

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00110 vom 31. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00110

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00110 du 31 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00110 del 31 marzo 2017

Erwägungen

E. 21

ff.).

Sie hat aber im Jahr 1997 ebendies nicht getan, sondern - aus welchen Gründen auch immer - den Rentenanspruch vergleichsweise festgelegt. Wenn sie im heutigen Zeitpunkt zur Ansicht gelangt, dies sei so nicht richtig gewesen, so kommt diese Einsicht zu spät und genügt nicht, um den damaligen Fallabschluss als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen. Denn andernfalls verlöre jeder Vergleich aufgrund der ihm inhärenten Mischung von Vor- und Nachteilen jegliche Beständigkeit, indem es im Belieben des Versicherungsträgers stünde, seine einstigen im Rahmen des Vergleichs erfolgten Zugaben irgendwann als falsch oder eben — wie vorliegend — zweifellos unrichtig zu deklarieren und auf einer umfassenden Anspruchsprüfung zu bestehen, deren Wegfall gerade der springende Punkt der Vergleichslösung ist. 3.6

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die Invalidenversicherung der Beschwerdeführerin seit 1. August 1991 - wiederholt bestätigt - eine ganze Rente zugesprochen hat und dabei anfänglich von einem Invaliditätsgrad von 68 % und später von 75 % ausgegangen ist. Selbst wenn man in Rechnung stellt, dass dabei auch nicht unfallbedingte Beeinträchtigungen berücksichtigt worden sein dürften, ist dies doch ein Indiz dafür, dass der vergleichsweise festgelegte Invaliditätsgrad von 70 % (vgl. Urk. 2 S. 2 u. Urk. 9/307 S. 2 „vergleichsweiser Invaliditätsgrad von 40 % steigend auf 70 %“) nicht gänzlich unplausibel gewesen war. Die

Verfügung der Invalidenversicherung war der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Abschlusses des Vergleichs im Übrigen bekannt, sprach sie doch lediglich eine zur Invalidenrente komplementäre Rente zu (Urk. 9/313). Sie stimmte im Rahmen ihres Ermessens einem Invaliditätsgrad von 70 % zu ohne geltend zu machen, die IV-Stelle habe damals den Untersuchungsgrundsatz verletzt oder unfallfremde Gesundheitsschäden in einem Ausmass berücksichtigt, welches mit der vergleichweisen Festlegung eines Invaliditätsgrades von 70 % nicht vereinbar gewesen wäre, was der Annahme einer zweifellosen Unrichtigkeit entgegensteht (Urteil des Bundesgericht 8C_841/2015 vom 11. Mai 2016 E. 4.3). Anders würde es sich nur dann verhalten, wenn die natürliche Unfallkausalität einzelner Beeinträchtigungen sehr viel zurückhaltender zu bejahen gewesen wäre. Dies aber ist wiederum eine Frage des (medizinischen) Ermessens, die sich nicht im Rahmen einer Wiedererwägung erneut (oder erstmals) aufwerfen lässt, denn als Ermessensentscheid kann er nicht zweifellos unrichtig gewesen sein. Gleiches gilt umso mehr auch für die Adäquanzfrage im Zusammenhang mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, deren Prüfung bekanntlich eine wertende Berücksichtigung verschiedener

Kriterien erfordert. 3.7

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der im Januar 1997 erfolgte ver gleichsweise Fallabschluss nicht nachträglich als zweifellos unrichtig qualifi ziert werden kann. Damit kommt eine Leistungsanpassung unter dem Titel der Wiedererwägung nicht in Frage.

Zu prüfen bleibt, ob die Rente infolge eines gebesserten Gesundheitszustan des, mithin revisionsweise aufzuheben ist. In Bezug auf die Veränderung sind im Folgenden die Verhältnisse, wie sie im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorlagen, mit der aktuellen gesundheitlichen Situation zu vergleichen (E. 1.3 hievor). 4 . 4 .1

D er Rentenzusprache vom 6 . Januar 1997 (Urk. 9 /3 13) lag im Wesentlichen das Gutachten des Universitätsspitals B.____ vom 13. Juni 1995 (Urk. 9/57)

zugrunde . Die zuständigen Ärzte, Prof. Dr. med. A.____ , Klinikdirektor , und Dr. med. G.____ , Oberarzt , hielten darin die folgenden Diagnosen fest

(S. 12) : - Chronisch rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom bei - leichter Fehlhaltung / Fehlf orm der Wirbelsäule mit muskulärer Dys - balance . - rezidivierende von zervikal ausgehende Migräne bei Status nach Autounfall am 5. August 1990. - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei - Diskushernie L4/5 paramedian links (MRI vom 18. Dezember 1990). - Osteochondrose L5/S1. - Fehlf orm der LWS (Hyperlordose). - Leichte Varusgonarthrose , rechts mehr als links. - bei Status nach Patellektomie rechts 1974.

Die Ärzte legten dar , als persistierende Unfallfolgen bestehe ein leichtes zervikovertebrales Syndrom mit muskulären Verspannungen. Unfallbedingte ossäre Veränderungen an der HWS seien nicht feststellbar und die gering gradige

Osteochondrose C5/6 sei eine altersbedingte Veränderung. Die seit dem Unfall vom 5. August 1990 angegebenen Migräneattacken mit Erbrechen, Schwindel und aufgeschwollenen Augen, die von zervikal ausgingen und 2-3 Mal pro Monat jeweils 1-2 Tage anhielten, seien zeitlich streng korreliert erst ab dem Unfalldatum aufgetreten und müssten deshalb als Unfall folgen angesehen werden. Die lumbalen Beschwerden seien gemäss Angaben der Beschwerdeführerin erstmals wenige Stunden nach dem Unfall aufgetreten und hätten in der Folge zunehmend ins linke Bein ausgestrahlt. In den ersten Berichten nach dem Unfall von Dr. H.____ und Dr. I.____ seien die lumbalen Beschwerden nicht erwähnt , respektive lediglich Tendomyosen im Bereiche des linken Oberschenkels beschrieben worden. Erst mit längerer zeitlicher Verzögerung sei es zu einem lumboradikulären Syndrom mit positivem Lasègue und sensomotorischen Ausfällen gekommen, bei einer paramedianen Diskushernie L4/5 links, die am 18. Dezember 1990 mittels eines MRI habe festgestellt werden können. Es liege kein für die unfallbedingte Entstehung einer Diskushernie gefordertes Unfallereignis von besonderer Schwere, wie ein schweres axiales Trauma oder ein massives Hyperextensionstrauma vor. Die lumboradikuläre Symptomatik sei erst mit einer Monate - bis jahrelangen Verzögerung aufgetreten (S. 13) und die Voraufnahmen von 1983 und 1986 und die im Jahr 1986 beschriebenen Rückenbeschwerden liessen darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin schon früher unter lumbalen Rückenschmerzen gelitten habe. Ebenso deuteten die im MRI vom 18. Dezember 1990 beschriebenen degenerativen Veränderungen der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 darauf hin, dass bereits vor dem Unfall degenerative Veränderungen dieser Bandscheiben bestanden hätten. Damit handle es sich bei den lumbospondylogenen

respektive lumboradikulären Beschwerden um einen krankhaften Vorzustand mit vorübergehender Verschlechterung durch das Unfallereignis vom 5. August 1990. Diese Verschlechterung könne auf maximal zwei Jahre festgesetzt werden.

Auch bei der Verstärkung der Kniebeschwerden im Anschluss an den Unfall handle es sich um eine vorübergehende Verschlechterung eines bekannten Vorzustandes (Status nach Patellektomie, beginnende Gonarthrose rechts), die nach zwei Jahren wieder behoben sein dürfte.

Im heutigen Zeitpunkt seien nur die Migräneanfälle unfallbedingt. Für die Arbeitsfähigkeit und für die Vermittelbarkeit sei erschwerend, dass diese Anfälle unvorhergesehen und nicht planbar auftreten würden. In der Annahme, dass die Beschwerdeführerin wegen der Migräneanfälle 4-6 Tage pro Monat arbeitsunfähig sei, müsse die unfallbedingte medizinisch-theoretische Invalidität auf 25 % festgelegt werden (S. 14 und S. 16). 4.2.4.2.1

Im Zusammenhang mit dem Rentenrevisionsverfahren ergeben sich aus dem interdisziplinären Gutachten des Z.____ vom 31. Mai 2012 (Urk. 9/93), welches im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellt wurde, die folgenden Diagnosen (S. 34): Neurologische Diagnosen: - Multiple Sklerose chronisch remittierend, möglicherweise übergehend in eine chronisch progrediente Form. - Migräne ohne Aura. - Chronisches zephalisches und zervikospondylogenes Syndrom. Neuropsychologische Diagnosen: - Minimale neuropsychologische Störung, wahrscheinlich im Rahmen des anamnestisch bekannten Schmerzsyndroms und der erhöhten Ermüdung. - Differentialdiagnose: MS-Erkrankung. - Differentialdiagnose: Status nach multiplen traumatischen Unfallereignissen (1976, 1990, 2009). Orthopädische Diagnosen: -

Restbeschwerden nach einem Schleudertrauma der Kategorie II
anlässlich des Unfallereignisses vom 5. August 1990. -

Gonarthrosebeschwerden rechts bei Status nach Patellektomie 1977
und Status nach medialer und lateraler Menishektomie rechts von
1992 bei Status nach komplexem Velounfall von 1974. -

Status nach/bei medianer und linksseitiger Diskushernie L4/L5
(unfallfremd). -

Status nach Hüft-Teilprothese rechts 2006. -

Beginnende Coxarthrose links. Psychiatrische Diagnosen: -
Keine. 4.2.2

Der zuständige Neurologe, Dr. med. J.____

ging davon aus, dass der Fahrradunfall aus dem Jahr 1974 (oder 1976) eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit, vor allem der Beine hinterlassen habe. Beim Ereignis vom 5. August 1990 dürfe nicht übersehen werden, dass die Beschwerdeführerin kurz zuvor wegen einer „sensiblen Hemisymptomatik links“ untersucht und nachdem dafür keine Ursache gefunden werden konnte, differentialdiagnostisch eine MS erwogen worden sei. Retrospektiv sei diese Diagnose wahrscheinlich die richtige Erklärung der Gefühlsstörung gewesen. In der Begutachtung zweieinhalb Jahre nach dem Unfall vom 5. August 1990 sei

en das lumbo-spondylogene bis lumbo-radikuläre Rest s yndrom der Wurzel L5 bei kleiner medio-lateraler Diskushernie L4/L5 mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 sowie ein „ cervico-s p ondylogene s " Schmerzsyndrom bei Status nach HWS Kontusionstrauma 1990 diagnostiziert worden. Im Januar 1995, fast 5 Jahre nach dem Unfall, hätten laut Dr. K. ___ noch leichte Folgeerscheinungen mit positivem Adson -Zeichen und ansonsten keine objektiviervbaren Befunde aufgrund des Unfalls von 1990 bestanden. Dieser Arzt habe rund sechs Monate später in seiner Beurteilung vom Januar 1995 die Beschwerden als „chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom " bezeichnet, was wahrscheinlich den Endzustand der unfallbedingten Verletzungen widerspiegeln (S. 38).

Diese Beurteilung trage dem Umstand Rechnung, dass sehr wahrscheinlich bereits zu jener Zeit die MS bestanden habe, obschon sie dann erst 3 Jahre später diagnostiziert worden sei. Die MS könne mit chronischen Schmerzen einhergehen und es seien auch verschiedene pathophysiologische Mechanismen als Erklärung aufgeführt, die einerseits in direktem Zusammenhang mit dem Mechanismus der Krankheit stünden und andererseits als Komplikationsfolgen, die auf muskuloskelettalen Fehlhaltungen, Schonung und Dekonditionierung beruhten. Im Zusammenhang mit einer verstärkten chronischen Müdigkeit und raschen Ermüdbarkeit, die typische Begleiterscheinungen der MS seien, werde die Fibromyalgie als Zweiterkrankung oft in Erwägung gezogen, wobei die Diagnose Fibromyalgie bereits im Bericht vom 4. Dezember 1990 aufgeführt sei. Es sei wahrscheinlich, dass die Weichteilbeschwerden bereits vor dem Unfall vom 5. August 1990 bestanden und sich nach diesem Unfall chronifiziert hätten (S. 38 f.).

Ausgehend von dieser Einschätzung sei spätestens Anfang 1995 der Status quo sine der Beschwerden wieder erreicht, die dem Unfall vom 5. August 1990 zugeschrieben werden könnten (S. 39 oben).

Bezogen auf die somatischen Folgen des Unfalles von 1990 sei aus neurologischer Sicht der Status quo sine längstens erreicht. Der Zustand habe sich gemäss der Beschwerdeführerin eher verschlechtert, so dass die heutigen Funktionseinschränkungen diesem Ereignis nicht mehr zugeordnet werden können (S. 40 oben). 4.2.3

Der zuständige Neuropsychologe lic. phil. L. ___ hielt in seiner Beurteilung fest, gemäss Akten bestehe eine Multiple Sklerose sowie ein Status nach Unfällen 1976, 1990, 2009 mit einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule und chronischem, posttraumatischem cervicovertebralem und cervicocephalem Syndrom, eine Neigung zu Migräne-Kopfschmerzen und Cervicobrachialgien sowie ein chronisches panvertebrales und ein rezidivierendes lumboradikuläres Syndrom. Im MRI des Schädels vom 21. November 2008 seien die inneren und äusseren Liquorräume normal gewesen und es zeigten sich im Marklager ganz vereinzelte Signalstörungen. Eine leichtgradig quer ovale bis längliche kleine Signalstörung liege rechts unmittelbar am Rand des Corpus callosum, bei sonst homogenem Hirnparenchym und symmetrischem Cortex. Geringgradige Signalstörungen ergäben sich intrakraniell vor allem rechts periventrikulär.

Weiter legte der Neuropsychologe dar, in der Abklärung am M. ___ vom 21. Dezember 1991 sei eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung objektiviert worden und in der aktuellen neuropsychologischen Testung zeigten sich weitgehend unauffällige Testbefunde, obgleich er seinerseits eine minimale neuropsychologische Störung erhob. Ein differenziert quantitativer Vergleich zur Untersuchung am M. ___

sei aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich (S. 40). 4.2.4

Die für den orthopädischen Teil zuständige Gutachterin Dr. med. N.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in ihrer Beurteilung fest, die Beschwerdeführerin leide heute an einer Gonarthrose rechts, als Folge des Unfalls aus dem Jahr 1974 und einem Status nach Patellektomie im Jahr 1977 sowie einem Status nach medialer und lateraler Meniskektomie im Jahr 1992. Daneben leide sie an weiteren degenerativen Veränderungen des Skeletts, die keinem Unfall zugeordnet werden könnten, nämlich einer Gonarthrose links, einer beginnenden

Coxarthrose links und einem Status nach Hüft-Teilprothese rechts. Die Gutachterin vermerkte, bezüglich der HWS Problematik könne sie sich vollumfänglich den neurologischen Erläuterungen anschließen. Auch orthopädisch gesehen sei der Status quo sine puncto cervico cephalum

Syndrom längstens erreicht. Heute stünden überwiegend die Beschwerden der MS im Vordergrund (S. 41). 4.2.5

Aus psychiatrischer Sicht hielt der zuständige Gutachter Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, es fänden sich keine Hinweise, die eine psychiatrische Diagnose

beziehungsweise eine psychische Beteiligung an den Schmerzen als wahrscheinlich erscheinen ließen (S. 42). 4.2.6

Die Frage nach einem veränderten Gesundheitszustand seit dem Gutachten des Universitätsspitals B.____ vom 13. Juni 1995

verneinten die Gutachter aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht.

Aus orthopädischer Sicht hätten sich die Gonarthrosen schicksalhaft weiter entwickelt und es sei 2006 zur Implantation einer Hüft-Teilprothese rechts gekommen. Die Situation punkto der Diskushernie L4/L5 könne als stabil betrachtet werden (S. 44 Ziff. 3). 4.3

4.3.1

Im bidisziplinären

(Verlaufs-) Gutachtung im Z.____ vom 19. September 2014 (Urk. 9/139) in den Fachrichtungen Neurologie und Rheumatologie berichtete der zuständige Neurologe Dr. J.____ nach Einsicht in die neu aufgelegten medizinischen Unterlagen (S. 21-23), die am 2. Juni 2014 erfolgte Untersuchung habe keine wesentliche Verschlechterung der Befunde seit 2009 aufgezeigt. Klinisch hätten sich Sensibilitätsstörungen am linken Unterarm und an der linken Hand sowie am linken Unterschenkel gefunden, die durch die MS erklärbar seien. Der Gang, besonders die erschwerten Gangarten seien leicht eingeschränkt und mit einer leichten Schwäche der Muskulatur des Lendengürtels und mit Gelenkschmerzen in den Beinen erklärbar. Die neurologischen Befunde und die damals erhobenen neuropsychologischen Testergebnisse hätten eine sehr leichte bis leichte wechselbelastende körperliche Arbeit zu 50% medizinisch - theoretisch zugelassen. Die zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei dem Umstand einer erhöhten Ermüdbarkeit und einem verlängerten Erholungsbedarf zugeschrieben worden. Zusätzlich seien bei der verminderten Leistungsfähigkeit periodische Migränen und Spannungstyp-Kopfschmerzen in Rechnung gestellt worden, die alle 2 bis 3 Monate einige Stunden bis maximal 3 Tage aufgetreten seien. Der Status quo sine bezüglich der Verletzungen durch den Unfall von 1990 sei bereits 1995 erreicht worden (S. 33).

Beim Vergleich der aktuellen Befunde mit denen im Jahr 2011 falle eine Verschlechterung des Gangs auf, allerdings sei dies überwiegend wahrscheinlich nicht neurogen, sondern eine Folge des bislang unvollständig verheilten linken Fusses (Distorsion im September 2013; S. 22) und möglicherweise auf eine Zunahme der Gelenksarthrose zurückzuführen (S. 35). Aus neurologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand nicht verändert (S. 38). 4.3.2

Dr. med. P.____, FMH Rheumatologie physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt im Teilgutachten vom 21. Juli 2014 (Urk. 9/138) folgende Diagnosen fest (S. 7): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: -

Schwere mediale Gonarthrose beidseits. -

Status nach Patellectomie rechts 1977, Status nach medialer und

lateralen Meniscektomie rechts 1992, anamnestisch Status nach

komplexem Velounfall 1974. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: -

Ganzkörperschmerzsyndrom, synonym zur Fibromyalgie (gemäss

Diagnosekriterien ACR 1990) wahrscheinlich primär. -

Status nach Distorsion Fuss links mit Ruptur Lig. Talofibulare

anterior

(Internistischer Austrittsbericht Klinik Q.____. Der Rheumatologe führte aus, ein klassisches zervikovertebrales oder zervikospindylogenes Syndrom (z.B. als Folge eines HWS-Distorsionstraumas) sei heute nicht vorhanden. Die segmentale Beweglichkeit an der Halswirbelsäule sei gut, es bestehe keine relevante Seitendifferenz in den Weichteilbefunden, keine Schmerzausstrahlung im Sinne einer spondylogenen oder radikulären Reizung. Die degenerativen Veränderungen seien altersentsprechend und es zeigten sich keine Hinweise auf spätraumatische Schädigungen (z.B. Arthrosen an atypischer Lokalisation). Vorstellbar sei, dass die fibromyalgischen Schmerzen durch die MS verursacht und mitunterhalten werden (S. 8). Die Frage einer Veränderung gegenüber den Vorgutachten vom 6. August 1991 und vom 13. Juni 1995 beantwortete der Rheumatologe da hingehend, dass sich der Gesundheitszustand verändert habe; ein vernünftiger Vergleich sei allerdings kaum möglich; es spielten Altersfaktoren mit. Zudem habe sich teilweise die Nomenklatur geändert und auch der „Zeitgeist“ der Beurteilung spiele eine Rolle (S. 9 Ziff. 2.1). Ein Vertebralesyndrom respektive eine radiokuläre Schmerzsymptomatik liege heute nicht mehr vor. Die damals diskutierte (traumatische oder nichttraumatische) Diskushernie sei heute weder klinisch noch bildgebend vorhanden. Solch wechselnde Befunde über die Jahre hinweg seien normal. Die degenerativen Veränderungen hätten alters entsprechend natürlich zugenommen. Heute bestehe eine ausgeprägte, schwere mediale Gonarthrose, welche naturgemäss vor 20 Jahren nicht vorhanden gewesen sei und eine Fibromyalgie habe damals noch nicht festgestellt werden müssen (S. 9 Ziff. 2.2; vgl. auch S. 38). 4.4

Die behandelnde Dr. D.____ äusserte sich am 22. Januar 2015 (Urk. 3/7) zum Z.____ Gutachten vom 19. September 2014 und hielt fest, der grösste Teil der Behinderungen sei auf die unfallbedingten Verletzungen und die Störungen, wie cervikozephalisches Kopfschmerzsyndrom mit Migräneanfällen, Gonarthrose rechts mit überlastungsbedingten und sonstigen Störungen der unteren Extremitäten und erheblicher funktionaler Beeinträchtigung sowie auf eine chronifizierte

lumboradikuläre Restsymptomatik der Wurzel L5 links zurück zuführen. Es seien dies auch die Einschränkungen und die Beschwerden, welche zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten und immer noch führen würden. Es bestünden ihrer Meinung nach immer noch Folgen der Diskushernie. Diese sei chronifiziert mit persistierender Hypästhesie, motorischer Abschwächung und Teilparese aufgrund der Wurzel L5 links (Ziff. 6 letzte Seite). Die Gonarthrose rechts sei mit Sicherheit auf die Knieverletzung durch das Unfallereignis vom 5. August 1990 mit anschliessender Meniskektomie medial und lateral zurückzuführen. Die Knieprobleme stünden aktuell im Vordergrund der Beschwerdeproblematik und führten dazu, dass die Beschwerdeführerin auf einen Rollstuhl und ausser Haus auf einen Stock angewiesen sei. Die unfallbedingten Beschwerden seien zwar durch die 1999 aufgetretene MS weiter negativ beeinflusst worden, es werde jedoch in allen Gutachten einheitlich festgehalten, dass die Beschwerden und Veränderungen durch die MS nicht zu einer Invalidität /Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (Ziff. 6 letzte Seite). 5. 5.1

In Bezug auf die gesundheitliche Veränderung seit der Leistungszusprache im Januar 1997 ist zunächst auf die im Jahr 1999 diagnostizierte offensichtlich nicht unfallbedingte MS-Erkrankung hinzuweisen (vgl. Urk. 9/364), deren Folgen von der hier fraglichen Veränderung auszuklammern sind.

Die Diskushernie L4/5 paramedian links

wurde im Einklang mit der damaligen Rechtsprechung bereits im Gutachten des Universitätsspitals B.____

nicht als unfallkausal beurteilt (vgl. E. 4.1 hiervor), sodass die Entwicklung dieser Störung

ebenfalls nicht in die Revisionsbeurteilung einzubeziehen ist. Dass dies Dr. E.____

damals anders sah und unfallbedingte Diskushernien als hauptsächliche Grundlage einer von ihm postulierten Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 70 % aufführte (vgl. Urk. 9/22 S. 3 f.),

vermag hieran nichts zu ändern.

Keine wesentliche Veränderung insbesondere keine Verbesserung, zeigt sich in Bezug auf die Problematik am rechten Knie. Nach Lage der Akten wurden diese Beschwerden damals in die Kausalitätsbeurteilung einbezogen und auf eine beginnende Gonarthrose rechts hingewiesen, wobei in Anbetracht der bloss vorübergehenden Verschlechterung die Unfallkausalität verneint wurde

(E. 4.1). Gemäss der aktuellen rheumatologischen Untersuchung zeigt sich in diesem Zusammenhang nun eine ausgeprägte mediale Gonarthrose (E. 4. 2.4) womit die Beschwerden am rechten Knie wenigstens im gleichen Masse fort bestehen, soweit sie (mangels Kausalität) überhaupt massgeblich sind.

Auch in Bezug auf die Beschwerden an der Halswirbelsäule und die Kopfschmerzen verzeichneten die Ärzte im Z.____-Gutachten vom 31. Mai 2012 nichts, was auf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes schliessen lassen könnte. So wurde aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht seit der Begutachtung im Universitätsspital B.____ auf einen unveränderten Gesundheitszustand hingewiesen (E. 4.2.6). Anhaltspunkte für eine wesentliche Verbesserung ergaben sich diesbezüglich auch

aufgrund der späteren neurologischen Untersuchung im (Verlaufs-) Gutachten des Z.____ vom 19. September 2014 nicht,

verneinte der Neurologe eine Veränderung doch ausdrücklich (E. 4.3.1).

Letztlich zeigt sich

auch das Beschwerdebild in Bezug auf die Diagnose eines chronisch rezidivierenden Zervikovertebralsyndrom, welches im Gutachten des Universitätsspitals B.____

als unfallkausal

beurteilt wurde (E. 4.1), nicht wesentlich verändert, hielt doch der Neurologe im Z.____-Gutachten vom 31. Mai 2012 in diesem Zusammenhang weiterhin

Weichteilbeschwerden

fest. Seine Vermutung, dass diese

Beschwerden wahrscheinlich bereits vor dem Unfall vom 5. August 1990 bestanden und sich danach chronifizierten

haben könnten

(vgl. 4.2.2), ist eine Möglichkeit, begründet aber keine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Gleiches hat auch

für die Beurteilung des Rheumatologen im (Verlaufs-) Gutachten des Z.____ vom 19. September 2014 zu gelten,

welcher - ohne nähere Auseinandersetzung mit den Vorakten -

ein klassisches zervikovertebrales oder zervikospöndylogenes Syndrom für nicht mehr vorhanden erachtete, gleichzeitig aber das Beschwerdebild

fibromyalgische

Schmerzen zuordnete. Seine Konklusion, vorstellbar sei, dass diese

Beschwerdebild durch die MS verursacht sein und mitunterhalten werden

könnte (E. 4.3.2, Urk. 9/138 S. 8), entspricht nicht einer neuen Befundlage und damit geänderter Sachverhaltselemente,

sondern einer anderen Beurteilung des Bisherigen, was revisionsrechtlich nicht von Belang ist. Im Übrigen hielt er einen vernünftigen Vergleich des Gesundheitszustandes für kaum mehr möglich, so dass von vornherein ein Revisionsgrund nicht rechtsgenügend belegt ist.

5.2

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Z.____-Gutachter weder im Gutachten 2012 noch in jenem von 2014 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 1995 feststellen konnten. Damit bestand aber auch kein Raum, die Adäquanzfrage neu aufzuwerfen, handelt es sich doch hierbei um die Antwort auf eine Rechtsfrage, deren Neubeurteilung lediglich einer „anderen Beurteilung“ (der Adäquanz) gleichkäme, was keinen Revisionsgrund darstellen kann (E. 1.3).

Damit erweist sich die erfolgte Leistungseinstellung infolge Fehlens eines Revisionsgrundes als unzulässig. 5.3

Da die Bedingungen für eine Leistungsanpassung weder unter dem Titel der Wiedererwägung (vorstehend E. 3.7) noch der Revision im Sinne von Art. 17 ATSG (E. 4.1 ff.) erfüllt sind, erweist sich die angeordnete Leistungseinstellung als unrichtmässig.

Somit ist der angefochtene Entscheid in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde aufzuheben mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf die ihr 1997 zugesprochene Rente hat. 6.

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, die auf Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 6. Mai 2015 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Thomas Lüthy - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubNef

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