

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00069 vom 25. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00069

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00069 du 25 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00069 del 25 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, war seit dem 1. April 2003 als Arztgehilfin bei Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, angestellt und damit obligatorisch bei der Helsana Unfall AG (im Folgenden: Helsana) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als sie am 22. Mai 2005 als Beifahrerin von einem anfahrenen Motorrad nach hinten auf den Rücken stürzte (Urk. 8/M3). Sie wurde von der Rega ins Z.____ gebracht, wo die behandelnden Ärzte eine instabile Fraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 diagnostizierten und tags darauf eine dorsale Stabilisierung vom Brustwirbelkörper (BWK) 12 bis zum LWK 2 durchführten (Urk. 8/M1). Am 27. Mai 2005 wurden eine Thorakotomie in LISS-Technik, eine Diskektomie BWK 12/LWK 1, eine partielle Korporektomie LWK1, eine ventrale Spondylodese mit Synex-cage und eine autologe Spongiosaplastik durchgeführt (Urk. 8/M2). Darüber wurde die Helsana mit Unfallmeldung vom 28. Mai 2005 in Kenntnis gesetzt (Urk. 8/K1). Sie erbrachte darauf Versicherungsleistungen (vgl. Urk. 8/K6, 8/K14 und 8/K76).

Die Versicherte war ab dem 16. Juli 2005 wieder zu 50 % und ab dem 4. August 2005 wieder zu 100 % arbeitsfähig und -tätig (Urk. 8/M5). Am 17. Februar 2006 wurden das Stangenmaterial, die Schanzschrauben und narbiges Gewebe operativ entfernt (Urk. 8/M8). Nach diesem Eingriff war die Versicherte ab dem 6. März 2006 wieder voll arbeitsfähig und nahm ihre Tätigkeit bei Dr. Y.____ mit einem Pensum von 100 % wieder auf (Urk. 8/M11). Die Helsana holte diverse Berichte der Behandler (Urk. 8/M12-14) und anschliessend eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. A.____, praktischer Arzt FMH und Facharzt FMH für manuelle Medizin, vom 21. September 2007 (Urk. 8/M16) ein. Mit Verfügung vom 27. September 2007 sprach die Helsana der Versicherten, ausgehend von einer Integritätseinbusse von 10 %, eine Integritätsentschädigung von Fr. 10'680.-- zu; ein Anspruch auf weitere Sachleistungen (Heilungskosten) oder Geldleistungen (Taggelder und Rente) bestehe nicht (Urk. 8/K32). Dagegen erhob die Versicherte Einsprache (Urk. 8/K33 und 8/K46) und reichte ein Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 10. Januar 2008 (Urk. 8/M17) ein (vgl. Urk. 8/8/K46 S. 7). Am 28. August 2009 modifizierte die Versicherte ihre Anträge (Urk. 8/K86) und gab weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (Urk. 8/K86/1-3), darunter eine ergänzende Stellungnahme von Dr. B.____ vom 2. Juni 2009 (Urk. 8/K86/1) und ein Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 6. Juli 2009 (Urk. 8/K86/3). Die Helsana gab darauf bei Prof. Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Leiter der Wirbelsäulenchirurgie in der E.____, ein Gutachten in Auftrag, welches er am 30. April 2009 erstattete (Urk. 8/M20). Am 27. November 2009 führte Dr. B.____ bei der Versicherten einen weiteren operativen Eingriff durch, bei dem er

eine transpedunkuläre GSS-Stangenspondylodese L3/4 beidseits, dorsomedial L3/4 rechts, anbrachte und eine Hemilaminotomie, eine Foraminotomie, eine Neurolyse mit einer Dekompression L3/4 links, eine Dornfortsatzglättung Th 12 und eine Narbenkorrektur gluteal links vornahm (Urk. 8/M22). Prof. Dr. D. ___ ergänzte auf Ersuchen der Helsana am 6. Februar 2010 sein Gutachten (Urk. 8/M24). Mit Entscheid vom 4. Juni 2010 hiess die Helsana die Einsprache teilweise gut, indem sie den medizinischen Endzustand neu auf den 30. April 2009 festlegte und die angefochtene Verfügung insofern aufhob, als mit ihr der Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % verweigert worden war (Urk. 8/K120). Die von der Versicherten dagegen erhobene Beschwerde mit den Anträgen auf Weitergewährung der Heilbehandlung auch nach dem 30. April 2009, Zusprechung von Taggeldern für zurückliegende Arbeitsunfähigkeiten, einer Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 40 % und einer Integritätsentschädigung aufgrund einer Einbusse von mindestens 20 % (Urk. 8/K138) wurde vom Sozialversicherungsgericht unter der Prozessnummer UV.2010.00232 entgegengenommen (vgl. Urk. 8/K137).

Mit Verfügung vom 21. Juni 2010 sprach die Helsana der Versicherten, ausgehend von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von 20 %, ab dem 1. Mai 2009 eine Invalidenrente zu (Urk. 8/K129). Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/K139) wies die Helsana mit Entscheid vom 8. April 2011 ab (Urk. 8/156). Dagegen liess die Versicherte mit im Wesentlichen gleichen Anträgen wie im früheren Verfahren Beschwerde ans Sozialversicherungsgericht erheben (Urk. 8/K161), die unter der Prozessnummer UV.2011.00167 entgegengenommen wurde. Am 31. Mai 2011 wurden das Osteosynthesematerial L3/L4 operativ entfernt und eine suprafusionelle Verlängerung mit Tipolax, eine Spondylodese L2/L3 beidseits, eine Hemilaminotomie L2/L3 beidseits, dorsomedial lateral L2/L3 rechtsbetont, eine Facettenganglionsanierung L4/L5 links, eine intraoperative BV-Kontrolle und eine Dornfortsatzglättung L2 durchgeführt (Urk. 8/M26/1).

Das Sozialversicherungsgericht vereinigte die beiden Beschwerdeverfahren und hiess die Beschwerden, soweit es darauf eintrat, mit Urteil UV.2010.00232 vom 29. Juni 2012 in dem Sinne gut, dass es die Einspracheentscheide der Helsana aufhob und die Sache mit der Feststellung, die Facettengelenksarthrose L3/4 sei unfallkausal und die Versicherte habe, da der Endzustand bis zum Erlass des zweiten angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. April 2011 nicht erreicht worden sei und dementsprechend über den Rentenanspruch und die Höhe der Integritätsentschädigung noch nicht entschieden werden könne, über den 30. April 2009 hinaus Anspruch auf Taggeld- und Heilbehandlungskosten, an die Helsana zurückwies, damit sie über Anspruch, Höhe und Dauer der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen neu verfüge. Ferner verpflichtete das Sozialversicherungsgericht die Helsana dazu, der Versicherten für das Privatgutachten von Dr. B. ___ vom 10. Januar 2008 samt dessen ergänzenden Stellungnahmen vom 2. Juni 2009 und vom 20. April 2010 (Urk. 8/K161/7) sowie für den Bericht von Dr. C. ___ vom Juli 2009 eine Entschädigung zu bezahlen (Urk. 8/K173).

Am 14. Dezember 2012 unterzog sich die Versicherte einem weiteren operativen Eingriff, bei dem Dr. B. ___ das Osteosynthesematerial inklusive Schraubenbrüche L2/L3 beidseits entfernte. Überdies führte er eine Revision und eine Verlängerungspondylodese mit Solaris Titan System der Firma Medtronic von L2 bis L5 beidseits, eine dorsolaterale kortikospongiöse Anlagerung augmentiert mit Ostiq L3/L3 links, L4/L5 links und L4/L5

dorsomedial rechts, eine schwierige Hemilaminektomie durch ein durchgebautes Segment L3/L4 links zur Dekompression, eine Foraminotomie und eine Neurolyse mit anschliessender intraoperativer BV-Kontrolle durch (Urk. 8/K199/4-5 und 8/M32). Die Helsana erteilte am 10. Juni 2014 den bereits seit längerem geplanten Gutachtensauftrag (inkl. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit; im Folgenden: EFL) an Prof. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Senior Consultant für Schmerztherapie und Gutachten in der G.____ (Urk. 8/K228; vgl. Urk. 8/K180, 8/K189, 8/K191, 8/K222 und 8/K225). Auf dessen Vorschlag und mit dem Einverständnis der Versicherten wurden auch Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Wirbelsäulenchirurgie, Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, und Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, mit der Begutachtung betraut (Urk. 8/K229 und 8/K233-236).

Mit Schreiben vom 6. November 2014 teilte die damalige Rechtsvertreterin der Versicherten der Helsana mit, die Gutachter Prof. Dr. F.____ und Dr. I.____ hätten sich ihrer Mandantin gegenüber in einer Weise geäussert, die klar mache, dass sie befangen seien und die Begutachtung wiederholt werden müsse (Urk. 8/K245). Die Helsana hielt an der noch ausstehenden wirbelsäulenchirurgischen Begutachtung durch Dr. H.____ fest und forderte Prof. Dr. F.____ und Dr. I.____ dazu auf, zu den ihnen gegenüber erhobenen Vorwürfen Stellung zu nehmen (Urk. 8/K246-247). Die beiden Gutachter äusserten sich am 11. November 2014 schriftlich zu den Anschuldigungen und machten geltend, sie seien unbefangen (Urk. 8/K248/2). Am 12. Dezember 2014 wurde das Osteosynthesematerial L2/L5 beidseits operativ entfernt (Urk. 8/M42-43). Das polydisziplinäre Gutachten der G.____ unter Einbezug einer EFL wurde am 12. Juni 2016 erstattet (Urk. 8/44). Dazu nahm Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson als neu beauftragte Rechtsvertreterin der Versicherten am 31. August 2016 schriftlich Stellung (Urk. 8/K261/2; vgl. Urk. 8/K261/1 und 8/K262/2) und reichte eine Beurteilung von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 28. August 2015 ein (Urk. 8/K261/3 = 8/M45). Diese wurde Prof. Dr. F.____ von der G.____ zur Stellungnahme unterbreitet (Urk. 8/K279), der sich am 15. Juli 2016 im Namen aller Gutachter zur Frage der Integritätseinbusse ergänzend äusserte (Urk. 8/M49).

Mit Verfügung vom 26. September 2016 (Urk. 8/K292) legte die Helsana den Integritätsschaden neu auf 30 % fest und ordnete diesbezüglich die Auszahlung eines Restbetrags von Fr. 21'306.-- (Fr. 32'040.-- [30 %] – Fr. 10'680.-- [10 %, die bereits ausbezahlt wurden]) an. Mit derselben Verfügung sprach die Helsana der Versicherten auch, ausgehend von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 20 %, ab dem 1. Juli 2015 eine Invalidenrente von Fr. 1'099.-- pro Monat zu. Dagegen liess die Versicherte am 28. Oktober 2006 Einsprache erheben mit dem Antrag, es sei ihr ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 8/K297). Mit Entscheid vom 31. Januar 2017 wies die Helsana die Einsprache ab (Urk. 2 = 8/K302).

E. 1.1

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 ereignete sich am 22. Mai 2005, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG wer den - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.3

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. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

Strittig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad und damit die Höhe der ab dem 1. Juli 2015 zugesprochenen Invalidenrente. Zwischen den Parteien wurde insbesondere kontrovers diskutiert, ob gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der G.____ vom 12. Juni 2015 (Urk. 8/M44) von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Medizinische Praxisassistentin auszugehen ist (vgl. Urk. 1, 2 und 7).

E. 3.1

Die Gutachter der G.____ diagnostizierten ein residuelles lumbospondylogenes Syndrom mit chronischer Lumboischialgie links mehr als rechts vor dem Hintergrund der einleitend aufgeführten medizinischen Vorgeschichte (Urk. 8/M44 S. 77 ff.). Sie vertraten die Auffassung, die von der Versicherten geklagten – hauptsächlich belastungs- und wetterabhängigen – lumbalen Beschwerden mit Ausstrahlungen zum Oberschenkel und zum Unterschenkel links, mit einem brennenden Gefühl um das Sprunggelenk links und zugleich einem Schweregefühl des linken Beines, ferner einer etwas verspannten Muskulatur und Ausstrahlungen der Schmerzen gluteal und inguinal linksbeinseitig (Urk. 8/M44 S. 75 f.), seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen (Urk. 8/M44 S. 79). Der Endzustand sei weitgehend erreicht; eine Besserung durch therapeutische Massnahmen könne nicht mehr erwartet werden. Eine Verschlechterung sei anhand des aktuellen Befundes, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass die Beschwerden im Verlauf de facto unverändert geblieben seien, nicht anzunehmen. Vor diesem Hintergrund sei eine Zunahme der strukturellen Veränderungen, die allenfalls zu weiteren Beschwerden führten und die über den aktuell festzustellenden Endzustand hinausgingen, kaum zu erwarten (Urk. 8/M44 S. 82).

Im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen bestehe eine volle Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Medizinische Praxisassistentin, wobei der Versicherten aufgrund medizinisch-prognostischer Überlegungen vermehrte Pausen von ca. 1 ½ Stunden zugestanden werden könnten. Daraus resultiere eine 80%ige Leistungsfähigkeit (Urk. 8/M44 S. 84 und 86). Hinsichtlich der Körperhaltungen und Funktionen, werde auf die EFL verwiesen (Urk. 8/M44 S. 85). Demnach sei der Versicherten ganztags eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit zumutbar, bei der sie manchmal (maximal drei Stunden pro Tag) sitzen, nach vorne geneigt stehen und stossen müsse (Urk. 8/M44 S. 95).

E. 3.2

Nach dem weiteren operativen Eingriff zur Osteosynthesematerialentfernung vom 12. Dezember 2014, welcher nach den gutachterlichen Untersuchungen vom September und November 2014 durchgeführt worden war, attestierte Dr. B.____ der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 18. Januar 2015, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. bis zum 30. Januar 2015, eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2015 bis zum 2. Mai 2016, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis zum 8. Mai 2016 und eine andauernde 40%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. Mai 2016 (Urk. 8/M46/1).

E. 3.3

Dr. K.____ vertrat am 28. August 2015 im Wesentlichen den Standpunkt, die von den Gutachtern der G.____ erhobenen Beschwerden reduzierten die Lebensqualität und machten das Leben schlecht planbar. Das Arbeitspensum sei zumindest seit 2012 eingeschränkt. Im Durchschnitt habe die Versicherte noch halbtags arbeiten können. Ein höheres Pensum werde sie dauerhaft nicht mehr erreichen. Diese Selbsteinschätzung stehe weit unterhalb der Einschätzung der Gutachter der G.____. Es stelle sich deshalb die Frage, ob sich die

Versicherte zu wenig zutraue oder ob ihre Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkter sei. Eine verlässliche Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit bedinge einen ausführlichen Untersuchungsbefund. Die orthopädische Befunderhebung im Gutachten sei extrem kurz gefasst. Es werde die Feststellung getroffen, die Wirbelsäule sei im Lot, die Narben seien reizlos und die Beweglichkeit sei eingeschränkt in allen Richtungen. Inwieweit die Beweglichkeit der Wirbelsäule eingeschränkt sei, werde nicht mitgeteilt (Urk. 8/M45 S. 5 f.).

Der rheumatologische Untersuchungsbefund sei etwas ausführlicher. Die Halswirbelsäule sei detailliert untersucht worden und es würden Gradangaben zur Beweglichkeit bei Rotation und bei Seitwärtsneigung genannt. Über die Lendenwirbelsäule gebe der rheumatologische Untersuchungsbefund nur eine grobe Orientierung. Das Nach-vorne-Bücken (Flexion) gelinge bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 20 cm. Das sei viel, wenn man bedenke, dass nur ein einziges Segment der Lendenwirbelsäule überhaupt beweglich sei. Über die Reklination der Lendenwirbelsäule sage der Untersuchungsbefund nichts. Beim Aufrichten nach dem Bücken werde ein Kletterphänomen beschrieben mit Abstützen. Ein Fersenerschütterungsschmerz sei nicht untersucht worden. Bei der Beweglichkeit werde ein Schober Index mit +2 angegeben, also pathologisch. Bei der Seitenneigung sei die Lendenwirbelsäule steif, nur in welchem Umfang im Vergleich zur physiologischen Beweglichkeit werde nicht beschrieben und sei kaum nachvollziehbar (Urk. 8/45M S. 8 f.).

Die neurologische Untersuchung trage dann noch ein negatives Lasèguezeichen zur Beurteilung der Wirbelsäule bei (Urk. 8/45M S. 9).

Zusammenfassend gebe der berichtete Untersuchungsbefund nur eine grobe Orientierung über die Wirbelsäule der Versicherten. Dies erleichtere erheblich die Abgabe von gutachterlichen Einschätzungen und die Beantwortung der Fragestellungen, die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Aussagen leide dafür erheblich (Urk. 8/M45 S. 9).

Die gutachterliche EFL sei aufwendig ausgefallen. Deren Ergebnisse könnten eigentlich nur dann nachvollzogen werden, wenn die Begutachtung ein schlüssiges und nachvollziehbares Gesamtbild erlaube mit angegebenen Beschwerden, detailliertem Untersuchungsbefund, Analyse der Morphologie und den EFL-Befunden. Die Aussage, die Selbsteinschätzung der Versicherten sei erheblich zu tief, bleibe eine subjektive Einschätzung. Die EFL gehe davon aus, dass längerfristig nur eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zumutbar sei. Die aktuellen Röntgenbilder der Wirbelsäule belegten dies eindrücklich. Wie man aber zur Annahme gelange, dass eine Ganztagsstätigkeit möglich sei im angestammten Berufsumfeld, lasse die EFL offen. Es werde nur analysiert, dass das Sitzen limitiert sei auf maximal drei Stunden pro Tag. Eine Interpretation der EFL-Resultate bezogen auf die Gesamtbelastung werde nicht gemacht. Was die EFL nicht beantworte, seien die ganz entscheidenden Fragen nach den notwendigen Ruhepausen, nach der Geschwindigkeit und der Erholung durch Ruhepausen. Ohne einen Abgleich mit einem detaillierten Untersuchungsbefund könne man mit der vorliegenden EFL-Untersuchung wenig anfangen. Der vorliegende, lediglich grob orientierende körperliche Untersuchungsbefund sei nicht geeignet, ein objektives verlässlicheres Bild der Einschränkungen und Ressourcen der Versicherten zu begründen. Dies führe dann zu einer wesentlich positiveren Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit (Urk. 8/M45 S. 9).

Die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei schwierig. Die angestammte Tätigkeit als Medizinische Praxisassistentin könne erfreulicherweise fortgesetzt werden; stärkere Wirbelsäulenbelastungen könnten vermieden werden. Aus Sicht der Wirbelsäulenchirurgie bewerte man nach einer chirurgischen Instrumentierung vom 2. bis zum 5. LWK ein postoperatives Resultat im Allgemeinen als gut, wenn der Patient mit einem 50 %-Pensum in seine angestammte Tätigkeit zurückkehre. Ein 50 %-Pensum als Medizinische Praxisassistentin sei nicht mit exakt 50 % gleichzusetzen. Im Alltag werde immer „50 % plus MWST“ geleistet; eine laufende Untersuchung könne nicht pünktlich verlassen werden, sondern sie müsse begleitet werden, bis sie beendet sei (Urk. 8/M45 S. 10).

Wenn man vom pathologischen Befund der Wirbelsäule der Versicherten aus gehe, dann seien eine geringere Belastbarkeit und damit auch eine zeitliche Limite der leichten bis mittelschweren Tätigkeit der Medizinischen Praxisassistentin plausibel. Über die zeitlichen Limiten gebe die Begutachtung keine Auskunft (Urk. 8/M45 S. 10).

Die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit sei immer eine Schätzung. Objektivieren lasse sich eine solche Schätzung mittels klinischer Beobachtungen und/oder Erfahrungen. Würden diese systematisch gesammelt und ausgewertet, könnten daraus Empfehlungen/Richtlinien entstehen. Vor diesem Hintergrund erweise sich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als realistisch. Bei Nachuntersuchungen von Patienten mit Langstreckenspondylodosen sei die Teilzeitarbeitsfähigkeit die Regel, eine volle Arbeitsfähigkeit die Ausnahme. Es gebe Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung zur Sozialmedizinischen Begutachtung, die sich für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit durchaus heranziehen liessen. Daraus ergebe sich Folgendes (Urk. 8/M45 S. 10 f.):

Das Leistungsvermögen nach Spondylodosen sei je nach Umfang des Eingriffs (ein-/mehrsegmental) und der Lokalisation (HWS/LWS) unterschiedlich zu beurteilen. Weiterhin sei für die Prognose und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung entscheidend, ob die Operation als Ersteingriff oder als Folgeeingriff nach vorangegangenen Operationen erfolgt sei.

Bei einer einsegmentalen Spondylodese an der Lendenwirbelsäule mit komplikationslosem Verlauf liege nach drei bis maximal zwölf Monaten ein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vor. Sei eine postoperative Ruhigstellung im Korsett erforderlich, sollte drei bis sechs Monate postoperativ eine medizinische Rehabilitationsleistung durchgeführt werden zum Abtrainieren des Korsetts. Bei Stabilisierung der Wirbelsäule mit „Fixateur interne“ oder „Postero-lateraler interkorporeller Fusion“ (PLIF) sei eine Anschlussrehabilitation (AHB) sinnvoll.

Nach mehrsegmentaler lumbaler Spondylodese als Eingriff, zum Beispiel in Kombination mit einer Nukleotomie, sollte nach zwölf Monaten in der Mehrzahl der Fälle ein über sechsstündiges Leistungsvermögen für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten erreicht werden.

Nach mehrsegmentaler lumbaler Spondylodese als Folgeeingriff wegen lange anhaltender Schmerzen und/oder Instabilität nach Nukleotomie oder Laminektomie oder instabiler vorangegangener einsegmentaler Spondylodese könne auch trotz intensiver rehabilitativer Leistungen ein Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden bestehen.

Bei der Versicherten liege eine mehrsegmentale lumbale Spondylodese nach sechs vorausgegangenen Operationen vor. Wende man die Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung an, so gelange man zur Einschätzung, eine leichte Arbeit sei mit einem Halbtagspensum zumutbar (Urk. 8/M45 S. 11).

E. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der G.____ vom 12. Juni 2015 basiert auf den von der Helsana zur Verfügung gestellten Unterlagen (Urk. 8/M44 S. 2 ff.). Es beruht insbesondere auf den fach ärztlichen schmerzmedizinisch-psycho somatischen, neu rologischen, elektromyographischen, rheumatologisch-rehabili tativen und wirbelsäulenorthopädischen Untersu chungen der Beschwerde führerin sowie einer EFL, die am 22. und 29. September sowie am 7., 17. und 18. November 2014 durchgeführt wurden (Urk. 8/M44 S. 2). Das polydiszipl näre Gutachten berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwer den ange messen und beantwortet die gestellten Fra ge n umfassend. Ins besondere ist der Vorwurf, die Facettengelenksarthrose L3/4 sei nicht – wie vom Sozialversicherungsgericht gefordert – in die Beurteilung miteinbezogen worden (Urk. 1 S. 8 ff.), unzutreffend. Vielmehr wurde hinsichtlich der fraglichen dege nerativen Veränderung bemerkt, sie sei – in Anbetracht der Eskalation der Symptome nach der Infiltration vom 27. Februar 2009 – nicht überwiegend wahrscheinlich verantwortlich für die geklagten Schmerzen und dement sprechend nicht an der Arbeitsunfähigkeit beteiligt (Urk. 8/M44 S. 79; vgl. auch Urk. 8/M44 S. 71). Sämtliche gutachterlichen Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet.

E. 4.2

In formeller Hinsicht ist vorab zu bemerken, dass Vorwürfe hinsichtlich einer Befangenheit zweier Gutachter erhoben worden waren (Urk. 8/K245 und 8/K261/2 S. 2 f. und 6). Sie wurden mit den Stellungnahmen vom 11. November 2014 (Urk. 8/248/2) nachvollziehbar und schlüssig widerlegt. Es wurde denn auch weder in der Einsprachebegründung (vgl. Urk. 8/K297) noch in der Beschwerdeschrift (Urk. 1) daran festgehalten. Es ist auch sonst nichts ersicht lich, weswegen anzunehmen wäre, die erforderliche Unbefangenheit einer Gut achterin oder eines Gutachters habe gefehlt.

E. 4.3

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vertrat den Standpunkt, eine EFL sei für massgeblich durch Schmerzen bedingte Belastbarkeitsgrenzen ein unge eignetes Assessmenttool (Urk. 1 S. 5 f.). Dazu ist festzuhalten, dass die Gutach ter der G.____ einzig mit Bezug auf Körperhaltungen und Funktionen auf die Resultate der EFL verwiesen (Urk. 8/M44 S. 85). Diese wurden ord nungsgemäss erhoben und – insoweit korrekt – im Rahmen einer Gesamtbeur teilung mitberücksichtigt. Es trifft daher nicht zu, dass die gutachterliche Ein schätzung der Arbeitsfähigkeit bloss auf den Ergebnissen der EFL, das heisst auf Angaben zur funktionellen Leistungsgrenze beruht, wie es die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ihren Ausführungen zufolge anzunehmen scheint (Urk. 1 S. 5 f.).

Es ist Dr. K.____ beizupflichten, dass eine aufwändige EFL durchgeführt wurde (Urk. 8/M45 S. 9). Die einzelnen Tests wurden zum Teil vor dem Er reichen des funktionellen Limits abgebrochen, da sie sich – im Hinblick auf eine längerfristig zumutbare Belastbarkeit bei residuellem lumbospondylo-genem Syndrom nach diversen operativen Eingriffen im Bereich der Lendenwirbelsäule – auf den vordefinierten leichten bis mittelschweren Bereich beschränkten (Urk. 8/M44 S. 56 und S. 72). Dieses Vorgehen

deckt sich gemäss Dr. K.____ mit den Erkenntnissen aus den aktuellen Röntgenbildern (Urk. 8/M45 S. 9).

In Anbetracht der Resultate der EFL ist der Beschwerdeführerin in qualitativer Hinsicht eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit zumutbar, bei der sie manchmal (maximal drei Stunden pro Tag) sitzen, nach vorne geneigt stehen und stossen muss (Urk. 8/M44 S. 95). Das ermittelte Tätigkeitsprofil steht im Einklang mit den Ausführungen von Dr. B.____ vom 15. September 2014, gemäss welchen bei der vorliegenden Langstrecken spondylodese ein monotones Stehen und Sitzen sowie das Tragen von Gewichten über 10 kg dau erhaft zu meiden ist, ebenso Belastungen, insbesondere in Flexion/Extension oder Drehungen des Oberkörpers gegen das Becken (Urk. 8/M41 S. 1). Es wurde denn auch nicht bestritten, dass die Beschwerdeführerin funktionell dazu in der Lage ist, im getesteten Umfang Gewichte zu heben, zu stemmen, sich zu bücken, zu strecken, zu sitzen, zu gehen, zu stossen etc. (Urk. 1 S. 5). Ebenso wenig wurde geltend gemacht, die Ausübung der angestammten Tätigkeit sei mit Ver richtungen verbunden, die eine durch das ermittelte funktionelle Zumutbar keitsprofil gesetzte Grenze überschreiten. Weder Dr. B.____ noch Dr. K.____ stellten in Frage, dass die Versicherte ihre angestammte Tätig keit in funktioneller Hinsicht unverändert ausüben kann (Urk. 8/M17 S. 2 und 8/M45 S. 10).

Dieses Ergebnis entspricht auch den gutachterlich erhobenen Befunden. Zwar wurde diesbezüglich gerügt, der Wirbelsäulenstatus sei nicht hinreichend abge klärt bzw. beschrieben worden (Urk. 1 S. 8 und 8/M45 S. 5 f.). Aus orthopädi scher Sicht werde im Gutachten lediglich eine eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule in allen Richtungen vermerkt (Urk. 8/M45 S. 8 mit Hinweis auf Urk. 8/M44 S. 51). Überdies gebe die rheumatologische Untersuchung zur Len denwirbelsäule nur eine grobe Orientierung. Über die Reklination werde nichts gesagt, ein Fersenerschütterungsschmerz werde nicht untersucht und bei der Seitenneigung werde die Lendenwirbelsäule als steif bezeichnet, ohne dass beschrieben werde, in welchem Umfang im Vergleich zur physiologischen Beweglichkeit (Urk. 8/45M S. 8 f. und S. 94). Diesen Beanstandungen ist entge genzuhalten, dass hinsichtlich der gesamten Wirbelsäule die relevanten Befunde erhoben wurden, unter anderem eine leichte Skoliose der unteren Brustwirbel säule zur rechten Seite mit Lendenwulst am thoracolumbalen Übergang, ein Finger-Bodenabstand von 20 cm bei der Neigung nach vorne mit Steifhalten der Lendenwirbelsäule, eine Halswirbelsäule mit ausgesprochen guter globaler Beweglichkeit mit einer Rotation zu beiden Seiten von 90°, einem Kinn-Ster num-Abstand von 0/22, einer Seitneigung beidseits von 50°, eine Weichteil empfindlichkeit paravertebral zu beiden Seiten über der gesamten Lendenwir belsäule, ein beidseits gut möglicher Zehen- und Fersengang, eine gute Kraft der Fussheber und –senker usw. (Urk. 8/M44 S. 51 f.). In Anbetracht der sorg fältig dokumentierten Spondylodesen, insbesondere der Röntgenbefunde vom Oktober 2014 (vgl. Urk. 8/M44 S. 61 f.), erübrigten sich weitere Erörterungen zur Beweglichkeit. Wie Dr. K.____ diesbezüglich selbst erkannte, ist es als günstig zu werten, dass im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung eine Flexion bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 20 cm erhoben werden konnte (Urk. 8/M44 S. 51), obwohl lediglich noch ein einziges Segment der Lendenwir belsäule beweglich ist (Urk. 8/M44 S. 9).

E. 4.4

In quantitativer Hinsicht trugen die Gutachter der G.____ den – haupt sächlich belastungs- und wetterabhängigen – Beschwerden insofern Rech nung, als sie der Beschwerdeführerin

einen erhöhten Pausenbedarf von ca. 1 ½ Stunden pro Arbeitstag bzw. eine damit einhergehende verminderte Leistungsfähigkeit von 80 % zugestanden (Urk. 8/M44 S. 72, 84 und 86). Damit erweist sich der Vorwurf Dr. K.____, über die zeitlichen Limiten gebe die Begutachtung keine Auskunft (Urk. 8/45 S. 10), als unzutreffend.

Es wurde eingewandt, die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widerspreche der Erfahrung, dass nach einer chirurgischen Instrumentierung vom 2. bis zum 5. LWK ein postoperatives Resultat im Allgemeinen als gut gelte, wenn der Patient mit einem 50 %-Pensum in seine angestammte Tätigkeit zurückkehre (Urk. 1 S. 7 f. mit Hinweis Urk. 8/M45; vgl. Urk. 8/M45 S. 10). Selbst wenn Letzteres zutreffen sollte, liesse sich daraus nicht folgern, der Ver sicherten sei eine Arbeitstätigkeit von über 50 % unzumutbar. Es sind allein die konkreten Verhältnisse im hier zu beurteilenden Einzelfall entscheidend (vgl. auch Urk. 1 S. 7), welche sich durchaus günstiger präsentieren können als der angeführte Durchschnitt. Ob er in der behaupteten Form tatsächlich existiert, kann deshalb offen bleiben.

Des Weiteren beriefen sich die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin und Dr. K.____ auf die deutschen Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheiben assoziierten Erkrankungen, um die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen (vgl. Urk. 1 S. 7 und 8/M45 S. 10 f.). Im angeführten Dokument wurde – unter anderem – die Auffassung vertreten, nach mehrsegmentaler lumbaler Spondylodese als Folgeeingriff wegen lange anhaltender Schmerzen und/oder Instabilität nach Nukleotomie oder Laminektomie oder instabiler vorangegangener einsegmentaler Spondylodese könne auch trotz intensiver rehabilitativer Leistungen ein Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden bestehen (vgl. Seite 32 der angeführten Leitlinie; vgl. auch Urk. 8/M45 S. 11). Diese Ausführungen vermögen nichts daran zu ändern, dass selbst in komplexeren Fällen andere bzw. günstigere Verläufe möglich sind. Der angeführten Leitlinie lässt sich jedenfalls nichts entnehmen, weswegen der Schluss gezogen werden müsste, die gutachterliche Beurteilung sei nicht korrekt. Ebenso wenig trifft es zu, dass dieselbe von den Leitlinien weit entfernt ist, das heisst massgeblich davon abweicht (Urk. 1 S. 8). Immerhin wurde richtig erkannt, dass eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge aufweist (Urk. 1 S. 4), weshalb divergierende Einschätzungen allein nicht gegen die Beweiskraft des Gutachtens sprechen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_761/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 3.3.1). Mit den Angaben Dr. K.____ bezüglich des Bestehens einer lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/M45 S. 5 und S. 11) und der von Dr. B.____ attestierten 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/M46/1) liegen zwar anderslautende ärztliche Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit vor, jedoch keine, die schlüssig und nachvollziehbar begründet wurden (vgl. Urk. 8/M45 und 8/M46/1). Der Verweis auf klinische Beobachtungen und/oder Erfahrungen oder allgemeine Leitlinien (Urk. 8/M45 S. 10 ff.), auf den sich Dr. K.____ beschränkte, genügt jedenfalls nicht.

E. 4.5

Darüber hinaus wurde nichts vorgetragen, was das von der Helsana in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten in C.____ zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Helsana darauf abgestellt hat. Damit ist ausgewiesen, dass der Endzustand im Zeitpunkt der

gutachterlichen Untersuchungen bereits erreicht (Urk. 8/M44 S. 82; vgl. auch Urk. 7 S. 3) und die Versicherte zu 80 % in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig war. Auch Dr. B.____ bestätigte am 15. September 2014 das Erreichen des Endzustands, nachdem der Knochendurchbau stattgefunden habe (Urk. 8/M41 S. 1). Es trifft zwar zu, dass danach – am 12. Dezember 2014 – noch das Osteosynthesematerial L2/L5 beidseits operativ entfernt wurde (Urk. 1 S. 9; Urk. 8/M42-43). Dieser Eingriff führte indessen zu keiner relevanten Änderung des gutachterlich erhobenen Gesundheitszustands (vgl. Urk. 3/6, 8/M42 und 8/M46/1-3) und vermag daher die Aktualität des Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

E. 5

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgehen durfte. Dementsprechend erweist es sich auch als korrekt, dass sie einen Invaliditätsgrad von 20 % ermittelte, den sie folgerichtig der Berechnung der Rentenhöhe zu Grunde legte. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Helsana Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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