

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00201 vom 2. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00201

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00201 du 2 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00201 del 2 novembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Mit Verfügung vom 14. März 2014 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 17. März 2014 ein (Urk. 7/208). Die von der Versicherten wie auch von der Krankenkasse am 14. April 2014 erhobenen Einsprachen (Urk. 7/214, Urk. 7/217) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 8. Juli 2014 ab (Urk. 7/2 31 = Urk. 2).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

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). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 8. Juli 2014 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 4. September 2014 Beschwerde und beantragte, es seien ihr für den Unfall vom 9. Februar 2012 auch über den 17. März 2014 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu zusprechen. Eventuell sei die Angelegenheit zur Durchführung der notwendigen Abklärungen im neuropsychologischen und psychiatrischen Bereich zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. September 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf

Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Zum von der Beschwerdeführerin am 27. Januar 2015 ein gereichte n Gutachten der Psychiatrie A.____ vom 12. Januar 2015 (Urk. 10-11) nahm die Beschwerdegegnerin am 2

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 8. Juli 2014 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin zunächst fest, in somatischer Hinsicht sei die Leistungseinstellung unbestritten (S. 3 Ziff. 2). Vorliegend sei ein leichtes Schädelhirntrauma diagnostiziert worden, es hätten jedoch keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen gefunden werden können. Die GCS-Kontrolle durch den Rettungsdienst habe einen Wert von 15 Punkten ergeben, also einen vollständig unauffälligen Befund. Damit rechtfertige sich die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis grundsätzlich nicht und die verfügte Einstellung der Versicherungsleistungen sei in somatischer Hinsicht nicht zu beanstanden (S. 4 Ziff. 3). Bezüglich der psychischen Beschwerden sei vorab der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. Februar 2012 zu prüfen (S. 4 Ziff. 4). Auf Grund des Geschehensablaufes und der Rechtsprechung sei vorliegend von einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich auszugehen. Dem vorliegenden Unfall könne zwar eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden, besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit seien jedoch nicht ersichtlich. Alle übrigen Zusatzkriterien seien ebenfalls zu verneinen. Bei einer Gesamtbeurteilung könne dem Unfall keine massgebende Bedeutung für die Entwicklung psychischer Beschwerden beigemessen werden. Der adäquate Kausalzusammenhang sei also nicht gegeben und für psychische Beschwerden könnten keine weiteren Leistungen erbracht werden. Weitere medizinische Abklärungen in psychischer oder neuropsychologischer Hinsicht seien damit nicht notwendig (S. 6).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 29. September 2014 (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, es sei unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch unter psychischen Beeinträchtigungen gelitten habe. Gerade deswegen habe in der Folge der adäquate Kausalzusammenhang zwischen diesen Beeinträchtigungen und dem Unfallereignis geprüft werden müssen (S. 4 ad 8). Einigung bestehe zwischen den Parteien darin, dass der medizinische Sachverhalt bezüglich der somatischen Unfallfolgen genügend abgeklärt sei (S. 4 ad 9). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin sei keine psychiatrische Abklärung notwendig. Es liege weder ein Schleudertrauma noch eine äquivalente Verletzung oder eine Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri vor. Somit hätten auch keine weitergehenden Abklärungen getätigt werden müssen und die Schleudertrauma-Praxis komme nicht zur Anwendung (S. 5 f. ad 10).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung habe es an verlässlichen medizinischen Entscheidungsgrundlagen gefehlt, so dass noch keine Adäquanzprüfung hätte vorgenommen werden dürfen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 6). In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 9. Januar 2014 werde ausdrücklich festgehalten, dass nur zu den somatischen Fragen Stellung bezogen werde, obwohl sie vor dem Kreisarzt auf Konzentrations Schwierigkeiten, regelmässiges Kopfweh und psychische Beschwerden hingewiesen habe (S. 3 f. Ziff. 7). Aus den medizinischen Unterlagen ergebe sich klar, dass ihr Zustand - klammere man den somatischen Bereich aus

- offen sieht sich nicht demjenigen vor dem Unfall entspreche und sie nach wie vor unter eingeschränkter Belastbarkeit leide (S. 4 Ziff. 8). Die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt einzig bezüglich der somatischen Folgen genügend abgeklärt. Die ungenügende Beweislage habe zur Folge, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch keine rechtsgenügende Adäquanzprüfung hätte vorgenommen werden dürfen. Dies umso mehr, als auch keine zuverlässige medizinische Beurteilungsgrundlage für die Frage des Wegfalls der Unfallkausalität per 17. März 2014 vorliege (S. 5 Ziff. 9).

Die Beschwerdegegnerin wolle die Adäquanz nach der „Psycho-Praxis“ prüfen, da die zum typischen Beschwerdebild eines Schädelhirntraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben seien, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten würden. Im vorliegenden Fall werde aber zunächst einmal zu prüfen sein, ob das Beschwerdebild, welches beim Fallabschluss gezeigt worden sei, mehr einem Schädelhirntrauma oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zuzuordnen sei. Auf die „Psycho-Praxis“ könne nur ausgewichen werden, wenn die physischen Beschwerden im Vergleich zu den psychischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt eine sehr untergeordnete Rolle gespielt und ganz im Hintergrund gestanden hätten. Nicht zulässig sei es, längere Zeit nach dem Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beschwerden abgeklungen seien, die psychische Problematik aber fortbestehe, diese nun der Rechtsprechung über die psychischen Unfallfolgen zu unterstellen (S. 5 Ziff. 10). Da die physischen Beschwerden zu keinem Zeitpunkt eine quantitative Ableitung gewesen seien, sei der Anwendung der Psycho-Praxis auf den vorliegenden Fall von vornherein der Boden entzogen. Eine saubere Abgrenzung des zur Anwendung gelangenden Adäquanzrasters verlange aber, dass zunächst klargestellt sei, dass von weiteren Behandlungsmassnahmen keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden könne und dass das zu beurteilende Beschwerdebild sauber erhoben worden sei. Beides sei vorliegend nicht der Fall (S. 6). Der Unfall, bei dem sie eingeklemmt worden und der Unfallgegner auf der Unfallstelle verstorben sei, sei mindestens als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den schweren zu qualifizieren und sicher als besonders eindrücklich zu werten. Selbst bei Anwendung der Psycho-Praxis müsse die Adäquanz bejaht werden. Auch nach der allgemeinen Adäquanzformel sei das Ereignis als aussergewöhnlich zu betrachten. Ein Unfall wie dieser sei sicher geeignet, anhaltende psychische Störungen hervorzurufen (S. 6 Ziff. 11).

Am 27. Januar 2015 führte die Beschwerdeführerin ergänzend aus, aus dem Gutachten der Psychiatrie A.____ vom 12. Januar 2015 gehe hervor, dass sie eine PTBS erlitten habe und immer noch unter deren Folgen leide (Urk. 10 S. 2).

E. 2.3

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten auch ausgewiesen ist, dass in somatischer Hinsicht der Endzustand erreicht ist und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch medizinische Massnahmen nicht mehr zu erwarten ist. Strittig und zu prüfen bleibt damit die Adäquanz der bestehenden psychischen Beschwerden. 3. 3.1

Vom 9. bis 16. Februar 2012 war die Beschwerdeführerin im Spital Z.____, Klinik für Unfallchirurgie, hospitalisiert. In ihrem Bericht vom 16. Februar 2012 (Urk. 7/18) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1): - leichtes Schädelhirntrauma - stumpfes Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur links (9-12) - stumpfes Abdomentrauma mit Weichteilkontusion

präabdominal - Extremitätentrauma mit offener Patellaquerfraktur links - akute Belastungsreaktion

Die Patientin habe einen Frontalunfall mit Eigengeschwindigkeit von 50 km/h gegen ein entgegenkommendes Auto erlitten. Beim Eintreffen der Sanität wie auch bei Eintritt habe der Wert auf der Glasgow Coma

Scale (GCS) 15 betragen, die Bergung habe dreissig Minuten gedauert (S. 1) . Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet , wobei es posttraumatisch zu einer akuten Belastungsreaktion gekommen sei . Die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich psychologisch betreut worden und plane, nach Klinikaustritt einen Termin bei ihrem Psychiater zu vereinbaren. Sie sei am 16. Februar 2012 mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen worden (S. 2). Bis 25. März 2012 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). 3.2

Nach einer Konsultation am 5. April 2012 nannten die Ärzte des Spitals Z.____ in ihrem gleichentags erstellten Bericht folgende Diagnosen (Urk. 7/26 S. 1): - Status nach Autounfall vom 9. Februar 2012 mit - Verdacht auf postcommotionelles Syndrom nach Schädelhirntrauma - stumpfes Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur links (9-12) - stumpfes Abdomentrauma mit Weichteilkontusion präabdominal - LWK 5 Vorderkantenfraktur - nicht dislozierte r Os coccygis Fraktur - offener Patellaquerfraktur links - Status nach Zuggurtungsosteosynthese und Äquatorialcerclage Patella links 9. Februar 2012 - Handkontusion mit Distorsion MCP-Gelenk

Das linke Knie sei leicht gerötet, die Narbe reizlos. Röntgenaufnahmen des linken Knies sowie der Patella zeigten im Vergleich zur Voraufnahme keine Veränderungen insbesondere keine Dislokation des Osteosynthesematerials (S. 1). 3.3

In ihrem Bericht vom 11. Mai 2012 (Urk. 7/35) führten die Ärzte der Klinik für Neurologie, Spital Z.____ , bei unveränderten Diagnosen aus, die Patientin habe seit dem Unfall Konzentrationsschwierigkeiten. Beruflichen Besprechungen könne sie nur mit Mühe folgen, insbesondere, wenn mehrere Personen gleichzeitig oder unmittelbar nacheinander sprechen würden. Das Gedächtnis habe ebenfalls Einbusen, Namen würden ihr oft nicht mehr einfallen. Die Unfallfolgen belasteten sie weiterhin sehr, deshalb werde sie durch ihren Psychiater Dr. B.____ begleitet. Der Nachtschlaf sei wiederholt unterbrochen (S. 2). In der neuropsychologischen Untersuchung würden mittelschwere Leistungseinschränkungen im exekutiven Bereich und im Bereich Aufmerksamkeit auffallen. Die Defizite korrelierten mit den anamnestischen Angaben und seien mit einem postcommotionellen Syndrom vereinbar. Das übrige getestete Profil sei ohne relevante Auffälligkeiten (S. 3). 3.4

Der behandelnde Psychiater Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 5. Juni 2012 folgende psychiatrische Diagnosen (Urk. 7/43 S. 1 Ziff. 1): - PTBS nach schwerem Autounfall am 9. Februar 2012 - Status nach Bulimia nervosa - Verdacht auf Commotio cerebri

Die Patientin leide immer noch unter Flashback - Erlebnissen, welche allerdings an Häufigkeit abgenommen hätten. Dazu kämen schwere Schlafstörungen, die sich mit Stilnox leicht gebessert hätten. Unkontrollierbare Weinkrämpfe hätten sich in der letzten Zeit gehäuft, müssten aber nicht unbedingt als Verschlechterung der psychischen Verfassung interpretiert werden (S. 3). Die Beschwerdeführerin müsse möglichst engmaschig betreut

werden, solange die Flashbacks und die Affektlabilität häufig auftreten würden. Die psychiatrische Medikation müsse beobachtet, eventuell rasch korrigiert werden. Langfristig werde eine Stabilisierung angestrebt und eine eventuelle berufliche Umorientierung vorbereitet. Bei einer Verbesserung müsse die Sitzungsfrequenz den therapeutischen Fortschritten angepasst werden (S. 4). 3.5

Die Ärzte der Klinik für Neurologie, Spital Z.____, nannten in ihrem Bericht vom 23. November 2012 folgende Diagnosen (Urk. 7/135 S. 2): - Verdacht auf postcommotionelles Syndrom nach Schädelhirntrauma am 9. Februar 2012 - persistierende Schmerzen im linken Knie - stumpfes Abdomentrauma mit Weichteilkontusion präabdominal - LWK 5 Vorderkantenfraktur - nicht dislozierte Os coccygis - Handkontusion mit Distorsion MCP-Gelenk

Die neuropsychologische Verlaufskontrolle ergebe insgesamt leichtgradige kognitive Minderleistungen in einzelnen attentionalen und mnestischen Teilbereichen (kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, verbale Erfassungsspanne und geteilte Aufmerksamkeit). Alle anderen testdiagnostisch geprüften kognitiven Hirnfunktionen seien unbeeinträchtigt. Auch die basalen, visuellen, sprachlichen, rechnerischen und praktischen Leistungen seien intakt. Verglichen mit den Vorbefunden vom 11. Mai 2012 könne eine erfreuliche Verbesserung des kognitiven Leistungsvermögens konstatiert werden. Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe aktuell noch eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 20 %. Dabei seien jedoch die eher somatischen Beschwerden (Kopf- und Knieschmerzen) und eine mögliche PTBS - welche aufgrund der anamnestischen Angaben anzunehmen sei - nicht berücksichtigt (S. 4). 3.6

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. Januar 2013 (Urk. 7/138) ein postcommotionelles Syndrom nach leichtem Schädelhirntrauma am 9. Februar 2012 mit persistierenden episodischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie leichtgradigen kognitiven Minderleistungen (leicht verminderte Aufmerksamkeit und mnestische Defizite; S. 1). In der klinisch-neurologischen Untersuchung habe er bis auf eine geringgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit keine richtungsweisenden pathologischen Befunde festgestellt, insbesondere gebe es keine Anhaltspunkte für eine zerviko-radikuläre, myeläre oder cerebrale Affektion/Schädigung. Bei der MRI-Untersuchung des Schädels am 29. März 2012 im Spital Z.____ hätten keine posttraumatischen Veränderungen nachgewiesen werden können. Aus neurologischer Sicht bestehe aktuell noch eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 30 bis 40 %. Ziel sei eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit in den nächsten zwei bis drei Monaten auf das volle ursprüngliche Pensum von 80 %. Neue Therapievorschläge gebe es nicht (S. 3). 3.7

Am 25. Februar 2013 diagnostizierte Dr. med.

D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Restbeschwerden im linken Knie (Urk. 7/147 S. 1) und stellte einen klinisch ziemlich guten Kniebefund nach Voroperationen in den 70-er Jahren sowie der Patellafraktur im Jahre 2012 fest. Das Kniegelenk funktioniere gut und zeige keine Entzündungszustände. Es finde sich eine trikompartimentelle Degeneration mässiger Ausprägung. Die eingeleiteten Massnahmen seien sinnvoll, die Patientin sollte in das selbständige Training überführt werden, er habe nicht den Eindruck, dass es noch viel Einzeltherapie brauche (S. 2). 3.8

In seinem Bericht vom 8. April 2013 (Urk. 7/157) nannte der Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen (S. 8

Ziff. 5): - Verkehrsunfall am 9. Februar 2012 mit - 1 eichem Schädelhirntrauma mit postkontusionellem Syndrom - Rippenserienfraktur links 9. bis 12. Rippe - o ffener Patellaquerfraktur links - Status nach Zuggurtungsosteosynthese und Äquatorialcerclage der Patella; Status nach Metallentfernung - L5 - Vorderkantenfraktur - nicht dislozierte r Os coccygis - Fraktur - Handkontusion mit Distorsion MCP-Gelenk D5 rechts

Die Beschwerdeführerin klagt noch über persistierende episodische Kopfschmerzen sowie über eine schnellere geistige Erschöpfbarkeit. Das linke Kniegelenk sei weitgehend unauffällig, es neige jedoch noch zur Ergussbildung. Auch im rechten Kniegelenk bestehe nach der Untersuchung der dringende Verdacht auf arthrotische Veränderungen. Über der vierten Rippe lasse sich ein Druckschmerz auslösen, ein Anhaltspunkt für eine Luxation der Rippe aus dem Gelenk ergebe sich aber nicht. Die ab und zu noch auftretenden Beschwerden im Bereich der rechten Hand würden von der Versicherten als Bagatelle eingeschätzt. Wesentliche Rückenbeschwerden bestünden nicht mehr. Bei der Versicherten bestehe weiterhin eine 60%ige Arbeitsfähigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum. Die volle Arbeitsfähigkeit wie vor dem Unfall (80 %) könne voraussichtlich bis Ende des Jahres wieder erreicht werden. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden seien unfallkausal. Es sei darauf hinzuweisen, dass die kreisärztliche Untersuchung nur zur somatischen Situation Stellung beziehe. Die Frage der weiteren notwendigen psychiatrischen Behandlung sei nicht erörtert worden. Dies gelte selbstverständlich auch für die Beurteilung der Psychoadäquanz (S. 9). Eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung erscheine Anfang des Jahres 2014 sinnvoll (S. 10). 3.9

Mit Bericht vom 19. September 2013 (Urk. 7/180) diagnostizierte Dr. B. ___ eine PTBS sowie einen Verdacht auf ein leichtes organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma oder eine organische asthenische Störung. Im Vordergrund stünden immer noch unverändert die chronische Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit bei mentaler Anstrengung mit Konzentrationsproblemen, kurze Gedächtnisstörungen und eine affektive Instabilität mit Reizbarkeit und Weinanfällen. Die Ermüdung werde durch eine allgemeine Überempfindlichkeit begleitet. Die Flashbacks seien immer seltener geworden, ebenfalls die Ängste, vor allem beim Autofahren, man könne diesbezüglich von einer wesentlichen Verbesserung sprechen (S. 1 f.). Die Prognose hänge wesentlich von der Entwicklung der neurasthenen Symptomatik ab, welche wohl organischen Charakter habe. Die PTBS habe sich weitgehend gebessert (S. 2). 3.

E. 4

. Februar 2015 Stellung (Urk. 12), was der Beschwerdeführerin am 2. März 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädelhirntraumas (BGE 117 V 369 E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen

Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Die Beurteilung der Adäquanz in diesen Fällen ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

E. 4.2

Aus den bei den Akten liegenden Arztberichten ergibt sich ohne weiteres, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall am 9. Februar 2012 ein Schädelhirntrauma erlitten hat (vgl. vorstehend E. 3.1). Sowohl beim Eintreffen der Rettungskräfte als auch bei Eintritt in das Spital Z.____ lag der GCS-Wert bei 15 (E. 3.1) und damit beim Höchstwert, welcher ein vollkommenes Bewusstsein entspricht. Dementsprechend diagnostizierten die Ärzte denn auch nur ein leichtes Schädelhirntrauma (E. 3.1) und konnten sechs Wochen nach dem Unfall mittels MRI des Schädels keinerlei posttraumatischen Veränderungen nachweisen (vgl. E. 3.6).

Ebenso ist aus den Akten ersichtlich, dass es neben den Verletzungen am Rumpf sowie an den Knien bereits während der Hospitalisation

auch zu psychischen Beschwerden gekommen ist (vgl. vorstehende E. 3.1, E. 3.4, E. 3.10).

Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist daher im Folgenden zu prüfen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen durch die psychische Problematik ganz in den Hintergrund getreten sind.

E. 4.3

Während der ganzen einwöchigen stationären Behandlung im Spital Z.____ klagte die Beschwerdeführerin weder über Kopfschmerzen, noch über Schwindel oder andere typische Beschwerden und auch das weitere Prozedere sah keine Massnahmen zur Behandlung des leichten Schädelhirntraumas vor (vgl. Urk. 7/18 S. 2). Hingegen wiesen bereits die erstbehandelnden Ärzte auf eine akute Belastungsreaktion sowie eine geplante psychiatrische Behandlung hin (E. 3.1). Auch im weiteren Verlauf standen die psychischen Beschwerden im Vordergrund, so erklärte die Beschwerdeführerin am 1. März 2012 gegenüber der Beschwerdegegnerin, körperlich verspüre sie täglich eine Besserung der Beschwerden, jedoch gehe es ihr psychisch weiterhin nicht gut (Urk. 7/4). Ebenso führte sie anlässlich des Opening-Gespräches am 7. März 2012 aus, sie leide vor allem noch unter den psychischen Folgen des Ereignisses (Urk. 7/11). Gegenüber den Ärzten des Spitals Z.____ gab die Beschwerdeführerin am 11. Mai 2012 weiter an, die Unfallfolgen würden sie weiterhin sehr belasten, weshalb sie durch ihren Psychiater Dr. B.____ begleitet werde (E. 3.3). Dieser diagnostizierte in der Folge im Juni 2012 eine PTBS und empfahl eine möglichst engmaschige Betreuung, solange die Flashbacks und Affektlabilität andauere, sowie eine Beobachtung und allenfalls rasche Korrektur der Medikation (E. 3.4). Zwar erachtete Dr. B.____ die PTBS im September 2013 als gebessert (vgl. vorstehend E. 3.9). Dies war angesichts des Resultats der späteren Untersuchung im Herbst 2014 jedoch offenbar nur vorübergehend, denn zu derselben Diagnose gelangte im Januar 2015 weiterhin auch der psychiatrische Gutachter Dr. F.____. Die nach wie vor bestehenden Konzentrationsschwierigkeiten, die reduzierte Belastungsfähigkeit sowie die

wiederkehrenden Angstanfälle führte Dr. F.____ auf die PTBS – und nicht wie Dr. B.____ , auf eine möglicherweise organische Ursache (vgl. vorstehend E. 3.9) zurück (E. 3.10).

Demgegenüber sahen die Ärzte des Spitals Z.____ in Bezug auf die somatischen Beschwerden im Wesentlichen Verlaufskontrollen sowie Physiotherapie vor (vgl. Urk. 7/10 und Urk. 7/18 S. 2). Dazu passt denn auch, dass die Neurologen die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 20 % bis 40 % schätzten (E. 3.5-6), der psychiatrische Gutachter hingegen eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als nicht mehr gegeben erachtete (E. 3.10).

E. 4.4

Insgesamt zeigt sich, dass das Hauptaugenmerk der Behandlung - mit Ausnahme der Verlaufskontrollen - bereits relativ kurze Zeit nach dem Unfall am 9. Februar 2012 auf den psychischen Beschwerden lag. Hinzu kommt, dass es sich bei der Diagnose einer PTBS nicht um eine psychische Beeinträchtigung handelt, welche bei einem Schleudertrauma üblicherweise auftritt. Die Beschwerdeführerin hat demnach die Beurteilung des vorliegenden Falles zu Recht nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorgenommen.

Die Prüfung der Adäquanz muss daher in dem Zeitpunkt erfolgen, in welchem von der Fortsetzung der Behandlung des somatischen Leidens keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann. Dies ist vorliegend in korrekter Weise geschehen und nicht zu beanstanden. 4. 5

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E.

4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 4.6

Der vorliegende Unfall wurde von beiden Parteien übereinstimmend als im weitesten Sinne mittelschwer eingestuft. Fraglich und zu beurteilen ist, wo im mittleren Bereich der Unfall

anzusiedeln ist.

Der polizeilichen Einvernahme ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von Bülach aus in Richtung Embrach unterwegs war. Das Auto des Unfallgegners geriet aus ungeklärten Gründen auf die Gegenfahrbahn, wo es zum seitlich frontalen Zusammenprall zwischen den beiden Fahrzeugen kam (Urk. 7/90 S. 3). Die biomechanische Kurzbeurteilung vom 30. Oktober 2012 (Urk. 7/121) ergab, dass der Renault Clio der Beschwerdeführerin mit seiner Front auf die linke Seite des am Unfall beteiligten VW Golf prallte. Durch diesen frontalen Anprall erfuhr der Renault sowohl eine Verzögerung in Längs- als auch eine Beschleunigung in Querrichtung zum Fahrzeug (nach rechts). Die Experten führten aus, die daraus resultierende Geschwindigkeitsänderung (Δv) dürfe dabei hauptsächlich im Sinne einer Verlangsamung gewirkt und oberhalb eines Bereiches von 20 bis 30 km/h gelegen haben. Da das Ausmass der Beschädigungen beider Fahrzeuge aufgrund fehlender Informationen zu den unteren beziehungsweise steifen Strukturen nicht genau abgeschätzt werden könne, sei diese Angabe mit entsprechender Unsicherheit behaftet. Gemäss dokumentierter Endlage im Polizeirapport sei davon auszugehen, dass der Renault eine kollisionsbedingte Rotation um mehr als 90° im Gegenuhrzeigersinn erfahren habe. Die Beschwerdeführerin habe sich somit infolge der Kollision relativ zum Fahrzeug initial hauptsächlich nach vorne und infolge der Rotation tendenziell nach rechts bewegt (S. 2). Angesichts der biomechanischen Beurteilung und der Schäden an den beteiligten Fahrzeugen (vgl. Fotos Urk. 7/106 S. 5-9) ist davon auszugehen, dass beim vorliegend zu beurteilenden Unfall nicht unerhebliche Kräfte freigesetzt wurden. Allerdings waren diese nicht derart massiv, dass sich eine Qualifikation des Unfalls als schwer im mittleren Bereich oder gar im Grenzbereich zu den schweren Unfällen rechtfertigen würde.

Eine Zuordnung zu den schweren Unfällen im mittleren Bereich beziehungsweise im Grenzbereich zu den schweren Unfällen fällt sodann auch mit Blick auf die in der Rechtsprechung beschriebenen Fälle ausser Betracht (vergleiche etwa die Beispiele aus dem schweren und mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 55 ff.).

Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Unfall inner halb des mittleren Bereichs als mittelschwer einstufte (E. 2.1). 5. 5.1

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder

sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 5. 2

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der nachfolgende Heilungsprozess wird bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Urteil des Bundesgerichts 8C_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7 mit Hinweisen auf nicht publ. E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199

; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 6.1 sowie Urteil 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 7.1).

Aufgrund der Angaben im Polizeirapport (Urk. 7/40) kann dem Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden. Die Beschwerdeführerin wurde bei der Kollision in ihrem Fahrzeug eingeklemmt und musste von der Feuerwehr aus dem Auto geborgen und anschliessend mit der Organisation G.____ ins Spital Z.____ geflogen werden (Urk. 7/40 S. 9 und 10), wobei die gesamte Bergung ungefähr eine halbe Stunde dauerte (Urk. 7/18 S. 1). Zu berücksichtigen ist auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bereits bei Eintreffen der Rettungskräfte bei Bewusstsein war (Urk. 7/40 S. 10) und damit das gesamte Geschehen am Unfallort miterlebte.

Der vorliegend zu beurteilende Unfall kann damit insgesamt als hinreichend dramatisch beurteilt und eine besondere Eindrücklichkeit bejaht werden. In besonders ausgeprägter Weise liegt das Kriterium jedoch nicht vor, wie ein Vergleich mit der jüngsten Rechtsprechung zeigt. So wurde das Kriterium beispielsweise verneint bei der Lenkerin eines Personenwagens, welcher auf die Gegenfahrbahn geriet und seitlich frontal in einen entgegenkommenden Personenwagen prallte, wobei beide Fahrzeuge erst im an die Strasse angrenzenden Wiesland zum Stillstand kamen, oder auch bei der Lenkerin eines Personenwagens, der gegen ein entgegenkommendes, nach links abbiegendes Fahrzeug stiess, wobei ein Insasse des abbiegenden Fahrzeuges getötet und mehrere Personen verletzt wurden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 in Sachen K. vom 6. November 2012, E. 6.1.2 mit weiteren Hinweisen). 5. 3

Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin erlitt ein leichtes Schädelhirntrauma, ein Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur, ein Abdomen trauma sowie Knieverletzungen links (E. 3.1). Auch wenn die Beschwerdeführerin in der Folge rund eine Woche im Spital bleiben musste, kann aus objektiver Sicht nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Weiter liegt hinsichtlich der allein massgebenden physischen Beschwerden keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor und die Beschwerdeführerin konnte die angestammte Tätigkeit bereits Ende März 2012 in einem reduzierten Pensum wieder aufnehmen. Den medizinischen Akten sind überdies weder Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung zu entnehmen, noch kann von einem schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen gesprochen werden.

Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen. Das linke Kniegelenk neigt zwar noch zur Ergussbildung, ist jedoch in der Untersuchung weitgehend unauffällig. Auch der auslösbare Druckschmerz über der vierten Rippe sowie die ab und zu noch auftretenden Beschwerden im Bereich der rechten Hand, welche von der Beschwerdeführerin selber als Bagatelle eingestuft werden (E. 3.8), genügen nicht, um das Kriterium als erfüllt zu betrachten. Schliesslich ist auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, war die Beschwerdeführerin doch rein somatisch bedingt bereits ab März 2012 zu 20 % (Urk. 7/30), ab Juni 2012 zu 30 % (Urk. 7/53) und ab November 2012 zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 7/131). Knapp ein Jahr nach dem Unfall arbeitete die Beschwerdeführerin zu 60 % (vgl. Besprechungsprotokoll vom 21. Januar 2013; Urk. 7/149 S. 2). Somit ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt. 5.4

Im Übrigen ist zur vorliegend aus psychiatrischer Sicht einzig genannten Diagnose der PTBS (ICD-10 F43.1) festzuhalten, dass nach den Leitlinien der ICD diese Diagnosestellung nur erfolgen soll, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (Dilling / Mambour / Schmidt [Hrsg.], Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, S. 170). Die Rechtsprechung anerkennt eine invalidisierende PTBS daher nur, wenn sie nach einem solchen Ereignis auftritt, wozu Verkehrsunfälle grundsätzlich nicht gehören (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2007 in Sachen Y. vom 4. August 2008, E. 5.6.1). 5.5

Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach wie vor bestehenden psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 9. Februar 2012 zu verneinen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 17. März 2014 eingestellt hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. Juli 2014 erweist sich damit als rechtens, 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 Werner Kupferschmid -
Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kübler-Zillig

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – so weit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3). 1 .2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 10

Die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. E. ___ fand am 9. Januar 2014 statt. In seinem gleichentags erstellten Abschlussbericht (Urk. 7/197) hielt er bei unveränderten Diagnosen fest, aus somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % wie vor dem

Unfall. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden seien unfallkausal. Das Ausmass eines entschädigungspflichtigen Integritätsschadens sei nicht erreicht. Die kreisärztliche Untersuchung beziehe sich nur auf die somatische

Fragestellung (Urk. 7/197 S. 8 Ziff. 5). Der Endzustand sei erreicht. Durch weitere ärztliche Behandlungen könne der Gesundheitszustand nicht mehr verbessert werden. Zum Erhalt des Ergebnisses werde eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) im Sinne einer Supervision der Selbstbeübung empfohlen, für den ersten Monat einmal pro Woche und danach für weitere zwei Monate alle zwei Wochen, zur Korrektur allfälliger Fehler bei der Selbstbeübung (S. 9). 3.1 1

Im Auftrag des zuständigen BVG-Versicherers wurde die Beschwerdeführerin am 9. September sowie 10. November 2014 durch Dr. med. F.____, Ärztlicher Co-Direktor, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Psychiatrie A.____, vertrauensärztlich untersucht.

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich des nachträglich eingereichten Berichts vom 12. Januar 2015 (Urk. 11) erfüllt, weshalb dieser vorliegend berücksichtigt wird.

Darin führte Dr. F.____ aus, nach dem Unfall am 9. Februar 2012 habe sich eine Belastungsreaktion und auf diesem Boden eine PTBS entwickelt. Die Beschwerdeführerin zeige das typische Bild und den Ablauf einer PTBS. Sie habe rasch nach dem Unfall wieder begonnen in Teilzeit zu arbeiten, in dieser Zeit seien die typischen posttraumatischen Symptome einer Belastungsstörung aufgetreten. Beim Schliessen der Augen seien die Unfallbilder wieder hochgekommen, sie sei von Herzklopfen und Angstattacken überschwemmt worden und es sei ihr sichtlich schwer gefallen, sich zu konzentrieren, gleichzeitig sei die Stressbelastungsfähigkeit stark eingeschränkt gewesen. Diese akuten Symptome hätten sich im Verlauf der letzten zwei Jahre deutlich zurückgebildet. Trotzdem bestünden aktuell immer noch ausgeprägte Symptome einer PTBS. So sei die Beschwerdeführerin nach wie vor in ihrer Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Es falle ihr schwer, sich über längere Zeit zu konzentrieren, die Belastungsfähigkeit sei deutlich reduziert und die Fähigkeit, komplexe Arbeitsabläufe zu strukturieren, sei stark eingeschränkt (S. 6 f.). Zusätzlich könne die Beschwerdeführerin in der Nacht kaum Autofahren, auf einer kurvenreichen Strecke trete

Angst auf und beim Hören von Sirenen oder Sehen eines Helikopters der Rettungsflugwacht würden starkes Herzklopfen und ausgeprägte Angst auftreten. Zur Behandlung der PTBS erhalte sie psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie und

Medikamente. Die PTBS wirke sich auch auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die dargestellte Symptomatik mit eingeschränkter Stressbelastung, verminderter Konzentrationsfähigkeit und wiederkehrenden Angstanfällen führte zu einer deutlichen Einschränkung der Fähigkeit, eine komplexe Führungsaufgabe auszuführen. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der PTBS zum aktuellen Zeitpunkt nicht fähig, ihre Führungsaufgabe in der Y.____-Stiftung wahrzunehmen. Die Leistungseinschränkung in ihrer angestammten Aufgabe als Leiterin des Bereiches Atelier, Wohnen und Therapie betrage 100 %

(S. 7).

In einer angepassten Tätigkeit mit der Führung von einzelnen Untergebenen oder einer Gruppe als direkte Vorgesetzte oder in Aufgaben mit klaren Abläufen sei die Beschwerdeführerin zum jetzigen Zeitpunkt zu zirka 70 % arbeitsfähig (S. 8). 4.

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