

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00050 vom 31. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00050

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00050 du 31 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00050 del 31 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3). Zu den Leistungen gehören unter anderem die Ausrichtung einer Invalidenrente (Art. 18 UVG).

1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Ä In Abweichung zu dieser Bestimmung des ATSG kann die Invalidenrente der Unfallversicherung nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 64. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden (Art. 22 UVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHVG; BGE 134 V 131).

1.3 Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 f. E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4).

Ä Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen stellt keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

1.4 Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene

RevisionsverfÄ¼gung gegebenenfalls mit der substituierten BegrÄ¼ndung schÄ¼tzen, dass die ursprÄ¼ngliche RentenverfÄ¼gung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

2.ÄÄÄÄÄÄ GestÄ¼tzt auf das Gutachten der C.____ vom 24. Juni 2010 (Urk. 13/215) ging die Visana davon aus, dass sich die gesundheitliche Situation der BeschwerdefÄ¼hrerin insbesondere in neuropsychologischer Hinsicht verbessert habe, und sie nunmehr wieder vollumfÄ¼nglich arbeitsfÄ¼hig sei.

ÄÄÄÄÄÄ Dem hÄ¼hlt die BeschwerdefÄ¼hrerin entgegen, die seinerzeitige Rentenzusprache sei nach umfassenden AbklÄ¼rungen erfolgt. Allein aufgrund dessen, dass sie im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bereits 56 Jahre alt gewesen sei und seit 14 Jahren eine Rente bezogen habe, sei eine Aufhebung nicht gerechtfertigt. DarÄ¼ber hinaus prÄ¼sentiere sich kein verÄ¼nderter medizinischer Sachverhalt. Insbesondere aus neuropsychologischer Sicht bestÄ¼nden nach wie vor dieselben Defizite, die zur Berentung gefÄ¼hrt hÄ¼tten.

ÄÄÄÄÄÄ Zu prÄ¼fen ist vorab, ob seit dem rentenzusprechenden Einspracheentscheid vom 5. Mai 1999 (Urk. 13/142) eine - mit Blick auf die ArbeitsfÄ¼higkeit - wesentliche Besserung des unfallbedingt beeintrÄ¼chtigten Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 3

3.1ÄÄÄÄ Wie dem Einspracheentscheid vom 5. Mai 1999 (Urk. 13/142) zu entnehmen ist, erfolgte die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der BeschwerdefÄ¼hrerin und die daraufhin vorgenommene Rentenzusprache vorab gestÄ¼tzt auf den Bericht der A.____ vom 8. MÄ¼rz 1996 (Urk. 13/68-71) und die ErgÄ¼nzungen von Dr. phil. D.____, Klinischer Psychologe, vom 29. Juli 1997 (Urk. 13/90) und Dr. med. E.____, Facharzt FMH fÄ¼r Neurologie, vom 28. Oktober 1997 (Urk. 13/99) sowie aufgrund des psychiatrischen Berichts von Dr. med. B.____, FachÄ¼rztin FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. August 1998 (Urk. 13/127). Ä

3.2ÄÄÄÄ AnlÄ¼sslich der Begutachtung in der A.____ vom 24. Januar bis am 2. Februar 1996 (Urk. 13/71) schilderte die BeschwerdefÄ¼hrerin, im Vordergrund stÄ¼nden ein sich rasches Aufregen wegen vieler kleiner Dinge und eine ausgeprÄ¼gte ErschÄ¼tterungsempfindlichkeit (Tritte auf dem Boden im gleichen Zimmer genÄ¼gten bereits). Dabei erleide sie messerstichartige kurze Schmerzen im oberen BWS-Bereich mit einem "SchauergefÄ¼hl" vom Nacken bis zum Scheitel. ZusÄ¼tzlich trete oft ein "StabgefÄ¼hl" bis zum Kreuz, teils bis zum Steissbein ziehend auf. Gleichzeitig verspÄ¼re sie ein Stechen ventral unter dem rechten Rippenbogen. Weiter berichtete sie Ä¼ber hÄ¼ufige Schwindelepisoden, meist mit dem GefÄ¼hl vornÄ¼berzufallen. DarÄ¼ber hinaus habe sie eine grosse Scheu vor Menschenansammlungen, die sie nicht mehr ertrage. Sie habe zudem MÄ¼he mit dem NeugedÄ¼chtnis. So habe sie frÄ¼her die Besorgungen ohne Einkaufszettel erledigt, nun brauche sie einen Einkaufszettel. Schliesslich klagte sie Ä¼ber eine ausgeprÄ¼gt schwankende Aufmerksamkeit (sie werde von GesprÄ¼chspartnern oft kritisiert, dass sie nicht richtig zuhÄ¼re). Diese Symptome hÄ¼tten sich in den vorangegangenen sechs Jahren nicht verbessert, sondern eher etwas verschlimmert.

3.3. Während sämtliche neurologischen Befunde im Normbereich lagen (Urk. 13/71 S. 5 f.), wurden der Beschwerdeführerin von Dr. phil. F. ____, Psychologe FSP, leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen, vorab Konzentrationsstörungen mit herabgesetzter Daueraufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsschwankungen, attestiert (Urk. 13/68 und 13/71 S. 6). Eine Verminderung der täglichen Arbeitszeit um zwei bis drei Stunden sei sinnvoll, um einer Erschöpfung vorzubeugen.

3.4. Im Rahmen des psychosomatischen Teilgutachtens durch Dr. D. ____, (Urk. 13/71 S. 6 und Urk. 13/70) wurden chronifizierte psychosomatische Beschwerden diagnostiziert. Dazu komme eine phobische Entwicklung nach beeindruckend erlebtem Unfallereignis bei einer etwas anankastisch strukturierten Persönlichkeit mit hoher Leistungs- und Verzichtsbereitschaft. Eine Entlastung am Arbeitsplatz wurde als dringend angesehen.

3.5. In seiner Gesamtbeurteilung (Urk. 13/71 S. 6 f.) hielt Dr. E. ____ fest, das am 12. Juli 1989 erlittene Trauma entspreche nach der derzeitigen Terminologie einer milden traumatischen Hirnverletzung, kombiniert mit einem HWS-Distorsionstrauma. Die damit postulierte organische Hirnschädigung werde durch zahlreiche Befunde belegt: eine kurze Amnesie nach dem Unfallereignis, aktuell noch nachweisbare leichte neurologische Defizite (erhebliche Gleichgewichtsstörungen und eine signifikante leichte Beeinträchtigung der linksseitigen Armmotorik), leichte bis mittelschwere typische posttraumatische neuropsychologische Funktionsstörungen, im SPECT nachgewiesene Funktionsstörungen der Hirndurchblutung in den hinteren Hirnabschnitten. Dazu kämen Beschwerden aufgrund einer geringgradigen posttraumatischen Bewegungseinschränkung der HWS sowie chronifizierte psychosomatische, unfallbedingte Beschwerden. Die von der Beschwerdeführerin ausgeübte Tätigkeit müsse als eindeutige Überbelastung angesehen werden, welche nur dank Aufbietung der letzten Reserven und unter Verzicht auf eine eigene Haushaltsführung möglich sei. Aus medizinischer wie auch aus psychologisch-psychiatrischer Sicht sei eine Reduktion der Arbeitsbelastung unbedingt notwendig, damit in absehbarer Zeit nicht eine völlige Dekompensation auftrete, und damit die doch erheblichen und die Beschwerdeführerin stark störenden Beschwerden reduziert werden könnten. Es sei eine bekannte Tatsache, dass bei traumatischen Hirnverletzungen teils relativ diffuse Beschwerden bei jeglicher Art von Überbelastung in grösserem Masse auftreten könnten, nach Reduktion der Belastung jedoch meist deutlich zurückgingen oder ganz verschwänden, was auch hier zu erwarten sei (Urk. 13/72.6 f.).

3.6. Auf die Zusatzfragen der Visana antwortete Dr. D. ____ am 29. Juli 1997 (Urk. 13/90), den Befund einer von der Z. ____ erwähnten posttraumatischen Belastungsstörung könne er nicht bestätigen. Weiter führte er aus, die unveränderten Affektstörungen sprächen für eine Fehlverarbeitung des Unfalls. Das von der Beschwerdeführerin gezeigte Vermeidungsverhalten sei als phobisch zu bezeichnen und wirke sich als zusätzlicher Stressor aus. Schliesslich hielt er dafür, dass die anankastische Persönlichkeitsstruktur für sich allein noch nicht krankheitswertig sei, sich jedoch im beruflichen Alltag dann umso stärker auswirke, wenn Unfallfolgen das allgemeine Leistungsvermögen verminderten. Die vormals hilfreichen Eigenschaften mit hoher Leistungs- und Verzichtsbereitschaft seien nach dem Unfall zu hemmenden Faktoren geworden, welche durch die chronische Überbelastung eine Besserung eher behindert als

gefördert hätten und damit zu einer Chronifizierung des Beschwerdebildes beigetragen hätten. Damit wirke sich die Persönlichkeitsstruktur mittelbar, durch die unfallbedingten Defizite und aufgrund weiterer, ergänzender Faktoren, auf das derzeit nur noch beschränkte Funktionieren am Arbeitsplatz aus.

3.7 Mit Schreiben vom 28. Oktober 1997 (Urk. 13/99) bekräftigte Dr. E.____ mit Verweis auf das Schreiben von Dr. D.____ vom 29. Juli 1997 (Urk. 13/90) und das Gutachten vom 8. März 1996 (Urk. 13/68-71), selbst ohne die psychosomatischen Folgen (phobische Entwicklung bei anankastisch strukturierter Persönlichkeit mit hoher Leistungs- und Verzichtsbereitschaft) müsse davon ausgegangen werden, dass die erhebliche Gleichgewichtsstörung, die leichte Beeinträchtigung mit signifikanter Verlangsamung der linksseitigen Armmotorik, die leichten bis mittelschweren posttraumatischen neuropsychologischen Funktionsstörungen (Konzentrationsstörungen, herabgesetzte Daueraufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsschwankung) sowie eine geringgradige posttraumatische Bewegungseinschränkung der HWS persistieren würden. Diese seien auf die sehr wahrscheinlich erfolgte organische Hirnschädigung anlässlich des Unfalls zurückzuführen.

3.8 Dr. B.____, die die Beschwerdeführerin seit dem 11. Februar 1998 psychiatrisch betreute, führte in ihrem Bericht vom 18. August 1998 (Urk. 13/127) aus, es bestünde ein chronisches Schmerzsyndrom, neuropsychologische Funktionsstörungen und eine Angstsymptomatik im Sinne einer reaktiven phobischen Entwicklung bei einem Status nach einer milden traumatischen Hirnverletzung und einem HWS-Distorsionstrauma am 12. Juli 1989. Für die Beeinträchtigung in beruflicher Hinsicht sei die psychische Störung von untergeordnetem Stellenwert. Sie werde allerdings durch die Wechselwirkung Schmerz-Angst sowie durch die zeitliche Belastung und Anforderung am Arbeitsplatz in ungenügender Weise unterhalten. Eine Arbeitsfähigkeit sei lediglich in einem reduzierten Ausmass von 75 % gegeben, limitierend seien vorwiegend die schmerzhaften Beschwerden sowie die neuropsychologischen Defizite.

E. 4

4.1 Am 26. und 27. April 2010 wurde die Beschwerdeführerin durch die C.____ psychiatrisch, neurologisch, neuropsychologisch, und chirurgisch-traumatologisch/manualmedizinisch untersucht. Das schriftliche Gutachten wurde am 24. Juni 2010 (Urk. 13/215) erstellt.

Als unfallbedingte Diagnosen wurden genannt:

Treppensturz am 12. Juli 1989 mit/bei:

- ICD-10 S00.95 Contusio capitis, ohne nachweisbaren zerebralen Schaden

- ICD-10 S13.4 Distorsion/Kontusion der HWS

- diverse andere Prellungen

- mit kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeit und primär folgenloser Ausheilung

- iatrogen ausgelöstester Fehlverarbeitung und psycho-physischer Symptomausweitung (im Sinne einer pan-korporalen Befindlichkeitsstörung) aufgrund der Fehldiagnose eines MTBI mit neuropsychologischen Defiziten, die heute nicht mehr nachweisbar sind, sowie

falsch interpretierter radiologischer Befunde der Kopfgelenke.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Folgende unfallfremde Diagnosen wurden gestellt:

-Ä ICD-10 F60.6Ä Ä Ä Ä Ä Ängstliche Persönlichkeitsstörung

-Ä ICD-10 F.60.5Ä Ä Ä Ä Ä Anankastische Persönlichkeitsstörung

-Ä ICD-10 G25.0Ä Ä Ä Ä Ä Essentieller Tremor der linken oberen Extremität mit eingeschränkter Feinmotorik, bestehend seit der Jugend

-Ä ICD-10 G56.0Ä Ä Ä Ä Ä Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom links, allerdings mit nicht konklusiven klinischen Befunden

-Ä ICD-10 M75.4Ä Ä Ä Ä Ä Impingement der rechten Schulter mit geplanter Operation in der Schulthess Klinik

-Ä ICD-10 R42Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schwindel unklarer Genese

-Ä ICD-10 F45.33Ä Ä Ä Ä Verdacht auf psychogene Hyperventilationstetanie.

4.2Ä Ä Ä Ä Zum Zeitpunkt der Begutachtung in der C.____ klagte die Beschwerdeführerin, sie habe Konzentrationsschwierigkeiten am Arbeitsplatz. Sie sei schon seit 21 Jahren in derselben Firma, deshalb könne sie sich relativ gut "durchschummeln". Sie notiere sich immer sehr viel, um nichts zu vergessen. In Sitzungen werde ihr schwindlig, wenn sie zu lange nach links schauen müsse. Wenn sie vom Stuhl aufstehe, habe sie das Gefühl, nach vorne zu fallen. In Workshops oder bei Gruppenarbeiten mit Flipcharts entwickelten sich Blockierungen im Nacken und im Brustwirbelbereich, vor allem, wenn sie etwas präsentieren müsse. Sie könne dies dann nicht machen und man helfe ihr. Diese Probleme traten unter Stress verstärkt auf. Wenn sie sich mit Gewichten belaste, z.B. einen Liter Orangensaft trage, komme es zu Blockierungen sowohl im Nacken als auch in der Brustwirbelsäule. Wenn sie Ordner hochhebe, beginne der Nackenschmerz, der dann nach oben, aber auch nach unten ausstrahle. Wenn sie etwas aus dem Bücherregal herausnehmen müsse und dabei den Kopf nach rechts zum Bücherregal abdrehe, werde ihr schwindlig. Die Falzmaschine im Büro sei für sie zu laut, die Geräusche lösten Schwindel und Übelkeit aus. Auch der Lärmpegel in Restaurants sei zu hoch, es komme ebenfalls zu Schwindel und Übelkeit. Sie habe von Anfang an auch einen Tinnitus gehabt, den sie jedoch nie angegeben habe. Beim Einschlafen mache sich dieser bemerkbar. Der Tinnitus bewirke auch, dass sie mit den Leuten zu laut rede.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit Jahren habe sie darüber hinaus Atemnot. Wenn der Wirbel hinten nicht gerade stehe, entwickle sich diese. Dieses Gefühl steige auf und die Ohren würden ganz heiss. Wenn der Brustwirbel schmerze, entwickle sich die Angst, dass sie nicht mehr atmen könne. Die Schmerzen im Nacken ordnete sie zwischen 4-9 ein, wenn zusätzlich Atemnot einträte, sei der Schmerz zwischen 7-10 (auf einer visuellen Analogskala VAS; 0=kein Schmerz, 10=maximal empfundener Schmerz). Dies komme vor allem vor, wenn sie zwei bis drei Dinge auf einmal erledigen müsse, manchmal erlebe sie dies aber auch im Haushalt. Sie sei nie vollständig schmerzfrei (vgl. Ziff. 2.3, S. 16 f.).

4.3Ä Ä Ä Ä Die Gutachter beschrieben das Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung durchgehend als kooperativ. Sie habe sich auskunftsbereit gezeigt und die Beschwerden sachlich geschildert. Die Stimmungslage sei während der Untersuchung ausgeglichen gewesen (vgl. 4.1.1, S. 22; 4.1.3, S. 25; 4.1.4, S. 27; 4.2, S. 28).

wiederholen lassen. Auch klinisch habe keine fassbare psychomotorische Verlangsamung erhoben werden können. Insgesamt verfüge die Beschwerdeführerin aus neuropsychologischer Sicht über intakte kognitive Ressourcen, wobei insbesondere auch die verbalen Lern- und Gedächtnisleistungen im Normbereich lägen. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die früher diagnostizierten leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörungen jetzt nicht mehr nachweisbar seien, weshalb diesbezüglich von einer namhaften Verbesserung auszugehen sei.

4.7. Im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung (Urk. 13/215 S. 27 f. und Zusammenfassung S. 39 f.) durch Dr. med. K. ____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde darauf hingewiesen, dass in erster Linie Auffälligkeiten im Bereich des Ausdrucks- und Interaktionsverhaltens zu verzeichnen gewesen seien. Die Wahrnehmung, das Erleben, die kognitiv-emotionale Verarbeitung und die Reaktion der Beschwerdeführerin in Bezug auf äussere Situationen, Ereignisse und Belastungen sowie innere, körperliche Vorgänge erfolge mit phobischen und hypochondrischen Ängsten, Schon- und Vermeideverhalten, Überanpassung, multipler Symptombildung und multiplen Symptomklagen. Gerade was die Symptomklagen betreffe, so sei der Eindruck entstanden, dass diese bei der Beschwerdeführerin eine zentrale Funktion als "Transportvehikel" der Beziehungsgestaltung, der Kommunikation und auch für die intrapsychische Stabilität besässen, aber zweifellos für sie gleichzeitig auch quälend seien und persönliches Leid verursachten.

Ausgehend von einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung, die geprägt sei von Elementen einer anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägtem Perfektionismus, übermässiger Gewissenhaftigkeit und gemäss ICD-10 einer "unverhältnismässigen Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung bis zum Verzicht auf Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen sowie Gefühlen von starkem Zweifel und übermässiger Vorsicht". Gleichzeitig beständen auch Züge einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung, die gemäss ICD-10 durch Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit gekennzeichnet seien. Insbesondere falle dabei das Bedürfnis nach körperlicher Sicherheit ins Gewicht, das sogar den Lebensstil einschränke.

Diese Störung der Persönlichkeitsentwicklung habe ihre Wurzeln in der Kindheit und habe damit schon vor dem Unfall von 1989 bestanden. Aus der Soziobiographie werde deutlich erkennbar, dass gerade das Gesundheitsverhalten wie auch die allgemeine Leistungseinstellung von klein auf von den Eltern geprägt worden seien. Nur vor diesem Hintergrund sei die bunte Beschwerdeentwicklung seit dem Unfallereignis mit massiver Symptomausweitung über die Jahre verstehbar und als krankheitswertige neurotische Fehlentwicklung oder Fehlverarbeitung des Unfallereignisses einzuordnen. Die mehrere Jahre nach dem Unfall erfolgte Feststellung der Ärzte, dass Entscheidendes übersehen worden sei und sie ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma erlitten habe, sei ein gravierendes Element gewesen, um den Vorzustand von Ängstlichkeit und Sorge um die Gesundheit zu verdichten. Die Annahme der Gutachter von A. ____, dass sich mit einer Therapie und einer Leistungsreduktion etwas im Leben der Beschwerdeführerin verändern werde und sie sich wieder nach aussen mehr öffnen könne, habe sich nicht erfüllt. Man habe sie dadurch lediglich in ihren (medizinisch unbegründeten) Ängsten bestärkt und ihren auf Schonung ausgerichteten Lebensstil weiter zementiert.

Dies sei nicht erstaunlich, da Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihrer jahrzehntelangen Verankerung meistens therapieresistent seien.

4.8 Abschliessend hielten die Gutachter fest (Urk. 13/215 S. 43), die Rente sei inzwischen ein fester Bestandteil des durch Gefährdung von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit gekennzeichneten und durch das Bedürfnis nach körperlicher Sicherheit eingeschränkten Lebensstils der Beschwerdeführerin. Die Rentenzusprache habe aufgrund der heutigen Einschätzung auf nicht korrekten medizinischen Entscheidungen beruht, die jedoch zum Teil in den 90er Jahren einen hohen, aber wissenschaftlich nicht gesicherten Stellenwert gehabt hätten.

Die früher gutachterlich festgestellten somatischen wie auch neuropsychologischen Einschränkungen seien heute nicht mehr nachweisbar und liessen sich somit nicht organisch-strukturell begründen, sie würden jedoch von der Beschwerdeführerin als real empfunden. Es sei zu einer iatrogen induzierten Symptomausweitung auf der Basis der unfallvorbestehenden Persönlichkeitsstörungen gekommen. Es liege eine psychische Fehlentwicklung vor, wobei der Unfall vom 12. Juli 2019 eine Teilursache des heutigen Symptomkomplexes darstelle.

5. Es zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über dieselben Beschwerden klagt, wie im Zeitpunkt der Rentenzusprache. Während die gesundheitlichen Einschränkungen im Zeitpunkt der Rentenzusprache schwergewichtig mit den neuropsychologischen Befunden begründet wurden, räumen die Gutachter heute ein, dass sich die Beschwerden auf dem Boden einer durch die Folgebehandlung der Unfallursachen fehlgeleiteten Verarbeitung chronifiziert hätten. Die Beschwerden seien für die Beschwerdeführerin real, es handle sich dabei weder um eine Simulation noch um eine Aggravation.

Die Gutachter erachten den Unfall als teilsächlich für die heute bestehenden Symptome, die eine krankheitswertige neurotische Fehlentwicklung darstellten und an denen die Beschwerdeführerin zugegebenermassen leide. Dementsprechend kann nicht von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands gesprochen werden, weshalb sich eine revisionsweise Aufhebung der im Jahr 1996 zugesprochenen Rente nicht halten lässt.

Damit erbringt es sich, Dr. L.____ als sachverständige Zeugin zu befragen, da von ihrer Aussage kein weitergehender Erkenntnisgewinn zu erwarten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 I 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

6.

6.1 Im Rahmen der Beschwerdeantwort beantragte die Visana, selbst wenn die Voraussetzungen der Rentenrevision nicht erfüllt seien, sei die Rente im Sinne einer Wiedererwägung aufgrund zweifelloser anfänglicher Unrichtigkeit aufzuheben. Dies, weil die damaligen Beurteilungen revidiert worden seien und nicht als evidenzbasiert galten. Sie hätten im hier streitigen Fall zu falschen Schlussfolgerungen geführt.

6.2 Die ursprüngliche Rentenzusprache basierte auf dem Wissens- und Erkenntnisstand der 90er Jahre. Die Gutachter der C.____ hielten diesbezüglich fest, ihres Erachtens sei die Berentung aufgrund nicht korrekter medizinischer Entscheidungen erfolgt, die jedoch zur damaligen Zeit einen hohen, aber wissenschaftlich nicht gesicherten Stellenwert gehabt hätten. Eine unterschiedliche medizinische Würdigung alleine

genügt jedoch nicht, um eine einmal zugesprochene Rente als zweifellos unrichtig aufzuheben.

6.3 Weiter ist festzustellen, dass Dr. E. den Tremor der linken Hand fälschlicherweise als Unfallursache angesehen hatte, was weder aus damaliger noch aus heutiger Sicht korrekt ist, nachdem dieser bereits seit dem 16. Lebensjahr der Beschwerdeführerin bestand. Dem Tremor kam jedoch kaum ein wesentliches Gewicht bei der Bemessung der unfallbedingten Einschränkungen zu, weshalb auch diese Feststellung nicht genügt, um die ursprüngliche Rentenzusprache als zweifellos unrichtig anzusehen.

6.4 Schliesslich wurde im Gutachten dargelegt, aufgrund der seit 2002 gültigen MTBI-Diagnoserichtlinien könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 12. Juli 1989 keine MTBI erlitten habe. Zwar ist auch hier zuzugestehen, dass im Rahmen der kaum dokumentierten echtzeitlichen Unterlagen nie von einem Bewusstseinsverlust die Rede war und sich die Annahme eines solchen erst Jahre später in die Anamnese "eingeschlichen" hat, wie das die Gutachter auch aufzeigen. Darüber hinaus ist jedoch auch darauf hinzuweisen, dass die von den Gutachtern genannten Diagnoserichtlinien erst seit dem Jahr 2002 in der heutigen Form bestehen (vgl. Schäfer Johannes/Rita Schaumann-von Stosch, in: Neurologie 3/2007, S. 25 ff., S. 25) während davor keine Standard-Definition bestand (vgl. auch National Center for Injury Prevention and Control. Report to Congress on Mild Traumatic Brain Injury in the United States: Steps to Prevent a Serious Public Health Problem. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2003, abrufbar im Internet unter: <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/mtbi/mtbireport.pdf>). Damit erweist sich die Qualifizierung des Unfalls und der anschliessenden Beschwerden als MTBI als eine aufgrund des divergierenden damaligen und heutigen Erkenntnisstandes unterschiedliche Bewertung, die ebenfalls keine Wiedererwägung einer rechtskräftigen Verfügung rechtfertigt.

6.5 Somit zeigt sich insgesamt, dass auch die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente nicht gegeben sind.

7. Damit ist die Beschwerde gutzuheissen, und der Einspracheentscheid der Visana vom 10. Januar 2011 (Urk. 2) ist aufzuheben.

8. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 3'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer und allfällige Barauslagen).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 10. Januar 2011 aufgehoben.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und

MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Rudolf Gautschi

- Visana Services AG

- 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 verblichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.