

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00163 vom 22. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00163

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00163 du 22 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00163 del 22 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1981, ist ohne abgeschlossene Berufsausbildung und arbeitete bei der Y.____ AG (vgl. Urk. 8/5) als Geschäftsführer der A.____ gmbh, einer im Handel mit Früchten und Gemüsen tätigen Firma (vgl. Urk. 8/3.8 S. 7, 8/5; vgl. die Angaben in den Handelsregistern des Kantons Zürich und des Kantons Aargau zur A.____ gmbh, C.____ AG und Y.____ AG, im Internet abrufbar). Im Rahmen dieser Tätigkeit war er bei der Basler Versicherung AG obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert.

Am 11. Juli 2010 erlitt er als Mitfahrer auf dem Weg nach Mazedonien einen Verkehrsunfall. Am Steuer sass sein Vater und im Wagen dabei waren auch seine damalige (vgl. Urk. 8/3.63 S. 5) Ehefrau sowie seine Mutter. Die Ehefrau verlor im Anschluss an den Unfall das ungeborene Kind (Urk. 8/3.8 S. 6). Der Versicherte zog sich beim Unfall eine Fraktur des Brustwirbelkörpers (BWK)-12 mit initial Paraparese, ein Schädelhirntrauma mit Mittelfraktur sowie eine beidseitige leichte Lungenkontusion zu (Urk. 8/3.4). Nach der operativen Versorgung der Wirbelsäulenfraktur und der Rückkehr in die Schweiz war er vorerst vom 17. bis 29. Juli 2010 im E.____ und im Anschluss vom 29. Juli bis 26. Oktober 2010 in der Rehaklinik F.____ hospitalisiert (Urk. 8/3.4, 8/3.8). Vom 14. Februar bis 12. Mai 2011 befand sich der Versicherte sodann zur Re-Rehabilitation erneut in der Rehaklinik F.____ (Urk. 8/3.15). Am 8. Juli 2011 fand im G.____ Center eine Untersuchung und Beurteilung des Versicherten statt (Bericht vom 23. August 2011, Urk. 8/4.1).

Im Juli und August 2012 erfolgte eine Begutachtung in der H.____ Klinik (Gutachten vom 29. November 2012, Urk. 8/4.20). Die von der Basler Versicherung AG an die Gutachterstelle gerichteten ergänzenden Fragen vom 18. Januar 2013 blieben unbeantwortet (vgl. Urk. 8/4.22, 8/4.26).

Vom 10. Januar bis 7. Februar 2013 sowie vom 13. Februar bis 14. März 2014 war der Versicherte zur Abklärung und Behandlung im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik I.____ hospitalisiert (Urk. 8/3.39, 8/3.54, 8/3.57). Ab dem 20. August 2014 erfolgte ein Assessment bei Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/3.63, 8/3.67, 8/3.72), und ein Arbeitstraining (vgl. Urk. 8/3.68, 8/3.70, 8/4.38).

Mit Schreiben vom 6. Mai 2015 gab die Basler Versicherung AG dem Versicherten bekannt, es sei die Einholung eines Gutachtens erforderlich. Da die Parteien sich in der Folge nicht auf eine Gutachterstelle einigen konnten (vgl. Urk. 8/4.29 bis 8/4.37), veranlasste die Basler Versicherung AG die Aktenbeurteilung von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. November 2015 (Urk. 8/4.39).

Dr. K.____ empfahl, eine versicherung psychiatrische Untersuchung zu veranlassen und vordem einen Medikamentenentzug der bisher eingenommenen Opiate/Opioide durchzuführen (vgl. auch die weiteren von der Basler Versicherung AG eingeholten Stellungnahmen von Dr. K.____ vom 8. Januar und vom 21. März 2016, Urk. 8/4.41 und 8/4.43).

Am 23. März 2016 empfahl auch Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin, beratender Arzt der Basler Versicherung AG, die Anordnung einer Begutachtung (Urk. 8/3.80). Daraufhin teilte die Basler Versicherung AG dem Versicherten eine Auswahl von Gutachterstellen sowie die notwendigen Disziplinen (Wirbelsäulenchirurgie/orthopädische Chirurgie; Neurologie; Psychiatrie; Neuropsychologie unter Fachführung des Neurologen) mit und stellte ihm den Fragenkatalog zu (Urk. 8/4.44). Nach der Stellungnahme des Versicherten vom 21. April 2016 (Urk. 8/4.45) kündigte die Basler Versicherung AG an, dass die M.____ mit der Gutachtenserstellung betraut werde, worauf hin sich der Versicherte ergänzend vernehmen liess (Urk. 8/4.46 bis 8/4.49). Mit Verfügung vom 9. Juni 2016 beauftragte die Basler Versicherung AG die M.____ mit der polydisziplinären Begutachtung. Gleichzeitig teilte sie die vorgesehenen Gutachter der Fachrichtungen Psychiatrie (Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), Neurologie (Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie) und Orthopädie (Dr. med. P.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) mit und hielt fest, ein Arzt oder eine Ärztin der Fachrichtung Wirbelsäulenchirurgie werde nicht beigezogen. Das Erstgespräch werde durch Dr. phil. Q.____ durchgeführt (Urk. 2).

E. 1.1

und E. 1.2.3).

Unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit führen nach gefestigter Rechtsprechung der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand (vgl. BGE 139 V 355 E. 5.2.2.1 und 138 V 277 E. 2.2.2; BGE 137 V 226 E. 1.3.3).

E. 1.2

Anders als in der Invalidenversicherung ist im Bereich der Unfallversicherung die Vergabe von polydisziplinären Gutachten nicht ordnungsweise geregelt; die Vergabe ist weder auf Gutachterstellen beschränkt, mit denen eine Vereinbarung getroffen wurde, noch hat die Vergabe nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen (vgl. Art. 72 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; vgl. dazu auch: BGE 140 V 507 und 137 V 210).

Wie in der Invalidenversicherung ist jedoch auch im Bereich der Unfallversicherung eine Begutachtung bei Uneinigkeit durch eine beim kantonalen Versicherungsgericht anfechtbare Zwischenverfügung anzuordnen, und der versicherten Person stehen vorgängige Mitwirkungsrechte in dem Sinne zu, dass sie sich zu den Gutachterfragen äussern kann. Die dabei zu beachtenden Modalitäten richten sich sinngemäss nach BGE 137 V 258 E. 3.4.2.9 (BGE 138 V 323 E. 6.1.4).

E. 1.3

Anders als bei polydisziplinären Gutachten der Invalidenversicherung (vgl. hierzu: BGE 140 V 511 E. 3.2.1) besteht bei Gutachten der Unfallversicherung wie auch bei mono-

oder bidisziplinären Gutachten der Invaliden- versicherung sodann die Obliegenheit von Verwaltungsträger und versicherter Person, eine einvernehmliche Gutachtenseinholung anzustreben. Scheitert der Einigungsversuch, ist zu verfügen (BGE 139 V 355 E. 5.2 und E. 5.4, 138 V 323 E. 6.1.4). Die Obliegenheit, eine einvernehmliche Gutachtenseinholung anzustreben, bedeutet nicht, dass die Gutachterstelle nur noch mit dem Einverständnis der versicherten Person bezeichnet werden dürfte (BGE 139 V 354 E. 5.2.1). Ein Rechtsanspruch auf konsensuale Gutachterbestimmung besteht nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_512/2013 vom 13. Januar 2014, E. 3.5).

E. 1.4

Wird eine Begutachtung entsprechend verfügungsweise angeordnet, so kann die versicherte Person mit Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht

formelle Ausstandsgründe und gewisse materielle Einwendungen geltend machen, nämlich den Einwand, es handle sich um eine unnötige „second

opinion“ sowie Einwendungen gegen Art oder Umfang der Begutachtung (beispielsweise betreffend die Auswahl der medizinischen Disziplinen) oder gegen einzelne Sachverständige (etwa betreffend deren Sachkompetenz, BGE 138 V 274 f. E).

E. 2

Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 11. Juli 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben, es sei festzustellen, dass ihm eine umfassende Neubegutachtung nicht zumutbar sei, und es sei festzustellen, dass noch weitere Fragen abzuklären seien. Ebenso sei festzustellen, dass für ein Gutachten die Disziplinen Wirbelsäulenchirurgie, Neurologie und Neuropsychologie vertreten sein müssten, wobei darauf zu achten sei, dass die Gutachter praktizierende Ärzte in ihren Disziplinen seien (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 5. September 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung (Urk. 7). Am 3. Oktober 2016 liess der Versicherte eine weitere Stellungnahme einreichen (Urk. 11), wozu sich die Beschwerdegegnerin nicht mehr vernehmen liess (vgl. Urk. 15).

Mit Eingabe vom 9. Februar 2017 liess der Versicherte geltend machen, er beantrage nun nur noch, dass festzustellen sei, dass für ein polydisziplinäres Gutachten unter der Führung eines Neurologen oder Neurochirurgen oder Psychiaters mit ausgewiesener neurologischer Erfahrung die Disziplinen Neurologie, Psychiatrie, Wirbelsäulenchirurgie, Neuro-Urologie und Andrologie sowie Neuropsychologie vertreten sein müssten. Ferner sei festzustellen, dass das Gutachten nicht bei der M.____ zu erstellen sei, sondern bei einem Institut mit ausgewiesener Fachkompetenz für die Beurteilung von neurologisch/psychiatrischen Fällen (Urk. 16 S. 3). In der daraufhin eingeholten Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 13. März 2017 beantragte diese, es sei bezüglich Grundsatz der Begutachtung von einem Beschwerderückzug auszugehen und bezüglich Gutachterstelle sei die Beschwerde gegen die Ernennung der M.____ abzuweisen (Urk. 20 S. 2). Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer liess in der als Klageänderung bezeichneten Eingabe vom 9. Februar 2017 insbesondere geltend machen, gemäss dem Bericht von Dr. med. R.____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 1. Februar 2017 (Urk. 17) könnten die offenen Fragen nur mit einem polydisziplinären Gutachten beantwortet werden, wobei die Disziplinen Neurologie,

Psychiatrie, Wirbelsäulenchirurgie, Neuro-Urologie und Andrologie sowie Neuropsychologie vertreten sein müssten. Dr. R. ___ empfehle die Gutachtenserstellung in einer Universität (Urk. 16 S. 3). Die M. ___ verfüge nicht über die erforderliche Fachkompetenz zur Begutachtung von komplexen neurologisch/psychiatrischen Fällen und sie sei auch ausdrücklich nicht bereit, externe Fachleute beizuziehen. Es sei davon auszugehen, dass die M. ___ das Gutachten an den ihr zur Verfügung stehenden Kompetenzen und nicht an den erforderlichen Kompetenzen ausrichte (Urk. 16 S. 3 f.). Es müsse vermieden werden, dass ein unzureichendes Gutachten erstellt werde. Hierzu wäre ein ergebnisoffenes Einigungsverfahren über das Gutachten sinnvoll gewesen, das faktisch – trotz Antrag des Beschwerdeführers – nicht durchgeführt worden sei (Urk. 16 S. 4).

Die Beschwerdegegnerin hielt hierzu fest, Anhaltspunkte dafür, dass die M. ___ nicht über die erforderliche Fachkompetenz zur Beurteilung von komplexen neurologisch/psychiatrischen Fällen verfüge, bestünden nicht. Der neuro-urologische Befund sei durch die Abteilung für Neuro-Urologie der Universitätsklinik I. ___ dokumentiert und beurteilt worden. Gutachterlich nachvollziehbar sei er auch ohne eigene Spezialärzte, zumal der Begutachtungsauftrag auch die Frage umfasse, ob allenfalls weitere spezialärztliche Abklärungen erforderlich seien (Urk. 20 S. 2 f.).

E. 2.2

Strittig und zu prüfen ist somit, ob anstelle von oder neben den im Auftrag an die M. ___ enthaltenen Fachrichtungen der Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie andere Disziplinen vertreten sein müssen, namentlich ob ersatzweise oder zusätzlich Gutachter der Fachrichtungen Wirbelsäulenchirurgie, Neuro-Urologie und Andrologie sowie Neuropsychologie vertreten sein müssen, sowie ob das Gutachten nicht bei der M. ___, sondern bei einer anderen Gutachterstelle mit besonderer Fachkompetenz zu erstellen ist. Nicht mehr strittig ist die Notwendigkeit der umfassenden polydisziplinären, insbesondere psychiatrischen Begutachtung (vgl. demgegenüber noch: Urk. 1 S. 2 und S. 12 ff.).

Soweit der Beschwerdeführer sodann Mängel des Einigungsverfahrens rügen lässt, leitet er daraus keine Ansprüche ab (Urk. 16 S. 4). Namentlich lässt er nicht geltend machen, die Sache sei zur Durchführung eines erneuten, ergebnisoffenen Einigungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Damit kann offen bleiben, welchen Ansprüchen ein Einigungsverfahren zu genügen hat und ob es einen rechtlich durchsetzbaren Anspruch auf das als Obliegenheit bezeichnete Einigungsverfahren gibt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_481/2016 vom 18. Januar 2017, E. 3.1, und 8C_512/2013 vom 13. Januar 2014, E. 3.5).
Ein Rechtsanspruch auf konsensuale

Gutachterbestimmung besteht jedenfalls nicht (vgl. E. 1.3).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Stellungnahme vom 13. März 2017 aus, die Eingabe vom 9. Februar 2017 sei bezüglich des Grundsatzes der Begutachtung als Beschwerderückzug zu qualifizieren (Urk. 20 S. 1).

Die Frage der Notwendigkeit einer (weiteren) Begutachtung lässt sich nicht grundsätzlich von der Frage trennen, in welchen Disziplinen eine ergänzende Begutachtung erforderlich ist. Der Aspekt der Notwendigkeit der Begutachtung stellt deshalb keinen separaten Anfechtungsgegenstand dar, der für sich – bei Nichtanfechtung - in (formelle) Rechtskraft erwachsen könnte. Nach der Rechtsprechung ist denn auch eine einheitliche

Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter zu erlassen (vgl. BGE 139 V 356 E. 5.2.2.3 zu mono- und bidisziplinären Gutachten der Invalidenversicherung). Dementsprechend ist nicht von einem teilweisen Beschwerderückzug, sondern von einer Antragsänderung mit der Eingabe vom 9. Februar 2017 auszugehen.

E. 3.1

Die Ärzte des E. ___ führten im Bericht vom 29. Juli 2010 folgende Diagnosen an (Urk. 8/3.4; vgl. auch Urk. 8/3.2, wo von einer Verbesserung der Neurologie von ASIA A zu ASIA C berichtet wird): - BWK-12 Fraktur am 11. Juli 2010 mit - Initial Paraparese, Verbesserung der Neurologie von ASIA (American Spinal Injury

Association

Impairment

Scale) B zu ASIA C im Verlauf - Laminektomie, offene Reposition, Spondyloplastik und posteriore

Spondylodese Th10-12 mit KM am 12. Juli 2010, Zagreb - Schädel-Hirn-Trauma mit - Comotio cerebri - Leicht dislozierter (2 mm) Fraktur der anterioren und posterolateralen Wand des Sinus maxillaris rechts mit Hämatosinus - Minimal dislozierter Fraktur Os zygomaticus rechts - Frakturen der Orbita, Boden und laterale Wand (Tripod-Fraktur) - Beidseits leichte Lungenkontusion.

Die Ärzte der Rehaklinik F. ___ gaben im Bericht vom 5. November 2010 (Urk. 8/3.8) an, beim Austritt am 26. Oktober 2010 hätten folgende Probleme bestanden: Eine Hyposensibilität der unteren Extremität links grösser als rechts, eine verminderte Kraft der unteren Extremität links grösser als rechts, Rückenschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine rasche Ermüdbarkeit, Durchschlafstörungen und leichte kognitive Defizite und affektive Auffälligkeiten (im Rahmen einer Anpassungsstörung, Urk. 8/3.8 S. 1). Sie diagnostizierten zusätzlich eine leichte traumatische Hirnverletzung bei der erlittenen Schädelverletzung und empfahlen einen Wiedereintritt zur Rehabilitation mit dem Schwerpunkt einer psychosomatischen Behandlung (Urk. 8/3.8 S. 2). Nach diesem zweiten Aufenthalt hielten sie im Bericht vom 16. Mai 2011 fest, die neurologische Untersuchung habe keinen Hinweis auf das Bestehen einer somatischen oder neurologischen Erkrankung ergeben, die das Ausmass der Gangstörung erklären könne, jedoch seien die vom Versicherten beschriebenen Sensibilitätsstörungen wahrscheinlich auf die Rückenmarksverletzung zurückzuführen (Urk. 8/3.15 S. 2). Die Ärzte diagnostizierten zusätzlich eine dissoziative Bewegungsstörung nach ICD-10 F 44.4 (ataktisches Gangbild, Gehen nur mit Hilfe von Unterarmstützen; Urk. 8/3.15 S. 1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.21).

Die Ärzte des real G. ___ Center diagnostizierten im Bericht vom 23. August 2011 hinsichtlich der inkompletten Paraplegie neu unter anderem auch ein starkes neuropathisches Schmerzsyndrom, eine Sexualfunktionsstörung mit deutlich reduzierter Libido sowie eine unklare Blasenfunktionsstörung und eine leichte Darmregulationsstörung (Urk. 8/4.1 S. 4).

In der Folge wurde die Behandlung im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik I. ___ eingeleitet (vgl. Urk. 8/4.1 S. 10, 8/3.21, 8/3.23). Im Rahmen der durchgeführten

MRI-Untersuchungen der Brust- und Lendenwirbelsäule vom 27. Dezember 2011 wurde eine Myelomatose und Myelopathie auf Höhe der Oberkante des BWK 12 festgestellt (Urk. 8/3.23, 8/3.24).

E. 3.2

In der H. ___ Klinik erfolgte im Juli/August 2012 eine psychiatrische, neurologische und orthopädische Beurteilung (Gutachten vom 29. November 2012, Urk. 8/4.20 S. 1 und S. 60). Dabei wurden unter anderem eine traumatische BWK-12-Fraktur mit Myelomläsion am 11. Juli 2010 mit aktuell residueller, partieller, überwiegend linksbetonter Paraparese (ASIA D) und mit sensiblen Defiziten sub Th10 mit neuropathischen Schmerzen und mit Gangstörung mit zusätzlicher dissoziativer Komponente sowie mit einem Verdacht auf eine Blasen- und Sexualfunktionsstörung sowie zusätzlich eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F 44.4), differentialdiagnostisch eine Krankheitsverarbeitungsstörung (ICD-10 F 59.0), eine leichte bis mittel schwere depressive Episode sowie multiple psychosoziale Belastungen (innerfamiliär/ehelich) diagnostiziert (Urk. 8/4.20 S. 47 f.). Die vom Versicherten angegebenen Blasenfunktions- und Sexualfunktionsstörungen hätten mit den elektrophysiologischen Messungen nicht objektiviert werden können (Urk. 8/4.20 S. 45).

E. 3.3

Gegenüber Dr. med. S. ___, Arzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab der Versicherte am 22. November 2012 an, neben Rückenschmerzen oberhalb und im Frakturbereich, einer Überempfindlichkeit der Unterschenkel beidseits sowie gelegentlichen Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen auch unter einer verzögerten Blasen- und Darmentleerung sowie einer gestörten Sexualfunktion zu leiden (Urk. 8/3.32). Dr. S. ___ hielt fest, es sei typisch, dass bei einer inkompletten Lähmungssituation neuropathische Schmerzen bestünden, die den Versicherten in seiner Aktivität einschränkten (Urk. 8/3.32 S. 3). Er empfahl eine stationäre Abklärung und Re-Rehabilitation in einem Zentrum für Querschnittgelähmte (Urk. 8/3.32 S. 3).

Dieser Aufenthalt erfolgte in der Zeit vom 10. Januar bis 7. Februar 2013 im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik I. ___ (Urk. 8/3.39). Die Ärzte diagnostizierten neu bei inkompletter Paraplegie sub

Th 10 eine neurogene Blasen- und Sexualfunktionsstörung. Für den Versicherten werde es aufgrund der hohen Restharmengen notwendig sein, regelmässig mindestens 5 mal am Tag einen Selbstkatheterismus durchzuführen (Urk. 8/3.39 S. 3 f.). Die Ärzte hielten fest, dass neben der inkompletten Schädigung des Myelons auf Frakturhöhe eine mögliche periphere Läsion der Cauda

equina oder epikonal vorliegen könnte. Dieser Befund sei jedoch nicht ausreichend für das klinisch auffallende Störungsbild. Sie gingen davon aus, dass die Fussheberparese zum Teil auch funktionell ausgestaltet werde, womit der Leidensdruck des Versicherten nicht bagatellisiert werden dürfe (Urk. 8/3.39 S. 3).

Dr. med. T. ___, Oberarzt Neurochirurgie der H. ___ Klinik, hielt am 9. Dezember 2013 fest, sämtliche ihm vorliegenden Bilder zeigten keine klare und deutliche Konsolidierung im Frakturbereich, allerdings sitze das Schrauben-Stab-System fest, sodass von einer Stabilität ausgegangen werden könne. Trotz dieses sehr robusten Konstrukts könne es zu Mikrobewegungen kommen, und bei deutlich destrukturierter Bandscheibe Th11/12 könne dies

auch eine Quelle für Beschwerden sein. Er empfahl, vorerst eine schmerztherapeutische Behandlung durchzuführen (Urk. 8/3.44).

Im Rahmen des erneuten Aufenthalts vom 13. Februar bis 14. März 2014 im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik I.____ erfolgte wiederum eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung (vgl. Urk. 8/3.52). Diese ergab das Bestehen einer zentralen Parese, jedoch bei sonst unauffälligen Befunden und an Krücken flüssigem Gangbild ohne ausgeprägten Steppergang mit einer zusätzlich bestehenden funktionellen Komponente (Urk. 8/3.52 S. 2; vgl. auch die Angaben von Dr. med. U.____, Facharzt für Chirurgie, im Schreiben vom 1. März 2014, Urk. 8/3.53). Auch im Austrittsbericht des Zentrums für Paraplegie der Universitätsklinik I.____ vom 14. März 2014 wurde festgehalten, die Schwere der durch den Schmerz und die Spastik angegebenen Einschränkungen sei mit den objektiven Untersuchungsergebnissen diskrepant (Urk. 8/3.54 S. 5 f.; vgl. auch die Angaben des Zentrums für Paraplegie zum psychischen Gesundheitszustand und zu einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, Urk. 8/3.57). Die video-urodynamische Untersuchung vom März 2014 ergab eine hyperkapazitative, asensitive und akontraktile Harnblase mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie. Der Versicherte führe die Blasenentleerung mittels intermittierendem Selbstkatheterismus problemlos durch (Urk. 8/3.55; vgl. auch den erneuten Verlaufsbericht der Neuro-Urologie vom 19. Juni 2015, Urk. 8/3.71).

E. 3.4

Gemäss dem Abschlussbericht von Dr. J.____ vom 20. August 2015 bestand beim Versicherten eine leichte bis mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F 33.1). Dr. J.____ hielt fest, in den psychotherapeutischen Sitzungen sei an der Verbesserung des Schmerzcopings gearbeitet und das durchgeführte Arbeitstraining unterstützt worden (Urk. 8/3.72). Aufgrund der Rückmeldungen des Betreuers des Arbeitstrainings habe sich gezeigt, dass unter der hohen Dosierung des starken Opiates Targin die für das Arbeitstraining notwendige Konzentration und das nötige Durchhaltevermögen nicht hätten mobilisiert werden können. Bei der in der Folge durchgeführten Dosisreduktion habe der Versicherte über verstärkte, nicht mehr aushaltbare Rückenschmerzen geklagt und sei zu der bisherigen hohen Opiatdosierung zurückgekehrt. Dr. J.____ sprach sich für einen stationären Opiatentzug aus (Urk. 8/3.72 S. 1-2).

Auch Dr. K.____ sprach sich im Aktengutachten vom 23. November 2015 für einen Opiatentzug aus (Urk. 8/4.39 S. 69). In der Folge setzte der Versicherte das Medikament Targin selbst ab (vgl. Urk. 8/3.73, 8/3.75, 8/3.78). Dr. K.____ empfahl darauf weiterhin den stationären Entzug (Urk. 8/4.41 S. 2). Med. pract. V.____, Facharzt für Anästhesiologie, widersprach im Bericht vom 11. März 2016 einer Schmerzmittelabhängigkeit des Versicherten sowie der Einschätzung, dass das Medikament nicht ambulant reduziert oder abgesetzt werden könne (Urk. 8/3.81 S. 4 = Urk. 8/3.79 S. 5), und hielt fest, der Zwang von Seiten der Versicherung, eine solche geringe Dosis abzusetzen und dadurch vermehrte neuropathische Schmerzen zu bekommen, erfülle ihn mit Unverständnis (Urk. 8/3.79 S. 6). Dr. K.____ hielt am 21. März 2016 an seiner Einschätzung fest und führte aus, eine erneute Verordnung von Opioiden respektive Opiaten sei wegen des ungünstigen Einflusses auf die berufliche Eingliederung zu vermeiden. Soweit aus versicherungsmedizinischer Sicht einschätzbar gäbe es Alternativen für die Behandlung einer akuten anamnestisch nachvollziehbaren chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Urk. 8/4.43 S. 7 f.).

E. 3.5

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. L.____ erachtete am 23. März 2016 folgende Disziplinen für die Begutachtung als relevant: Wirbelsäulenchirurgie /orthopädische Chirurgie, Neurologie und Psychiatrie. Die Neuropsychologie könne unter Fachführung eines Neurologen erfolgen. Eine FMH-zertifizierte Zusatzausbildung in Sachen Paraplegiologie existiere nicht. Der interdisziplinär von einem wirbelsäulenchirurgischen und neurologischen Gutachter zu erarbeitende somatische Konsens genüge fachlich völlig (Urk. 8/3.80).

E. 3.6

Nach den Angaben von Dr. phil. Q.____, Geschäftsführer der M.____, vom 11. Mai 2016 erstellt die M.____ jedes Jahr mehrere Gutachten zur Diagnose Paraplegie und Tetraplegie. Über einen speziellen Wirbelsäulenchirurgen verfügt sie nicht, was seiner Ansicht nach auch nicht notwendig sei. Orthopädie genüge (Urk. 8/4.48).

In der Folge bezeichnete die Beschwerdegegnerin als massgebliche Disziplinen die Psychiatrie, die Neurologie und die Orthopädie (Urk. 2).

E. 3.7

Gemäss dem vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht von Dr. R.____ vom 1. Februar 2017 besteht anatomisch passend zur Lokalisation der Läsion im Rückenmark eine neurologische Störung der Blasenfunktion. Die Mastdarmfunktion sei nur wenig betroffen. Eine Sexualfunktionsstörung liege scheinbar vor. Hierzu gebe es von der Abteilung für Neuro-Urologie der Universitätsklinik I.____ aber nur eine Anamneseerhebung. Wirklich untersucht sei der Versicherte von dieser Seite nicht. Die Lokalisation der Rückenmarkschädigung lasse an eine Störung der Zeugungsfähigkeit denken. Aus diesem Grund sei als weitere Disziplin ein Neuro-Urologe für die Gutachtenserstellung heranzuziehen (Urk. 17 S. 5). Im Zentrum eines polydisziplinären Gutachtens stehe die Diskussion zwischen dem Fachgebiet Neurologie/Neurochirurgie und Psychiatrie (Urk. 17 S. 4). Der Rahmen der üblichen MEDAS-Begutachtungen werde überschritten. Er empfehle eine Begutachtung in einer Universitätsklinik oder im G.____ Zentrum oder in der Rehaklinik W.____ (Urk. 17 S. 4).

E. 4.1.1

Strittig und zu prüfen ist unter anderem, welche Disziplinen am Gutachten mitzuwirken haben.

Insoweit ist vorab festzuhalten, dass es in der Schweiz keinen anerkannten Facharzttitel der Wirbelsäulenchirurgie und keine entsprechende Schwerpunktweiterbildung gibt (vgl. www.fmh.ch

). Die Wirbelsäulenchirurgie wird von Fachärzten der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie von Neurochirurgen betrieben (vgl. neben vielen: www.hirslanden.ch

).

Damit ist es als ausreichend zu betrachten, dass an der Gutachtenserstellung ein Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mitwirkt.

E. 4.1.2

Aus den Akten ergibt sich, dass es im Rahmen der Gutachtenserstellung insbesondere auch darum geht zu beurteilen, ob oder inwieweit die geltend gemachten Schmerzen und Einschränkungen durch die objektiven, insbesondere neurologischen Befunde, etwa die im MRI ersichtliche Myelonatrophie und Myelopathie, erklärt werden können, und ob und inwieweit sie Ausdruck eines psychischen Leidens sind. Sowohl die begutachtenden Ärzte der H.____ Klinik als auch die behandelnden Ärzte insbesondere des Zentrums für Paraplegie des E.____ wiesen auf somatische und psychische Komponenten hin (Urk. 8/4.20 und 8/3.54). Bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes stehen sodann verschiedene Diagnosen im Raum (Urk. 8/4.20, 8/3.63 S. 1 f.). Entsprechend sind neben der orthopädischen insbesondere auch eine neurologische und psychiatrische Beurteilung vorgesehen. Über die Notwendigkeit derselben besteht bei den Parteien mittlerweile Einigkeit (vgl. Urk. 16 S. 2, 17 S. 4).

Aufgabe dieser Ärzte, namentlich der neurologischen Gutachterperson wird zudem sein, bei erachteter Notwendigkeit eine neuropsychologische Untersuchung vorzunehmen beziehungsweise zu veranlassen. Eine ausdrückliche Verpflichtung zur Durchführung rechtfertigt sich aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_780/2014 vom 25. März 2015, E. 5.1, sowie 8C_277/2014 vom 30. Januar 2015, E. 5.2). Auch Dr. R.____ führte diesbezüglich aus, sofern neuropsychologische Defizite tatsächlich vorlägen oder geklagt würden, könnte eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung Klarheit bringen (Urk. 17 S. 5).

E. 4.1.3

Wegen der Störung der Blasenfunktion wurde und wird der Beschwerdeführer im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik I.____ regelmässig untersucht (vgl. den letzten Bericht vom 19. Juni 2015, Urk. 8/3/71). Im Verlauf waren vom Versicherten Störungen der Sexualfunktion erwähnt worden und hatten in die Diagnose Eingang gefunden. Eine umfassende Abklärung fand bis anhin nicht statt (vgl. Urk. 8/3.55 S. 2, 8/3.71 S. 2). Sowohl Sexualfunktion als auch Zeugungsfähigkeit können bei Rückenmarksverletzungen – unabhängig von Läsionshöhe und Vollständigkeit - beeinträchtigt sein (vgl. <https://www.der-querschnitt.de>

, Vater werden trotz Querschnittslähmung). Deren Bestehen und Ausmass ist jedenfalls bei der Festlegung der Integritätsentschädigung relevant, worauf Dr. R.____ im Bericht vom 1. Februar 2017 zu Recht hinwies (vgl. Urk. 17 S. 3).

Da es sich bei der beim Versicherten diagnostizierten neurogenen Blasen- und Sexualfunktionsstörung (vgl. Urk. 8/3.55) um eine erhebliche Gesundheitsstörung handelt, die für die Leistungen der Unfallversicherung bedeutsam sein kann, und deren Umfang und Ausmass bis anhin nicht abschliessend geklärt ist, ist für die Begutachtung zusätzlich ein Facharzt oder eine Fachärztin der Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie beizuziehen. Es obliegt den entsprechenden Spezialisten der Neuro-Urologie, die erforderlichen weiteren, namentlich Fertilitätsuntersuchungen in Auftrag zu geben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_780/2014 vom 25. März 2015, E. 5.1, sowie 8C_277/2014 vom 30. Januar 2015, E. 5.2). Ein direktes Mitwirken eines Andrologen oder einer Andrologin am Gutachten erscheint dagegen nicht erforderlich; es scheint jedoch empfehlenswert, die Gutachterperson der Neuro-Urologie darauf hinzuweisen, dass sie die entsprechenden Untersuchungen (gegebenenfalls) zu veranlassen hat.

Da der Gesundheitsschaden nicht abschliessend abgeklärt ist, reicht es entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht aus, die bereits vorliegenden Ergebnisse durch die Gutachter der Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie einschätzen zu lassen. Sodann ist entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin zumindest in der Fragestellung vom 2. Juni 2016 (vgl. Urk. 8/4.53) die Frage, „ob allenfalls weitere spezialärztliche Abklärungen erforderlich seien“, nicht enthalten.

Damit ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als für die Gutachtenserstellung zusätzlich ein Facharzt oder eine Fachärztin der Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie beizuziehen ist.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer lässt unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. R. ___ vom 1. Februar 2017 sinngemäss geltend machen, das Gutachten sei nicht bei der M. ___ durchzuführen, da es der Gutachterstelle an der nötigen Fachkompetenz für den vorliegenden Fall mangle (Urk. 16 S. 2 f.). MEDAS-Begutachtungsstellen seien mit dem vorliegenden Fall überfordert (vgl. Urk. 17 S. 5).

Bei der M. ___ handelt es sich nicht um eine MEDAS und sie rangiert nicht auf der Liste der Gutachterstellen, die von der Invalidenversicherung für polydisziplinäre Gutachten herangezogen werden können (vgl. die Liste der SuisseMED@P unter www.suissemedap.ch

). Die medizinische Leitung der M. ___ übt Psychiaterin Dr. N. ___ aus und es ist anzunehmen, dass die Verantwortung für das Gutachten ihr obliegt. Gemäss den Angaben auf der Webseite befasst sich die M. ___ mit der Abklärung und der versicherungsmedizinischen Beurteilung diverser Krankheitsbilder und Unfallfolgen. Die Schwerpunkte lägen im Bereich psychischer Erkrankungen, Schmerzen und Störungen der Haltungs- und Bewegungsorgane, Folgen von Hirnverletzungen und anderen neurologischen und neuropsychologischen Störungsbildern. Der Beschwerdeführer selbst liess sodann am 21. April 2016 im Rahmen des Einigungsverfahrens ausführen, die M. ___ mache hinsichtlich der Kompetenzen in Neurologie und Neuropsychologie einen guten Eindruck; sofern für die Wirbelsäulenchirurgie ein Arzt mit ausgewiesener Ausbildung und Erfahrung beigezogen würde, könnte er sich die M. ___ als Gutachterstelle vorstellen (Urk. 8/4.45 S. 2). Damit bestehen keine Anhaltspunkte dafür und es wurden auch keine geltend gemacht, dass es sich bei der M. ___ nicht um eine im vorliegenden Fall geeignete Durchführungsstelle für die vorgesehene Begutachtung handelt. Damit kann auch offen bleiben, ob das Vorbringen des Versicherten, der ganzen Institution fehle es an der Geeignetheit und nötigen Fachkompetenz, als solches überhaupt zulässig ist (vgl. BGE 137 V 227 E.1.3.3).

Den Ausführungen in der Eingabe vom 9. Februar 2017 (Urk. 16) ist nicht zu entnehmen, dass weiterhin an den in der Beschwerde erhobenen Einwänden gegen Dr. phil. Q. ___, Dr. N. ___ und Dr. P. ___ festgehalten wird (vgl. Urk. 16 und Urk. 1 S. 12 ff.). Soweit jedenfalls weiterhin geltend gemacht würde, aufgrund langjähriger gutachterlicher Tätigkeit oder Geschäftsinteresse (vgl. Urk. 1 S. 12 f.) sei von einer Befangenheit auszugehen, so würde dies für sich allein nicht zum Ausstand führen (vgl. E. 1.4). Sodann ist, soweit die Gutachterpersonen über die entsprechenden Facharzt-ausbildungen verfügen, und das tun sie vorliegend, grundsätzlich von einer ausreichenden Kompetenz zur Gutachtenserstellung auszugehen. Die Abgrenzung, inwieweit Beschwerden objektivierbar, das heisst somatisch

begründbar sind, und inwieweit von psychogenen Beschwerden auszugehen ist (vgl. dazu die Ausführungen von Dr. R.____, Urk. 17 S. 4), stellt je denfalls keine besondere Schwierigkeit dar, die eine spezifische Berufserfahrung oder Zusatzausbildung erforderlich machen würde. Ebenso wenig ist zu verlangen, dass das Gutachten unter der Führung eines Psychiaters mit aus gewiesener neurologischer Erfahrung zu erfolgen hat (vgl. Urk. 16 S. 2).

Das Begehren, das Gutachten sei nicht bei der M.____ zu erstellen, sondern bei einem Institut mit ausgewiesener Fachkompetenz für die Beurteilung von komplexen neurologisch/psychiatrischen Fällen ist demzufolge abzuweisen.

E. 4.3

Die Beschwerde ist damit insoweit teilweise gutzuheissen, als für die Begutachtung zusätzlich ein Facharzt oder eine Fachärztin der Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie beizuziehen ist. Im Übrigen ist sie abzuweisen.

Die M.____ wird, da sie gemäss Webseite über keinen entsprechenden Arzt beziehungsweise keine entsprechende Ärztin dieser Fachrichtung verfügt, eine externe Fachperson beizuziehen und die Beschwerdegegnerin wird diese dem Versicherten vorgängig der Begutachtung bekannt zu geben haben.

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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Tanner Imfeld

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