häufig beschriebene retrograde Amnesie kennen die Gerichte scheinbar nicht.

Im September 2006 brachte der Sender SF 1 im „Kassensturz“ zweimal einen Beitrag über Versicherungsleistungen bei Unfallopfern. Es wurde einmal mehr aufgezeigt wie Ärzte Gutachten zu Gunsten der privaten Versicherungen „frisieren“. Zudem würden Unfallopfer systematisch kriminallisiert. Das habe System, sagt der Kassensturz. Gleiches beschrieb die Zeitschrift „Beobachter“. Deutsche Medien weisen ebenfalls immer wieder auf solche Fälle hin.

### **Verstummt Ärtzin**

Keller beantwortet das Schreiben von Prof. Dr. Barbara Tettenborn am 10. Juli 2002. Er erklärt noch einmal den Vorgang des Unfalles. Das „Wegrutschen“ der Treppenleiter lasse sich jederzeit rekonstruieren. Der Unfall sei deshalb keine Vermutung, sondern eine Tatsache. Ferner weist er darauf hin, dass es in der Natur der Sache liege, dass eine retrograde Amnesie weder im Zuweisungsschreiben noch in den Eintrittsbefunden erwähnt sei. Was Keller beim Spitaleintritt nicht wissen konnte, kann er auch nicht deklarieren. Keller

fordert erneut, der lakunäre Hirnstamminfarkt sei aus der Krankengeschichte zu streichen. Er wartet sehr lange auf eine Antwort. Sie kommt nicht.

Am 18. Oktober 2002 fordert Keller bei Frau Dr. Barbara Tettenborn die vollständige Kopie seiner Krankengeschichte an.

### **Das Ethik-Forum wünscht alles Gute**

Keller ist fest entschlossen, sich vom Kantonsspital St.Gallen nicht mit einer schwerwiegenden, degenerativen cerebralen Krankheit belasten zu lassen. Er gelangt deshalb am 30. Dezember 2002 an das Ethik-Forum des Spitals, mit der Bitte, die Diagnose sei zu korrigieren. Er macht geltend, das Wegrutschen der Treppenleiter sei als Ursache des Sturzes erwiesen. Die Ursache der isolierten Trochlearisparese damit erklärt. Eine mikroangiopathische Läsion sei weder bewiesen noch geeignet, eine einseitige Trochlearisparese zu erklären oder eine Bewusstlosigkeit hervorzurufen, mit der Frau Dr. Tettenborn den Sturz von der Leiter zu erklären versuche.

Der Leiter des Ethik-Forum, Dr. med. Daniel Germann antwortet:

„In dieser Angelegenheit haben Sie mit Frau PD Dr. B.Tettenborn, Chefärztin für Neurologie, bereits mehrmals korrespondiert. Befunde und Diagnose wurden von Ärzten der Klinik für Neurologie erhoben und gestellt und von Frau PD Dr. B. Tettenborn bestätigt. Damit können wir auf Ihren Wunsch nach Änderung bzw. Korrektur nicht eingehen. Im Voraus besten Dank für Ihr Verständnis.“ (Doku Nr.106)

Keller schreibt Dr. Germann am 15. Januar 2003 erneut und macht geltend, Prof. Barbara Tettenborn habe ihm nur einmal, am 28. Mai 2002 geantwortet. Ein weiteres Schreiben sei unbeantwortet geblieben. Immerhin habe Barbara Tettenborn in ihrem Schreiben soweit eingelenkt, die Diagnose auf „Verdacht“ abzuändern. Das Rutschverhalten der Leitertreppe auf dem neu erstellten Boden sei Ursache des Sturzes. Die Ereignisberichte von Jolanda Spirig und Hans Obrist würden diesen Sachverhalt bestätigen.

Dr. Germann stellt am 17.Januar 2003 erneut fest:

„Wie Ihnen bereits mit Schreiben vom 7. Januar 2003 mitgeteilt, wurden von den Ärzten der Klinik für Neurologie Befunde und Diagnose erhoben und gestellt und von Frau PD Dr. B. Tettenborn bestätigt. Ich kann somit auf ihren Wunsch nach Änderung bzw. Korrektur nicht

eingehen. Ich bitte Sie um Verständnis, dass ich in dieser Angelegenheit auf weitere Korrespondenz nicht eingehen kann. Für Ihre Zukunft wünsche ich Ihnen alles Gute.“ (Doku Nr. 107)

### **Die undurchsichtige Transparenz**

In Kellers Krankengeschichte bleibt der „lakunäre Hirnstamminfarkt“ als Ursache der Trochlearisparese festgeschrieben, auch wenn ihm Dr. Germann für die Zukunft alles Gute wünscht. Eine weitere Diskussion ist seitens des Spitals ausgeschlossen. So sieht die viel beschworene Transparenz des Kantonsspitals St.Gallen in der Realität aus. Wäre Keller nach dem Unfall zu Hause geblieben, wäre die Genesung des Trochlearisnerves keinen Tag früher oder später erfolgt. Hätte er seinem Hausarzt oder Augenarzt erklärt, er habe wahrscheinlich einen Hirnstamminfarkt erlitten und sei deshalb von der Leiter gestürzt, wäre er mit Sicherheit darüber aufgeklärt worden, dass dies bei einer isolierten Trochlearisparese nicht möglich sei. So erklärten es Prof. Dr. Matthias Sturzenegger, Chefarzt Neurologie, Inselspital Bern und Andere. (Doku Nr.137)

Natürlich wäre Keller mit der Behauptung, er hätte eine lakunäre mikroangiopathische Läsion erlitten und sei deshalb bewusstlos von der Leiter gekippt, was die Trochlearisparese ausgelöst habe, bei den Ärzten ebenfalls auf Unverständnis gestossen. Doch Prof. Barbara Tettenborn beharrt weiter auf der von ihr in der ersten Stunde gestellten Diagnose. Sie macht damit Willi Keller zu einem sehr kranken Mann. Die beste Satire schreibt das Leben: „Wir wünschen ihnen für ihre Zukunft alles Gute“.

### **Die Medikation**

Ein weiteres Kuriosum, welches unter Fachleuten einiges Kopfschütteln auslöst, ist die von Prof. Barbara Tettenborn verordnete Medikation Aspirin Cardio 300mg. Im Austrittsbericht wird dieses sinngemäss so begründet: Wir konnten zwar nichts finden, was Ursache der Trochlearisparese sein könnte, interpretieren das aber als lakunären Hirnstamminfarkt im Kerngebiet des Nervus Trochlearis rechts. Als Ursache ist somit eine mikroangiopathische Läsion anzunehmen. Dementsprechend scheint uns eine Sekundärprophylaxe mit Aspirin Cardio 300mg angezeigt. (Doku Nr. 101)

Neuste Forschungen haben gezeigt, diese Dosierung bei mikroangiopathischen Läsionen kann sehr gefährlich sein (Hirnblutung). Schon täglich 100 mg sind

umstritten. So empfehlen Neurologen bei diesem Krankheitsbild, besser nicht und wenn überhaupt, höchstens 50mg. Also sechsmal weniger als es Prof. Barbara Tettenborn erscheint. ( Doku Nr. 148 )

Wir interpretieren, wir nehmen an, es scheint uns angezeigt: So werden in der Neurologie des Kantonsspitals St.Gallen schwerwiegende Diagnosen gestellt und gefährliche Hochdosierungen von Medikamenten verschrieben. Lesen Sie die Verpackungsbeilage oder fragen sie ihren Apotheker: Keller fragt den Apotheker. Dieser bestätigt ihm, dass Aspirin Cardio 300 mg das Dreifache der üblichen Dosierung sei. Hätte Keller die Diagnose und die ihm verordnete Medikation einfach hingenommen, würde er noch heute täglich 300 mg Aspirin Cardio zu sich nehmen. Keller setzt das Aspirin sofort ab.

(Zu Risiko bei Überdosierung Doku Nr. 148, Ominöse Punkte im Gehirn.)

### **Die Bedrohung liegt im Archiv**

Kellers Krankenakte schlummert im Keller des Kantonsspitals St.Gallen. Sie liegt aber auch bei der Zürich Versicherung und wird wieder zum Vorschein kommen. Zum Nachteil Kellers wird sie bescheinigen, dass er sehr krank ist. Der Begriff „lakunär“ lässt aufhorchen, heisst es dazu in der Fachliteratur:

„Lakunär (lacuna Lücke): Bucht., höhlen-artig, schwammig.

„Lakunär“ wird in der Medizin mit degenerativ assoziiert. Wir wissen, Frau Prof. Barbara Tettenborn kann nach sieben Jahren nicht erklären, warum sie auf „lakunär“ gekommen ist. Erschreckend hilflos erklärt sie, sie hätte „singulär“ und nicht „lakunär“ gemeint. ([www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) Aufsichtsbeschwerde Doku)

Keller studiert seine Krankenakte. Er befragt Neurologen, Augenärzte und Hausärzte. Er studiert gross angelegte Studien zum Thema „mikroangiopathische Läsion“. Er kommt zum Schluss, dass er der einzige Mensch auf der Welt sein müsste, der mit einer mikroangiopathischen Läsion den halben Kern des Trochlearisnervenpaares im Mittelhirn gezielt abgeschossen hätte, ohne gleichzeitig etwas anderes zu treffen.

### **Kafka und das „Memo“**

Das Eigentliche an dieser kafkaesken Geschichte hat Keller aber noch vor sich. Es stört ihn, dass die Krankenkasse mit Mitgliederbeiträgen und der Kanton mit Steuergeldern seinen Spitalaufenthalt und alle Untersuchungen zu tragen hat, obwohl nachweislich ein Unfall vorliegt. Sein Hausarzt meldet den Unfall der „Zürich“. Keller schickt der „Zürich“ die Rechnung der Fachfrau für Osteopathie, die seine Halswirbel rehabilitiert hat. Die „Zürich“ reagiert nicht. Ende Juni 2002 ruft Keller bei der „Zürich“ an und erkundigt sich, wieso die Rechnung noch nicht beglichen sei. Keller wird mit der Abteilung Fachsupport Medizin verbunden. Die Sachbearbeiterin Claudia Sohm meint, es sei gut, dass er gerade jetzt anrufe. Sie lege heute den Fall Prof. Dr. med. Ralf Baumgartner, Chefarzt Neurologie, Universitätsspital Zürich, zur Beurteilung vor. Keller ist erstaunt über so viel Aufheben. Er erklärt Claudia Sohm das Unfallgeschehen im Detail. Die Trochlearisparesse sei seit Mitte Januar 2002 vollständig geheilt, ein Infarkt medizinisch ausgeschlossen. Er faxt ihr die Unterlagen und den in sechs Bildern dargestellten Unfallhergang. Keller kann zu diesem Zeitpunkt nicht wissen, dass Claudia Sohm ihre „medizinische Beurteilung“ bereits fertig gestellt hat. Sie ist kurz davor, diese von Prof. Ralf Baumgartner unterschreiben zu lassen. Dieses „Memo“, von Claudia Sohm geschrieben, ist medizinisch deutlich falsch. Trotzdem unterschreibt Prof. Dr. Ralf Baumgartner, Chefarzt Neurologie, Universitätsspital Zürich dieses vorgefertigte „Besprechungsprotokoll“. Die „Zürich“ stützt in Folge ihren Entscheid auf die von ihr selbst gefertigte „Beurteilung“ ab. Dieses „Memo“ wird Keller erst viel später und auf ausdrückliches Verlangen zugeschickt. Ein Machwerk der übleren Sorte, aber davon später. (Doku Nr. 108/109)

### **Das rechtliche Gehör ist kein Gehör ist ein Entscheid**

Am 27. 08. 2002 erhält Keller die Stellungnahme der „Zürich“ im Sinne des rechtlichen Gehörs.

Der Gesetzgeber hat das rechtliche Gehör eingerichtet um den Versicherten Gelegenheit zu geben, vor dem definitiven Entscheid Stellung zu beziehen. Die Stellungnahme des Versicherungsnehmers hat laut Gesetzgeber in den Entscheid einzufließen. Nur so macht das rechtliche Gehör Sinn. Für die „Zürich“ gilt das nicht. Keller antwortet schriftlich, erklärt den Sachverhalt erneut und stellt Antrag, es sei am Unfallort ein Augenschein vorzunehmen und davon ein gerichtstaugliches Protokoll zu erstellen. Textgleich mit dem rechtlichen

Gehör erlässt die „Zürich“ kurzerhand ihre Verfügung, ohne auf Kellers Antrag und Darstellung des Sachverhaltes einzugehen.

Auszug aus der Verfügung, Text ist identisch mit dem rechtlichen Gehör:

( ... ) Sie sind gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Alle fünf Merkmale dieses Unfallbegriffes, (Körperschädigung, Unfreiwilligkeit, äussere Einwirkung, Ungewöhnlichkeit, Plötzlichkeit) müssen erfüllt sein, damit ein Unfall angenommen werden kann.

Ein Sturzereignis ist aufgrund der erlittenen Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte nicht auszuschliessen, weshalb der Unfallbegriff im Sinne von Art.9 Abs. 1 UVV grundsätzlich als erfüllt zu betrachten ist. Weiter ist jedoch zu beachten, dass die obligatorische Unfallversicherung nur dann bzw. solange zuständig ist, als Unfallfolgen überwiegend wahrscheinlich sind. Die Unfallkausalität muss nicht mit (medizinisch-) wissenschaftlicher Genauigkeit nachgewiesen sein, sondern es genügt, dass die überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen bestimmten Kausalverlauf spricht. Andererseits reicht die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs- hier zwischen dem Sturz und der gestellten Diagnose - nicht aus (Bundesgerichtsentscheide (BGE 115V 134 E.3;117 V 176 f.E.3a).“ **(Doku Nr. 111)**

### **Ein Zusammenhang ist ein Zusammenhang ist kein Zusammenhang**

Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Sturz und Diagnose reicht nicht aus. Aha, denkt man, er ist gestürzt, weshalb der Unfallbegriff grundsätzlich erfüllt ist, aber die Diagnose ergibt nicht die Möglichkeit eines Zusammenhangs.

„Die häufigste Ursache einer Trochlearisparese sind Traumata, z.B. Sturz von der Leiter...Eine isolierte Trochlearisparese ist kaum je mit einem Hirnstamminfarkt in Zusammenhang zu bringen,“ sagt der Neurologe Prof. Dr. Matthias Sturzenegger und Andere. Die Bestätigung dieses Zusammenhangs bekommen wir von jeder medizinischen Fachperson. Die „Zürich“ sieht aber keinen Zusammenhang zwischen dem von ihr anerkannten Sturz und der Trochlearisparese. Eine besondere Form von Blindheit?

Wir haben unsere Akten Herrn Prof. Dr.med.  
R.Baumgartner, Leitender Arzt Neurologie,  
Universitätsspital Zürich, zur Beurteilung vorgelegt.  
Auch er schliesst- im Verein mit Frau PD Dr.med  
B.Tettenborn- das Vorliegen von Unfallfolgen aus. Gemäss  
seinem Bericht kann die Trochlearisparese verschiedene  
Ursachen haben. Sie kann durch einen Hirnstamminfarkt  
/Hirnstammischämie verursacht werden, durch den  
Verschluss eines Gefässes, welches den N.trochlearis  
versorgt, oder in **seltenen** Fällen traumatisch bedingt  
sein im Zusammenhang mit einem **schweren**  
Schädelhirntrauma. Zusammengefasst ist in Ihrem Fall  
nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden  
Wahrscheinlichkeit von Unfallfolgen auszugehen, weshalb  
wir Leistungen zulasten der obligatorischen  
Unfallversicherung ablehnen müssen. **(Doku Nr.111)**

Zu diesem Zeitpunkt hat Willi Keller noch keine Kenntnis vom „medizinischen Bericht“ des Prof. Dr. Ralf Baumgartner, auf den die Versicherung abstützt. Laut Rechtsmittelbelehrung ist diese Verfügung rechtskräftig, wenn nicht innert 30 Tagen eine begründete Einsprache bei der „Zürich Recht“ erhoben wird. Keller hat Gründe, eine Einsprache zu machen. Das Rechtliche Gehör wurde ihm verweigert. Dem Antrag „Augenschein am Unfallort“ wurde nicht stattgegeben. Die Beweisführung abgeblockt. Etwas naiv nimmt Keller an, er könne der „Zürich“ den Unfallort zeigen und das Rutschverhalten der Treppenleiter vor Ort als Ursache des Sturzes beweisen.

Am 7. 11. 2002 macht Keller bei der „Zürich“ Rekurs. Er macht geltend, das rechtliche Gehör sei ihm verweigert worden. Er wiederholt den Antrag, es sei am Unfallort ein Augenschein vorzunehmen und dazu die Zeugen Hans Obrist, René Koller und Jolanda Spirig einzuladen. Er macht geltend, Prof. Barbara Tettenborn habe schriftlich bestätigt, dass lediglich ein Verdacht auf lakunären Hirnstamminfarkt bestanden hätte. Er erklärt noch einmal den Unfallhergang im Detail und dass die Ursache des Sturzes der neu angebrachte, glatt gehobelte Boden sei. Keller bemängelt, dass er bisher keine Einsicht in die Beurteilung des Neurologen Prof. Dr. med. Ralf Baumgartner erhalten habe. Er könne zu dieser Beurteilung nicht Stellung nehmen.

### **Aktivität statt Abklärung**

Am 20.11.2002 antwortet die für diesen Fall zuständige Rechtskonsultantin lic. jur Michèle Karlen, Sie beabsichtige zur Prüfung der Einsprache den medizinischen Sachverhalt vertiefter abzuklären. Dazu seien sie verpflichtet und berechtigt. Das

Kantonspital würde aber, trotz rechtlicher Grundlage, die Herausgabe der Akten verweigern. Keller solle dafür besorgt sein, dass diese Unterlagen innert 30 Tagen für die „Zürich“ verfügbar seien. Michèle Karlen verweist auf die gesetzliche Mitwirkungspflicht Kellers und droht, von weiteren Erhebungen abzusehen und einen Aktenentscheid zu erlassen, sollte er dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. (Doku Nr.128)

Eine Drohung und die Unterstellung, Keller verweigere die Mitwirkungspflicht. Dass das Spital die Akten nicht herausgeben will, dafür ist Verständnis aufzubringen. Es wäre Prof. Barbara Tettenborn angenehm, diese tief im Archiv ruhen zu lassen. Keller beschwert sich bei Michèle Karlen, ihm sei die gesetzliche Mitwirkungspflicht von der „Zürich“ bisher und speziell beim rechtlichen Gehör verweigert worden. Auf seinen Antrag, einen Augenschein am Unfallort vorzunehmen, sei die „Zürich“ nicht eingetreten. Die von ihm angeforderte Beurteilung des Prof. Ralf Baumgartner hätte er noch nicht erhalten. Keller ahnt bereits, was ihm Michèle Karlen in ihrem nächsten Schreiben bestätigen wird: Der Beweisführung Kellers sei nur stattzugeben, wenn die Versicherung der Meinung sei, diese könnte etwas zur Aufklärung beitragen.

### **Schöne Willkür, wie regelst du alles so sanft.**

Keller macht den Versuch, sein Recht auf Beweisführung zu retten. Er gibt der „Zürich“ zu verstehen, dass er die Unterschrift zur Herausgabe der Akten erst dann gebe, wenn sich die Zürich bereit erkläre, einen Augenschein am Unfallort vorzunehmen. Die Antwort ist klar. Die „Zürich“ gibt ihm keine Möglichkeit, die Ursache des Unfalles zu beweisen. Die Rechtskonsultentin lic. jur. Michèle Karlen erklärt mit Schreiben vom 3.12.2002 :

(...) „Zum Thema des rechtlichen Gehörs müssen wir Sie dahingehend orientieren, dass Ihre Beweisanträge von uns als obligatorischer Unfallversicherer nur insofern zu hören sind, als wir zur Auffassung gelangen, dass die offerierten Beweise etwas zur Klärung des Sachverhaltes beizutragen vermögen, was wir im vorliegenden Fall verneinen. Da seit dem Ereignis vom 12.10.01 mittlerweile mehr als ein Jahr verstrichen ist und die Lage der Gegenstände in Ihrem Atelier seither mehrfach verändert sein dürften, vermöchte uns ein Besuch in Ihrem Atelier in der Scheune keinerlei Aufschluss mehr über den Hergang der Geschehnisse vom Oktober 01 zu

liefern. Bekanntlich können Örtlichkeiten nicht sprechen.“ (**Doku Nr. 129**)

Im Weiteren erhofft sich die Rechtskonsultantin von den Ärzten Aufschluss über einen von Keller behaupteten Sturz und gibt Keller nochmals eine Frist, bis Ende Dezember 2002, die Akten der Versicherung auszuhändigen.

### **Nur wir sagen wie es ist, sagt die „Zürich“**

„Wie bequem“, denkt man. Die „Zürich“ schreibt nicht nur ihre medizinischen Beurteilungen selbst, sie bestimmt auch, die Beweisführung des Beschwerdeführers abzulehnen oder zuzulassen. Die Behauptung, dass Örtlichkeiten nicht sprechen könnten, entbehrt jeder Realität. Der Standort der Treppenleiter ist gegeben und der Mechanismus des Wegrutschens auch heute noch jederzeit zu wiederholen (Standort siehe Foto S.16). Keller muss einsehen, dass die Versicherung seine Beweisführung nicht zulassen wird. Er unterschreibt die von der „Zürich“ beigelegte Ermächtigung. Jetzt muss er den Beweis antreten, dass die Verdachts-Diagnose ohnehin falsch ist.

Keller bittet Hans Obrist und René Koller, einen Bericht über den Leitersturz von Hans zu machen. Jolanda Spirig erstellt einen Erlebnisbericht über die von ihr aufgefundenen Gegenstände. (Doku Nr.140/141) Diese Berichte schickt Keller am 13.12.2002 der „Zürich“. Im Begleitschreiben macht er geltend, dass die Annahme der Versicherung, im Atelier und in der Scheune hätten sich die Gegenstände im Zeitraum eines Jahres mehrmals geändert, unhaltbar sei. Das Rutschverhalten der Treppenleiter könne auch nach einem Jahr nachgewiesen werden. Keller hätte sich das ersparen können. Die „Zürich“ sagt, wie es ist und damit pasta.

### **Der Fachsupport „Zürich“**

Zwischenzeitlich erhält Keller die von der „Zürich“ bisher zurück gehaltene „medizinische Beurteilung“, unterzeichnet von Prof. Dr. med. Ralf Baumgartner, Leitender Arzt Neurologie, Universitätsspital Zürich. Was Keller da zu lesen bekommt, kann er nicht glauben. (Doku Nr. 108/109)

Verfasserin ist Claudia Sohm, Abteilung Fachsupport Medizin der „Zürich“, Postfach 8085 Zürich. Sie arbeitet seit Jahren in dieser Abteilung.

## Wie eine „medizinische Beurteilung“ entsteht

Claudia Sohm ist Spezialistin für medizinische Beurteilungen (Besprechung) und zeigt Phantasie. Ihre Aufgabe ist es, aus den ihr vorliegenden Akten eines Falles alles herauszufiltern, was gegen den Versicherungsnehmer verwendet werden kann. Ihr Rezept ist einfach: „Man nehme aus drei verschiedenen Schreiben je einen Satz und mache daraus die These, die Doppelbilder hätten schon vor dem Sturz bestanden. Merke: „Es muss eine Krankheit und kein Unfall sein.“

### Erster Satz:

In der Unfallmeldung vom 16.11.01 schildert der Patient, dass er beim Aufnehmen eines Balkens von der Leiter nach hinten gestürzt sei und mit der Schulter aufgeschlagen, so dass der Kopf nach hinten flog und die Halswirbelsäule überdehnte. Bewusstlosigkeit ca. 15-20 Minuten.

### Zweiter Satz:

Im Austrittsbericht des Kantonsspitals St.Gallen wird beschrieben, dass er während Aufräumarbeiten einen Balken hochgehoben habe, worauf es nach zwei Minuten plötzlich zum Auftreten von Doppelbildern gekommen sei.

### Dritter Satz:

In seinem Brief an Frau Prof. Tettenborn vom 2.5.02 schildert der Patient, dass der Grund der Einweisung eine plötzlich aufgetretene Sehstörung beim Wegräumen von Balken gewesen sei.

### Die These aus drei Sätzen:

Aufgrund dieser Angaben muss davon ausgegangen werden, dass die Doppelbilder vor dem Sturz vorhanden gewesen sind. **(Doku Nr. 108)**

Jetzt liegt eine Krankheit vor, die zum Sturz geführt hat, die Leistungspflicht der „Zürich“ ist vom Tisch.

Bleibt nur die Frage: Was hat ein aus dem Zusammenhang gerissener Satz aus Kellers Brief an Prof. Barbara Tettenborn in einem medizinischen Bericht zu suchen? Keller machte im zitierten Brief deutlich das bewiesene Sturzereignis geltend.

Was hat das Abschreiben von einzelnen Sätzen aus verschiedenen Schreiben mit Medizin zu tun? Wer kann so ein Konstrukt überhaupt ernst nehmen? Das Eidgenössische Versicherungsgericht kann. Es wird dieses Konstrukt,

unterschrieben von Prof. Ralf Baumgartner, als Beweis werten und dazu schreiben:

Zusammenfassend hat die Vorinstanz den Nachweis eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen der vom Beschwerdeführer erlittenen Trochlearisparese rechts und dem Unfallereignis vom 12. Oktober 2001 zu Recht verneint. Die dargelegten Indizien lassen es vielmehr gerade umgekehrt als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass der Beschwerdeführer am 12. Oktober 2001 wegen des Auftretens von Doppelbildern, die durch eine pathologische Trochlearisparese rechts ausgelöst wurden, gestürzt ist und sich dabei Schürfungen am linken Oberarm und an der linken Hüfte zugezogen hat. **(Doku Nr.79 Abs.3.4.)**

Anmerkung: eine Bewusstlosigkeit wäre Voraussetzung für diese gewagte Sturzthese. Bei der hier vermuteten Ursache der Trochlearisparese (mikroangiopathische Läsion) ist eine Bewusstlosigkeit ausgeschlossen, d.h. ein Sturz nicht möglich.

#### **Abschreiben, aber falsch**

Claudia Sohm sucht weiter in den Akten. Sie findet im Brief vom 28. 5. 02, Prof. Barbara Tettenborn an Keller, den Hinweis:

...In seltenen Fällen ist eine einseitige Trochlearisparese nach auch **leichtem** Schädel-Hirn-Trauma beschrieben... **(Doku Nr.102)**

Das leichte Schädel-Hirn-Trauma würde Kellers Darstellung seines Unfalles stützen. Kurzerhand ersetzt sie leicht durch schwer. Bei dieser Formulierung braucht es nach ihrer laienhaften Auffassung sichtbare äussere Kopfverletzungen. Diese sind bei Keller nicht vorhanden. Claudia Sohm schreibt in ihrem medizinischen Bericht (unterzeichnet: Prof. Ralf Baumgartner):

Die Trochlearisparese kann verschiedene Ursachen haben. Sie kann durch einen Hirnstamminfarkt / Hirnstammischämie verursacht werden, durch den Verschluss eines Gefässes, welches den N.trochlearis versorgt oder in seltenen Fällen kann sie traumatisch bedingt sein in Zusammenhang mit einem **schweren** Schädelhirntrauma. Beim Patienten werden **keine zusätzlichen Kopfverletzungen** oder sonstige Beschwerden beschrieben." (...). **(Doku Nr.108)**

Schummeln macht sich für die „Zürich“ bezahlt. Solange der Facharzt Prof. Ralf Baumgartner solche Konstrukte unterschreibt, werden diese auch von den Gerichten übernommen.

Das Kantonale Versicherungsgericht wird im Entscheid feststellen:

Gemäss den Erläuterungen von Prof. Baumgartner setzt eine traumatische Trochlearisparese einen Unfall mit einem schweren Schädelhirntrauma voraus. **(Doku Nr. 93)**

Das Eidgenössische Versicherungsgericht wird in seinem Entscheid feststellen:

Ein direkter Beweis, dass die beim Beschwerdeführer am 12. Oktober 2001 aufgetretene und von der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St.Gallen diagnostizierte Trochlearisparese rechts durch einen Sturz (von der Leiter) verursacht wurde, ist im vorliegenden Fall nicht möglich, da der Beschwerdeführer dabei keine für eine Schädel-/Hirnverletzung mit konsekutiver Trochlearislähmung signifikanten Kopfverletzungen erlitten hat. **(Doku Nr. 78 Abs. 3.2.)**

Und weiter wird das Gericht in seinem Entscheid feststellen:

Denn der von der „Zürich“ im Juli 2002 konsiliarisch befragte Neurologe Prof. Dr. med. Baumgartner hat überzeugend darauf hingewiesen, dass eine Trochlearisparese nur durch eine schwere Schädel-/Hirnverletzung traumatisch verursacht werden kann. **(DokuNr. (Doku Nr. 79 Abs. 3.3.)**

Das Fatale an dieser „Facharztgläubigkeit“ ist, dass die Gerichte die Meinung anderer Fachärzte, es können noch so viele sein, gar nicht erst zulassen.

Im Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes wird zwar festgestellt, dass die „Zürich“ das Besprechungsprotokoll selbst verfasst hat, dessen Wahrheitsgehalt wird aber nicht überprüft, obwohl das Gericht im Entscheid feststellen wird, dass auch dieser Sachverhalt fraglich sei. (S. 51)

Die „Zürich“ besprach die medizinischen Befunde und Untersuchungen am 2. Juli 2002 mit Prof. Dr. med. Baumgartner, Leitender Arzt Neurologie des Universitätsspitals Zürich, und erstellte am 3. Juli 2002 ein von diesem unterzeichnetes Besprechungsprotokoll. **(Doku Nr. 74)**

Es stellt sich die Frage: Unterschreibt Prof. Dr. Ralf Baumgartner dieses „Besprechungsprotokoll“ ohne es gelesen zu haben? Was er da unterschreibt ist nachweislich medizinisch falsch. Trotzdem werden das Kantonale wie das Eidgenössische Versicherungsgericht ihren Entscheid exakt auf dieses Papier

abstützen. Begründung: Prof. Ralf Baumgartner sei schliesslich ein namhafter und anerkannter Facharzt. Ein namhafter Facharzt sollte dieses Papier aber besser nicht unterschreiben. Es erfüllt damit vermutlich Art. 318 STGB, „Vorsätzlich falsches ärztliches Zeugnis ausstellen.“

So werden falsche „medizinische Beurteilungen“, von Richtern ohne medizinische Kenntnisse, als richtig bestätigt. Das fatale daran ist, weil vom obersten Gericht als richtig bestätigt, es auch in den Köpfen hängen bleibt, die es besser wissen müssten. So wird auch der Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kanton St.Gallen, dem auch Ärzte angehören, gegensätzlich zu seiner

Verfügung vom 25. April 2008 darin diesen Satz des Gerichts zitieren:

„Das EVG verwies an dieser Stelle auf eine Beurteilung durch den von der Unfallversicherung im Juli 2002 konsiliarisch befragten Prof. Dr. med. R. Baumgartner, Leitender Arzt Neurologie, Universitätsspital Zürich, und hielt fest, Prof. Dr. Baumgartner habe überzeugend darauf hingewiesen, dass eine Trochlearisparese nur durch eine schwere Schädel-/Hirnverletzung traumatisch verursacht werden könne.“

**(Verfügung, Absatz 4.1 vom 25. April 2008)**

[www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) Verfügung, Aufsichtsbeschwerde/Doku

Dieses Zitat aus dem Entscheid des EVG mutet an, als wollte man nicht zu viel Geschirr zerschlagen, denn dem Verwaltungsrat der Spitalverbunde ist die Unmöglichkeit dieser Diagnose bewusst. Er erlässt unzweideutig die Verfügung, diese Diagnose sei lediglich zu Anfang ein Verdacht gewesen und deshalb keine Diagnose. Wir können weiterhin hoffen, dass falsche Einschätzungen von Bundesrichtern im Bereich Medizin, von Medizinern nicht übernommen werden.

### **Schleudertrauma, die Augen schleudern mit**

Keller will vom Schleudertrauma Verband wissen, bei wie vielen Patienten mit Schleudertraumata Sehstörungen vorhanden seien. Die Antwort: 56 Prozent der Schleudertrauma-Patienten haben Sehstörungen, wie Doppelbilder, Störung der Sehschärfe, Augenflimmern.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg sagt dazu:

Dabei kommt es, beispielsweise bei einem Auffahrunfall, durch extremes Beschleunigen und nachfolgendes Abbremsen des Kopfes zu Nackenmuskelschmerzen sowie Nackensteife (...). Oft können **Doppelbilder, Schwindelerscheinungen, Ohrengeräusche** dazukommen (...).

Prof. Dr. med. M. Sitzer, Chefarzt Neurologie, Klinikum Herford in Westfalen schreibt dazu: (...) „Vielmehr ist es wahrscheinlicher, dass es im

Rahmen des Sturzes zu einer Überdehnung des Nerven gekommen ist, der aufgrund seines Verlaufes sehr empfindlich ist in Bezug auf entsprechende traumatische Einflüsse.“ (**Doku**

#### **Aufsichtsbeschwerde)**

Wir sehen, so selten wie das Frau Prof. Barbara Tettenborn beschreibt, können Trochlearisparesen bei leichtem Schädelhirntrauma nicht sein. Schon gar nicht ist ein schweres Schädelhirntrauma mit äusseren Kopfverletzungen

Voraussetzung für eine Trochlearisparese. Dass die Fälschung der Claudia Sohm von leicht auf schwer durch alle Instanzen geht, nur weil Prof. Ralf Baumgartner diese Fälschung unterschrieben hat, muss Besorgnis erregen.

Dass die Gerichte ihre Entscheide auf solche Fälschungen abstützen, ohne je auf die Gegenargumente und Beweisführung des Beschwerdeführers eingegangen zu sein, zeugt von erschreckender Hilflosigkeit oder aber, es hat System.

#### **Schummeln im orthoptischen Konsilium**

Claudia Sohm weiss, dass dreifach genäht noch besser hält. Weshalb sonst würde sie in ihrem medizinischen Bericht zu einer weiteren unwahren Behauptung greifen:

„ Anlässlich der Hospitalisation vom 12.10.01 – 19.10.01 wurde ein orthoptisches Konsilium durchgeführt. Dabei wurden Befunde erhoben, welche Hinweise für das vorliegen einer lakunären Hirnstamm-Ischämie liefern.“  
(**Doku Nr. 108**)

Natürlich gibt es keine Befunde, die Hinweise für das vorliegen einer lakunären Hirnstamm-Ischämie liefern. Das orthoptische Konsilium hat natürlich auch keine solchen Befunde erhoben. Das orthoptische Konsilium ist schon gar nicht geeignet, Befunde zu erheben, die auf eine lakunäre Hirnstammischämie hinweisen. Woher Claudia Sohm diese pseudomedizinische Weisheit hat? Wir wissen es nicht. Wir wissen nur, Prof. Ralf Baumgartner hat sie unterschrieben.

#### **Die Tabakpfeife und das Fett**

Claudia Sohm weiss, vierfach genäht hält noch besser. Sie verweist in ihrem Bericht auf das Alter des Patienten und die Risikofaktoren Hypercholesterinämie und Nikotinabusus. Diese seien weitere Hinweise dafür, dass ein krankhaftes Geschehen die Ursache der Doppelbilder sein müsse. Zwei Pfeifen pro Tag und eine erblich bedingte leichte Hypercholesterinämie macht sie

verantwortlich für eine degenerative cerebrale Erkrankung. Dieser These, die auch von Barbara Tettenborn 2007 nochmals zu Hilfe genommen wird (siehe [www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch), Doku-Aufsichtsbeschwerde.) steht folgende medizinische Tatsache deutlich entgegen:

Die Blutgefässe Kellers wurden akribisch untersucht, es liess sich keine Abweichung von der Norm feststellen. (Doku Nr.142 bis 146).

Z.B. zur Doppler-Echokardiographie:

Im übrigen normaler kardialer TEE-Befund. Aorta ascendens ohne erkennbare Plaque, Aorta descendens ebenfalls bland.

Keller ist schlank, sportlich und seit seiner Kindheit Vegetarier.

Abschliessend formuliert Claudia Sohm:

Fazit: Prof. Baumgartner ist aufgrund der vorliegenden Akten der Meinung, dass die Trochlerisparese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit **nicht** durch den Sturz verursacht wurde.

Das **nicht** ist fett gedruckt und unterstrichen. Diese Formulierung, unterzeichnet von einem anerkannten Facharzt, braucht die „Zürich“. Die Haftung wird abgelehnt, gestützt auf die „Beurteilung“ von Prof. Dr. Ralf Baumgartner, also auf das Papier, das die „Zürich“ selbst verfasst hat. Die „Zürich“ weiss, dass sie damit bei allen Gerichten durchkommt. Das kantonale Versicherungsgericht wird in seinem Entscheid schreiben:

Bei Prof. Baumgartner handelt es sich im Übrigen um einen qualifizierten Facharzt, dessen Stellungnahme mit derjenigen der Klinik für Neurologie übereinstimmt(...)  
**(Doku Nr. 94 c)**

Das „Übereinstimmen“ ist einfach. Claudia Sohm schreibt von Prof. Barbara Tettenborn ab, verändert wenig aber Wesentliches, der Chefarzt Prof. Ralf Baumgartner unterschreibt und macht dieses Papier zur fachärztlich „medizinischen Beurteilung“.

**Fazit:** Der qualifizierte Facharzt Prof. Ralf Baumgartner, Chefarzt Neurologie, Uniklinik Zürich, stimmt mit Prof. Barbara Tettenborn, Chefärztin Neurologie, Kantonsspital St.Gallen (fast) überein. (Doku Nr. 79)

### **Beschwerde an das Kantonale Versicherungsgericht**

Keller ist in Unkenntnis seiner eigenen Naivität überzeugt, dass das Kantonale Versicherungsgericht auch seine Beweisführung zulassen würde. Er macht am 12. Juni 2003 Beschwerde und stellt folgende Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der „Zürich“ sei aufzuheben.
2. Es sei vom Versicherungsgericht ein Augenschein am Unfallort vorzunehmen und die Zeugen Hans Obrist, René Koller und Jolanda Spirig zu befragen.
3. Es sei vom Gericht ein unabhängiges neurologisches Gutachten in Auftrag zu geben, welches die Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt „ beweist oder aber ausschliesst.

In seiner Beschwerde führt Keller nochmals alle bereits der „Zürich“ vorgebrachten Argumente an, insbesondere, dass die heimtückische Mechanik des Rutschverhaltens der Treppenleiter vom Gericht überprüft werden könne. Er verweist ausführlich auf die medizinischen Fakten und Beurteilungen von Fachärzten, welche die vom Kantonsspital St.Gallen gestellte Diagnose widerlegen.

### **Die Vorstellung im Kopf ist nicht die Realität**

Keller geht davon aus, die Gerichte müssten nach den eigenen Richtlinien alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv prüfen und dürften bei widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht abschliessen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wurde. (Z.B. Das Gericht müsste überprüfen, ob ein schweres Schädelhirntrauma mit äusseren Kopfverletzungen wirklich Voraussetzung für eine Trochlearisparese ist oder ob ein leichtes Schädelhirntrauma ohne äussere Kopfverletzungen ausreicht, was auch Prof. Barbara Tettenborn bestätigt hat.) Keller glaubt, das Gericht würde gemäss den eigenen Richtlinien selbstverständlich die Beweismittel beider Parteien zulassen. Dass das Gericht nur Beweismittel und Argumente der Gegen-Partei zulässt und noch Unwahrheiten erfindet, um sich den Entscheid leichter zu machen, hält Keller kaum für möglich. Die folgenden Kapitel lehren ihn etwas anderes.

## **Die Erlebnisberichte, zeitlich verschoben**

Die Erlebnisberichte von Hans Obrist, René Koller und Jolanda Spirig werden vom Gericht nicht zugelassen. Im Entscheid wird es dann heissen:

Die fraglichen Personen waren beim Ereignis vom 12. Dezember (es ist der 12. Oktober) 2001 nicht persönlich anwesend. Ihre Aussagen stützen sich nicht auf unmittelbare eigene Wahrnehmungen, sondern schildern ein **früheres** Ereignis, von dem sie die Wahrscheinlichkeit einer Übereinstimmung mit dem Ereignis vom 12. Oktober 2001 ableiten... **(Doku Nr. 91 Abs. 5c)**

Tatsächlich schildert Jolanda Spirig die von ihr einen Tag nach dem Unfall aufgefundene Situation. Hans Obrist beschreibt seinen Sturz von eben dieser Treppenleiter, eine Woche nach Kellers Sturz. Tatsächlich hat Hans Obrist unbeabsichtigt, unvorhersehbar und unmittelbar nach Kellers Spitalaufenthalt diesen Sturz selbst erlebt, wenn auch etwas glücklicher. Das Gericht macht diese Zeugen unglaubwürdig, indem es ihre Schilderungen auf ein früheres Ereignis, also vor dem Unfall verschiebt. Es bleibt eine Tatsache: Weder ein Hirnstamminfarkt, noch eine lakunäre mikroangiopathische Läsion brachte die Leiter bei Hans Obrist ins rutschen.

Und das Gericht weiter:

(...)Die Erklärung von Jolanda Spirig würde sodann auch zu einem Sachverhalt passen, bei welchem der Sturz eine Folge und nicht die Ursache der erlittenen Trochlearisparese ist. Insofern vermag auch diese Erklärung nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers zu beweisen. Die beantragten Zeugenbefragungen sowie die Besichtigung des Ereignisortes würden somit zu keinen neuen Erkenntnissen führen, sodass auf sie verzichtet werden kann. **(Doku Nr. 91 Abs. 5c)**

Das Gericht stützt sich bei diesen Ausführungen auf die unhaltbare „Drei-Sätze-These“ von Claudia Sohm, die Doppelbilder hätten schon vor dem Sturz bestanden. Diese These würde aber voraussetzen, dass eine mikroangiopathische Läsion geeignet sein müsste, eine Bewusstlosigkeit mit Sturzfolge herbeizuführen, dass eine mikroangiopathische Läsion im Kern (Mittelhirn) des Trochlearisnerves nicht geeignet ist, einen Sturz von der Leiter herbeizuführen, das sagen Prof. Dr. Kesselring, Chefarzt Neurologie, Prof. Dr. Sturzenegger, Chefarzt Neurologie, Prof. M. Sitzer Chefarzt Neurologie Klinikum Herford, Westfalen und Andere. Doku Nr. 137/139/148) Natürlich weiss das jeder

Neurologe. Das Gericht ist mit dieser Frage scheinbar hilflos überfordert und folgt der Darstellung Claudia Sohm.

Im Einklang mit der Versicherung zeigt sich das Gericht auch, wenn es sagt, eine Besichtigung am Ereignisort würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen. Keller ist so mit seiner Beweisführung neutralisiert.

### **Neutraler Neurologe scharf gemacht**

Kellers Antrag, ein unabhängiges Gutachten eines Neurologen in Auftrag zu geben, erledigt das kantonale Versicherungsgericht mit einer medizinischen Anfrage an den Neurologen Dr. Thomas G.W. Flückiger. Bevor wir zu dieser Anfrage kommen, erinnern wir uns noch einmal an die Geheimsprache der Kinder. Eine subtilere Form davon geht so: Je komplizierter und unklarer ein Satzgebilde konstruiert ist, desto mehr Deutungen oder Unterstellungen lassen sich darin verstecken.

Wir überprüfen dazu die medizinische Anfrage der Richterin Frau Christiane Gallati Schneider an den Neurologen, Dr. Flückiger. (Doku Nr.132 )

Sehr geehrter Herr Dr. Flückiger  
Beim Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen ist eine Beschwerde betreffend Unfallversicherungsleistungen hängig. Dabei geht es um einen Beschwerdeführer, bei welchem im Rahmen der orthoptischen Untersuchung Doppelbilder objektiviert und im Sinne einer rechtsseitigen Trochlearisparese interpretiert wurden. Die Diagnose einer rechtsseitigen Trochlearisparese liess sich auch neurologisch bestätigen.  
In den Akten findet sich nun die Aussage des Beschwerdeführers, dass die Doppelbilder drei Monate nach erstmaligem Auftreten selbständig (ohne Operation oder das Tragen von Prismen) gänzlich verschwunden seien. Zur Beurteilung der vor Versicherungsgericht anhängigen Streitsache ist es für uns von Interesse, ob sich, sofern die Aussage des Beschwerdeführers zutrifft, aufgrund vorgenannter Feststellung der Schluss ziehen lässt, dass die rechtsseitige Trochlearisparese des Beschwerdeführers nicht auf einen Hirnstamminfarkt zurückgeführt werden und mithin nicht krankheitsbedingt sein kann. Im Einvernehmen mit dem Präsidenten ersuche ich Sie deshalb um eine entsprechende Stellungnahme.

Die Richterin stellt fest, dass die Doppelbilder objektiviert und neurologisch bestätigt seien. „In den Akten findet sich nun die Aussage des Beschwerdeführers, dass die Doppelbilder drei Monate nach erstmaligem Auftreten selbständig gänzlich verschwunden

seinen (...) (...)sofern die Aussage des Beschwerdeführers zutrifft“ (...) Mit dieser einfachen Bemerkung wird dem Dr. Flückiger zwischen den Zeilen mitgeteilt: „Vorsicht, der Beschwerdeführer könnte auch lügen.“ Natürlich liegt dem Gericht ein augenärztliches Zeugnis vor, das ihm bescheinigt, die Trochlearisparese sei vollständig ausgeheilt. Das muss Dr. Flückiger nicht wissen. Er soll für das Gericht den Schluss ziehen, die Trochlearisparese sei nicht krankheitsbedingt und nicht auf einen Hirnstamminfarkt zurückzuführen. Ein Schluss den das Gericht aber gar nicht will. Das Wort Unfall wird tunlichst vermieden. Die Richterin hätte z.B. fragen können, ob bei einer Spontanheilung innert drei Monaten ein Unfall als Ursache einer isolierten Trochlearisparese auch wahrscheinlich sei. Oder, ob eine isolierte einseitige Trochlearisparese überhaupt mit einer mikroangiopathischen Läsion im Kern des Trochlearisnerves erklärt werden könne. Dr. Flückiger weiss nicht so recht, was das Gericht wissen will? Dass ein Arzt mit der Anfrage Gallati keine verbindliche Aussage machen kann, weiss das Gericht. Dass keine verbindliche Aussage gewollt ist, stellen wir fest, wenn das Gericht die Stellungnahme von Dr. Flückiger frei interpretiert. (Doku Nr. 133)

Schauen wir uns erst mal die Stellungnahme Dr. Flückiger an. Wir finden am Anfang die einfache Erklärung, was eine Trochlearisparese ist und welche Auswirkungen sie haben kann. Dann eine Aufstellung der häufigsten Ursachen. Als Erstes die wohl häufigste Ursache, das Unfall bedingte Trauma. Die weiteren von Dr. Flückiger aufgezählten Ursachen sind Krankheiten. Diese sind weder bei Keller vorhanden noch eignen sie sich, eine isolierte einseitige Trochlearisparese mit Spontanheilung zu erklären. (Doku Nr. 134)

Der Neurologe müsste mehr über diesen Fall wissen, Detailinformationen haben. Wenn Sie zusätzliche Informationen benötigen, wäre eine weitere Konkretisierung der Fragestellung und evtl. zusätzliche Detailinformationen zum betreffenden Casus notwendig. Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung. Das Gericht braucht keine zusätzlichen Informationen, Die Antwort von Dr. Flückiger genügt dem Gericht für eine eigene Interpretation. Wir lesen sie mit Staunen.

## **Freie Interpretation macht frei von Realität**

### **Die Stellungnahme des Gerichtes an die Parteien:**

In der Beilage erhalten Sie eine Kopie der Stellungnahme von Dr. med. Thomas Flückiger vom 9. Januar 2004. Danach lässt sich offensichtlich aus der Feststellung von Willi Keller, die Doppelbilder seien bei ihm drei Monate nach erstmaligem Auftreten selbständig (ohne Operation oder das Tragen von Prismen) gänzlich verschwunden, nicht zwingend ableiten, dass die rechtsseitige Trochlearisparese des Beschwerdeführers nicht auf einen Hirnstamminfarkt zurückgeführt werden und mithin nicht krankheitsbedingt sein kann. **(Doku Nr.133)**

Wie schon gesagt, wir können in Dr. Thomas Flückigers Schreiben mit dem besten Willen keine Aussage ermitteln, die diese Interpretation des Versicherungsgerichtes zulassen würde. Wie alle Neurologen setzt er an erster Stelle der Ursachen das Trauma. Alle von ihm aufgezählten Krankheits-Ursachen wären deutlich nachweisbar und sind bei Keller nicht vorhanden.

### **Die peinliche Feststimmung**

Die „Zürich“ jubelt über die Aussage des Gerichts. Die Rechtskonsulentin Michèle Karlen stellt in ihrer Replik freudig fest:

(...)dass die Darlegungen des vom Versicherungsgericht befragten Arztes die Auffassung der Beschwerdegegnerin stützen, wonach generell *krankheitsbedingte* Momente als Ursache einer Trochlearisparese in Frage kommen und vorliegend ein Hirnstamminfarkt auch wahrscheinlich ist. Der Beschwerdeführer kann aus dem erwähnten Bericht jedenfalls nichts zu Gunsten seiner Unfallthese ableiten (...)  
**(Doku Nr.131)**

Woher die Rechtskonsulentin diese Weisheit nimmt, Trochlearisparenese seien generell krankheitsbedingt, wir wissen es nicht. Wir sehen, weder das Versicherungsgericht, noch die „Zürich“ haben die Absicht, im Schreiben von Dr. Flückiger das zu sehen was er geschrieben hat. Natürlich nimmt auch Keller zur Interpretation des Versicherungsgerichts ausführlich Stellung. Er dokumentiert nochmals alle ärztlichen Stellungnahmen, die eine krankheitsbedingte Ursache in diesem Fall ausschliessen. Keller hätte sich das ersparen können, das Versicherungsgericht will das nicht zulassen. Im Gegenteil, es macht später in seinem Entscheid noch eine Steigerung, indem es zu den Ausführungen von Dr. Thomas G.W. Flückiger, frei erfunden, behauptet:

Auch dessen Ausführungen, wonach neben einem Trauma zahlreiche Krankheiten, insbesondere ein Hirnstamminfarkt, als Ursachen für eine Trochlearisparese in Frage kommen. (...)  
**(Doku Nr. 95 Abs. g)**

Der Hinweis, dass insbesondere eine Hirnstamminfarkt als Ursache einer Trochlearisparese in Frage komme, fehlt in Dr. Flückigers Aufstellung. Es ist die seltsame Erfindung des Gerichts zu Gunsten der „Zürich“. Ist das Gericht mit erschreckender Hilflosigkeit überfordert, oder blendet es bewusst die Realität aus? Die Frage drängt sich so oder so auf: Ist dieses Gericht für solche Entscheide überhaupt kompetent? Sicher ist, mit „lakunär“, „mikroangiopathisch“ und „nicht nachweisbar“ ist der medizinische Nebel dicht genug, dass auch Richterinnen und Richter nicht mehr durchblicken, können oder wollen. Auch dann nicht, wenn sich Keller bemüht, Stellungnahmen anderer Chefarzt-Neurologen vorzulegen.

Ein weiteres Kuriosum finden wir in der Beschwerdeantwort vom 14.07.2003. Rechtskonsultantin Michèle Karlen schreibt dem Gericht:

(...) Denn die genaue Ursache einer spontanen Trochlearisparese ist in den meisten Fällen nicht bekannt. Es gibt die Theorie, die besagt, dass eine Durchblutungsstörung am Nerv selber stattfindet und nicht im Hirn direkt und es so zu einer Trochlearisparese kommen kann. **(Doku Nr. 122 ad)**

Keller macht in seiner Replik das kantonale Versicherungsgericht darauf aufmerksam, dass die von der Rechtskonsultantin ohne Quellennachweis vorgebrachte Theorie, aus der eine Durchblutungsstörung am Nerv selbst und nicht im Hirn (Anmerkung: Frau Karlen, der Nerv liegt mitten im Hirn) als Krankheitsursache hergeleitet werden soll, genau das Gegenteil aussagt. Wäre eine isolierte einseitige Trochlearisparese mit dieser Ursache medizinisch bekannt, müsste sich die Beschwerdegegnerin nicht mit einer frei erfundenen Theorie behelfen. Diese Ursache fände man in der medizinischen Fachliteratur beschrieben. Das Kuriosum: Die neu vorgebrachte Theorie der Michèle Karlen, stellt sich gegen die These von Prof. Barbara Tettenborn was zeigt, Michèle Karlen ist sich zwar bewusst, dass die „Zürich“ mit falschen Karten spielt, merkt aber nicht, dass sie damit die „Tettenbornsche These“ umkippt. In der Duplik Michèle Karlen vom 9.9.2003, finden wir unter „ad Verdachtsdiagnose“ den Hinweis:

Der Beschwerdeführer vermochte bis heute auch keine ärztliche Stellungnahme beizubringen, die seine Meinung stützt. (Doku Nr. 126 ad)

Willi Keller weist zwar deutliche Stellungnahmen von Neurologen und Kliniken vor, die den Sturz als Ursache der Trochlearisparese stützen und die These der Beschwerdegegnerin ebenso deutlich als medizinisch nicht haltbar ablehnen. Doch für die Rechtskonsultantin sind diese Stellungnahmen ohne Bedeutung. Sie schreibt beflissen nach Claudia Sohm weiter:

Bereits Prof. Dr. med. Baumgartner hat anlässlich der Besprechung vom 01.07.2002 dargelegt, dass eine Trochlearisparese verschiedene Ursachen haben kann. Traumatisch bedingte Trochlearispareesen sind für den erfahrenen Neurologen (im Gegensatz zur laienhaften Auffassung des Beschwerdeführers) allerdings selten und treten nur im Zusammenhang mit einem schweren Schädelhirntrauma auf. (Doku Nr. 126)

Würde die „laienhafte Auffassung“ der Rechtskonsultantin Michèle Karlen zutreffen, hätten die Chefneurologen Prof. Jürg Kesselring, Prof. Matthias Sturzenegger, Prof. M. Sitzer, die Dirk Klinik, die Ärztekammer Baden Württemberg, die Prometheus Universität Tübingen und Andere, zu diesem Thema eine laienhafte Auffassung. Tatsächlich verhält es sich gerade umgekehrt. Prof. Ralf Baumgartner hat die laienhafte Auffassung der Claudia Sohm unterschrieben. Es berührt an sich schon peinlich, insbesondere aber, wenn sich das Kantonale wie das Eidgenössische Versicherungsgericht vollumfänglich auf diese laienhafte Auffassung abstützen.

**Wären diese Richter Piloten, sie dürften mit Sicherheit aus Sicherheitsgründen nicht mehr fliegen. Piloten werden permanent kontrolliert, für höchste Richter fehlt jegliche Kontrolle.**

#### **Der Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichtes**

Wenn Sie den Entscheid des Kantonalen Versicherungsgerichtes durchlesen, werden Sie immer wieder die stereotype Wendung finden: „in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin.“ Es werden Befunde als Beweise herangezogen, die es nicht gibt. Die „medizinische Beurteilung“ der Claudia Sohm, sie mag noch so verdreht sein, das Gericht zeigt keine Zweifel an deren Richtigkeit.

Begründung: Prof. Dr. med. R. Baumgartner sei schliesslich ein anerkannter Facharzt.

So finden wir im Entscheid unter 5. c) folgende Darstellung des Gerichtes:

Dass eine Trochlearisparese sowohl durch eine traumatische Einwirkung als auch durch eine Krankheit ausgelöst werden kann, ist nicht bestritten. Ebenso die Tatsache, dass sich in den Akten sowohl für die eine als auch für die andere Ursache eine Sachverhaltsschilderung findet. Der Frage nach dem genauen haftungsbegründenden Sachverhalt vom 12. Oktober 2001 kommt jedoch nur noch untergeordnete Bedeutung zu, wenn die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Trochlearisparese aufgrund der medizinischen Befunde ohnehin nicht auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden kann (...).

**(Doku Nr. 90/91)**

Mit der Begründung, die diagnostizierte Trochlearisparese sei auf Grund der medizinischen Befunde (welche wird nicht gesagt) ohnehin nicht auf ein Unfallereignis zurückzuführen, sieht das Gericht keinen Bedarf, auf die Beweisführung Kellers einzugehen.

Wir wissen, trotz aller Hightech Untersuchungen konnten keine medizinischen Befunde nachgewiesen werden, die auch nur ansatzweise die Verdachts-Diagnose Tettenborn hätten stützen können. Auch ein Facharzt, der diese Verdachts-Diagnose unterschreiben würde, ist bisher nicht zu finden.

(Bitte melden auf [info@willikeller.ch](mailto:info@willikeller.ch).)

**Die Meinung von Fachärzten:** Fachärzte, mündlich auf die lakunäre mikroangiopathische Läsion angesprochen, haben Fragen und Antworten wie: Wie lange soll das her sein? Sieben Jahre? Vergessen sie das – Blödsinn - nicht möglich - wer hat ihnen denn so was verpasst. Eine mikroangiopathische Läsion ist nachweisbar. Wenn nicht, ist sie nicht vorhanden. Eine mikroangiopathische Läsion ist für eine isolierte einseitige Trochlearisparese nicht geeignet etc.

#### **Die anderen Fachärzte ins andere Fach**

Die Fachärzte, die Kellers Sturzereignis als Ursache der Trochlearisparese bestätigen, sind für das Gericht entweder Keller zu nahe stehend und deshalb lediglich wohlwollend statt fachlich glaubhaft, oder sie haben die Befunde nicht, wie sie das Spital hat, obwohl das Spital auch keine hat. Dieses simple Argument des Gerichtes finden wir z.B. zum Arzteugnis des Augenarztes Dr. Robert Baumgartner.

d) Das Zeugnis von Dr. med. Robert Baumgartner, Augenarzt FMH, vom 22. Januar 2004 vermag hieran ebenfalls nicht zu ändern. Dr. Baumgartner diagnostizierte zwar eine

traumatische Trochlearisparese rechts und bestätigte deren Abheilung im März 2002. Inwieweit diese Erkenntnis medizinisch begründet ist, bleibt jedoch nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Umstände ist davon auszugehen, dass seine Diagnose auf der subjektiven Schilderung des Geschehens durch den Beschwerdeführer basiert, er sei im Oktober 2001 rückwärts aus über zwei Metern Höhe gestürzt (...)

**(Doku Nr. 94)**

Erstaunlich, woher weiss das Gericht mit dieser Sicherheit, dass die Spontanheilung der Trochlearisparese, medizinisch begründet nicht nachvollziehbar sei? Es unterstellt dem Arzt, dieses Zeugnis - traumatische Trochlearis-Parese rechts, regredient - lediglich auf Grund der subjektiven Schilderung Kellers geschrieben zu haben. Komisch nur, wie das Gericht, das sich in medizinischen Fragen konsequent auf den von Prof. Ralf Baumgartner unterzeichneten gefälschten Bericht der „Zürich“ abstützt, plötzlich weiss, dass die Einschätzung des Augenarztes medizinisch begründet nicht nachvollziehbar sei. Das Arztzeugnis des Augenarztes stimmt überein mit den Neurologen Prof. Matthias Sturzenegger, Prof. Jürg Kesselring, Prof. M. Sitzer, der Dirk Klinik und anderer Neurologen. Natürlich hat der Augenarzt diesen Fall nicht das erste Mal in seiner Praxis. Wir wissen, die Trochlearisparese, verursacht durch einen Schlag auf den Hinterkopf, ist gut bekannt. Für die These, eine lakunäre mikroangiopathische Läsion sei Ursache der Trochlearisparese, zeigt der Augenarzt kein Verständnis. Er braucht keine Befunde, die es nicht gibt, um zu dieser Einschätzung zu kommen.

Die Neurologen Prof. Matthias Sturzenegger, Prof. Jürg Kesselring, Prof. M. Sitzer sind als Chefärzte Neurologie ebenfalls anerkannte Fachärzte. Auch sie brauchen keine Befunde, die es nicht gibt, um zu wissen, dass eine isolierte, einseitige Trochlearisparese mit einer mikroangiopathischen Läsion nicht zu erklären ist.

### **Fraglich, aber richtig**

Immerhin erstaunt die Feststellung des kantonalen Versicherungsgerichtes zur Aussage des Neurologen Prof. Dr. Matthias Sturzenegger:

Auch wenn die von den Ärzten der Klinik für Neurologie im Austrittsbericht angeführte Sachverhaltsversion ebenfalls fraglich ist, stützt sich ihre Beurteilung im Unterschied zur Stellungnahme von Dr. Sturzenegger nicht nur auf eine ausführliche Anamnese ab, sondern beruht auch auf allseitigen persönlichen Untersuchungen.  
**(Doku Nr. 92/93)**

Wir staunen. Die von Prof. Barbara Tettenborn im Austrittsbericht gemachte Sachverhaltsversion beurteilt das Gericht als ebenfalls fraglich. (Hier wäre eine Begründung zu dieser Einschätzung interessant.)

Für das Gericht ist das aber ohne Bedeutung, weil sich diese fragliche Sachverhaltsversion immerhin auf eine ausführliche Anamnese und allseitige persönliche Untersuchungen abstütze. In der Anamnese wurde zwar nichts beschrieben, was diese Rechtfertigung stützen könnte. Die persönlichen Untersuchungen haben nur einen gesicherten Befund ergeben: Der Patient ist, nebst der erlittenen aber bereits ausgeheilten Trochlearisparese, völlig gesund.  
(Doku Nr. 142-147)

Natürlich ist das Gericht auch überfordert zu erkennen, dass zwischen seinem Entscheid und dem Unfallereignis immerhin 17 Monate verstrichen sind. Während dieser Zeit hätte sich die angebliche degenerative Erkrankung „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ wenigstens ansatzweise zeigen müssen.. Acht Jahre später ist Keller immer noch völlig gesund, was definitiv beweist, dass die Gerichte wie auch Prof. Barbara Tettenborn mit ihren Thesen und Einschätzungen deutlich daneben liegen. Prof. Barbara Tettenborn wird 2007 etwas erschreckend hilflos erklären, sie habe die lakunäre mikroangiopathische Läsion singulär gemeint. Auf die Nachfrage, warum im Austrittsbericht „lakunär“ und nicht singulär stehe, hat die Chefärztin keine Erklärung. Siehe dazu [www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) Aufsichtsbeschwerde / Dokumentation zur Aufsichtsbeschwerde.)

### **In Übereinstimmung, in Übereinstimmung, in .....**

Unter 6.-a im Entscheid stellt das kantonale Versicherungsgericht fest:

In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass die medizinischen Fakten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine unfallbedingte Trochlearisparese sprechen (...).  
**(Doku Nr. 91)**

### **Vermutungen sind Vermutungen sind Fakten**

Die sorglose Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist allerdings Besorgnis erregend. Zwar stellt das Gericht fest, dass die von der Neurologie, Kantonsspital St. Gallen gestellte Diagnose eines lakunären Hirnstamminfarktes in der durchgeführten cranio-cerebralen Kernspintomographie keine Hinweise auf einen akuten Infarkt ergeben habe, aber gemäss den Berichten der Klinik für Neurologie das Fehlen eines morphologischen Korrelats (abgestorbenes Gewebe, Blutresten) einen Hirnstamminfarkt im Kerngebiet des rechtsseitigen Nervus trochlearis nicht ausschliesse. Die daher angenommene mikroangiopathische Läsion beruhe auf einer umfassenden fachärztlichen Untersuchung, die unmittelbar nach dem fraglichen Ereignis erfolgt sei. Solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert werde, habe sie daher als beweistauglich zu gelten. (Doku Nr. 91, 6.a) Dieses richterliche Kuriosum, „beweistaugliche Richtigkeit“, hat keine reale Grundlage. Eine Mikroblutung ist in der Kernspintomographie immer erkennbar, ausser sie existiert nicht. (Doku Nr. 148)

### **Dieses höchstrichterliche Kuriosum nochmals deutlicher:**

Weil das Fehlen des morphologischen Korrelats einen Infarkt nicht ausschliesst, ist die vermutete „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ die Richtigkeit, und diese Richtigkeit müsste durch konkrete Indizien erschüttert werden.

Richtig ist, dass eine cerebrale degenerative Erkrankung ohne Nachweis nicht einfach als gegeben angenommen werden darf, weder von einem Gericht noch von Ärzten. Es braucht dazu Befunde, die eine solche Erkrankung zweifelsfrei beweisen. Ratespiele auf Kosten der Patienten und Versicherungsnehmer sind da fehl am Platz. Nach einstimmiger Aussage aller befragten Neurologen sind mikroangiopathische Läsionen im Kernspintomographen in jedem Fall nachweisbar. ( Doku Nr. 148 )

### **Die Orientierung verlieren im medizinischen Nebel**

Dass sich das kantonale Versicherungsgericht im medizinischen Nebel plötzlich selbst in den Schwanz beisst, sehen wir unter 6c des Entscheids:

Gemäss den Erläuterungen von Prof. Baumgartner setzt eine traumatische Trochlearisparese einen Unfall mit einem schweren Schädelhirntrauma voraus. Entsprechend ist die traumatische Trochlearisparese auch in den Erläuterungen von Dirk Klinik als folge eines Schlags auf den Hinterkopf beschrieben. Selbst der

Beschwerdeführer bestätigt in der Beschwerde vom 12. Juni 2003, dass die Ursache einer Trochlearisparese als Folge eines „Unfalls mit Aufschlagen des Hinterkopfs“ in der Medizin bestens bekannt sei. **(Doku Nr. 93)**

Das Gericht führt den schon fast biblisch anmutenden Satz von Claudia Sohm an, es brauche für eine traumatische Trochleaisparese ein schweres Schädelhirntrauma. Zur Erinnerung dieser Satz nochmals:

(...)oder in seltenen Fällen kann sie traumatisch bedingt sein in Zusammenhang mit einem **schweren** Schädelhirntrauma. Beim Patienten werden keine zusätzlichen Kopfverletzungen oder sonstige Beschwerden beschrieben. **(Claudia Sohm, Doku Nr.108)**

Dann macht das Gericht eine Pirouette und bestätigt die von Keller postulierte Begründung, ein Schlag auf den Hinterkopf und nicht eine Krankheit sei Ursache seiner Trochlearisparese. Auch der von der Dirk Klinik beschriebene Schlag auf den Hinterkopf als Ursache einer Trochlearisparese, in Kellers Beschwerde als Beweis für seinen Leitersturz angeführt, bekommt plötzlich Anerkennung.

Erstaunlich, wir haben hier eine Schnittstelle, an der das Gericht orientierungslos auf die Seite Kellers wechselt, ohne ihm aber recht zu geben. Naiv glaubt das Gericht der laienhaften Auffassung der Claudia Sohm, es brauchte dazu einen Schlag auf den Hinterkopf, mit sichtbaren Verletzungen.

In den Stellungnahmen der Dirk Klinik, der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Neurologischen Klinik des Inselspitals Bern, dem Klinikum Herford und anderen Neurologen, ist keine Rede von schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit Kopfverletzungen als Voraussetzung für eine traumatische, isolierte Trochlearisparese. Selbst Prof. Barbara Tettenborn bestätigt, eine traumatisch bedingte Trochlearisparese sei auch bei einem leichten Schädelhirntrauma beschrieben. (Doku Nr. 102) Schwere Kopfverletzungen fehlen auch im Bundesgerichts-Entscheid BGE 117 V 382 f. zur Definition eines Schädel-Hirn-Trauma. Das kantonale Versicherungsgericht stützt sich zwar notorisch auf die falsche Abschrift der Claudia Sohm, zitiert aber zur Sicherheit noch aus diesem Bundesgerichtsentscheid BGE 117 V 382 f., wonach Schädelhirntraumata folgende Beschwerdebilder aufweisen müssen:

Übelkeit, Erbrechen, Schwindel sowie Sensibilitätsstörungen oder Paresen. Laut Bundesgericht sind schwere Kopfverletzungen per Definition nicht Voraussetzung für ein Schädel-Hirn-Trauma. Diesen Widerspruch

sieht weder das Kantonale noch das Eidgenössische Versicherungsgericht. Natürlich ist aktenkundig: Keller hatte akuten, unklaren Schwindel sowie eine Parese. Das Gericht behauptet aber, Keller hätte diese Beschwerden verneint. Wie das Gericht dazu kommt?

Auch zum Schweregrad der Schürfungen weiss das kantonale Versicherungsgericht in harmonischem Einklang mit der "Zürich", dass die festgestellten Schürfungen nicht ausreichen, um einen Sturz aus dieser Höhe zu erklären. Während sieben Tagen mussten Kellers Leintücher täglich gewechselt werden, weil sie blutig waren, so wenig ausreichend waren die Schürfungen.

### **Der Kopf bremst nach hinten**

Das Gericht bestätigt im Entscheid unter 6c (schon wieder) die Auffassung der „Zürich“ indem es wie folgt zitiert:

Eindeutig sind schliesslich auch die Aussagen in der Beschwerdeschrift, die in keiner Weise auf ein Anschlagen des Kopfes hinweisen. Der Beschwerdeführer führt lediglich aus, sein Kopf sei „nach hinten geschleudert“ worden.  
„Die Beschwerdegegnerin hält im angefochtenen Einsprache-Entscheid zu Recht fest, dass ein Anschlagen des Hinterkopfes bei einem Sturz aus ungefähr zwei Metern Höhe zumindest eine sichtbare Prellung zur Folge gehabt hätte.“  
**(Doku Nr. 93)**

Die Frage ist, wie stellt sich das kantonale Versicherungsgericht den Vorgang eines nach hinten schleudernden Kopfes vor? Das Gericht widerspricht sich und der Beschwerdegegnerin seltsam orientierungslos gleich selbst. Es schreibt:

Dass jeder Sturz aus dieser Höhe zu einer Schädelprellung führt, ist zudem keineswegs zwingend. Der Kopf kann je nach Ablauf des Sturzes auch unbeeinträchtigt bleiben. **(Doku Nr. 93, 6c)**

### **Halswirbelsäule vergessen und wieder entdeckt**

Ebenfalls ohne Grundlage stellt das kantonale Versicherungsgericht fest:

Der Beschwerdeführer klagte lediglich über Wirbelsäulenschmerzen im cervico-thoracalen Bereich mit drückendem Charakter. Eine HWS-Verletzung konnte jedoch in der Folge durch entsprechende Untersuchungen ausgeschlossen werden. **(Doku Nr. 93, 6c)**

Tatsache ist, dass solche Untersuchungen nicht stattgefunden haben, weil für die Diagnose „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ offensichtlich dazu kein Bedarf

bestand. Im Austrittsbericht des Kantonsspital St.Gallen wird abschliessend empfohlen:

Bezüglich der klinisch sehr lebhaften Muskeleigenreflexe empfehlen wir bei Änderung der Klinik eine kernspintomographische Exploration der HWS einzuleiten.  
**(Doku Nr. 101)**

Dass Prof. Barbara Tettenborn eine kernspintomographische Untersuchung der Halswirbelsäule im Austrittsbericht empfiehlt, zeigt unmissverständlich, es wurden keine Untersuchungen der HWS gemacht. Trotzdem behauptet das Gericht seien Untersuchungen gemacht, aber keine Verletzungen festgestellt worden. Die kreative Überforderung der Gerichte ist erstaunlich. Hätten sich die Richter und Richterinnen das Corpus Delicti Treppenleiter angesehen, sie hätten ohne sich zu überfordern sofort erkannt, dass diese auf dem glatten Boden wegrutscht. So einfach ist die Erklärung zur Ursache der Trochlearispause. Die Verweigerung der Beweisführung hat System.

### **Gutachten, gut achten**

Im November 2006 sendet das Erste Deutsche Fernsehen, ARD extra, einen Bericht, der aufzeigt, wie Gerichte in Sozialversicherungsfällen die Beweisführung der Beschwerdeführer systematisch vereiteln. Die Gerichte urteilen so im Dienste der Versicherungen. Die gleiche Praxis gilt auch in der Schweiz, was dieser Fall bestätigt. Es werden Tatsachen verdreht oder nicht gesehen und Gutachten gefälscht. So werden die legitimen Ansprüche der Versicherten entweder wesentlich gekürzt oder abgelehnt. Die kritische Zeitschrift „Beobachter“ und die Sendung Kassensturz im SF1 (Sommer 06), haben diese Praktiken auch mehrfach bestätigt.

### **Das Eidgenössische Versicherungsgericht**

Von der Praxis der Versicherungsgerichte, Beschwerdeführer mit allen Mitteln unglaublich zu machen, hatte Keller im März 2004 noch keine Kenntnisse. In der Annahme, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht die Fehler des Kantonalen Versicherungsgerichtes erkennen und zu einer anderen Beurteilung kommen müsste, macht er Beschwerde an dieses Gericht.

### **Geschätzte Leserin, geschätzter Leser.**

Nachfolgend Kellers Beschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht. Der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts macht deutlich, auch dieses Gericht ist auf Kellers Beweisführung gar nicht erst eingetreten ist. Es bestätigt vollumfänglich die Beurteilung des Kantonalen Versicherungsgerichtes mit der Begründung, Prof. Dr. Ralf Baumgartner sei schliesslich ein anerkannter Facharzt. So hat sich die Versicherung ihrer Leistungspflicht entledigt.

Mit Anfragen und Recherchen zur aktuellen Forschung namhafter Neurologen und Kliniken, dem aktuellen Wissensstand Neurologie zum Thema mikroangiopathische Läsion, hat Keller eine Dokumentation erstellt, ([www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) Aufsichtsbeschwerde, Dokumentation zur Aufsichtsbeschwerde) .

Grundlage der Verfügung des Verwaltungsrates der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen war diese Dokumentation und die Tatsache, dass sich die von Prof. Barbara Tettenborn bis zum Schluss verteidigte degenerative cerebrale Erkrankung erwartungsgemäss auch sieben Jahre später nicht zeigte. Unter Verwaltungsratspräsidentin und Regierungsrätin Heidi Hanselmann wurde erkannt und verfügt, diese Diagnose sei zu Anfang ein Verdacht gewesen und ein Verdacht sei keine Diagnose. Dieser klare Verweis an Prof. Barbara Tettenborn „zurück auf Feld eins“ fiel deutlich aus. Trotzdem finden wir auch in diesem Entscheid kurioses zum Thema Facharztgläubigkeit: „Auch das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bestätigt, Prof. Ralf Baumgartner sei ein anerkannter Facharzt.“ Natürlich ist Prof. Ralf Baumgartner ein anerkannter Facharzt. Das ändert aber nichts daran, dass er eine medizinisch falsche Beurteilung einer Sachbearbeiterin der Unfallversicherung „Zürich“ unterschrieben hat. Und gerade weil er ein anerkannter Facharzt ist, wiegt diese Unterschrift unter ein falsches ärztliches Zeugnis schwer.

### **Falsches ärztliches Zeugnis, Art. 318 StGB**

- 1. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Hebammen, die vorsätzlich ein unwahres Zeugnis ausstellen, das zum Gebrauche bei einer Behörde oder zur Erlangung eines unberechtigten Vorteils bestimmt, oder das geeignet ist, wichtige und berechnete Interessen Dritter zu verletzen, werden mit Gefängnis oder mit Busse bestraft. Hat der Täter dafür eine besondere Belohnung gefordert, angenommen oder sich versprechen lassen, so wird er mit Gefängnis bestraft.**
- 2. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Busse.**

Es wäre von der Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich zu prüfen: Hat Prof. Dr. med. Ralf Baumgartner als Facharzt mit seiner Unterschrift eine von der „Zürich“ erstellte falsche Beurteilung als medizinisch richtig beglaubigt. Hat diese Beglaubigung der „Zürich“ zu einem unberechtigten Vorteil verholfen? Welche Belohnung wurde dafür gefordert? Hat Prof. Ralf Baumgartner damit den Straftatbestand nach Art. 318 StGB erfüllt? Natürlich wäre auch von der Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich zu untersuchen, ob ein Verstoss gegen Art 146 StGB vorliegt.

#### **Art. 146 StGB**

**1. Wer in der Absicht, sich oder einen andern unrechtmässig zu bereichern, jemanden durch Vorspiegelung oder Unterdrückung von Tatsachen arglistig irreführt oder ihn in einem Irrtum arglistig bestärkt und so den Irrenden zu einem Verhalten bestimmt, wodurch dieser sich selbst oder einen andern am Vermögen schädigt, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.**

**2. Handelt der Täter gewerbsmässig, so wird er mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft.**

Voraussetzung für einen Betrug ist die arglistige Täuschung. Diese läge dann vor, wenn Prof. Ralf Baumgartner mit seiner Unterschrift die Gerichte vorsätzlich getäuscht hätte, um privaten Unfallversicherungen einen Vorteil zu verschaffen. Es wäre zu untersuchen, ob noch weitere falsche ärztliche Zeugnisse zu Gunsten einer privaten Unfallversicherung unterschrieben wurden. Mit diesem Fall kann zweifelsfrei bewiesen werden: Prof. Dr. Ralf Baumgartner hat eine medizinische Falschaussage zu Gunsten der Unfallversicherung „Zürich“ unterschrieben. Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit Kopfverletzungen ist nicht Voraussetzung für eine isolierte einseitige Trochlearisparese. Dass die von Prof. Barbara Tettenborn gestellte und von Prof. Ralf Baumgartner beglaubigte Diagnose „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ definitiv falsch ist, hat die Zeit von inzwischen acht Jahren zweifelsfrei bewiesen. Diese Krankheit hätte sich einmal zeigen müssen. Die vergangenen acht Jahre strafen die Richter und Ärzte mit ihrem unwürdigen Theater auf Kosten eines Patienten der Lüge und Stümperei. Zurück bleiben viele Seiten voll trickreicher richterlichen Auslegungen und ärztlich/medizinisch höherem Blödsinn. Zurück bleiben die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes, die mit ihren Steuern und Versicherungsprämien solchen Unsinn mehrfach bezahlen. Denn, die Privaten Unfallversicherungen kassieren Prämien und schieben die Leistungspflicht den Kantonen und den Krankenkassen zu.

[www.fehldiagnose.ch](http://www.fehldiagnose.ch) , Aufsichtsbeschwerde, Dokumentation

## Zweiter Teil

### Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde

Willi Keller, Untergasse 34, 9437 Marbach

#### EINSCHREIBEN DREIFACH

An das  
Eidgenössische Versicherungsgericht  
Schweizerhofquai 6

6004 Luzern

15. Mai 2004

Sehr geehrter Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren Bundesrichter

Hiermit erhebe ich

#### VERWALTUNGSGERICHTSBESCHWERDE

gegen den Beschwerdeentscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2004 mit den

#### ANTRÄGEN

1. Der Beschwerdeentscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2004 sei aufzuheben;
2. Es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin leistungsverpflichtet ist.

Zur

#### BEGRÜNDUNG

erlaube ich mir, folgendes vorzubringen:

##### **I. Formelles**

1. Der angefochtene Beschwerdeentscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2004 liegt bei.

2. Der angefochtene Beschwerdeentscheid ist dem Beschwerdeführer am 26. April zugestellt worden. Mit heutiger Postaufgabe dieser Beschwerdefrist ist die Frist gemäss Art. 106 Abs. 1 OG i.V.m. Art. 132 OG gewahrt.
3. Gemäss Rechtsmittelbelehrung im angefochtenen Beschwerdeentscheid ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts zulässig.
4. Der angefochtene Beschwerdeentscheid betrifft die Rechtsfrage, ob die Beschwerdegegnerin zur Leistung nach UVG verpflichtet ist, weil die Behandlungskosten (Spital) von der Krankenkasse bezahlt wurden und die Kosten für die HWS Rehabilitation von Fr. 460.- dem Beschwerdeführer belastet bleiben. Der Beschwerdeführer ist durch den angefochtenen Entscheid berührt und zudem beschwert, weil er mit seinen Beschwerdeanträgen bei der Vorinstanz nicht durchgedrungen ist. Die Beschwerdelegitimation nach Art. 103 lit. a OG ist gegeben.
5. Der Beschwerdeführer ersucht das EVG, die Akten der Vorinstanz beizuziehen. Soweit der Sachverhalt aus diesen Akten hervorgeht, wird für die vorliegende Beschwerdefrist auf diese Akten verwiesen.

## **II. Gedrängte Darstellung des Sachverhaltes**

6. Im vorliegenden Fall ist unstrittig, dass der Beschwerdeführer wegen bei ihm am 12. Oktober 2001 aufgetretenen Doppelbilder i.S. einer rechtseitigen Trochlearisparese im Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert werden musste (vgl. Entscheid Vorinstanz, E. II./3., S. 8). Umstritten ist, ob die Trochlearisparese auf einen Unfall oder auf eine Krankheit zurückzuführen ist. Die Vorinstanz schliesst das Vorliegen einer unfallbedingten Trochlearisparese aus und verneint eine Leistungspflicht der Unfallversicherung.

Für den Beschwerdeführer dagegen steht fest, dass die Trochlearisparese *traumatisch* bedingt war als Folge eines Sturzes von der Leiter. Der Beschwerdeführer erinnert sich mit Gewissheit an folgende Ausgangslage: Der Beschwerdeführer war am Unfalltag mit Umbauarbeiten an seinem Haus in Marbach beschäftigt. Um 17 Uhr telefonierte er mit einer Nachbarin und vereinbarte mit ihr ein Treffen um 17.30 Uhr. In der Zwischenzeit wollte er noch schnell drei Balken auf einen Zwischenboden im Haus wegräumen. Er stellte dazu wie gewohnt die Treppenleiter an. Die danach folgenden Geschehnisse sind dem Beschwerdeführer bis heute nicht mehr erinnerlich, er musste wohl über Minuten bewusstlos gewesen sein. Er fand sich jedenfalls um 17.45 Uhr rücklings auf dem Boden liegend mit dem Gefühl, der Kopf hinge stark nach hinten. Ebenfalls am Boden lag die Leiter. Beim Aufstehen verspürte er Schmerzen an Genick, Schulter und Gesäss und stellte die Sehstörungen mit Doppelbildern fest. Unter Beschwnernis rief er seine Freundin Jolanda Spirig an und erklärte ihr, er hätte wahrscheinlich einen Hirnschlag erlitten. Diese brachte ihn in das Spital Altstätten mit dem Hinweis: "Verdacht auf Hirnschlag."

7. Das Spital Altstätten überwies den Beschwerdeführer an die Neurologische Abteilung des Kantonspital St.Gallen (KSSG) mit der Verdachtsdiagnose: Unklarer akuter Schwindel und Doppelbilder beim Blick nach links. DD: Hirnstamminfarkt, Vertebralisdissektion?
8. Alle im KSSG gemachten Untersuchungen ergaben keinen Nachweis der Verdachtsdiagnose Hirnstamminfarkt / Hirnstamminfarkt.
9. Am 19. Oktober 2001 wurde der Beschwerdeführer aus dem KSSG entlassen. Am 20. Oktober 2001 bat er seine Nachbarn Hans Obrist und René Koller, ihm noch die restlichen Balken wegzuräumen. Als Hans Obrist die angestellte Treppenleiter zum dritten Mal bestieg, rutschte diese weg. Der Sturz von Hans Obrist lief glimpflich ab.
10. Die Herren Obrist, Koller und der Beschwerdeführer konnten beobachten, dass die schräg gestellte Leiter auf dem Boden zu wenig Haftung hatte. Der Boden war erst vor kurzem neu eingebaut worden. Im Unterschied zum alten Boden ist dieser glatt gehobelt und in Richtung der Leiter verlegt. Auf dem alten Boden mit quer verlaufenden Brettern war ein Rutschen der Leiter nicht möglich und auch nie vorgekommen. Für den Beschwerdeführer steht fest, dass am 12. Oktober 2001 die Leiter in gleicher Weise weggerutscht war und er sich beim Sturz von der Leiter die Verletzungen zugezogen hatte.

### III. Rechtliches

#### 1. Freie Kognition des EVG betreffend Feststellung des Sachverhaltes

1. Im vorliegenden Fall geht es um die Verweigerung von Versicherungsleistungen, weshalb hinsichtlich der Kognition Art. 132 OG Anwendung findet. Das Eidg. Versicherungsgericht ist demnach insbesondere nicht an die Sachverhaltsfeststellungen der Vorinstanz gebunden (lit. b).
2. Die Vorinstanz hat die Version einer krankheitsbedingten Trochlearisparese für wahrscheinlicher gehalten, obwohl die tatsächlichen Umstände vom 12. Oktober 2001 sowie die rasche Heilung der Trochlearisparese viel eher für die Version der unfallbedingten Trochlearisparese sprechen. Die Vorinstanz hat die vom Beschwerdeführer vorgetragene Rekonstruktion des Unfallhergangs als unwahrscheinlich qualifiziert und die diesbezügliche Beweisofferte eines Augenscheins am Ort des Geschehens für nicht weiterführend erklärt. Statt dessen hat sie auf die - in Bezug auf den behaupteten Hirnstamminfarkt, welcher angeblich die Trochlearisparese ausgelöst haben soll – reinen Verdachtsdiagnosen der behandelnden Ärzte abgestellt, obwohl die im späteren Verfahrensgang konsultierten ärztlichen Experten übereinstimmend bestätigt haben, dass eine isoliert diagnostizierte Trochlearisparese am ehesten auf einen Schlag auf den Hinterkopf und damit auf ein traumatisches Ereignis zurückzuführen ist. Damit hat die Vorinstanz die von ihr selbst zitierten Beweislastregeln im Sozialversicherungsprozess missachtet (vgl. Entscheid Vorinstanz, E. 4. – a), S. 9).
3. Die Ergebnisse der von der behandelnden Ärztin durchgeführten diagnostischen Abklärungen geben keine schlüssigen Anhaltspunkte für die gestellte Verdachtsdiagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“. Für die auch von der Vorinstanz angenommene „mikroangiopathische Läsion“ liegt ebenfalls

kein Befund vor und bleibt damit reine Hypothese. Die von Prof. Baumgartner, leitender Arzt Neurologie Universitätsspital Zürich, angeführten Risikofaktoren Hypercholesterinämie und Nikotinabusus lassen nicht einfach auf eine zwingend krankhafte Ursache ableiten. Die Hypercholesterinämie bewegt sich im Normalbereich und bedingt bis heute keine medikamentöse Behandlung. Der Beschwerdeführer ist sehr sportlich, 1,70 mtr. gross, Gewicht 65 Kg., ernährt sich vegetarisch, Blutdruck in der Regel 120 auf 80. Er befährt jedes Jahr von Mai bis Oktober mit einem Regatta-Kajak den Bodensee und den Atlantik. Das Regatta-Kajak ist sehr instabil und erfordert äusserste Kraft und blitzschnelle Reaktion.

4. Das vom Beschwerdeführer der Vorinstanz beantragte unabhängige neurologische Gutachten wurde mit folgender Anfrage beim Neurologen Dr.med. Thomas Flückiger erledigt. Zitat der Anfrage:

*„In den Akten findet sich nun die Aussage des Beschwerdeführers, dass die Doppelbilder drei Monate nach erstmaligem Auftreten selbständig (ohne Operation oder Tragen von Prismen) gänzlich verschwunden seinen. Zur Beurteilung der vor Versicherungsgericht anhängigen Streitsache ist es für uns von Interesse, ob sich, sofern die Aussage des Beschwerdeführers zutrifft, aufgrund vorgenannter Feststellung der Schluss ziehen lässt, dass die rechtseitige Trochlearisparese des Beschwerdeführers nicht auf einen Hirnstamminfarkt zurückgeführt werden und mithin nicht krankheitsbedingt sein kann.“*

Dr. med. Flückiger befand, dass die Trochlearisparese durch den Ausfall eines bestimmten Augenmuskels M. obliquus superior zustande komme. Als häufigste Ursachen der Trochlearislähmung führt er als erstes ein Trauma an, gefolgt von Mesenzepale Blutungen, Multiple Sklerose, Ischämische Neuropathie, Diabetische Neuropathie, Kongenitale Aplasie, Sinus cavernosus-Prozesse (Aneurysma, Fistel, Tumoren, Entzündungen), Vergleichbare Prozesse im Bereiche des Orbita.

Für eine mikroangiopathische Läsion, wie sie von der Vorinstanz als erwiesene Ursache der Trochlearisparese erachtet wurde, fehlt bei der Antwort von Dr. med. Flückiger jeder Hinweis.

Trotzdem, wertet die Versicherungsrichterin, Frau Gallati Schneider mit Schreiben vom 15. Januar 2004 an die Parteien die Anfrage an Dr. Flückiger wie folgt:

*„In der Beilage erhalten Sie eine Kopie der Stellungnahme von Dr.med.Thomas Flückiger vom 9. Januar 2004 . Danach lässt sich offensichtlich aus der Feststellung von Willi Keller, die Doppelbilder seien bei ihm drei Monate nach erstmaligem Auftreten selbständig (ohne Operation oder das Tragen von Prismen) gänzlich verschwunden, nicht zwingend ableiten, dass die rechtsseitige Trochlearisparese des Beschwerdeführers nicht auf einen Hirnstamminfarkt zurückgeführt werden und mithin nicht krankheitsbedingt sein kann.“*

Dieser Beurteilung, wie sie auch im Entscheid der Vorinstanz zu finden ist, fehlt jede Grundlage. Die Vorinstanz führt in ihrem Entscheid unter II. g) an:

*„Auch dessen Ausführungen (Dr. Flückiger) wonach neben einem Trauma zahlreiche Krankheiten, insbesondere ein Hirnstamminfarkt, als Ursachen für eine Trochlearisparese in Frage kommen, stützen die Auffassung des Beschwerdeführers nicht.“*

Tatsächlich lässt sich in den Ausführungen von Dr. Flückiger explizit kein Hinweis auf Hirnstamminfarkt als Ursache einer Trochlearisparese finden.

Die Oberärztin, Frau Dr. Tettenborn qualifizierte die Diagnose „lakunärer Hirnstamminfarkt“ lediglich als Verdacht. Es sei von einer mikroangiopathischen Läsion als Ursache der Trochlearisparese auszugehen. Diese These wurde auch zu Händen der Versicherung von Prof. Baumgartner gestützt. Diese Läsion konnte jedoch in allen umfangreichen Untersuchungen nicht nachgewiesen werden und bleibt damit im Bereich der Hypothese. Trotzdem hat die Vorinstanz eine mikroangiopathischen Läsion im Bereich des Hirnstammes als wahrscheinlichste Ursache der Trochlearisnervlähmung erachtet.

In Ihrem Entscheid stellt die Vorinstanz unter 6 b), S. 12 f. fest:

*„Auch wenn die von den Ärzten der Klinik für Neurologie im Austrittsbericht angeführte Sachverhaltsversion ebenfalls fraglich ist, stützt sich ihre Beurteilung im Unterschied zur Stellungnahme von Dr. Sturzenegger, nicht nur auf eine ausführliche Anamnese ab, sondern beruht auch auf allseitigen persönlichen Untersuchungen.“*

Die Vorinstanz bezieht sich dabei auf die eingeholte Stellungnahme von Dr. med. Matthias Sturzenegger vom 23. Januar 2004. Die Anfrage von Jolanda Spirig an diesen lautete:

*„Mein Freund hatte nach einem Sturz von der Leiter eine Trochlearisparese rechts mit Doppelbildern erlitten. Im Bereich des HWS und der oberen BWS hatte er Schmerzen sowie Schürfungen an Schulter und Gesäss. Die Doppelbilder waren nach 90 Tagen verschwunden und das Sehvermögen wie vor dem Sturz wieder hergestellt. Frage: Wäre es möglich, dass mein Freund auf der Leiter einen Hirnstamminfarkt erlitten hat und deshalb gestürzt ist?“*

Die Antwort lautete was folgt:

*„Die häufigste Ursache einer Trochlearisparese sind Traumata, gerade z.B. Sturz von der Leiter. Sofern ihr Freund keine Zusatzsymptome hatte und die Diagnose Trochlearisparese korrekt war, können Sie die Geschichte ad acta legen ( eine isolierte Trochlearisparese ist kaum je durch einen Hirnstamminfarkt zu erklären).“*

Die Vorinstanz würdigte die Ausführungen von Dr. Matthias Sturzenegger als kurze Stellungnahme, die auch bei grosszügiger Betrachtungsweise die Beurteilung der Ärzte der Klinik für Neurologie nicht in Frage zu stellen vermöge.

Dem ist entgegen zu halten, dass Dr. Matthias Sturzenegger Chefarzt der Neurologie des Inselspitals Bern ist. Es darf daher angenommen werden, dass Dr. Sturzenegger weitgehende Erfahrung mit Trochlearisparenen und deren Ursachen hat. Dass er bei einer isolierten Trochlearisparese kaum je

einen Hirnstamminfarkt als Ursache sieht, beruht auf Erfahrungswerten des Facharztes. Offensichtlich ist ihm bei seiner Tätigkeit als Facharzt für Neurologie noch nie eine mikroangiopathische Läsion als Ursache einer Trochlearisparese begegnet.

In gleichem Sinne beurteilte auch Dr.med. Robert Baumgartner, Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, die Ursache der Trochlearisparese. Dr. med. Robert Baumgartner hatte Kenntnis von der Beurteilung der Aerzte der Klinik für Neurologie des KSSG. Trotzdem stellte er die augenärztliche Diagnose: traumatische Trochlearis-Parese rechts, regredient im März 2002 abgeheilt. Offensichtlich ist auch dem Facharzt Dr.med. Robert Baumgartner bei seiner Tätigkeit noch nie einer mikroangiopathischen Läsion im Bereich des Hirnstammes als Ursache einer Trochlearisparese begegnet.

Die Vorinstanz lehnt die Stellungnahmen der Fachärzte Dr. Matthias Sturzenegger und Dr. med. Robert Baumgartner als für diesen Fall nicht relevant ab mit der Begründung Seite 13,6c) :

*„Aeusserer Anzeichen einer Schädelprellung waren nicht vorhanden und das Vorliegen von Uebelkeit, Erbrechen, Schwindel sowie Sensibilitätsstörungen oder Paresen als typische Beschwerden eines Schädelhirntraumas wurde vom Beschwerdeführer ausdrücklich verneint.“*

Tatsächlich wurde aber im Austrittsbericht des Kantonalen Spitals Altstätten festgehalten: Unklarer akuter Schwindel und Doppelbilder beim Blick nach links. Die vom Gericht für ein Schädelhirntrauma als erforderlich erachteten Symptome wie akuter Schwindel und Parese sind jedoch im Falle des Beschwerdeführers dokumentiert.

Ein Schädelhirntrauma kann deshalb nicht einfach ausgeschlossen werden.

5. Es trifft zu, dass kein Zeuge zur Zeit des Ereignisses anwesend war und die vom Beschwerdeführer angegebenen Zeugen nur indirekte Aussagen machen können.

Nicht zutreffend ist jedoch die Wertung dieser indirekten Zeugen durch das Gericht, wenn es in seiner Entscheidung davon ausgeht, die Zeugen schilderten in ihren Berichten ein früheres Ereignis, also ein Ereignis vor dem 12. Oktober 2001. Hans Obrist und René Koller bezeugten in Ihrem Bericht ihr Sturzereignis infolge Wegrutschen der besagten Leiter. Dieses bezeugte Sturzereignis hat sich am Samstag, den 20. Oktober 2001, ereignet, also einen Tag nach der Entlassung des Beschwerdeführers aus dem Spital.

Der Bericht von Jolanda Spirig beruht auf dem Auffinden der Gegenstände während der Zeit des Spitalaufenthaltes des Beschwerdeführers.

Nachdem dem Beschwerdeführer, der beim plötzlichen, nicht beabsichtigten Sturz von Hans Obrist zugegen war, bewusst wurde, dass ihm das gleiche zugestossen sein könnte, machte er nach seiner Genesung eine Rekonstruktion. Er bestieg unter Absicherung durch ein Seil diese Leiter mit der gleichen Last. Dabei stellte er in mehreren Versuchen fest, dass die Treppenleiter nach dem zweiten, dritten oder vierten mal Besteigen wegrutschte und der getragene Balken vor ihm nach unten sauste. Bei jedem

dieser Versuche rutschte die Treppenleiter weg, sodass für ihn kein Zweifel mehr bestand, dass dieses Wegrutschen der Treppenleiter Ursache seiner Trochlearisparese war und damit ein Unfall i.S.v. Art. 4 ATSG vorliegt. Die von der Vorinstanz und auch von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte mikroangiopathische Läsion als Ursache des Sturzes ist mit Sicherheit nicht geeignet, eine Bewusstlosigkeit herbeizuführen, aus der ein Sturz von der Treppenleiter hergeleitet werden könnte. Der Neurologe Dr. Baumann erklärte dem Beschwerdeführer anlässlich seines Spitalaufenthaltes die Theorie einer nicht nachweisbaren mikroangiopathischen Läsion so: Man nehme an, dass ein ganz kleines, nicht nachweisbares Partikelchen auf den Nerv treffen und damit kurzfristig die Blutversorgung dieses Nerves, in diesem Falle den Trochlearisnerv unterbreche.

Die Vorinstanz und die Beschwerdegegnerin sind bei ihrer Begründung, als Ursache des Sturzes immer von einem Hirnstamminfarkt und nicht von einer mikroangiopathischen Läsion ausgegangen.

Der Beschwerdeführer hat im Laufe des Verfahrens die Beschwerdegegnerin und auch die Vorinstanz auf das heimtückische Rutschverhalten der Treppenleiter auf dem neuen, eben erst eingebauten Boden aufmerksam gemacht und mit einer schematischen Darstellung verdeutlicht. Er ging davon aus, dass auch ihm eine Beweisführung zugestanden würde und somit seinem Antrag, einen Augenschein am Unfallort vorzunehmen, stattzugeben sei. Bei diesem Augenschein hätte er dem Gericht die von ihm mehrmalig vorgenommene Rekonstruktion der Besteigung der Leitertreppe vorführen können. Die indirekten Zeugen Hans Obrist, René Koller und Jolanda Spirig hätten die vorhandene Situation, d.h. die Stellung der Leiter an diesem Ort bestätigen können. Die Begründung der Vorinstanz und der Beschwerdegegnerin: „Die beantragten Zeugenbefragungen sowie die Besichtigung des Ereignisortes würden somit zu keinen neuen Erkenntnissen führen, sodass auf sie verzichtet werden kann,“ kann deshalb vom Beschwerdeführer nicht akzeptiert werden.

In diesem Sinne ersuche ich Sie, die Beschwerde zu stützen.

Hochachtungsvoll

Willi Keller

Beilage: erwähnt

## **Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen- Abgekürzte Übersicht zum Entscheid mit Kommentar**

Formalitäten: Das Eidgenössische Versicherungsgericht erklärt sich unabhängig vom angefochtenen Vorentscheid. Es sei, entgegen der Auffassung der „Zürich,“ nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden. (1.) Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs sei es nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist, es genüge, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt habe, der Unfall also nicht weggedacht werden könne, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere. Das Gericht habe über den natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blasse Möglichkeit eines Zusammenhangs genüge für einen Leistungsanspruch nicht. (2.1)

Diese Formalitäten, geschmückt mit Bundesgerichts-Entscheiden, sollten nie darüber hinwegtäuschen, dass das Gericht dann doch nicht danach entscheidet. Wir werden sehen, wie sich das Gericht exakt an den Entscheid der Vorinstanz hält. Es wird nichts von „unabhängig“ festzustellen sein. Schon bei 2.3 kommen wir zum unbewiesen gebliebenen Sachverhalt, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich haben muss, der Wirklichkeit zu entsprechen. Dass ein Sturz stattgefunden hat, wird weder von der „Zürich“ noch von der Vorinstanz bestritten. Nicht so das Eidgenössische Versicherungsgericht. Gegensätzlich zur Vorinstanz sieht es ein Sturzereignis nicht als Wahrscheinlich. Es stellt am Ende seines Entscheides fest:

„Es kann letztlich offen bleiben, ob der Versicherte am 12. Oktober 2001 überhaupt von der Leiter gefallen ist (was die „Zürich“ zu bestreiten scheint) oder ob er nur (aber immerhin) gestürzt ist.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht bezieht sich wie die Vorinstanz auf die drei Sätze These der Claudia Sohm, die Trochlearisparese habe vor dem Sturz bestanden und sei Ursache des Sturzes. Die dargelegten Indizien lassen es vielmehr gerade umgekehrt als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass der Beschwerdeführer am 12. Oktober 2001 wegen des Auftretens von Doppelbildern, die durch eine pathologische Trochlearisparese rechts ausgelöst

wurden, gestürzt ist und sich dabei Schürfwunden am linken Oberarm und an der linken Hüfte zugezogen hat.

Diese Feststellung wird exakt und ungeprüft von der Vorinstanz übernommen.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht weist, wie die Vorinstanz, die medizinischen Argumente und ärztlichen Stellungnahmen des Beschwerdeführers ebenso ungeprüft ab.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht geht, wie die Vorinstanz, auf das Rutschverhalten der Leitertreppe, welches zum Sturz geführt hat, der die Trochlearisparesse medizinisch erklärt, nicht ein. Auch das geltend gemachte Sturzereignis von Hans Obrist bleibt unbeachtet. Schon bei Punkt 3. des Entscheides sind wir wieder bei der drei Sätze These von Claudia Sohm, die Doppelbilder seien Ursache des Sturzes. Bei Punkt 3.2 begegnen wir auch wieder den fehlenden „signifikanten Kopfverletzungen“, ein Konstrukt der Sachbearbeiterin der „Zürich“. Diese zentralen Punkte im Entscheid des EVG und den Rest kennen wir bereits von der Vorinstanz. Nach Ansicht des Gerichtes korreliert der Gesundheitsschaden nicht zwanglos mit dem Unfallgeschehen und damit sind wir bei den spontanen „Aussagen der ersten Stunde“, die ebenfalls nicht mit dem Unfallgeschehen übereinstimmen. Natürlich sind auch die Schürfwunden offensichtlich nicht das äussere Korrelat der diagnostizierten Trochlearisparesse. Wie die Vorinstanz hat auch das Eidgenössische Versicherungsgericht es sich nicht nehmen lassen, den Beschwerdeführer als unglaubwürdig darzustellen. Unter 3.3 lesen wir zur Höhe des Sturzes: *...der Beschwerdeführer hat im Verwaltungsverfahren eine solche von drei Metern, in seiner vorinstanzlichen Beschwerdeschrift eine solche von zwei Metern genannt...* Diese Unterstellung wäre eines Eidgenössischen Versicherungsgerichtes unwürdig, weil schlicht unwahr, hat aber vermutlich System. Die Eidgenössischen Versicherungsrichter können es sich leisten, denn sie unterstehen keiner Kontrolle.

**Dass das Gericht in allen Punkten irrt, beweisen die Aussagen der Fachärzte Neurologie und die inzwischen vergangenen acht Jahre. Die wichtigsten Punkte seien dazu nochmals aufgelistet.**

1. Eine „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ hat eine degenerative Ursache. Sie ist keine singuläre Erscheinung, wie das Prof. Barbara Tettenborn nachträglich zu erklären versucht .

(Siehe dazu: [www.cardiovasc.de/hefte/2003/08/30,htm](http://www.cardiovasc.de/hefte/2003/08/30,htm). Prof. Dr. med.

Matthias Sitzer./ Prof. Dr. med. Roman L. Haberl, Neurologie und Klinische Neurophysiologie Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, Lakunäre Schlaganfälle, Pathophysiologie, Verlauf und Prognose 2004.

2. Eine mikroangiopathische Läsion im Kerngebiet des Nervus Trochlearis ist, entgegen der These Prof. Barbara Tettenborn, weder geeignet eine Bewusstlosigkeit herbeizuführen noch einen Leitersturz. ( Prof. Jürg Kesselring, Klinik Valens, Prof. Matthias Sturzenegger, Neurologie Inselspital Bern und Andere)
3. Die drei Sätze These der Claudia Sohm, die Trochlearisparese (Doppelbilder) sei Ursache des Sturzes, gehört ins Reich der Märchen. Dieses Märchen wird aber vom Kantonalen wie vom Eidgenössischen Versicherungsgericht für wahr erklärt.
4. Eine „lakunäre mikroangiopathische Läsion“ ist in jedem Fall nachweisbar. Die gegenteilige Behauptung von Prof. Barbara Tettenborn ist eine unhaltbare Schutzbehauptung. Ihre These, der kernspintomographisch fehlende Nachweis des morphologischen Ischämieareal schliesse eine lakunäre mikroangiopathische Läsion nicht aus, ist schlicht falsch. (Siehe dazu Doku Nr. 148 / Lakunäre Schlaganfälle, Prof. Dr. med. Roman L. Haberl, 2004./ [www.cardiovasc.de/hefte/2003/08/30.htm/](http://www.cardiovasc.de/hefte/2003/08/30.htm/) [www.springerlink.com/](http://www.springerlink.com/)
5. Für eine einseitige isolierte Trochlearisparese braucht es kein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit äusseren Kopfverletzungen. Das ist ein Märchen. Ein Konstrukt der „Zürich“, erfunden von Claudia Sohm, unterschrieben von Prof. Ralf Baumgartner, Dieses Märchen wurde vom höchsten Gericht der Eidgenossenschaft mit seinem Entscheid für wahr erklärt. Mit seinem naiven Glauben an die Unterschrift des Facharztes Prof. Ralf Baumgartner, entscheidet das höchste Gericht gegen die Stellungnahmen der Fachärzte Neurologie, die der Beschwerdeführer den Richtern unterbreitete.
6. Entgegen der Auffassung des Gerichtes und der „Zürich“ korreliert der Gesundheitsschaden (Trochlearisparese) mehr als wahrscheinlich als Folge des erlittenen Unfalls. Die Trochlearisparese ist eine häufige Erscheinung bei Stürzen. Tatsächlich ist es unwahrscheinlich, dass sich eine andere Ursache als der Sturz für die Trochlearisparese anbietet.

7. Eine lakunäre mikroangiopathische Läsion im Kern des Trochlearisnerves ist als Ursache einer isolierten einseitigen Trochlearisparese nicht geeignet, das weiss Prof. Barbara Tettenborn und Prof. Ralf Baumgartner. Trotzdem ohne Nachweis diese schwere Krankheit zu diagnostizieren und mehrfach zu bestätigen, ist schlicht unseriös und gegen alle ärztliche Ethik.

Der Beschwerdeführer hat sich sehr bemüht, den Gerichten diese Fakten darzulegen, belegt mit Stellungnahmen von Fachärzten. Wer die Entscheide dieser Gerichte und den Report „Der Fall“ unvoreingenommen liest, bekommt einen Eindruck, wie einseitig die Gerichte urteilen. Diese deutliche, unübersehbare Voreingenommenheit der Gerichte zu Gunsten einer privaten Unfallversicherung, die deutliche, unübersehbare Abwehrhaltung gegenüber dem Beschwerdeführer, lassen den Schluss zu, dass die Gerichte überwiegend wahrscheinlich im Dienst der privaten Unfallversicherungen stehen.

## **Dritter Teil**

### **Dokumente**

Die folgende Liste enthält Dokumente, Briefe und Befunde, welche eingescannt in separaten Dateien - ebenfalls im PDF-Format - zur Verfügung stehen. Sie gelangen durch Klicken auf den Dateinamen direkt zum entsprechenden Dokument.

Nummer:

- 73 – 80 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 30. Nov. 2004  
<http://fehldiagnose.ch/UrteilEVG.pdf>
- 81 – 96 Urteil des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen  
<http://fehldiagnose.ch/UrteilVGSG.pdf>
- 97 Austrittsbericht kantonales Spital Altstätten  
<http://fehldiagnose.ch/AustrittsberichtAltstaetten.pdf>
- 98 – 101 Austrittsbericht Kantonsspital St. Gallen  
<http://fehldiagnose.ch/AustrittsberichtKSSG.pdf>
- 102 – 103 Antwortschreiben von Dr. B. Tettenborn vom 28. Mai 2002  
<http://fehldiagnose.ch/Tettenborn020528.pdf>
- 104 Unfallskizze  
<http://fehldiagnose.ch/Unfallskizze.pdf>
- 105 Zustellung der Krankengeschichte  
<http://fehldiagnose.ch/ZustellungKG.pdf>
- 106 Antwort von Dr. Germann (vom 7. Jan. 2003)  
<http://fehldiagnose.ch/AntwortDrGermann1.pdf>
- 107 Antwort von Dr. Germann (vom 17. Jan. 2003)  
<http://fehldiagnose.ch/AntwortDrGermann2.pdf>
- 108 – 109 Medizinische Beurteilung der "Zürich"  
<http://fehldiagnose.ch/MedizinischeBeurteilung.pdf>
- 110 – 112 Verfügung der "Zürich"  
<http://fehldiagnose.ch/VerfuegungZuerich.pdf>
- 113 – 119 Entscheid der "Zürich"  
<http://fehldiagnose.ch/EntscheidZuerich.pdf>
- 120 – 123 Beschwerdeantwort der "Zürich"  
<http://fehldiagnose.ch/BeschwerdeAWZuerich.pdf>
- 124 – 127 Duplik der "Zürich"  
<http://fehldiagnose.ch/DuplikZuerich.pdf>
- 128 Antwortschreiben der "Zürich" vom 20. Nov. 2002  
<http://fehldiagnose.ch/AntwortZuerich1.pdf>
- 129 – 130 Antwortschreiben der "Zürich" vom 3. Dez. 2002  
<http://fehldiagnose.ch/AntwortZuerich2.pdf>
- 131 Schreiben der "Zürich" an das kantonale Versicherungsgericht  
<http://fehldiagnose.ch/ZuerichAnVG.pdf>
- 132 Medizinische Anfrage des kantonalen Versicherungsgerichtes  
<http://fehldiagnose.ch/MedAnfrage.pdf>
- 133 Antwortschreiben des Versicherungsgerichtes an die Parteien  
<http://fehldiagnose.ch/AntwortVGanParteien.pdf>
- 134 Stellungnahme von Dr. Flückiger  
<http://fehldiagnose.ch/StellungnahmeDrFlueckiger.pdf>
- 135 – 136 Zeugnis des Augenarztes  
<http://fehldiagnose.ch/ZeugnisAugenarzt.pdf>
- 137 Email von Matthias Sturzenegger  
<http://fehldiagnose.ch/EmailSturzenegger.pdf>
- 138 Antwort der Dirk Klinik  
<http://fehldiagnose.ch/AWDirkKlinik.pdf>
- 139 Antwort der Klinik Valens (Prof. Dr. Kesselring)  
<http://fehldiagnose.ch/AWKlinikValens.pdf>
- 140 Ereignisbericht von Hans Obrist  
<http://fehldiagnose.ch/EreignisberichtObrist.pdf>
- 141 Erlebnisbericht Jolanda Spirig  
<http://fehldiagnose.ch/ErlebnisberichtSpirig.pdf>
- 142 – 147 Untersuchungsergebnisse  
<http://fehldiagnose.ch/Untersuchungsergebnisse.pdf>
- 148 – 149 Ominöse Punkte im Gehirn, Artikel in der Sonntagszeitung am 10. August 2008  
<http://fehldiagnose.ch/OminoesePunktelnGehirn.pdf>