

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00260 vom 29. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00260](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00260)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00260 du 29 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00260 del 29 settembre 2017

## Erwägungen

### E. 1.1

Die 1978 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete als Serviceangestellte für die Firma Y.\_\_\_\_ und als Reinigerin für die Firma Z.\_\_\_\_

und war bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als sie am 25. November 2001 in ihrer Freizeit als Beifahrerin in einem Personenwagen in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde: Das Auto geriet nach einer Kurve ausser Kontrolle, überquerte die Gegenfahrbahn und prallte linksseitig gegen einen Stützpfeiler und einen Ausstellungswagen. Am darauffolgenden Tag verstarb die Lenkerin des Fahrzeuges, eine Freundin der Versicherten (Urk. 10/6 S. 2, Urk. 10/152, Urk. 10/161 S. 29 ff., Urk. 10/161 S. 77, Urk. 10/225 S. 17 ff.). Der die Versicherte unmittelbar nach dem Unfall behandelnde Dr. med. A.\_\_\_\_ von der Abteilung Chirurgie des B.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 27. November 2001 fest, die Versicherte habe nach dem Unfall über Nacken- und Thoraxschmerzen sowie Schmerzen in der linken Hand geklagt. Zusätzlich habe eine Amnesie für das Unfallereignis bestanden. Nach Erhalt der Nachricht über den Tod der Autolenkerin sei die Versicherte weiterhin hospitalisiert geblieben und zwischenzeitlich von einem Psychiater betreut worden. Am 27. November 2001 sei sie wieder nach Hause entlassen worden. Dr. A.\_\_\_\_ diag nostizierte den Verdacht auf eine Commotio cerebri, eine HWS-Distorsion sowie eine Prellung im Bereich des Os metacarpale V links (Urk. 10/229; vgl. auch Urk. 10/161 S. 63 f. und S. 82 ff.) und bescheinigte eine 100%ige Arbeitsun fähigkeit (Urk. 10/161 S. 131). Eine MRI-Abklärung vom 17. Januar 2002 ergab zudem eine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes (Urk. 10/222). In einem Schreiben an die Suva vom

1. März 2002 erwähnte der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, da ss die Versicherte nun unter massiven psy chischen Problemen leide (Urk. 10/161/73). Im Bericht vom 16. April 2002 diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zusätzlich Prellungen der Thoraxregion und des Knies links sowie posttrauma tische Anpas sungsstörungen (Urk. 10/224). Eine psychotherapeutische Behand lung wurde indes vorerst nicht aufgenommen (Urk. 10/161 S. 10). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, kam für die Heilungskosten auf und richtete Taggelder aus.

Die Y.\_\_\_\_ kündigte das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 30. April 2002 (Urk. 10/14 S. 1). Die Versicherte nahm nach einer deutlichen Besserung der Nacken- und Kopfschmerzen (Urk. 10/161 S. 20 f.) wieder eine Erwerbstätigkeit auf, und zwar vom 1. August 2002 bis 31. Januar 2004 als Hostess sowie ab März 2004 im Service jeweils im Rahmen eines Vollzeitpens ums, wobei sie sich im weiteren Verlauf nur eingeschränkt belastbar zeigte (Urk. 10/21, Urk. 10/27, Urk. 10/29, Urk. 10/50, Urk. 10/227 S. 2; vgl. auch Urk. 10/162 S. 160). Deshalb und weil der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ eine weitere medi

zinische Abklärung empfohlen hatte (Urk. 10/162 S. 144 f.; vgl. auch Urk. 10/162 S. 58 ff.), ordnete die Suva eine interdisziplinäre (neurologische, rheumatologische, psychiatrische und neuropsychologische) Begutachtung in der E.\_\_\_\_ an. Da die Gutachter in ihrer Expertise vom 15. August 2005 unter anderem eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert hatten und prognostisch von einer namhaften Besserung dieser Symptomatik unter einer psychotraumatologisch orientierten Psychotherapie, einer Pharmakotherapie, einer medizinischen Trainingstherapie, Myotonolyse und Physiotherapie nach ungefähr einem Jahr ausgegangen waren (Urk. 10/227; vgl. auch Urk. 10/163 S. 59 f., Urk. 10/226 S. 9 ff.), unterzog sich die Versicherte ab Oktober 2005 einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 10/58, Urk. 10/163 S. 1 und 53).

Im Auftrag der Suva

erstellte der am E.\_\_\_\_-Gutachten beteiligte psychiatrische Teilgutachter Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 10. Juli 2008 ein psychiatrisches Verlaufsgutachten (Urk. 10/83 S. 1). Darin hielt er fest, die Symptomatik habe sich seit Sommer 2005 verschlechtert. Zur posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) seien als Reaktion auf das Unfallereignis und die Unfallfolgen weitere Diagnosen, nämlich eine andere gemischte Angststörung (ICD-10: F41.3) sowie eine depressive Episode mittlerer Intensität (ICD-10: F32.1) hinzugekommen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die berufliche Leistungsfähigkeit 50 % eines Vollzeitpensums nicht mehr erreiche. Zusätzlich sei gemäss Suva-Tabelle 19 von einem Integritäts schaden von 50 % auszugehen (Urk. 10/83 S. 13 ff.; vgl. auch Urk. 10/89). Gestützt auf die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung vom 4. Dezember 2008 gelangte Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung, dass auf orthopädisch-chirurgisch- traumatologischem und auch neurologischem Fach gebiet keine Unfallfolgen mehr objektivierbar seien. Der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei aus medizinisch-somatischer Sicht nichts beizufügen. Ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden bestehe aus orthopädisch-chirurgischer Sicht nicht (Urk. 10/95). Gestützt darauf (Urk. 10/114) sprach die Suva der Versicherten mit Verfügung vom 12. März 2009 eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % ab 1. Januar 2009 sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integri tätseinbusse von 50 % zu (Urk. 10/116). Diese Verfügung erwuchs unangefoch ten in Rechtskraft.

## **E. 1.2**

Die Invalidenversicherung sprach der Versicherten mit Verfügungen vom 16. Dezember 2009 und 26. August 2011 vom 1. November 2003 bis 28. Februar 2005 eine ganze Rente, vom 1. März 2005 bis 31. Januar 2007 eine halbe Rente, vom 1. Februar 2007 bis 31. Oktober 2007 wieder eine ganze Rente sowie ab 1. November 2007 eine halbe Invalidenrente aufgrund eines Invalidi tätsgrades von 50 % zu (Urk. 10/132, Urk. 10/153; vgl. auch Urk. 10/181 S. 6).

Im Auftrag der Invalidenversicherung erstellte das H.\_\_\_\_ das interdisziplinäre ( internmedizinische , rheumatologische, neuro logische und psychiatrische) Gutachten vom 10. Mai 2012. Die neuropsycholo gische Untersuchung ergab unauffällige Befunde (Urk. 10/181 S. 17). Die psy chiatrische Teilgutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psy chotherapie, diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine Angststörung (ICD-10: F41.3), eine rezidivierende depressive Stö rung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.2) sowie eine somato forme

Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die Gutachter bescheinigten der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, welche vorwiegend auf die psychische Symptomatik zurückzuführen sei (Urk. 10/181 S. 17, 19 und 22 ff.).

Am 16. Oktober 2012 teilte die Invalidenversicherung der Beschwerdeführerin mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe ergeben, dass sie weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % habe (Urk. 10/165; vgl. auch Urk. 10/175).

### **E. 1.3**

Im Juni 2011 leitete die Suva ein Rentenrevisionsverfahren ein (Urk. 10/146), in dessen Rahmen sie die Versicherte durch Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erneut begutachten liess (Urk. 10/178). Gestützt auf dessen Expertise vom 13. Dezember 2014, wonach keine unfallbedingte psychische Störung mit Krankheitswert und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (Urk. 10/190 S. 51), hob die Suva die laufende Invalidenrente mit Verfügung vom 6. Mai 2015 ab dem 1. Juni 2015 auf (Urk. 10/210; vgl. auch Urk. 10/206). Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Urk. 10/212, Urk. 10/217) wies sie mit Einspracheentscheid vom 9. November 2015 ab (Urk. 2).

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas, mit Eingabe vom 8. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die bisherige Rente weiterhin auszurichten; eventualiter sei die Beschwerdegegnerin in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu verpflichten, den Sachverhalt mittels einer polydisziplinären Abklärung weiter abzuklären. In prozessualer Hinsicht beantragte die Versicherte, es sei die aufschiebende Wirkung der Beschwerde wiederherzustellen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2016 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 29. April 2016 wies das Gericht das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde ab (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 25. November 2001 ereignet und der angefochtene Einspracheentscheid ist am 9. November 2015 ergangen, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung

finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 2.1**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 2.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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 Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt demgegenüber keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_373/2012 vom 25. Oktober 2012, E. 3.2 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4).

### **E. 2.3**

Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) - sei es auf grund eines objektiv geminderten Schweregrades ein- und desselben Leidens, sei es aufgrund einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person - nicht aus. Ob eine derartige tatsächliche Änderung oder eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorliegt, bedarf - auch mit Blick auf die mit unter einschneidenden Folgen für die versicherte Person - einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die bloss e Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteile des Bundesgerichts

8C\_666/2013 vom 25. März 2014 E. 2.3, 8C\_173/2013 vom 16. September 2013 E. 4.2 mit Hinweisen).

Für eine Rentenanpassung genügt nicht bereits "irgendeine" Veränderung im Sachverhalt. Eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsveränderung

liegt nur dann vor, wenn die veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2). Die erforderliche Erheblichkeit der Sachverhaltsänderung ist gegeben, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 % verändert (BGE 133 V 545 E. 6.2).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht ( BGE 141 V 9 E. 2.3).

### **E. 3.1**

Die Suva schützte die am 6. Mai 2015 verfügte revisionsweise Aufhebung der laufenden Invalidenrente von 50 % mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2015. Zur Begründung führte sie an, es stehe gestützt auf das voll beweiskräftige, in Berücksichtigung aller relevanter Vorakten ergangene psychiatrische Gutachten von Dr. J. \_\_\_ vom 13. Dezember 2014 fest, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin verglichen mit der Situation bei Erlass der Rentenverfügung vom 12. März 2009 zwischen zeitlich erheblich verbessert habe. Dr. J. \_\_\_ sei zum Schluss gelangt, dass die von den Vorgutachtern gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Störung aktuell nicht bestätigt werden könnten. Bei den von ihm erhobenen vereinzelt isolierten psychischen Symptomen, welche im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. November 2001 stünden, handle es sich nicht um eine Gesundheitsstörung mit Krankheitswert und Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit. Die aufgrund der Untersuchungsbefunde zu stellende Diagnose einer „anderen gemischten Angststörung“ (ICD-10: F41.3) sei als unfallfremde psychische Erkrankung einzustufen. Gegenwärtig bestünden damit kein unfallbedingtes psychisches Leiden mit Krankheitswert und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Die Beschwerdeführerin sei als vollständig arbeitsfähig zu betrachten, und es könne ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass sie ein Erwerbseinkommen erzielen könnte, welches den Anspruch auf eine Invalidenrente ausschliesst. Deshalb sei die revisionsweise Rentenaufhebung per 1. Juni 2015 rechens (Urk. 2 S. 11 ff.).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt, sie habe weiterhin Anspruch auf Ausrichtung der bisher laufenden Rente. Die Aufhebung der Rente sei bereits deshalb nicht zulässig, weil die Suva diese aufgrund einer Einzelbegutachtung durch einen Psychiater vornehmen wolle, obschon die ursprüngliche Rentenzusprechung gestützt auf eine polydisziplinäre medizinische Abklärung erfolgt sei. Der psychiatrische Gutachter Dr. J. \_\_\_ habe keine Ausbildung in Unfalldiagnostik durchlaufen und verfüge auch nicht über die Fachkompetenz, um zu ihren persistierenden, in die Fachgebiete der Rheumatologie, Neuropsychologie und Neurologie fallenden Beeinträchtigungen Stellung zu nehmen. Zudem sei Dr. J. \_\_\_ offensichtlich voreingenommen gewesen und habe von Anfang an danach getrachtet, die Rente aufzuheben. Ferner habe Dr. J. \_\_\_ während der Exploration abwesend gewirkt und ihre Angaben in seiner Expertise teilweise falsch wiedergegeben.

Die Suva habe sodann entgegen ihrem Antrag keine Stellungnahme bei den behandelnden Ärzten, insbesondere bei ihrer Psychotherapeutin Frau M. \_\_\_, eingeholt.

Die psychiatrische Abklärung im Rahmen der erstmaligen interdisziplinären Begutachtung im Jahr 2005 sei von Dr. F. \_\_\_ vorgenommen worden, welcher Unfalltraumatiker sei und jahrelang in der Suva-eigenen K. \_\_\_ tätig gewesen sei. Es sei vermessen, wenn ihm Dr. J. \_\_\_ als weitaus weniger erfahrener Psychiater das Stellen einer falschen Diagnose vorwerfe. In ihrem Teilgutachten aus dem Jahr 2005 habe die Neuropsychologin eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung festgestellt. Daran habe sich in der

Zwischenzeit nichts geändert, was von der Suva nicht berücksichtigt worden sei.

Sie sei nur halbtags erwerbstätig und könne wegen der Unfallfolgen nicht mehr an ihre früheren Leistungen anknüpfen. Bei der Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ handle es sich effektiv um eine Neubeurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes, wobei Dr. J.\_\_\_\_ die von den Vorgutachtern gestellte Diagnose umgedeutet habe. Eventualiter sei eine polydisziplinäre Abklärung mit allen an der früheren Abklärung beteiligten Disziplinen in Auftrag zu geben, da die Rente bei der gegebenen Aktenlage nicht aufgehoben werden könne. Die medizinische Situation müsse vor der Aufhebung oder Herabsetzung der Rente mindestens mit der gleichen Sorgfalt wie bei der Rentengewährung überprüft werden, was bisher nicht geschehen sei (Urk. 1 S. 2 ff., Urk. 3/7).

### **E. 3.3**

In der Beschwerdeantwort führte die Suva zusätzlich zu ihrer Argumentation im angefochtenen Einspracheentscheid aus, sie habe ihren ursprünglichen Rentenentscheid nicht auf das von der Beschwerdeführerin erwähnte interdisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 23. August 200 gestützt, weil jene Gutachter klar zum Schluss gelangt seien, dass der medizinische Endzustand bei der Erstellung des Gutachtens noch nicht erreicht gewesen sei. Vielmehr sei – nachdem weitere Therapien durchgeführt worden seien - auf die psychiatrischen Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2008 und die Evaluation von Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juli 2008 abgestellt worden, in welchen von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen worden sei. Aus der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 4. Dezember 2008 gehe klar hervor, dass auf orthopädisch-chirurgisch-traumatologischem Fachgebiet zu jenem Zeitpunkt keine somatischen Folgen des Unfallereignisses mehr objektivierbar gewesen seien und aus dieser Fachabteilung keine weitere Arbeitsfähigkeit bescheinigt werden könne. Auf dem Fachgebiet habe auch kein Integritätsschaden in entschädigungspflichtiger Höhe festgestellt werden können. Dass auch aus neurologischer Sicht keine somatischen Folgen des Unfalls mehr bestanden hätten, ergebe sich ebenfalls aus der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung. Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten neuropsychologischen Defizite sei zu beachten, dass die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht in der Lage sei, selbständig eine abschliessende Beurteilung der Genese festgestellter Störungen vorzunehmen. Da keine auffälligen neurologischen Befunde vorlägen, hätten die neuropsychologischen Befunde ihren Grund ausschliesslich in den psychiatrischen Diagnosen gehabt haben können. Daraus folge, dass die ursprüngliche Rentenzusprechung einzig gestützt auf die psychiatrischen Befunde und Diagnosen erfolgt sei. Im Übrigen bestätige auch die spätere interdisziplinäre Begutachtung vom 10. Mai 2012 zu Handen der Invalidenversicherung, dass damals einzig noch psychische Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hätten. Deshalb sei nicht zu beanstanden, dass die Suva für die Revision einzig auf eine psychiatrische Beurteilung abgestellt habe. Das im Revisionsverfahren eingeholte Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ sei voll beweiskräftig. Zwar habe Dr. J.\_\_\_\_ einige Kritik an den psychiatrischen Vorgutachten geäussert. Er habe aber auch dargelegt, dass er die in diesen Gutachten gestellten Diagnosen aufgrund der mageren Befunde und der nicht nach vollziehbaren Diagnostik weder bestätigen noch widerlegen könne. Aus heutiger Perspektive müsse gelten, dass zum Berentungszeitpunkt überwiegend wahr scheinlich aufgrund der damals gestellten psychiatrischen Diagnosen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Aufgrund seiner aktuellen Beurteilung habe Dr. J.\_\_\_\_

geschlossen, dass zum heutigen Zeitpunkt keine psychische Gesundheitsstörung mit Krankheitswert und mithin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Gestützt darauf sei die Suva zu Recht von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes ausgegangen (Urk. 9).

#### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert hat. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung ist die in Rechtskraft erwachsene ursprüngliche Rentenverfügung der Suva vom

12. März 2009 (Urk. 10/116).

#### **E. 4.2.1**

Der Verfügung vom 12. März 2009, mit welcher der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50 % zugesprochen worden war, lagen in medizinischer Hinsicht das E.\_\_\_\_-Gutachten vom 15. August 2005, das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2008, die versicherungspsychiatrische Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2008 sowie der kreisärztliche Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2008 zugrunde (vgl. Urk. 10/114).

#### **E. 4.2.1.1**

In der interdisziplinären neurologisch-rheumatologisch-psychiatrisch-neuropsychologischen Expertise der E.\_\_\_\_ vom 15. August 2005 hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin habe am 25. November 2001 als Beifahrerin einen schweren Verkehrsunfall erlitten mit erheblichen Folgen im Sinne einer Com motio cerebri mit antero-retrograder Amnesie, Körperkontusionen, einer Partialruptur des vorderen Kreuzbandes im linken Knie, einem Panvertebralsyndrom, einer HWS-Distorsion mit zervikozepalem Symptomenkomplex und einer posttraumatischen Belastungsstörung bei dramatischen Begleitumständen (Urk. 10/227 S. 2). Aus neurologischer Sicht bestehe nach wie vor eine leichte rotatorische Fehlstellung des Atlas nach rechts und eine leichte Kippung von rechts superior nach links inferior, wahrscheinlich bei myofaszialer Symptomatik in der Tiefe. Der rheumatologische Teilgutachter diagnostizierte ein Panvertebralsyndrom bei Status nach Autounfall am 26. November 2001 mit spondylogenen Komponenten sowohl zervikal als auch lumbal sowie eine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes im linken Knie. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte eine psychoreaktive Störung im Sinne einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung. Wegen der Amnesie kenne die Beschwerdeführerin den Unfallhergang nur aus Erzählungen der Bekannten und durch die Konfrontation mit der Polizei. Ein derartiger nachträglicher Erlebensmodus wirke sich erfahrungsgemäss genau so traumatisierend aus wie das direkte Erleben, da die Fantasien und Vorstellungen nicht genügend mit der erlebten Realität abgeglichen werden könnten. Ferner habe die Beschwerdeführerin durch den Unfalltod der Freundin, welche eine wichtige Vertrauensperson gewesen sei, einen traumatischen Verlust erlitten. Insgesamt habe sie ein Ereignis erlebt, welches sie mit Zerstörung und Tod konfrontiert habe, womit das für die Diagnose gemäss ICD-10 verlangte Kriterium des schweren belastenden Ereignisses erfüllt sei. Zudem habe die Beschwerdeführerin von Symptomen des Wiedererlebens, welche gemäss ICD-10 ebenfalls Voraussetzung für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bildeten, berichtet: Wenn sie die Augen schliesse, habe sie das Gefühl, etwas komme auf sie zu, was durchaus dem tatsächlichen Unfallablauf

entspreche. Darüber hinaus reagiere sie auf Trigger, etwa den Anblick der Garage, wo der Unfall geschehen sei, oder der Strasse, wo ihre Freundin gewohnt habe. Symptome des Wiedererlebens hätten auch anlässlich der Exploration beobachtet werden können, nämlich das nicht unterdrückbare Weinen beziehungsweise der ausserordentlich labilisierte Affekt, wenn der Unfall und dessen Konsequenzen besprochen worden seien, und die auffällige Erinnerung an die Freundin, wenn etwas zur Sprache gekommen sei, das nur indirekt mit dieser zu tun habe, was eine eindruckliche Fixierung darstelle. Die von der Beschwerdeführerin ebenfalls berichteten Symptome von Schlafstörungen, Reizbarkeit bis zur Aggressivität, Schreckhaftigkeit, generell verstärkter Ängstlichkeit und übermässiger Sorge um das Wohlergehen der Angehörigen seien bekannte akzessorische Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung. Erschwerend wirke sich die Kombination der psychoreaktiven Störung mit dem Schmerzsyndrom aus. Die psychoreaktive Störung verstärke mit grosser Wahrscheinlichkeit das Schmerzerleben, während der Schmerz einen wichtiger Trigger für die Symptome des Wiedererlebens darstelle. Die psychoreaktive Störung sei nicht hauptsächlich leistungseinschränkend. Eine gewisse limitierende Wirkung gehe von der Schlafstörung und von der Verstärkung des Schmerzerlebens durch die psychoreaktive Dimension aus (Urk. 10/226 S. 6 f. und 9 ff.). Die neuropsychologische Untersuchung ergab Leistungsminderungen in der Sprachproduktion, der Ideenflüssigkeit, der Umstellungsfähigkeit, dem Kopfrechnen, dem Neugedächtnis und einer Verlangsamung und Störung der geteilten Aufmerksamkeit. Insgesamt ging die neuropsychologische Teilgutachterin von einer leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörung im Bereich fronto-basaler Strukturen unter Einbezug tieferer Strukturen aus, welche die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit im Servicebereich zu rund 30-40 % einschränke (Urk. 10/227 S. 14, Urk. 10/230). Aus interdisziplinärer Sicht gingen die Gutachter abschliessend davon aus, dass prognostisch von einer namhaften Besserung der Symptomatik unter einer psychotraumatologisch orientierten Psychotherapie, einer Pharmakotherapie, einer medizinischen Trainingstherapie, Myotonolyse und Physiotherapie nach ungefährem einem Jahr auszugehen sei (Urk. 10/227 S. 2 ff.).

#### **E. 4.2.1.2**

Am 10. Juli 2008 erstellte Dr. F. \_\_\_ ein psychiatrisches Verlaufsgutachten. Die Beschwerdeführerin gab dem Gutachter anlässlich der Untersuchungsgespräche vom 18. März und 8. April 2008 an, sie habe vor zwei Jahren geerbt, ihre Tochter sei nun 19 Monate alt. Ihr Gesundheitszustand verschlechtere sich immer mehr. Sie habe zunehmende Schmerzen im Nacken und im linken Rücken, ausstrahlend in den Kopf. Bei starken Schmerzen könne sie sich nicht mehr konzentrieren und mache Fehler. Zudem lösten die Schmerzen ständig Erinnerungen an den Unfall aus. Ihre Pläne, die sie im Leben gehabt habe, hätten sich nun zerschlagen. Sie überlege manchmal, ob sie ihrem Leben ein Ende setzen sollte; der Gedanke an ihre Tochter, welche das Einzige sei, was ihr noch Freude bereite, halte sie zurück. Sie esse unregelmässig und habe erhebliche Gewichtsschwankungen. Sie habe Probleme mit dem Schlafen, habe zwei bis drei Mal pro Woche Angstträume. Auch tagsüber habe sie Angst, dass etwas geschehen könnte; ferner habe sie Angst bei Dunkelheit und erschrecke bei Geräuschen rasch. Weiter habe sie Angst, dass Leute, denen sie nahe stehe, ebenfalls verunfallen könnten, sie diesen Leuten also schade. Sie sei generell schnell gereizt, wütend und aggressiv. Häufig ertrage sie ihr Kind nicht und habe deswegen Schuldgefühle. Bei einem Streit mit dem Ehemann habe sie, als er hinter ihr gestanden sei, mit der Hand ausgeschlagen und ihn am Ohr getroffen. Seither leide er an einem Tinnitus. Es sei ihr nicht mehr möglich, mehr als vier Stunden im

Restaurant ihres Mannes zu arbeiten; im Durchschnitt arbeite sie nun etwa 2,5 Stunden pro Tag. Wenn während der Psychotherapie der Unfall zur Sprache komme, gehe es ihr schlechter (Urk. 10/83 S. 1 und 4 ff.). Die Psychotherapeutin M.\_\_\_\_ gab Dr. F.\_\_\_\_ am 31. März 2008 an, unter der laufenden Psychotherapie sei insgesamt keine Verbesserung eingetreten. Eine konsequente traumaorientierte Psychotherapie sei bisher nicht möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin auch auf dosierte Reizexpositionen zu stark reagiert habe. Die Therapie habe sich auf psychoedukative und stabilisierende Massnahmen beschränkt. Ein den Verlauf komplizierender Faktor stelle die Schuldproblematik gegenüber der verstorbenen Lenkerin des Unfallwagens dar. Die Mutter der Toten habe massive Vorwürfe gegen sie erhoben und es sei zu Drohungen gekommen. Zudem habe die Beschwerdeführerin Schuldgefühle gegenüber der Tochter, die sie manchmal nicht ertrage, und ihrem Ehemann, der wegen ihr an einem Tinnitus leide (Urk. 10/83 S. 7). Dr. F.\_\_\_\_ erhob anlässlich der zwei Untersuchungsgespräche einen bedrückten und niedergeschlagenen Affekt, der stark labilisierbar war. Die Beschwerdeführerin habe häufig geweint. Ihre Überzeugung, anderen Leuten zu schaden, habe wahnhaften Charakter. Die Testung mittels der Hamilton Depressionsskala mit 21 Items habe einen Wert von 22 Punkten, entsprechend einer mittelschweren Depression, ergeben (Urk. 10/83 S. 8). In seiner abschliessenden Beurteilung hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, die Symptomatik habe sich seit Sommer 2005 verschlechtert. Zur posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) seien als Reaktion auf das Unfallereignis und die Unfallfolgen weitere Diagnosen, nämlich eine andere gemischte Angststörung (ICD-10: F41.3) sowie eine depressive Episode mittlerer Intensität (ICD-10: F32.1), hinzugekommen. Die auf die posttraumatische Belastungsstörung zurückzuführende Symptomatik habe sich praktisch nicht verändert. Es bestünden aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin nach wie vor sehr leicht – auch durch die chronischen Schmerzen - zu triggernde Symptome des Wiedererlebens. Hinzu komme der während den Explorationen beobachtete stark labilisierbare Affekt, wenn über das Unfallereignis gesprochen werde. Fatal sei, dass das Wiedererleben immer mit Vermeidung verbunden sei und sich dies auf die notwendige Psychotherapie auswirke: Einerseits habe die Beschwerdeführerin Angst, dass dort der Unfall angesprochen werde, andererseits erinnere allein die Tatsache, dass die Therapie durchgeführt werde, sie an den Unfall. Weil dies eine psychische Destabilisierung der Beschwerdeführerin bewirke, werde die Therapie niederfrequent gehalten. Einen schwer komplizierenden Faktor stelle die Schuldproblematik im Sinne einer „Survivor guilt“ dar. Diese sei durch die von der Mutter und der Familie der beim Unfall verstorbenen Freundin formulierten Schuldzuweisungen und Drohungen gegenüber der Tochter der Beschwerdeführerin verstärkt worden. Die daraus resultierende Überzeugung der Beschwerdeführerin, anderen Menschen zu schaden, wenn sie ihnen zu nahe sei, habe annähernd wahnhaften Charakter und sei als Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung einzuordnen. Zusätzlich leide die Beschwerdeführerin an Bedrohungsgefühlen, welche Leib und Leben betreffen und nicht direkt mit dem Unfallereignis zusammenhängen. Zentrales Thema seien sterbende Menschen. Diagnostisch sei von einer anderen gemischten Angststörung auszugehen. Diese Angststörung stelle eine Mischform mit Elementen einer Panikstörung und einer generalisierten Angststörung dar. Die Entwicklung solcher Ängste, die nicht eng mit dem Unfallereignis in Zusammenhang stünden, werde bei Opfern von Schädelhirntraumen mit anschliessen der Bewusstlosigkeit und/oder Amnesie immer wieder beobachtet. Da das Unfallereignis selbst nicht in der Erinnerung sei, werde die Existenzbedrohung in einen allgemeineren Zusammenhang gestellt. Die Angststörung könne, wenn auch teilweise in verhüllter Form, als Reaktion auf

das Unfallereignis verstanden werden. Zudem sei sie mit grosser Wahrscheinlichkeit auch als eine Reaktion auf die Unfallfolgen zu verstehen. Als frühere Spitzensportlerin (Handball) habe sich die Beschwerdeführerin über Leistung definiert. Die unfallbedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit habe zu einer Identitätskrise geführt und eine existentielle Verunsicherung ausgelöst. Die Entwicklung der Ängste sei sicher auch durch die Schwierigkeiten mit der Versorgung der kleinen Tochter mitgeprägt worden. Die chronischen Schmerzen würden durch das Herumtragen der Tochter verstärkt, das Weinen des Kindes führe zu gereizten Reaktionen. Dies wiederum löse Schuldgefühle aus. Insgesamt bestehe also eine mit den Unfallfolgen zusammenhängende Überforderungssituation. Aus den gleichen psychodynamischen Gründen stelle die mittelgradige Depression eine Reaktion auf die Unfallfolgen dar, wobei insbesondere auch die „Survivor guilt“ eine wichtige Rolle spiele. Die Diagnose stütze sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin über Lust- und Freudlosigkeit, Suizidgedanken, Appetitstörung und Schlafstörungen sowie den während der Begutachtung beobachteten depressiven Affekt und den testpsychologischen Befund. Ziel der Weiterführung der Psychotherapie sei vor allem die Verhinderung einer weiteren gesundheitlichen Verschlechterung, wenn es gelinge, die Therapie zu intensivieren und eine geeignete Medikation zu verschreiben. Nach der Begutachtung durch die E.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, rund 50 % im Restaurant ihres Ehemannes zu arbeiten. Angesichts der festgestellten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes müsse davon ausgegangen werden, dass ihre berufliche Leistungsfähigkeit in der angestammten, ideal dem Leiden angepassten Tätigkeit 50 % eines Vollzeitpensums nicht mehr erreiche. Prognostisch sei mit einer Persistenz der mittelgradigen psychischen Störung zu rechnen, da die Psychotherapie als Trigger für die Symptomatik erlebt werde und das Schuld erleben der Beschwerdeführerin sowie die chronische Schmerzstörung die Heilung hemmen (Urk. 10/83 S. 8 ff.).

In ihrer versicherungspsychiatrischen Beurteilung der medizinischen Akten vom 29. Juli 2008 empfahl

Dr. L.\_\_\_\_, die Versicherungsleistungen gestützt auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2008 festzusetzen (Urk. 10/89).

Aufgrund der Ergebnisse der Abschlussuntersuchung vom 4. Dezember 2008 gelangte Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung, dass auf orthopädisch-chirurgisch-traumatologischem Fachgebiet keine Unfallfolgen mehr objektivierbar seien. Dr. D.\_\_\_\_ habe anlässlich seiner Untersuchung vom 11. April 2002 das Fehlen verifizierbarer neurologisch-fokaler Defizite festgestellt. Der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei aus medizinisch-somatischer Sicht nichts beizufügen. Ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden bestehe aus orthopädisch-chirurgischer Sicht nicht (Urk. 10/95).

#### **E. 4.2.2**

Im Auftrag der Invalidenversicherung erstellte das H.\_\_\_\_ das interdisziplinäre (internmedizinische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische) Gutachten vom 10. Mai 2012. Die Beschwerdeführerin gab den Gutachtern an, ihre erste Tochter sei am 2. Juni 2006, ihre Zweite am 18. Mai 2010 geboren (Urk. 10/181 S. 7). Aktuell arbeite sie zirka zu 50 % in der Pizzeria, welche sie zusammen mit ihrem Ehemann betreibe. Sie habe dabei wenig Kundenkontakt, erledige vorwiegend administrative Arbeiten, die sie sich

selber einteilen könne. Sie könne ihre Kinder und den Haushalt während drei bis vier Stunden am Tag teilweise versorgen, erhalte dabei aber erhebliche Hilfe (Urk. 10/181 S. 23 und 42). Ihr psychischer Gesundheitszustand schwanke, insbesondere wenn sie über das Unfallereignis sprechen müsse, gehe es ihr sehr schlecht. In letzter Zeit habe sich die Angstsymptomatik verstärkt: Sie habe Angst, die Tochter alleine in den Kindergarten gehen zu lassen und in den Keller zu gehen. Auch könne sie nicht alleine schlafen (Urk. 10/181 S. 13). Die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine Angststörung (ICD-10: F41.3), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.2) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). In ihrer Untersuchung vom 7. Februar 2012 beobachtete sie eine leichte Unsicherheit in der zeitlichen Orientierung und Schwierigkeiten, Daten zu reproduzieren und sich an Zahlen zu erinnern. Ferner erhob sie eine gewisse Stimmungs labilität insofern, dass die Beschwerdeführerin, wenn der Hergang des Unfalls aus dem Jahr 2001 angesprochen werde, darum ringe, nicht in Tränen auszuberechnen, dann aber doch weinen müsse, wenn sie über ihre tote Freundin spreche. Ihre Stimmungslage sei depressiv gewesen, die Mimik habe eine Gleichgültigkeit gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe Zustände von Apathie und verminderter Aktivität beschrieben. Es sei ein Interessesverlust und ein sozialer Rückzug vorhanden, ferner bestehe eine latente Suizidalität und eine Tendenz zu negativem Gedankengut. Die Testung mittels der Hamilton-Depressionsskala habe eine Punktzahl ergeben, welche einer leichten bis mittelschweren Depression zugeordnet werde. Affekt labilität zeige sich auch im Alltag durch abrupte, impulsive und aggressive Durchbrüche. Ferner bestünden noch eine Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Irritierbarkeit, leichte paranoide Tendenzen mit anhaltenden Schuldgefühlen, Verfolgungsgefühle durch die Angehörigen der toten Freundin und es hätten sich reale Drohungen mit imaginären Szenarien vermischt. Die Beschwerdeführerin könne keine engeren Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen, fühle sich fremd und isoliert. Die Konzentrationsleistungen seien anamnestisch schwankend. Der Gutachterin seien eine erhöhte Ermüdung und Erschöpfbarkeit aufgefallen, am Ende der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin erschöpft gewesen (Urk. 10/181 S. 19 f. und S. 38 ff.). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die übrigen Gutachter einen Status nach Verkehrsunfall am 25. November 2001 mit Comotio Cerebri, chronische unspezifische Rückenschmerzen ungeklärter Aetiologie, minimale degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule, eine Wirbelsäulenfehlhaltung und –fehlform, eine Haltungsinsuffizienz, Kniegelenksschmerzen links bei einer möglicherweise beginnenden Gonarthrose und der bekannten partialen Ruptur des vorderen Kreuzbandes (Urk. 10/181 S. 18). Die neuropsychologische Untersuchung ergab unauffällige, im Vergleich zur letzten Testung im Jahr 2005 deutlich verbesserte Befunde (Urk. 10/181 S. 17 und 22). Die Diskrepanz der neuropsychologischen Testergebnisse mit den im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung erhobenen Befunden interpretierten die Gutachter als Ausdruck einer schwankenden Leistungsfähigkeit. Ferner könne die Diskrepanz dadurch erklärt werden, dass die psychiatrische Untersuchung morgens um 9 Uhr stattgefunden habe. Zu dieser Zeit hätten depressive Personen bekannterweise ein Morgentief. Möglicherweise sei die Beschwerdeführerin damals auch weniger motiviert gewesen (Urk. 10/181 S. 22 f.). Die Gutachter bescheinigten der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, welche sie ausschliesslich auf die psychische Symptomatik zurückführten, da sie aus neurologischer und rheumatologischer Sicht – in Übereinstimmung mit der Beurteilung von

Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2008 – keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren konnten ( Urk. 10/181 S. 17, 19 und 21 ff.). Die psychiatrische Gutachterin Dr. I.\_\_\_\_ legte dar, seit der letzten Begutachtung sei offensichtlich keine Besserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus einer verminderten Belastbarkeit im Sinne von rascher Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, schnell einsetzender Reizbarkeit und Erregbarkeit sowie der Neigung zu aggressiven Durchbrüchen. Weiter werde die Beschwerdeführerin durch Zerstreutheit, mangelnde Struktur in Denk- und Handlungsabläufen, Vergesslichkeit und Konzentrationsmängel in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. In depressiven Episoden beeinträchtigten Antriebs- und Motivationsmangel sowie eine Verlangsamung die Arbeitsfähigkeit. Die posttraumatische Belastungsstörung führe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %, die Angststörung, die depressive Störung und die somatoforme Schmerzstörung schränken die Arbeitsfähigkeit jeweils zu 20 % ein, was insgesamt einer Arbeitsunfähigkeit von nach wie vor 50 % entspreche (Urk. 10/181 S. 41 f.).

### **E. 4.2.3**

Im Rahmen der im Auftrag der Suva durchgeführten psychiatrischen Verlaufsbeurteilung vom 13. Dezember 2014 untersuchte Dr. J.\_\_\_\_ die Ver sicherte am 27. Juni und 11. Juli 2014 (Urk. 10/190 S. 2). Die Beschwerdeführerin gab ihm an, nach dem Unfall sei sie vom Bruder der verstorbenen Freundin beschuldigt worden, am Unfall schuld zu sein. Die Mutter der Freundin sei ihr einmal auf der Strasse begegnet und habe sie nur schweigend böse angeschaut, und sie habe Drohungen per Telefon erhalten. Aktuell arbeite sie in der Pizzeria ihres Ehemanns nicht mehr im Service. Sie sei vor allem mit der Vorbereitung am Morgen (Post, Kaffeemaschine, Salat, Einkauf, allgemeine Servicevorbereitungen) und am Nachmittag zwischen 14 und 17 Uhr beschäftigt. Sie beschäftige eine Haushaltshilfe. Diese übernehme das Bügeln und das Einkaufen und gewisse Arbeit mit den Kindern. In der Nacht träume sie immer. Oft habe sie dabei den Eindruck, dass sie oder ihre Familie von unbekanntem Personen verfolgt würden (Urk. 10/190 S. 23 ff.).

Dr. J.\_\_\_\_ beobachtete, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchungsgespräche mehrmals kurz Tränen in den Augen hatte, und zwar sowohl bei Thematisierung des Unfalltodes der Freundin als auch bezogen auf andere Ereignisse, etwa als sie gerührt darüber berichtete, ihre Tochter am Morgen vor der zweiten Konsultation beim Gesangskonzert gehört zu haben. Anlässlich der Schilderung des Unfallereignisses sei sie von intensiveren Affekten der Trauer und Bestürzung erfüllt gewesen, aber ein unvermittelt auftreten des Hereinbrechens von chaotisch anmutenden tiefen Affekten im Sinne von eigentlichen Flashbacks habe nicht beobachtet werden können. Anhand der deskriptiven Kriterien des AMDP-Systems erhob Dr. J.\_\_\_\_ vereinzelte kurze Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistungen im Sinne von einzelnen Wortfindungsstörungen und kurzen anamnestischen Lücken. Wegen der Hinweise auf mögliche unbekanntem Verfolger und Beobachter sei fraglich, ob eine gewisse paranoide Wahnstimmung in solchen kurzen Momenten manifest werde. Eine durchdringende, psychopathologisch bestimmende Wahnwirklichkeit habe aber klar nicht vorgefunden werden können. Die affektive Grundstimmung habe je nach Thema gewechselt, etwa wenn das Unfallereignis zur Sprache gekommen sei. Die Beschwerdeführerin habe aber auch freudige Aspekte aus ihrem Leben schildern können. Ein manifestes depressives Zustandsbild, welches von einer ständigen, schuldhaften und nicht beeinflussbaren

übermässigen Herabwürdigung geprägt sei, habe nicht erhoben werden können. Die Schuldgefühle bezüglich der Frage der Mitschuld am Tod der Kollegin kämen zwar wiederholt zum Vorschein, prägten aber nicht vorrangig und unkorrigierbar das Beziehungsverhalten und die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin. Die Selbsteinschätzung bleibe einzig von einer gewissen Verunsicherung und von Zweifeln bezüglich des bisherigen Selbstvertrauens geprägt. Eine aktuelle Suizidgefährdung im Sinne von geäusserten Suizidideen könne nicht eruiert werden. Der Antrieb sei im allgemeinen verhalten und kontrolliert gewesen, habe aber doch im Überblick über die gesamte Explorationszeit auf eine übliche Initiative und Bewältigungsfähigkeit der alltäglichen Verpflichtungen hingewiesen (Urk. 10/190 S. 28 ff.). Das Telefongespräch vom 4. Dezember 2014 von Dr. J. \_\_\_ mit der behandelnden Psychotherapeutin M. \_\_\_ ergab, dass die Behandlung noch nicht abgeschlossen war, wobei laut der Psychotherapeutin im Jahr nur etwa fünf Konsultationen stattfänden. Die Psychotherapeutin gab an, dass die psychopathologische Symptomatik unverändert sei und dass das Erleben der Beschwerdeführerin weiterhin vorrangig von Ängsten erfüllt sei. Die Chronifizierung hänge wohl mit den Drohungen der Familie der verstorbenen Freundin zusammen (Urk. 10/190 S. 30).

Zu den medizinischen Vorakten hielt Dr. J. \_\_\_ fest, das Gutachten der E. \_\_\_ vom 23. August 2005 vermöge den aktuellen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten weder bezüglich der Befunderhebung, der diagnostischen und differentialdiagnostischen Überlegungen und Ableitungen noch der abschliessenden Beurteilung zu genügen, so dass auf die darin gestellten Diagnosen und Beurteilungen nicht abgestellt werden könne. Die im Gutachten von Dr. F. \_\_\_ vom 10. Juli 2008 gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne gemäss den heute gültigen Kriterien nicht bestätigt werden, obwohl damals einzelne, isolierte posttraumatische Symptome hätten vorgefunden werden können, insbesondere auch im Zusammenhang mit einer persistierenden Schmerzproblematik. Nachvollziehbar sei dagegen, dass Dr. F. \_\_\_ aufgrund der vorgefundenen Befunde eine Angststörung diagnostiziert habe. Im Übrigen sei der psychopathologische Befund sehr mager, geradezu stichwortartig formuliert worden. Der Beizug der Hamilton Depressions Skala sei problematisch, weil die Validität des damit ermittelten Befunds zur Sicherung einer Diagnose im Rahmen einer Begutachtung nicht ausgewiesen sei. Die Argumentation von Dr. F. \_\_\_, die Angststörung und die depressive Episode stünden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall, werde durch die erhobenen Befunde nicht untermauert. Auch auf das von der Invalidenversicherung eingeholte interdisziplinäre Gutachten des H. \_\_\_ vom 10. Mai 2012 könne nicht abgestellt werden, da weder die Befunderhebung, die diagnostischen und differentialdiagnostischen Überlegungen sowie die Einschätzung des bisherigen Verlaufes und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar belegt und verständlich dargelegt worden seien (Urk. 10/190 S. 40 ff.). Insbesondere sei die von diesen Gutachtern diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung weder durch die erhobenen Befunde noch den dokumentierten Verlauf der Beschwerden ausgewiesen. Die notwendigen diagnostischen Überlegungen fehlten in diesem Gutachten ganz (Urk. 10/190 S. 52).

Abschliessend gelangte Dr. J. \_\_\_ zur Beurteilung, die aktuellen Schilderungen über die Bewältigung des Alltages belegten, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor unter gewissen Schmerzen leide und darunter, dass sie nicht in dem Ausmass leistungsfähig sei, wie sie es sich wünsche. Ihren Alltag gestalte sie aber bezüglich der Kinderbetreuung und in

begrenztem Ausmass bezüglich der Mitarbeit im Betrieb des Ehemannes weitgehend unauffällig. Im Übrigen habe sie angegeben, dass ihre körperliche Verfassung ein regelmässiges Training zulasse. Aufgrund des aktenmässig dokumentierten Verlaufs und der aktuellen Befunde könne festgehalten werden, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nie gegeben gewesen seien. Es fänden sich aktuell noch vereinzelte, isolierte psychische Phänomene, wenn sich die Beschwerdeführerin an das Unfallereignis erinnere, welche aber nicht das Ausmass einer Gesundheitsstörung mit Krankheitswert und Minderung der Leistungsfähigkeit erreichten. Die psychische Verfassung werde von einer gewissen Ängstlichkeit geprägt, welche unspezifisch sei und sich auf alltägliche Aspekte beziehe. Diagnostisch sei diesbezüglich von einer anderen gemischten Angststörung auszugehen (ICD-10: F41.3). Es handle sich hier um eine eigen ständige Erkrankung, welche unfallfremd sei. Im Verlauf habe sich die Angst symptomatik mangels einer fundierten intensiven fachärztlichen Behandlung nur unwesentlich gebessert. Aktuell sei die Beschwerdeführerin wegen ihrer Ängste in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Kontaktfähigkeit zu Dritten eingeschränkt. Die Angstsymptomatik führe zu einer hohen psychophysischen Anspannung, welche bei körperlichen und mentalen Beanspruchungen mit einer rascheren Leistungsminderung und Erschöpfung einhergehen könne. Aufgrund der eingeschränkten Partizipationsfähigkeit am Arbeitsplatz sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 75 % in der bisherigen Tätigkeit in der Pizzeria, welche für die Beschwerdeführerin am besten geeignet sei, auszugehen.

Die für die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode vorausgesetzten Symptome hätten weder mit Blick auf die Vorgutachten noch aufgrund der aktuellen klinischen Untersuchung und der Angaben der Beschwerdeführerin zweifelsfrei eruiert werden können. Es sei nachvollziehbar, dass die Angsterkrankung mit einer gewissen assoziierten depressiven Symptomatik verbunden sein könne, eine hiervon unabhängige Depression könne aber nicht diagnostiziert werden. Angesichts der gut erhaltenen Beweglichkeit und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin ein kontinuierliches Training durchführe, was auf eine grundlegende Beharrlichkeit und Leistungsbereitschaft hinweise, könne keine (unfallfremde) anhaltende schwere somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Eine Verstärkung des Erlebens von chronischen Schmerzen aufgrund der unfallfremden Haltungsinsuffizienz und des Morbus Scheuermann sei als Teilaspekt der diagnostizierten Angststörung einzuordnen. Wegen der Chronifizierungstendenz über all die Jahre sei die Prognose bezüglich der Entwicklung der Angststörung derzeit ungewiss (Urk. 10/190 S. 46 ff.).

#### **E. 4.3.1**

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung des Gesundheitszustandes erfolgt wie bereits dargelegt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes (vorstehend E. 2.2) . Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des

Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet voll ständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweis themas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fak ten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbe standene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausma ss substantiell verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011, E. 4.2-3 mit Hinweisen ).

#### **E. 4.3.2**

Vorab festzuhalten ist, dass die Beschwerdeführerin seit 1. Januar 2009 ihre 50%ige Rente der Unfallversicherung einzig aufgrund psychischer Beeinträchti gungen bezieht und zwar aufgrund der damaligen Einschätzung der gesund heitlichen Folgen des Unfalles durch Dr. F.\_\_\_\_ im Gutachten vom 10. Juli 2008 mit den Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), einer gemischten Angststörung (ICD-10: F41.3) sowie einer depressiven Episode mittlerer Intensität (ICD-10: F32.1) und der in der Folge von Dr. L.\_\_\_\_ der Suva attestierten Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Mithilfe in der Pizzeria des Ehemannes von 50 % (Urk. 10/89). Relevante soma tische Unfallrestfolgen konnten nicht festgestellt werden, weshalb es entgegen der Vorbringen der Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, dass die Suva für die Revisionsfrage einzig eine psychiatrische Begutachtung vornehmen liess.

#### **E. 4.3.3**

Mit dem von der Suva zugestellten Begutachtungsfragebogen wurde Dr. J.\_\_\_\_ allerdings nicht ausdrücklich nach einer tatsächlichen Ände rung der von ihm erhobenen medizinischen Befunde im Vergleich zur in den Vorgutachten dokumentierten Situation befragt, welche unabhängig von einer allenfalls abweichenden Würdigung der medizinischen Situation ist (Urk. 10/190 S. 51 ff.). Vielmehr war der Fragebogen so formuliert, als ob der Gutachter eine Erstbeurteilung des Falles bzw. eine Würdigung des durch die anderen Gutachter Beurteilten vorzunehmen hätte, was nicht die relevante Fra gestellung war. Vielmehr hätte sich der Gutachter explizit zu den von ihm fest gestellten Veränderungen hinsichtlich der subjektiven und objektiven Befunde, der Diagnosen und deren gesundheitlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähig keit seit der Zusprechung der Invalidenrente im Jahr 2009 äussern und diese im Gesamtkontext der Rentenrevision würdigen müssen (Urk. 10/169). Dement sprechend äusserte sich der Gutachter nicht hinreichend klar und direkt zu die sen Fragen. Seinen Ausführungen kann aber entnommen werden, dass er die von Dr. F.\_\_\_\_ in dessen Gutachten vom 1 0. Juli 2008 – und auch von Dr. I.\_\_\_\_ im Gutachten vom 10. Mai 2012 - gestellten Diagnosen einer post traumatischen Belastungsstörung und mittelgradigen depressiven Episode nach einer Auseinandersetzung mit den aktenmässig in der Zeit bis zu diesen Begut achtungen dokumentierten Befunden für falsch hielt. Dr. J.\_\_\_\_ bezweifelte insbesondere die Validität der von den Vorgutachtern, unter anderem mittels der Hamilton Depressionsskala, erhobenen Befunden, vor allem die von ihnen angenommene Schwere der Symptome. Insofern nimmt Dr. J.\_\_\_\_ über weite

Strecken entgegen der Ansicht der Suva klarerweise eine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vor. Dies ist jedoch für die Frage der Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht entscheidend und hinreichend.

#### **E. 4.3.4**

Dem Gutachten können in tatsächlicher Hinsicht allerdings einige Schilderungen und Beobachtungen entnommen werden, die für die Frage der Veränderung des tatsächlichen Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache relevant sind.

Auffallend sind zum einen die Schilderungen von Dr. J.\_\_\_\_, die zu denjenigen von Dr. F.\_\_\_\_ in wesentlichen Punkten doch stark kontrastieren. Die von Dr. F.\_\_\_\_ in der klinischen Untersuchung erhobene Lust- und Freudlosigkeit, gar Suizidgedanken, Appetit- und Schlafstörungen und den depressiven Affekt vermochte Dr. J.\_\_\_\_ nicht mehr zu erkennen. Die Versicherte berichtete bei der Untersuchung von gelegentlichen Angst einflössenden Träumen, jedoch nicht mehr von Schlafstörungen (Urk. 10/190 S. 27). Einzelne Affekte waren erkennbar konturiert, doch berichtete die Versicherte durchaus auch über freudvolle Ereignisse in einer völlig adäquaten Art. Auch erkannte der Gutachter keine pessimistische schuldhafte Selbstherabsetzung bei der Versicherten mehr, anders als noch anlässlich der Begutachtung durch Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 10/190 S. 29 f.). Sodann waren ihr Antrieb und die Psychomotorik mit ausdrucksklarer Mimik in gutem Einklang mit den geschilderten affektiven Situationen (Urk. 10/190 S. 31). Dr. J.\_\_\_\_ stellte ausdrücklich fest, dass der Antrieb der Versicherten zwar verhalten und kontrolliert gewesen sei, im Überblick über die ganze Explorationszeit verweise er aber auf eine übliche Initiative und Bewältigungsfähigkeit der Versicherten der alltäglichen Verpflichtungen (Urk. 10/190 S. 31). Auch relevante Konzentrationsstörungen oder Aufmerksamkeitsprobleme vermochte der Gutachter nicht mehr zu erkennen und über solche klagte die Versicherte auch nicht (Urk. 10/190 S. 29), anders noch als anlässlich der Begutachtung durch die E.\_\_\_\_ im Jahr 2005. Bereits bei der interdisziplinären Untersuchung im Jahre 2012 waren die neuropsychologisch getesteten Werte unauffällig, es waren keine Defizite mehr erkennbar (Urk. 10/181 S. 22), so dass auch in dieser Hinsicht Hinweise auf eine Besserung vorhanden sind.

Gleich wie der Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ erkannte Dr. J.\_\_\_\_ in verschiedenen Vorbringen der Versicherten noch immer das Vorhandensein einer anderen gemischten Angststörung im Sinne von ICD-10 F41.3 (Urk. 10/190 S. 49, Urk. 10/83 S. 10), jedoch erachtete er diese – anders als Dr. F.\_\_\_\_ und in Kritik von dessen Auffassung – nicht als unfallkausal, sprach ihr aber eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu, indem er deswegen ihre kognitive und affektive Verfassung als davon beeinträchtigt und die Arbeitsfähigkeit deshalb um 25 % reduziert sah (Urk. 10/190/56). Die Unfallkausalität der Angststörung war seitens der Unfallversicherung anerkannt worden, in diesem Punkt stellt die Einschätzung des Gutachters wiederum eine Neubeurteilung von bereits Bekanntem dar, was revisionsrechtlich nicht relevant ist und womit sich die Beschwerdegegnerin für die Klärung der Revisionsfrage nicht hätte begnügen dürfen.

#### **E. 4.3.5**

Nicht hinreichend abgeklärt durch den Gutachter wurde sodann die tatsächliche Arbeitseingliederung der Versicherten seit der Rentenzusprache. Gegenüber dem Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ berichtete die Versicherte, dass sie morgens nach der Begleitung der Kinder bis 11 Uhr im Geschäft des Ehemannes arbeite und oft mals erneut wieder am Nachmittag

zwischen 14 und 17 Uhr (Urk. 10/190 S. 26), was auf ein Pensum von über 50 % hindeuten könnte, währenddessen sie anlässlich der Begutachtung durch Dr. F.\_\_\_\_ von einer weit geringeren Belastbarkeit berichtet hatte, nämlich von einer durchschnittlichen Arbeitszeit von vielleicht 2,5 Stunden und der Unfähigkeit mehr als vier Stunden am Stück zu arbeiten (Urk. 10/83 S. 6). Weshalb sie während der erwähnten Zeiträume arbeitete, wurde durch Dr. J.\_\_\_\_ nicht weiter geklärt; davon, dass die Versicherte an besonderen gesundheitsbedingten Einschränkungen in zeitlicher oder arbeitstechnischer Hinsicht leide, geht aus ihren Schilderungen zu ihrem Arbeitsalltag nichts hervor. Um die Leistungsfähigkeit der Versicherten in beruflicher Hinsicht umfassend zu klären, sollte sodann auch ihre Freizeitgestaltung einbezogen werden, dies vor allem vor dem Hintergrund, dass die Versicherte seit der Rentenzusprache ein weiteres Kind geboren hat und einst professionelle Handballerin war und nun erneut durch Dr. J.\_\_\_\_ als sportliche Erscheinung beschrieben wurde (Urk. 10/190 S. 28), was auf eine Wiederaufnahme dieser oder einer anderen sportlichen Tätigkeit in einem grösseren Umfang neben dem beruflichen Engagement hindeuten könnte.

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass es die gegenwärtige Aktenlage nicht erlaubt, die Frage der Weiterausrichtung oder Einstellung der von der Unfallversicherung ausbezahlten Invalidenrente zu entscheiden, da das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ aufgrund der irre führenden und nicht angepassten Fragestellung den vorliegenden Revisionsfall nicht hinreichend diskutiert. Die Fragestellung war nicht auf eine Rentenrevision angelegt, weshalb sich das Gutachten schliesslich nicht hinreichend darüber ausgesprochen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache stattgefunden hat und wie sich eine allfällige solche auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Für die entscheidende Darstellung dieser Zusammenhänge ist es somit nicht beweiskräftig. Die Beschwerdegegnerin, die die Revisionsfrage aufgeworfen hat, hat ein neues psychiatrisches Gutachten mit einer entsprechenden Fragestellung einzuholen (vgl. E. 4.3.1), wozu der Einspracheentscheid vom 9. November 2015 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

#### **E. 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigKlemmt

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