

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00031 vom 11. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00031 du 11 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00031 del 11 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

1.2???? ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezogenerin oder eines Rentenbezogenen erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.3???? Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

2.1???? Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass die gutachterlichen Ergebnisse des Z.____-Gutachtens voll beweiskräftig seien (S. 5 Mitte). Im Z.____-Gutachten sei eine derart erhebliche gesundheitliche Verbesserung festgestellt worden, dass von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten sowie in einer Verweistätigkeit auszugehen sei. Demnach lägen massgebliche veränderte Verhältnisse vor und der sich daraus ergebende und vorzunehmende Einkommensvergleich ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 0 % (S. 4 Mitte).

2.2???? Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert habe, so dass die Voraussetzungen für eine Revision der ursprünglichen Verfügung nicht gegeben seien. Das Z.____-Gutachten, welches nicht von der Beschwerdegegnerin angeordnet worden sei und daher auch keine UVG-spezifische Fragestellung gehabt habe, erfülle die Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG für eine Revision nicht. Des Weiteren sei das Z.____-Gutachten mangelhaft. Die konkreten Gutachter seien befangen und hätten somit kein objektives Gutachten abgeliefert. Schliesslich handle es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (S. 2 f.).

???????? Mit Replik vom 14. Mai 2012 (Urk. 17) hielt die Beschwerdeführerin fest, die Versicherten hätten in den UVG-Verfahren praxisgemäss ein stärkeres Mitspracherecht gehabt, was dazu geführt habe, dass in der Regel keine Gutachtaufträge an MEDAS-Stellen vergeben worden seien, welche einen bekannt schlechten Ruf hätten (S. 3 Mitte). Dass die Einwendungen gegen die Gutachterstelle nicht an den Haaren herbeigezogen gewesen seien, habe auch die Anklage gegen den auch im vorliegenden Fall als Gutachter federführenden Dr. A.____ gezeigt (S. 4 oben). Hätte die Beschwerdegegnerin richtigerweise ein eigenes Gutachten erstellt, so wäre dieses zu einem vollständig abweichenden Resultat gekommen (S. 4 f.). Dass das Z.____-Gutachten mangelhaft sei, ergebe sich auch aus dem eingeholten B.____-Gutachten von Prof. Dr. C.____ (S. 4 Mitte und S. 5 ff.).

2.3???? Streitig und zu prüfen ist, ob wegen einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen für eine Revision der laufenden (Komplementär-)Rente gegeben sind. Zeitliche Vergleichsbasis zu den mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2011 beurteilten Verhältnissen bildet der Sachverhalt, auf dessen Grundlage mit Verfügung vom 29. März 2005 die Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % zugesprochen worden war.

E. 3

3.1???? Der ursprünglichen Rentenzusprache lagen folgende Berichte zugrunde:

3.2???? Dr. med. D.____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin, erstellte am 16. Juli 2001 ein vertrauensärztliches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/M18). Sie nannte folgende Diagnosen (S. 3 unten):

- Status nach stumpfem HWS-Trauma und ?mild brain injury? im März 2000 mit
- chronischer Cephalea
- neuropsychologischen Funktionsstörungen

- chronischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom
- depressiver Entwicklung
- Periarthropathia humeroscapularis chronica tendopathica links

??????? Dr. D. ___ hielt fest, die Beschwerdeführerin sei in ihrem jetzigen Gesundheitszustand nicht arbeitsfähig. Mit einem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit sei in nächster Zeit nicht zu rechnen. Nachdem die Beschwerdeführerin anlässlich der ersten Konsultation in ausweglos depressiver Stimmung für keine Vorschläge empfänglich schien, habe sich ihre Stimmung zwischenzeitlich unter antidepressiver Medikation soweit aufgehellt, dass sie selbst weitere Behandlungsmassnahmen evaluieren wolle. Angesichts der noch sehr unsicheren Prognose werde eine vorläufig befristete Invalidenpensionierung und eine vertrauensärztliche Überprüfung in etwa vier Monaten empfohlen (S. 4).

3.3???? Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Neurologie, führte im Bericht vom 8. November 2001 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/M20) aus, der Verlauf sei nach wie vor schlecht. Die Beschwerdeführerin beklage anhaltende Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich und Schulterschmerzen links. Gesamthaft habe sich das Schmerzbild teilweise zurückgebildet, zugenommen habe indessen die depressive Symptomatik (S. 1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage immer noch 100 % (S. 2).

3.4???? Dr. med. F. ___, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte am 22. Mai 2003 ein Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/M25). Er diagnostizierte eine anhaltende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, sowie eine neurotische Störung (Ziff. 4). Die Grundstimmung der Beschwerdeführerin sei ausgesprochen depressiv, ständig kämpfe sie gegen die Tränen. Sie fühle sich ihrem Schicksal, ihren Beschwerden völlig ausgeliefert, ohne Hoffnung auf Besserung. Auch fühle sie sich von den Ärzten nicht verstanden. Ein mangelndes Selbstwertgefühl sei offensichtlich, die Belastung durch die Vergangenheit stark spürbar. Bereits nach einer halben Stunde Befragung habe die Beschwerdeführerin offensichtlich mehr Mühe sich zu konzentrieren (Ziff. 3). Auslöser der psychischen Krankheit sei der Unfall gewesen (Ziff. 5.1). Durch den Unfall habe sich ein psychischer Vorzustand verschlimmert (Ziff. 5.7). Eine berufliche Tätigkeit sei der ausgeprägt depressiven Beschwerdeführerin zur Zeit nicht zumutbar, auch nicht teilweise (Ziff. 6.1). Eine konstante, zuverlässige Leistung könne sie nicht erbringen. Zudem sei die affektlabile und nicht belastbare, sich vor Menschen ängstigende Frau nicht vermittelbar (Ziff. 6.2).

3.5???? Dr. med. G. ___, Spezialärztin FMH für Neurologie, erstellte am 25. Mai 2003 ein Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/M27). Sie nannte folgende Diagnosen (S. 6 Mitte):

- Status nach Commotio cerebri und Status nach Rissquetschwunde am Kopf (27.03.00)
- vasomotorische Kopfschmerzen
- Zervikobrachialsyndrom, vorwiegend tendomyotisch
- Periarthropathia humeroscapularis chronica links
- depressive Verstimmung (Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung)

??????? Dr. G. ___ hielt fest, dass eine ausserordentliche Divergenz der anamnestisch angegebenen Klagen mit den klinischen Untersuchungsbefunden bestehe. Der Zustand der

Beschwerdeführerin könne nur erklärt werden, wenn eine psychische Komponente in Betracht gezogen werde (S. 7 unten). Die Beschwerdeführerin sei im Moment nicht arbeitsfähig. Sie sei in keiner Art und Weise belastungsfähig (Ziff. 6.1). Eine psychotherapeutische Behandlung wäre dringend indiziert. Eine medikamentöse Behandlung wäre unbedingt zu erwägen (Ziff. 7.2).

3.6???? Lic. phil. H.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, berichtete der Beschwerdegegnerin am 20. Mai 2004 über die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 7/M34). Lic. phil. H.____ gab an, die Beschwerdeführerin wirke nervös, unruhig, affektiv labil, weine mehrmals haltlos bei der Konfrontation mit den nach wie vor bestehenden Einschränkungen und scheine von einer konstruktiven Verarbeitung der veränderten Lebenssituation noch weit entfernt zu sein. Bei der neuropsychologischen Untersuchung habe sich ein durchschnittliches Gesamtleistungsniveau ergeben. In der Aufmerksamkeit / Konzentrationsfähigkeit zeigten sich namhafte Einbußen, wenn die Beschwerdeführerin unter höherem (Zeit-)Druck stehe (S. 5). Gesamthaft bestehe eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung. Ursächlich sei diese als multifaktoriell bedingt einzustufen (Schmerzen, psychische Faktoren, leichter hirnorganischer Faktor). Die rein neuropsychologisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schätzte lic. phil. H.____ auf 25 % (S. 6).

3.7???? Insbesondere gestützt auf die Berichte von Dr. G.____, Dr. F.____ und lic. phil. H.____ sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. März 2005 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % per 1. Juni 2004 zu (Urk. 7/G79).

E. 4

4.1???? Die aktuellen medizinischen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin folgendes Bild:

4.2???? Die Ärzte des Medizinischen Zentrums Z.____ (Z.____) erstatteten am 11. April 2011 ein interdisziplinäres Gutachten zuhanden der Invalidenversicherung (Urk. 15/1-47). Dieses basiert auf einer internistischen, einer rheumatologischen, einer neurologischen sowie einer psychiatrischen Beurteilung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1). Die begutachtenden Ärzte stellten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 39 Ziff. 6.1). Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 39 Ziff. 6.2):

- chronifizierte bewegungs- und belastungsabhängige zervikovertebrale Missempfindungen mit/bei
- Fehlhaltung (Schultertiefstand links, Schulterhochstand rechts) mit konsekutiver, korrigierbarer Skoliosebildung
- Dysbalancen in der Schultergürtelregion links sowie parazervikal links
- Streckhaltung der oberen HWS mit Osteochondrose C6/C7
- ohne Hinweise weder für die Facettengelenks- noch radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik
- MRI-dokumentierte foraminale Stenose C5/C6 rechts ohne nachweisliche Nervenwurzelirritation

- bewegungs- und belastungsabhängige, intermittierend auftretende lumbovertebrale Missempfindungen mit/bei:

- beginnenden degenerativen Veränderungen im Bereiche L4 bis S1

- mögliche Migräne

???????? Die Z.____-Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin beklage vor allem therapieresistente, subjektiv limitierende Missempfindungen betont im linken Schultergürtel- und Parazervikalbereich mit zeitweise Missempfindungen fortgeleitet im linken Arm und belastungsabhängigen lumbovertebralen Beschwerden. Sie leide vor allem unter den HWS-Beschwerden, die im Liegen und unter Eisbeutelapplikationen besser kontrolliert seien, etwa alle vier Monate würde zusätzlich eine lumbovertebrale Schmerzproblematik auftreten. Unter regelmäßigem Fitnessprogramm, Aquafit und regelmäßigen Spaziergängen mit dem Hund könne sie die Beschwerden wesentlich besser kontrollieren. Psychisch gehe es ihr gut, sie habe keine eigentlichen psychischen Probleme. Aufgrund der Schmerzen fühle sie sich einfach erschöpft und müde (S. 42 Ziff. 7.3).

???????? Die allgemein-internistische Untersuchung der Beschwerdeführerin zeigte einen unauffälligen Allgemeinzustand. Die klinische Untersuchung war altersentsprechend normal, ebenso ergaben sich durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen (S. 42 unten).

???????? Der rheumatologische Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin nehme eine Schonhaltung mit einem Schultertiefstand links respektive Schulterhochstand rechts ein, was zu einer scheinbaren Muskelatrophie mit funktioneller Skoliosierung führe, was aber korrigierbar sei. Im linken Schultergürtelbereich fänden sich Weichteildruckpunkte, die reproduzierbar seien - wenn auch inkonstant -, so dass man in dieser Region von einer Belastbarkeitseinschränkung ausgehen müsse. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik fehle. Auf der rechten Seite, auf welcher im MRI (Magnetresonanztomographie) der HWS die signifikanten Befunde lokalisiert seien, sei die Beschwerdeführerin praktisch beschwerdefrei. An der Lendenwirbelsäule (LWS) beständen nicht reproduzierbare, inkonstant angegebene Bewegungsbeschwerden ohne Befunde, die keine relevante Einschränkung begründen würden. Entsprechend seien die radiologischen Befunde an der lumbalen Wirbelsäule im Sinne von diskreten degenerativ beginnenden Veränderungen gering ausgeprägt. Die degenerativen Veränderungen an der HWS seien deutlich fortgeschrittener. Während der Untersuchung und Besprechung sei eine konstante Weinerlichkeit aufgefallen. Die Beschwerdeführerin habe denn auch erwähnt, dass sie immer spontan weinen müsse, sie könne nicht angeben warum. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht müsse ein invaliditätswürdiges Leiden verneint werden, bei Einhalten von Schonkriterien sei der Beschwerdeführerin ein volles Pensum mit voller Arbeitsfähigkeit zuzumuten. Dies gelte aus somatisch-rheumatologischer Sicht auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kanzleisekretärin bei der Stadt Y.____ (S. 25 f.).

???????? Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, die Untersuchung ergebe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen. Für die von der Beschwerdeführerin beklagten Nackenschmerzen und motorischen sowie sensiblen Störungen der linken Körperhälfte finde sich in der körperlichen Untersuchung kein ausreichendes Korrelat. Angesichts der anamnestisch angegebenen begleitenden Lichtempfindlichkeit im Rahmen der hemikraniellen Schmerzausbreitung könne

differentialdiagnostisch auch an eine Migräne gedacht werden. Der schriftliche Befund der zerebralen Bildgebung vom Januar 2011 beschreibe eine rechts-pontine Läsion, so dass die beklagte Symptomatik trotz des klinischen Befundes und fehlender anamnestischer Hinweise auf einen stattgehabten pontinen Infarkt im Sinne einer organischen Kernstörung interpretiert werden könne. Eine klinisch relevante behindernde Störung in Form einer manifesten Hemiparese liege jedoch nicht vor. In Bezug auf die anamnestisch angegebenen linksseitigen Schulterschmerzen bestehe kein Anhalt für eine neurogene Störung (S. 30 f.).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe die Beschwerdeführerin nicht über eigenständige psychiatrische Beschwerden, sondern mehrheitlich über bestehende Beeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Schmerzen berichtet. Die berichtete Symptomatologie reiche nicht aus, um eine eigenständige, anhaltende psychiatrische Störung zu attestieren. In der Vergangenheit sei ärztlicherseits wiederholt von einer gewissen depressiven Entwicklung sowie von einer depressiven Störung berichtet worden. Aus gutachterlicher Sicht könne die Diagnose einer depressiven Störung mit eigenständigem anhaltendem Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht (mehr) bestätigt werden. Es finden sich gemäss ICD-10 keine richtungsweisenden Aspekte für eine depressive Störung. Die Beschwerdeführerin zeige sich freundlich und situationsangepasst, punktuell leicht bedrückt. Von dieser situationsbezogenen Bedrücktheit lasse sie sich jedoch rasch durch Themenwechsel ablenken. Die klagsame Stimmung stelle sich somit als sehr oberflächlich dar. Die Freudefähigkeit sei vollständig erhalten. Der Antrieb sei unauffällig. Klinisch zeigten sich keine Anhaltspunkte für Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen. Auch eine Erschöpfungstendenz oder eine pathologisch erhöhte Müdigkeit werde in der gutachterlichen Untersuchung nicht festgestellt. Bei der Kommunikation in interpersonellen Aktionen werde zu keiner Zeit eine Auffälligkeit festgestellt. Die berichteten Schlafstörungen (nächtliche Aufwachphasen) bringe die Beschwerdeführerin selber mit der Schmerzsymptomatik in Verbindung. Ein Morgentief oder eine andere depressionstypische Schlafstörung liege nicht vor. Es könne retrospektiv nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass in der Vergangenheit eine gewisse depressive Symptomatologie oder auch depressive Störung erkennbar gewesen sei. In der Vergangenheit sei mehrfach ärztlicherseits auf eine eventuell bestehende somatoforme Schmerzstörung oder somatische Fehlverarbeitung hingewiesen worden. Zum aktuellen Zeitpunkt wie auch retrospektiv aufgrund der vorliegenden Aktenlage und der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin könne gutachterlich eine somatoforme Schmerzstörung nicht bestätigt werden. Bei der Beschwerdeführerin sei ein gewisses organisches Korrelat für die Schmerzsymptomatik vorhanden, wobei dieses nicht gänzlich das Ausmass der beklagten Beschwerden erklären könne. Sie falle in erster Linie mit gewissen defizit- und beschwerdeorientierten Angaben auf. Hingegen sei sie gemäss dem von ihr beschriebenen Tagesaktivitätsniveau durchaus in der Lage, sich von der Schmerz-symptomatik zu distanzieren (S. 31 ff.).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aktuell in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sekretärin zu 100 % arbeitsfähig (S. 44 Ziff. 7.4). Aus rheumatologischer, internistischer und neurologischer Sicht habe eine Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit nie bestanden, eine solche könne auch retrospektiv nicht bestätigt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne nicht ausgeschlossen werden, dass passager eine depressive Symptomatologie vorgelegen haben könnte. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen allerdings keine Hinweise mehr für eine

psychiatrische Störung vor. Es könne daher grundsätzlich von einer Zustandsverbesserung ausgegangen werden (S. 44 f. Ziff. 7.5). Die Beschwerdeführerin sei ihrem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechend für alle Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig, allerdings unter Berücksichtigung gewisser Schonkriterien. Dies bedeute: Kein repetitives Gewichte heben über 10-15 kg, keine repetitiven vornüber gebückten Stellungen, keine Extensionsstellung in der HWS, keine feucht-kalte Exposition und idealerweise Wechsel zwischen sitzender und stehender Position (S. 45 Ziff. 7.7).

4.3.3.3 Dem Bericht der Ärzte des Universitätsospitals I.____ (I.____), Rheumaklinik, vom 28. März 2012 (Urk. 18/3) sind im Wesentlichen folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1):

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, fraglich intermittierend lumboradikuläres Reizsyndrom L5 links mit/bei
- grosser breitbasiger Diskushernie L4/5 mit recessaler Komprimierung der Nervenwurzeln L5 beidseits (MRI LWS 29.02.12)
- deutlicher Spinalkanalstenose L4/5 (MRI LWS 29.02.12)
- leichtgradiger linkskonvex-skoliotischer Fehlhaltung
- zervikospondylogenes Schmerzsyndrom links
- Status nach direktem Trauma
- MRI HWS 26.11.10: mediolaterale Diskushernie C5/C6 rechts, mässige bis deutliche ossäre Einengung des Foramen intervertebrale C5/C6 rechts, Irritation Wurzeln C6/C7 möglich; mässige Osteochondrose C5/C6, deutliche Osteochondrose C6/C7; bilaterale Uncovertebralarthrosen
- depressive Entwicklung
- chronische kleine ischämische Läsion pontin rechts, am ehesten lakunär (MRI Schäd. 20.01.11)

3.3.3.3 Die untersuchenden Ärzte gaben an, die Zuweisung der Beschwerdeführerin sei zur Beurteilung der chronisch lumbalen Schmerzen erfolgt. Anamnestisch bestanden die lumbalen Schmerzen seit einem direkten Trauma im Jahr 2000. Seit diesem Unfall habe die Beschwerdeführerin zwei- bis dreimal pro Woche Wasserturnen und Pilates gemacht, was ihr sehr gut geholfen habe. Die lumbalen Schmerzen seien trotzdem wieder aufgetreten, jedoch habe sie diese im Allgemeinen gut im Griff gehabt. Seit August 2011 könne sie sich das Wasserturnen und das Pilates nicht mehr leisten, da ihr die Invalidenrente gestrichen worden sei. Aktuell habe sie deshalb gar keine Therapie mehr und konsekutiv vor allem lumbal verstärkte Schmerzen. Eine Schmerzverstärkung erfolge nach einer Gehstrecke von wenigen Metern, beim Geradeaufrichten, beim Husten und Niesen und teilweise auch im Sitzen (S. 1 f.). Die verschiedenen Therapieoptionen, insbesondere die Möglichkeit einer Infiltration bei Spinalkanalstenose, seien mit der Beschwerdeführerin besprochen worden. Sie wolle vorerst von einer Infiltration absehen (S. 2 unten).

E. 5

5.1.3.3 Neben dem Z.____-Gutachten vom April 2011 dokumentiert lediglich der Bericht der Ärzte der Rheumaklinik des I.____ vom März 2012 die aktuelle gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin. Die Ärzte des I.____ äusserten sich jedoch nicht zur Arbeitsfähigkeit.

5.2???? Die ausf?hrliche Expertise der ?rzte des Z.____ setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeintr?chtigungen auseinander und ber?cksichtigt insbesondere auch s?mtliche bis dahin angefallenen ?rztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt erscheint das Z.____-Gutachten nachvollziehbar und vermag zu ?berzeugen.

???????? Die Z.____-Gutachter konnten keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit stellen. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht definierten sie gewisse Schonkriterien: kein repetitives Gewichte heben ?ber 10-15 kg, keine repetitiven vorn?ber geb?ckten Stellungen, keine Extensionsstellung in der HWS, keine feucht-kalte Exposition und idealerweise Wechsel zwischen sitzender und stehender Position. Unter Ber?cksichtigung dieser Anforderungen an eine Arbeitst?tigkeit hielten sie die Beschwerdef?hrerin f?r 100 % arbeitsf?hig, so auch in ihrer bisherigen T?tigkeit als Sekret?rin. In Bezug auf die lumbalen Beschwerden war von gering ausgepr?gten radiologischen Befunden an der lumbalen Wirbels?ule im Sinne von diskreten degenerativ beginnenden Ver?nderungen die Rede. Dem Bericht der ?rzte der Rheumaklinik des I.____ vom M?rz 2012 - mehr als ein Jahr nach der Z.____-Begutachtung - ist nun ein Korrelat f?r die lumbalen Schmerzen der Beschwerdef?hrerin zu entnehmen. So fanden sich im MRI der LWS vom 29. Februar 2012 eine deutliche Spinalkanalstenose L4/5 sowie eine grosse breitbasige Diskushernie L4/5. Eine Arbeitsunf?higkeit wurde der Beschwerdef?hrerin indessen nicht attestiert. Vielmehr wurden Therapieoptionen diskutiert. Angesichts der Tatsache, dass die Therapiem?glichkeiten noch nicht ausgesch?pft sind, ist (noch) nicht von einem dauernden Gesundheitsschaden auszugehen. Nach dem Gesagten steht der zeitlich sp?tere Bericht des I.____ der Beurteilung im Z.____-Gutachten nicht entgegen, sondern kann mit diesem in Einklang gebracht werden.

5.3???? Wie sich aus den fr?heren Berichten ergibt, erfolgte die urspr?ngliche Rentenzusprache im Wesentlichen gest?tzt auf die psychischen Beschwerden. Der Psychiater Dr. F.____ diagnostizierte im Mai 2003 eine mittelgradige depressive St?rung mit somatischen Symptomen sowie eine neurotische St?rung und kam zum Schluss, dass der Beschwerdef?hrerin eine berufliche T?tigkeit nicht zumutbar sei. Die Internistin Dr. D.____ f?hrte bereits im Juli 2001 die depressive Stimmung der Beschwerdef?hrerin an und der Neurologe Dr. E.____ berichtete im November 2001 ?ber eine Zunahme der depressiven Symptomatik. Im Mai 2003 f?hrte die Neurologin Dr. G.____ aus, dass die Beschwerdef?hrerin in keiner Art und Weise belastungsf?hig sei und eine psychotherapeutische Behandlung dringend indiziert w?re. Der Neuropsychologe Dr. H.____ stellte im Mai 2004 eine neuropsychologische Funktionsst?rung fest, welche die Arbeitsf?higkeit um 25 % einschr?nke und unter anderem auch auf psychischen Faktoren beruhe. Damit zeigt sich, dass die psychischen Beschwerden bei der urspr?nglichen Rentenzusprache stark im Vordergrund standen. Ob die genannten Befunde und Beschwerden aus heutiger Sicht zu einer 100%igen Arbeitsunf?higkeit f?hren w?rden, ist fraglich. Die urspr?ngliche Rentenverf?gung ist indessen nicht zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG.

???????? Im Rahmen der Begutachtung am Z.____ vom Januar 2011 konnte keine eigenst?ndige, anhaltende psychische St?rung festgestellt werden. Die Gutachter hielten fest, dass die Kriterien f?r die Diagnose einer depressiven St?rung wie auch diejenigen f?r die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzst?rung nicht erf?llt seien. Dies ist angesichts der genannten Befunde nachvollziehbar. Des Weiteren steht die Beschwerdef?hrerin aktuell nicht in psychotherapeutischer Behandlung, und nimmt - im

Gegensatz zu früher (vgl. Bericht Dr. D. ____, E. 3.2) - auch keine Antidepressiva mehr ein. Insgesamt bestehen keine Hinweise auf aktuell noch vorliegende massgebliche psychische Beeinträchtigungen. Somit ist aus psychiatrischer Sicht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Dass die Ärzte des Z. ____ retrospektiv eine eigenständige psychiatrische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit für wenig wahrscheinlich hielten (vgl. Urk. 15/1-47 S. 38), vermag nichts daran zu ändern, zumal die Beurteilung eines acht Jahre zurückliegenden psychiatrischen Gesundheitszustandes naturgemäss nur sehr vage ausfallen kann.

5.4???? Die Beschwerdeführerin machte in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten geltend, die psychiatrische Gutachterin des Z. ____ habe unterschlagen, dass sie während der Exploration das spontane, unkontrollierte Weinen gezeigt habe (Urk. 1 S. 20). Während der Rheumatologie über ein wiederkehrendes Weinen berichtete (rheumatologisches Gutachten, Urk. 15/53-58 S. 5 f.), fehlen im psychiatrischen und im neurologischen Teil des Z. ____-Gutachtens entsprechende Angaben. Da es sich indessen um drei verschiedene Teilgutachten handelte, ist es durchaus möglich, dass die Beschwerdeführerin nicht bei allen drei Untersuchungen weinen musste.

5.5???? Die Beschwerdeführerin reichte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Beurteilung von Prof. Dr. med. C. ____, Neurologie FMH, Institut B. ____ (B. ____), vom 10. Mai 2012 (Urk. 18/2) ein. Prof. C. ____ nahm Stellung zum Z. ____-Gutachten und kritisierte insbesondere die Teilgutachten der Fachgebiete Neurologie und Rheumatologie (mangelhafte Anamnese, unzureichende Würdigung der Vorakten) sowie die fehlende Unterschrift der Hauptgutachterin (S. 7 f.). Diese Kritik vermag das Z. ____-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. So erfolgte im rheumatologischen Teilgutachten eine eigene Anamnese (Urk. 15/53-58 S. 1 f.) und im neurologischen Teilgutachten wurde betreffend Anamnese und Akteninhalt auf das ausführliche Hauptgutachten verwiesen (Urk. 15/48-52 S. 1). Die Beurteilungen erfolgten somit in Kenntnis der Vorakten und die Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Soweit die fehlende Unterschrift der Hauptgutachterin bemängelt wurde, ist auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin zu verweisen (Urk. 21 S. 4). Schliesslich ist festzustellen, dass Prof. C. ____ das vorliegend wesentliche psychiatrische Teilgutachten - mit Ausnahme der retrospektiven Einschätzung - nicht beanstandete (vgl. Urk. 18/2 S. 6 f.). Soweit er festhielt, die psychiatrische Gutachterin habe die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt, ist dies nicht zutreffend.

5.6???? Die Beschwerdeführerin kritisierte weiter, dass die Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres auf das IV-Gutachten habe abstellen dürfen, sondern ein eigenes umfassendes Gutachten mit der UVG-spezifischen Fragestellung hätte erstellen lassen müssen (Urk. 1 S. 3 f.).

???????? Vorab ist festzuhalten, dass der Invaliditätsbegriff in der Invalidenversicherung grundsätzlich mit demjenigen in der obligatorischen Unfallversicherung (und in der Militärversicherung) übereinstimmt, weshalb die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbstständig vorzunehmen ist, mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden im Regelfall zum selben Ergebnis zu führen hat (BGE 126 V 288 E. 2.a). Angesichts dessen ist auch nicht einzusehen, weshalb ein Gutachten aus dem Invalidenversicherungsverfahren nicht im Verfahren der Unfallversicherung berücksichtigt werden kann. Die Beschwerdeführerin führte selbst aus, dass medizinische Informationen aus anderen Sozialversicherungen vom Unfallversicherer zu berücksichtigen

sind (Urk. 1 S. 4 unten). In Anbetracht des Ergebnisses erbringt sich vorliegend eine UVG-spezifische Fragestellung, kamen die Z.____-Gutachter doch zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden habe.

5.7.7.7.7.7.7. Des Weiteren erhob die Beschwerdeführerin Einwände gegen das Begutachtungsinstitut Z.____ als solches sowie den federführenden Dr. A.____ (Urk. 1 S. 12 f.; Urk. 17 S. 4).

7.7.7.7.7.7.7. In BGE 137 V 210 nahm das Bundesgericht Stellung zur in einem Rechtsgutachten vom 11. Februar 2010 (Gutachten Müller/Reich) erhobenen Kritik an der Rechtsprechung zum Beweiswert von Expertisen der Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) unter konventions- und verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten. Dabei gelangte es zum Schluss, dass die Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute wie die MEDAS in der schweizerischen Invalidenversicherung sowie deren Verwendung im Gerichtsverfahren an sich verfassungs- und konventionskonform ist (E. 2.1-2.3). Andererseits bejahte es die Notwendigkeit von Korrekturen. Auf administrativer Ebene sollen eine Vergabe von MEDAS-Gutachten nach dem Zufallsprinzip erfolgen (E. 3.1), eine Mindestdifferenzierung des Gutachtenstarifs Platz greifen (E. 3.2), die Qualitätsanforderungen und -kontrolle verbessert und vereinheitlicht (E. 3.3) sowie die Partizipationsrechte gestärkt werden (E. 3.4). IV-Stelle und versicherte Person sollen inskünftig bestrebt sein, sich über die Vergabe des Auftrags zur Begutachtung zu einigen (E. 3.1.3.3 und E. 3.4.2.6). Hinsichtlich der Fälle, in denen eine Einigung nicht zustande kommt, sei die Anordnung, eine Expertise einzuholen, in die Form einer Verfügung zu kleiden. Diese Zwischenverfügung könne bei Bejahung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils unter Erhebung aller gesetzlich vorgesehenen Rügen rechtlicher und tatsächlicher Natur angefochten werden. Nach wie vor gerügt werden könnten (personenbezogene) Ausstandsgründe. Nicht gehört werden können indessen das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS (E. 3.4.2.7). Im Weiteren führte das Bundesgericht aus, dass der versicherten Person - unter Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung (BGE 133 V 446) - ein Anspruch einzuräumen sei, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern (E. 3.4.2.9).

7.7.7.7.7.7.7. Die Begutachtung der Beschwerdeführerin am Z.____ erfolgte im Januar 2011, mithin vor dem zitierten Entscheid des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, weshalb die seitens des Bundesgerichts angeführten Korrekturen vorliegend noch nicht zur Anwendung gelangen. Das Z.____-Gutachten wurde unbestrittenermassen im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens korrekt eingeholt. Die Einwendungen gegen die Gutachterstelle als solche vermögen nicht zu überzeugen. Das Argument der wirtschaftlichen Abhängigkeit des Z.____ von der Invalidenversicherung (Urk. 1 S. 12) läuft angesichts der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ins Leere.

7.7.7.7.7.7.7. In Bezug auf das Strafverfahren gegen Dr. A.____ - er wurde mittlerweile in zweiter Instanz freigesprochen - führte das Bundesgericht im Entscheid 9C_970/2012 vom 23. April 2013 aus, dass der Ausgang des Strafverfahrens für die Frage der Voreingenommenheit nicht von Bedeutung sein könne. Selbst wenn Dr. A.____ einmal Jahre zuvor, entgegen seinen Angaben im Hauptgutachten, seine Gesamtbeurteilung ohne vorherige Rücksprache und ausdrückliches Einverständnis mit einem Teilgutachter, der keine pathologischen Befunde erhoben hatte, vorgenommen haben sollte, vermöchte dies

nicht rund fünf Jahre später noch objektiv den Anschein von Befangenheit - in einem anderen Falle als Experte zu amten - zu wecken. Für diese Annahme bedürfte es vielmehr weiterer, die konkrete Begutachtung betreffende Umstände (E. 4.2). Vorliegend führte die Beschwerdeführerin - abgesehen vom erwähnten Strafverfahren - keine Umstände für die Befangenheit von Dr. A.____ an.

5.8???? Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, die Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG für eine Revision seien nicht erfüllt (Urk. 1 S. 3 oben), ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der ursprünglichen Rentenverfügung nicht um einen anfänglich unrichtigen Entscheid handelt (vgl. E. 5.3). Vielmehr ist eine Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 ATSG zu prüfen. Art. 53 ATSG kommt dabei nicht zur Anwendung.

???????? Auch die zahlreichen weiteren, seitens der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Argumente vermögen nicht durchzudringen.

5.9???? Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache per 1. Juni 2004 (aus psychiatrischer Sicht) derart verbessert hat, dass ihr die angestammte Tätigkeit als Sekretärin wie auch - unter Berücksichtigung gewisser Schonkriterien - alle Verweistätigkeiten wieder zu 100 % zumutbar sind. Damit liegt keine rechtserhebliche Invalidität mehr vor, weshalb die erfolgte Leistungseinstellung nicht zu beanstanden ist.

???????? Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eduard M. Barcikowski

- Unfallversicherung Stadt Zürich

- Bundesamt für Gesundheit

4.???????? 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.