

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00159 vom 7. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00159 du 7 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00159 del 7 gennaio 2013

Erwägungen

E. 3

3.1. Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, beurteilte am 26. Februar 2008 den Integritätsschaden (Urk. 9/125).

Er führte aus, als Folge des Unfalls vom 18. Oktober 2004 bestehe heute bei der Patientin eine neuropsychologische Funktionsstörung leichten Grades; laut Tabelle 8 entspreche dies einer Einbusse von 20 %. Weitere Beeinträchtigungen bezifferte Dr. Z.____ als Schaden im Umfang von 6 %.

3.2. Am 16. Februar 2009 erstattete Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, eine ärztliche Beurteilung anhand der Akten (Urk. 9/161).

Er führte aus, auf neurologischem Fachgebiet habe die Versicherte durch das Ereignis vom 18. Oktober 2004 nur möglich(erweise) eine mild traumatic brain injury (MTBI; leichte traumatische Hirnverletzung) erlitten. Die erhobenen neuropsychologischen Befunde könnten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden (S. 8 Ziff. 1).

Weiter führte er unter anderem aus, auf neurologischem Fachgebiet könne keine Diagnose gestellt werden, welche mit Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 18. Oktober 2004 verursacht worden sei (S. 8 Ziff. 2). Ein unfallbedingtes organisches Substrat habe nicht nachgewiesen werden können (S. 9 Ziff. 6).

3.3. Am 30. Mai 2009 erstattete Dr. med. B.____, Neurologie FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 9/176/7-18). Er stützte sich auf die ihm vorliegenden Akten (S. 1 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 4 ff.), die von ihm am 22. Oktober 2008 (S. 1 Mitte) erhobenen Befunde (S. 6 ff.), fremdanamnestic Angaben (S. 7) und eine am 17. April 2009 durchgeführte MR-Untersuchung des Gehirns (S. 7 lit. F; vgl. Urk. 9/176/19-20).

Als Diagnosen nannte Dr. B.____ (S. 9 lit. H.1a):

Status nach Polytrauma am 18. Oktober 2004 mit

- traumatischer Hirnverletzung mit noch leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen

- komplexer Beckenverletzung

- beidseitigen Kniekontusionen

- Handgelenkskontusion rechts mit Entwicklung einer posttraumatischen Rhizarthrose

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Beantwortung entsprechender Fragen fÄ¼hrte er unter anderem aus, sÄ¼mtliche Beschwerden seien organischer Genese (S. 9 lit. H.1b). Es liege eine traumatische Hirnverletzung vor, also mehr als eine Ä¼leichteÄ¼ (MTBI) Hirnverletzung (S. 10 lit. c). Die ArbeitsfÄ¼higkeit sei unfallbedingt auf zirka 65 % eingeschrÄ¼nkt (S. 11 Ziff. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen IntegritÄ¼t (Rhizarthrose, Beschwerden im Beckenbereich) bezifferte er mit zirka 15 % (S. 12 Ziff. 7a). Als BeeintrÄ¼chtigung der geistig/psychischen IntegritÄ¼t nannte er die leichte neuropsychologische FunktionsstÄ¼rung nach traumatischer Hirnverletzung, die gemÄ¼ss Tabelle 8 zu einer IntegritÄ¼tseinbusse von 20 % fÄ¼hre (S. 12 Ziff. 7b).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 14. Januar 2010 nahm Dr. A.____ Stellung (Urk. 9/177) und fÄ¼hrte zusammenfassend aus, die Ä¼tiologie der - im April 2009 bildgebend gefundenen und von Dr. B.____ diagnostizierten - LÄ¼sion in der Hirn-Zentralregion rechts sei nicht eindeutig. Der MRI-Befund vom 17. April 2009 entspreche nicht dem Bild einer typischen traumatischen HirnlÄ¼sion (S. 5 unten). Auch mit dem Nachweis einer einzelnen LÄ¼sion in der Zentralregion rechts kÄ¼nne das neuropsychologische Beschwerdebild der Versicherten nicht umfassend erklÄ¼rt werden (S. 6 oben).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 5. April 2010 nahm Prof. Dr. C.____, Facharzt FMH Radiologie, der den radiologischen Befund vom 17. April 2009 erhoben hatte (vgl. Urk. 9/176/19-21), Stellung (Urk. 9/134/8-12) und fÄ¼hrte zusammenfassend aus, es sei deutlich wahrscheinlicher, dass es sich um eine traumatisch bedingte LÄ¼sion als um einen unfallunabhÄ¼ngigen inzidentellen Befund handle (S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B.____ nahm am 7. April 2010 Stellung (Urk. 9/184/4-7) und fÄ¼hrte zusammenfassend aus, es gebe keine stichhaltigen Argumente in der Beurteilung durch Dr. A.____, welche seine Diagnose einer durchgemachten traumatischen Hirnverletzung mit erheblichen funktionellen EinschrÄ¼nkungen im kognitiven Bereich widerlegten. Zudem bleibe es weit Ä¼berwiegend wahrscheinlich, dass die im MR durch Prof. C.____ gefundene LÄ¼sion nicht einfach inzidentell, sondern traumatisch bedingt sei (S. 4 oben).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Am 27. Oktober 2011 erstattete PD Dr. med. D.____ ein neuroradiologisches Zusatzgutachten (Urk. 52). Er stÄ¼tzte sich auf frÄ¼here Aufnahmen (S. 1 ff.) und eine am 22. Oktober 2011 (vgl. Urk. 64) erstellte Aufnahme (S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄ¼hrte aus, in der Bildgebung von 2009 und von 2011 sei unverÄ¼ndert eine isolierte, punktfÄ¼rmig lokalisierte SuszeptibilitÄ¼tsstÄ¼rung abgrenzbar, dies ohne weitere nachweisbare Mikroblutungen (S. 3 Ziff. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die isolierte, im April 2009 diagnostizierte Mikroblutung kÄ¼nne bei einer damals 55-jÄ¼hrigen Patientin durchaus in der Norm und damit als Zufallsbefund nachweisbar sein (S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als abschliessende Wertung fÄ¼hrte der Gutachter aus, er wÄ¼rde die isolierte Mikroblutung eher im Sinne eines regulÄ¼ren Alterungsprozess interpretieren. Ein traumatischer Zusammenhang erscheine ihm unwahrscheinlich (S. 5 Mitte).

4.2. Am 27. März 2012 erstatteten Dr. med. E. ____, Oberarzt, und PD Dr. med. F. ____, Chefarzt, Dienste S. ____, ein psychiatrisches Teilgutachten (Urk. 53). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 ff.) und die anlässlich der Explorationsgespräche am 4. und 16. November 2011 (S. 2 Ziff. 1) erhobenen Befunde (S. 12 ff.).

Sie führten aus, das vorliegende Krankheitsbild lasse sich gemäss ICD-10 unter den organischen psychischen Störungen (F0) subsumieren (S. 15) und nannten als Diagnose ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma gemäss ICD-10 F07.2 (S. 16 Mitte).

Aus rein psychiatrischer Sicht könne von der Beschwerdeführerin in Anbetracht der psychischen Störungen die Tätigkeit als Büroangestellte / Direktionssekretärin in einer Präsenzzeit von 6 ½ Stunden pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % während der Präsenzzeit erwartet werden (S. 18 Ziff. 7a). Bei einer ¼rotätigkeit mit weniger komplexen Aufgaben wäre eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu erwarten, die maximal 90 % Leistungsfähigkeit während 6 ½ Arbeitsstunden betrage (S. 18 Ziff. 7b).

4.3. Am 12. Mai 2012 erstattete Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Neurologie, das vom Gericht in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 51). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 8 ff.), die anlässlich der Untersuchung vom 21. Oktober 2011 erhobenen Befunde (S. 10) und die erwähnten Teilgutachten (vorstehend E. 4.1 und 4.2).

Im Rahmen von Vorbemerkungen erläuterte er die Diagnosen ■ leichte traumatische Hirnverletzung ■ (S. 10) und ■ organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma ■ (■ post concussion syndrome ■) gemäss ICD-10 F07.2 und DSM-IV (S. 11 f.).

Aus näher dargelegten Gründen (allerdings ausdrücklich nicht den von Dr. B. ____, angeführt) nahm der Gutachter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall eine leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen habe (S. 11). Weiter führte er aus, formal seien die diagnostischen Kriterien für ein organisches Psychosyndrom erfüllt (S. 12 Mitte). In der Mehrzahl blieben die leichten traumatischen Hirnverletzungen folgenlos oder zeigten Symptome, die innerhalb von Monaten abklängen. Dies sei aber nicht immer der Fall, so dass man es hier mit einer solchen Ausnahme zu tun habe (S. 13 oben).

Zur Frage einer organisch nachweisbaren Hirnläsion verwies er zunächst auf die Ausführungen des neuroradiologischen Teilgutachters, der radiologisch eine Hirnläsion nachweise, aber einen Zusammenhang mit dem Trauma als unwahrscheinlich ansehe (vgl. vorstehend E. 3.6). Somatisch neurologisch seien keine Befunde vorhanden, die mit der erwähnten Hirnläsion zusammenhängen, die als Folgen einer Hirnverletzung anzusehen seien; er verweise auch auf die neurologische Untersuchung von Dr. B. ____. Die neuropsychologischen Beeinträchtigungen könnten nicht mit diesem kleinen Befund korreliert werden. In diesem Zusammenhang sei immer wieder zu erwähnen, dass die von den Neuropsychologen festgestellten Beeinträchtigungen in keiner Weise lokalisatorisch spezifisch seien (S. 13). Als weitere Verletzungsfolgen nannte der Gutachter schliesslich, dass als Folgen der Skelettverletzungen noch eine Bewegungsbeeinträchtigung der Beine mit einem

mässigen Schmerzzustand bestehe (S. 13 Mitte).

Î Î Î Î Î Î Î Î In Beantwortung der gestellten Fragen nannte der Gutachter folgende Diagnosen (S. 14 Ziff. 1):

- leichte traumatische Hirnverletzung
- neuropsychologische Beeinträchtigung
- organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2)
- cerebrale Mikroblutung, wahrscheinlich spontan
- Frakturen

Î Î Î Î Î Î Î Î Weiter führte er aus, das organische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma beruhe definitionsgemäss auf einem organischen Substrat, auch wenn dies nicht bildgebend nachweisbar sei (S. 14 Ziff. 2).

Î Î Î Î Î Î Î Î Eine kleine Hirnläsion sei neuroradiologisch nachweisbar, diese sei aber wahrscheinlich unfallunabhängig; sie habe keinerlei klinische Bedeutung (S. 14 Ziff. 3). Das Unfallereignis habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit diese Hirnläsion verursacht (S. 14 Ziff. 4). Eine unfallbedingte Hirnläsion sei bildgebend nicht nachweisbar. Eine nachweisbare Hirnläsion sei jedoch nicht zwingende Voraussetzung für die Annahme einer durchgemachten leichten traumatischen Hirnverletzung und somit für ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma gemäss ICD-10 F.07.2 (S. 14 Ziff. 5).

Î Î Î Î Î Î Î Î Defizite beständen ferner auf dem Gebiet der Orthopädie, nämlich Einschränkungen im Bewegungsapparat als Folge der Frakturen. Diese seien in den früheren Beurteilungen der Beschwerdegegnerin (beispielsweise kreisärztliche Untersuchung 2008) genügend gewürdigt. Aus dem Gebiet der Psychiatrie seien über das organische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma hinaus keine krankhaften Zustände festgestellt worden (S. 15 Ziff. 6).

Î Î Î Î Î Î Î Î Schliesslich führte der Gutachter aus, in Anlehnung an die Beurteilung des Kreisarztes vom 26. Februar 2008 (vgl. vorstehend E. 3.1) schätze er die Integritätseinbusse aufgrund der neuropsychologischen Funktionsstörung auf 20 % und diejenige des Bewegungsapparats auf 6 %. Zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des organischen Psychosyndroms verweise er auf das psychiatrische Teilgutachten (S. 15 Ziff. 7).

4.4 Î Î Î Î Am 3. Juli 2012 nahm Dr. A. ___ zum Gutachten von Dr. G. ___ Stellung (Urk. 63). Er führte aus, dass im - sonst einwandfreien - Gutachten die medizinischen Zusammenhänge und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen und Diagnosen im Hinblick auf die Kausalität der Beschwerden im versicherungsmedizinischen Kontext nicht durchgehend überzeugten (S. 1 unten).

Î Î Î Î Î Î Î Î Aus neurologischer Perspektive seien die Schlussfolgerungen im Hinblick auf ein im psychiatrischen Teilgutachten diagnostiziertes organisches Psychosyndrom zum Unfall vom 18. Oktober 2004 nicht überzeugend. Dr. G. ___ stelle fest, dass in der Mehrzahl die leichten traumatischen Hirnverletzungen folgenlos ausheilen und innerhalb von Monaten abklingen. Er verweise allerdings auf Ausnahmen und sei ohne Begründung zum Schluss gekommen, dass im Fall der Versicherten eine solche

Ausnahme vorliege. Ohne das Aufführen konkreter Gründe im individuellen Fall entspreche dies einer Hypothese, also einer Aussage mit allenfalls möglicher Gültigkeit (S. 2 Mitte).

Sodann wies er auf neuere Forschungsergebnisse hin, wonach ein persistierendes postcommotionelles Syndrom, wie es aktuell definiert werde, nicht spezifisch für eine leichte traumatische Hirnverletzung sei. Nachdem Dr. G.____ unfallbedingte Befunde klinisch neurologisch nicht habe feststellen können, könne aus somatischer Perspektive ein Kausalzusammenhang psychischer Beschwerden zum Unfall deshalb nur im Rahmen des Möglichen angenommen werden (S. 2 unten).

E. 5

5.1 Vor Einholung des Gerichtsgutachtens bestand die folgende Ausgangslage:

Die Beschwerdegegnerin stand - gestützt auf entsprechende ärztliche Beurteilungen (vorstehend E. 3.2 und 3.4) - auf dem Standpunkt, die Beschwerdeführerin habe nur möglicherweise eine MTBI erlitten und es seien keine unfallkausalen Diagnosen zu stellen; die 2009 gefundene Hirnläsion sei mit dieser Beurteilung vereinbar.

Die Beschwerdeführerin stützte sich auf diejenigen ärztlichen Beurteilungen (vorstehend E. 3.3 und 3.5), die eine traumatische Hirnverletzung mit neuropsychologischen Funktionsstörungen diagnostizierten und die 2009 gefundene Hirnläsion sowohl auf den Unfall von 2004 zurückführten als auch als ursächlich für die kognitiven Einbußen erachteten.

Das (im Ergebnis mehrdisziplinäre) Gutachten hat in entscheidenden Sachverhalts- und medizinischen Beurteilungsaspekten Klarheit gebracht, dies auch unbeschadet der kritischen Einwände von Dr. A.____ (vorstehend E. 4.4) zu einem bestimmten - noch zu behandelnden - Aspekt.

Vorab ist festzuhalten, dass das Gutachten offensichtlich alle praxistemässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich erfüllt. Sodann geben weder die Anmerkungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 68) noch die fachlichen Kommentare von Dr. A.____ Anlass, das Gerichtsgutachten als solches in Frage zu stellen (vorstehend E. 1.5).

Es ist somit für die Entscheidungsfindung im vorliegenden Fall der geeignete Ausgangspunkt.

5.3 In für die Rechtsanwendung verwertbarer Weise steht damit fest:

Eine Hirnläsion im Sinne einer Mikroblutung ist bildgebend zuverlässig nachgewiesen. Diese Hirnläsion wurde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Unfall von 2004 verursacht, und sie ist überdies ihrerseits nicht die Ursache der aktuellen kognitiven Defizite.

Die Beschwerdeführerin hat beim Unfall von 2004 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine PTBI erlitten, und sie leidet an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2). Dr. A.____ beurteilte dies zwar - mit bedenkenswerten Hinweisen auf mögliche Schwachstellen in den Überlegungen des Gerichtsgutachters - anders; dies ist jedoch (vgl. nachstehend E. 5.5) nicht ausschlaggebend.

6. Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zu, die ermessensweise auf Fr. 2'500.-- festzulegen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. April 2010 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Hablitzel

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen

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

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

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

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