

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00115 vom 3. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00115

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00115 du 3 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00115 del 3 maggio 2020

Erwägungen

E. 1.1

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 des

Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

E. 1.2

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 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 mit Hinweisen und E. 6.1). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.3.1 und E. 5.4).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

6. Juli 2019 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 3. September 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Am 16. September 2019 liess sich die Beschwerdeführerin erneut vernehmen (Urk. 10). Nachdem diese Eingabe der Beschwerdegegnerin am 18. September 2019 zugestellt worden war (Urk. 11), liess sich diese am 22. Oktober 2019 ebenfalls erneut vernehmen (Urk. 12). Diese Eingabe wurde der Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2019 zugestellt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf das von ihr eingeholte Gutachten davon aus, es sei von einem sowohl aus neurologischer (vgl. S. 6 f. Ziff. 22 ff.) als auch neuropsychologischer (vgl. S. 7 Ziff. 29 ff.) Sicht wesentlich verbesserten Gesundheitszustand seit der Referenzlage im Jahr 2005 auszugehen (S. 7 Ziff. 36). In der gutachterlichen Untersuchung im Jahr 2017 hätten keine Befunde mehr erhoben werden können, welche über 21 Jahre nach dem Unfall eine dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit noch zu erklären vermöchten (S. 7 Ziff. 35). Insbesondere seien die heute noch geklagten Kopfschmerzen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen (S. 6 Ziff. 23).

Weiter sei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Spätestens im Zeitpunkt der Anspruchsüberprüfung sei der natürliche Kausalzusammenhang der noch geltend gemachten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weggefallen. Darüber hinaus wäre zudem auch der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen (S. 8 Ziff. 41).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) bekräftigte die Beschwerdegegnerin ihren Standpunkt, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert (S. 4 Ziff. 15-19) beziehungsweise verändert (S. 3 Ziff.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, es sei keine revisionsrechtlich relevante Änderung des Gesundheitszustands eingetreten, die gutachterliche Einschätzung im Jahr 2017 stelle lediglich eine andere Würdigung eines seit mehr als 20 Jahren anhaltenden unveränderten Gesundheitszustands dar (S. 3 Ziff. 5). Im Gutachten aus dem Jahr 2017 würden nicht nur dieselben Diagnosen gestellt

wie im Gutachten aus dem Jahr 2004,

sondern es werde insgesamt auch ein gleichgebliebener Zustand beschrieben, dies aber anders bewertet (S. 5 Ziff. 13). Die subjektiven Beschwerden seien im Jahr 2017 dieselben wie im Jahr 2004 (S. 6 f. Ziff. 14 ff.). Auch die objektiven Beschwerden seien unverändert (S. 7 ff. Ziff. 20 ff.). In objektiver Hinsicht werde im Gutachten aus dem Jahr 2017 keine Veränderung beschrieben. Vielmehr erkläre der Gutachter, die Befunde so wie auch die Untersuchungsmethoden aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht

seien im Jahr 2004 eher wenig umfangreich beschrieben. Es werde explizit erklärt, dass ein Vergleich der aktuellen neuropsychologischen Befunde mit den Voruntersuchungen

nicht möglich sei. Auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand insgesamt verändert habe, werde ebenfalls ausdrücklich erklärt, diese Frage könne nicht dezidiert beantwortet werden; gesagt werde lediglich, heute könne die damalige Einschätzung nicht nachvollzogen werden (S. 13 Ziff. 34). Damit habe die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Revisionsgrundes nicht nachgewiesen (S. 13 Ziff. 35).

In ihrer Eingabe vom 16. September 2019 (Urk. 10) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Standpunkt fest, wonach

im Gutachten eine abweichende Beurteilung des gleichgebliebenen Zustands vorgenommen worden sei, namentlich die Kopfschmerzen betreffend (S. 2 Mitte Ziff. 2), und wonach sich namentlich betreffend den neuropsychologischen Gesundheitszustand eine Veränderung nicht belegen lasse

(S. 2 unten Ziff. 4).

Ferner wies sie darauf hin, dass sie nach wie vor unter einer erhöhten Müdigkeit leide, was sich auf ihre Konzentration bei der Arbeit auswirke (S. 4 Ziff. 7), und dass sich die Gutachter mangels einer entsprechenden Fragestellung nicht dazu geäußert hätten, ob unabhängig von der Kausalitätsfrage eine Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 5 Ziff. 11).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der bisher ausgerichteten Rente rechtmässig ist. 3.1

Im Zeitpunkt der Rentenzusage im Jahr 2005 (Urk. 8/1058) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.2

Vom Unfalltag bis am

3. Mai 1996 war die Beschwerdeführerin im Kantonsspital A. ____

hospitalisiert. Gemäss

Austrittsbericht der dortigen Ärzte der Chirurgischen Klinik vom 15. Mai 1996 (Urk. 8/4) sei die Beschwerdeführerin nach einem Sturz vom Pferd am 27. April 1996 drei bis vier Minuten bewusstlos gewesen. Nach Versorgung einer Rissquetschwunde frontal rechts im Spital

B. ____ sei sie bei einem Glasgow Coma

Scale (GCS) von

E. 4

und Ziff. 13, S. 5 Ziff. 25 und Ziff. 30, S. 6 f. Ziff. 34- 37) habe und im Zeitpunkt der Begutachtung keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr festgestellt werden können. Demzufolge liege ein Revisionsgrund vor (S. 7 Ziff. 38). Daran hielt sie auch mit Stellungnahme vom 22. Oktober 2019 (Urk. 12) fest und führte im Weiteren aus, sie sei ihrer Abklärungspflicht nachgekommen.

Von weiteren Abklärungsmassnahmen wären keine neuen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten gewesen (S. 3

Ziff.

E. 4.1

Im Revisionsfragebogen (Urk. 8/1076) gab die Beschwerdeführerin am 6. Mai 2015 an, ihr Gesundheitszustand sei unverändert (Ziff. 1.1).

E. 4.2

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.5) berichtete am 18. Mai 2015 (Urk. 10/32), bei der Beschwerdeführerin bestehe ein zervikozepales Syndrom mit chronischen Spannungstyp-Kopfschmerzen und migräniformen Exazerbationen (Ziff. 1.1).

Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Beschwerdeführerin sei im bisherigen Umfang belastbar, brauche aber längere Erholungspausen (Ziff. 1.2, Ziff. 3). Sie habe ihre bisherige reduzierte Arbeitsfähigkeit aufgrund ihrer hohen Motivation erhalten können (Ziff. 5).

E. 4.3

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstattete Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, MEDAS Z.____, am 4. Oktober 2017 ein neurologisches Gutachten (Urk. 10/34 S. 1-20) mit interdisziplinärer Beurteilung unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens von lic. phil. I.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 1. Oktober 2017 (vgl. dem Hauptgutachten angehängtes neuropsychologisches Teilgutachten).

Der Gutachter stütze sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff. Ziff. 2) und die am 20. Juni 2017 erfolgte persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin samt aktueller Bildung (S. 7 ff. Ziff. 3-4) sowie das neuropsychologische Teilgutachten von lic. phil. I.____ (vgl. S. 1 unten, S. 2 Ziff. 1.3).

Dr. H.____ führte aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, noch oft Nackenschmerzen zu haben. Vor allem nach längerem Sitzen entwickle sich ein Gefühl «wie entzündet», sodass die im Nacken aufliegenden Haare störten. Ausserdem verspüre sie noch an ein bis drei Tagen pro Woche Kopfschmerzen in einer Stärke von 6 bis 7 von 10 auf der visuellen Analogskala (VAS). Diese seien meist bandförmig im Stirnbereich und dumpf-drückend. Begleitend sei sie reizbar. Eine Attacke dauere maximal zwei Tage. Sie nehme an mindestens zwölf Tagen pro Monat Schmerzmittel ein. Ausserdem sei sie noch immer unkonzentriert, vor allem in Ermüdungssituationen, was sie nur bei der Arbeit, im Privatleben aber nicht merke. Sie mache dann teilweise Fehler oder werde langsamer (S. 7 f. Ziff. 3.2.1).

Die Kopf- und Nackenschmerzen seien in der ersten Zeit nach dem Reitunfall häufiger und stärker gewesen. Der heutige Zustand bestehe seit etwa 2003. Die seit dem Unfall bestehenden Konzentrationsstörungen einschliesslich der erhöhten Ermüdbarkeit hätten sich im Verlauf eher gebessert. Der heutige Zustand bestehe diesbezüglich seit etwa zehn Jahren, also seit etwa 2007 (S. 8 Ziff. 3.2.2).

Zum neurologischen Befund führte Dr. H.____ unter anderem aus, die HWS sei aktiv und passiv frei beweglich gewesen. Es habe ein mässiger Hartspann der Muskulatur im Trapeziusbereich bestanden (S. 12 oben). Die Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels vom 4. August 2017 habe einen altersentsprechenden Befund ohne Hinweise auf posttraumatische Läsionen oder auf andere inzidentelle Pathologien ergeben. Insbesondere lägen keine Hinweise auf Traumafolgen, keine hämorrhagischen Produkte und keine alten Parenchymdefekte vor (S.

12 Ziff. 4.3).

Lic. phil. I. ___ (Urk. 10/34, neuropsychologisches Teilgutachten) führte aus, anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 11. September 2017 (vgl. S. 1 Mitte) habe die Beschwerdeführerin

angegeben, weiterhin an Kopf- und Nackenschmerzen sowie Konzentrationsproblemen und reduzierter Belastbarkeit zu leiden. Die geistige Leistungsfähigkeit sei viel besser geworden, es bestünden aber tageweise Schwankungen. Manchmal sei nach zwei bis drei Stunden bei der Arbeit fertig. Sie kriege dann auch Einfaches nicht mehr auf die Reihe und nehme schlecht auf. Die Stimmung sei ein Auf und Ab, der Schlaf meist gut. Sie sei etwa alle drei Wochen in psychiatrischer Behandlung und habe auch ein Antidepressivum erhalten. Zusätzlich habe sie eine psychotherapeutische Behandlung begonnen (S. 3 lit. B.1). Die Konzentrations- und Gedächtnisprobleme seien im Verlauf viel besser geworden, bestünden aber weiterhin. Vor etwa Dreiviertel Jahren habe sich die Belastbarkeit wieder verschlechtert (S. 3 lit. B.2 am Ende).

Die ihr am aktuellen Arbeitsplatz übertragenen Aufgaben könne sie inhaltlich bewältigen. Die Bereiche, in die sie eingearbeitet sei, gingen gut. Es bestehe aber eine Angst, Neues nicht schnell genug zu verstehen. Sie werde dann schnell unsicher und versuche das jeweils zu überspielen. Das komme bei Müdigkeit vor. Einschränkend seien die reduzierte Belastbarkeit mit Kopf- und Nackenschmerzen und die dadurch bedingten Konzentrationsprobleme, weshalb sie auch kein höheres Pensum schaffe. Glücklicherweise könne sie ihre Arbeiten selber einteilen, sodass sie bei schlechter Belastbarkeit Arbeiten abbrechen und anderntags fortsetzen oder nochmals kontrollieren könne (S. 4 lit. B.7).

Aus neuropsychologischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin rein formal eine mittelgradige bis schwere neuropsychologische Störung, wobei gemäss den Kriterien von Slick et al. (1999) eine wahrscheinliche kognitive Antwortverzerrung vorliege und folglich die neuropsychologischen Befunde nicht als valide gewertet werden könnten. Rein formal, also ohne Berücksichtigung des Validitätsaspekts der Befunde, zeige sich ein neuropsychologisches Störungsmuster mit deutlichen Beeinträchtigungen in basalen und komplexeren Aufmerksamkeitsleistungen, in der Daueraufmerksamkeit, im verbal-mnestischen Wiedererkennen sowie im exekutiven Bereich in der Interferenzabwehr und im Arbeitsgedächtnis. Leichte oder leichte bis mittelschwere Defizite zeigten sich in der verbalen Merkspanne, im verbalen und figuralen Lernen- und Abrufen und in der phonematisch-lexikalischen Wortflüssigkeit. Zudem falle eine fehlerhafte Zahlenverarbeitung auf (S. 7 Mitte). Die Belastbarkeit habe im Verhalten nicht übermässig eingeschränkt gewirkt. Nach etwa zwei Stunden sei eine Pause eingelegt worden. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin ab Untersuchungshälfte Müdigkeit angegeben, am Ende (der vierstündigen Untersuchung, vgl. S. 1 Mitte) Konzentrationsprobleme und ein «Durcheinander» im Kopf. Die Testleistungen seien im Untersuchungsverlauf tendenziell abnehmend gewesen (S. 7 unten).

Das aktuell erhobene neuropsychologische Störungsmuster sei nicht zu erklären im Rahmen des vor 21 Jahren erlittenen leichten Schädelhirntraumas. Auch das aktuelle MRI des Schädels liefere keine Erklärungsansätze für die formal mittelgradige bis schwere neuropsychologische Störung. Eine persistierende Belastbarkeitsminderung nach Schädelhirntrauma, wie sie auch von der Beschwerdeführerin geschildert worden sei, könne durchaus auftreten und einen modulierenden Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben. Allerdings scheine die Belastbarkeit in der Verhaltensbeobachtung nicht in dem Masse reduziert, als dass damit die vorliegenden

Befunde erklärt werden könnten. Diskrepanz erscheinend zudem, dass im Berufsalltag durchschnittlich etwa fünf Stunden täglich (60%-Pensum) bei voller Leistungsfähigkeit (100 %) offenbar zufriedenstellend bewältigt würden. In der Begutachtung sei es unter anderem jedoch bereits nach etwa drei Stunden in einer einfachen Daueraufmerksamkeitstestsaufgabe zu massiven Schwierigkeiten gekommen, welche mit einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit als Mandatsleiterin im Treuhandbereich kaum vereinbar seien (S. 8 Mitte).

Im Hauptgutachten (Urk. 10/34) führte Dr. H.____ in der zusammenfassenden Beurteilung unter anderem aus, die Beschwerdeführerin klagt heute noch über eine erhöhte konzentrierte Erschöpfbarkeit, Nacken- und Kopfschmerzen. Es finde sich dafür kein objektivierbares strukturelles Korrelat. Bei dem nachzuweisenden muskulären Hartspann im Trapeziusbereich handle es sich um einen unspezifischen Befund. Aufgrund der erhobenen Kopfschmerzanamnese könne ein eigenständiger episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp anhand der Kopfschmerzklassifikation ICHD-3beta der IHS diagnostiziert werden. Die angegebene Analgetikaeinnahmefrequenz von etwa 12 Tagen monatlich liege zumindest an der Grenze zur Diagnose eines Kopfschmerzes bei Analgetikaübergebrauch und erfordere eigenständige Therapiemaßnahmen, um einer weiteren Chronifizierung vorzubeugen (S. 13 unten). Bei der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung habe bei erfüllten Kriterien für eine kognitive Antwortverzerrung mit konstitutiv fehlender Befundvalidität keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden können (S. 14 oben).

Dr. H.____

nannte folgende Diagnosen (S. 14 Ziff. 7): - Reitunfall mit Sturz am 27. April 1996 mit traumatischer Hirnverletzung mit initial leichtem diffusem Hirnödem, nicht-dislozierter fronto-lateraler Kalottenfraktur rechts, kleiner epiduraler Einblutung fronto-lateral rechts, Riss-Quetsch-Wunde parietal rechts, HWS-Kontusion und multiplen Kontusionen und Schürfwunden; folgenlos ausgeheilt - episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (Differentialdiagnose, DD, Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch) - unspezifische Nackenbeschwerden.

Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob sich die Beschwerden der Beschwerdeführerin seit der letzten Begutachtung im C.____ im Jahr 2003 verändert hätten, führte Dr. H.____ aus, die subjektiv geklagten Kopf- und Nackenbeschwerden seien im Wesentlichen unverändert. Aus heutiger Sicht müsse jedoch darauf hingewiesen werden, dass die angegebene Analgetikaeinnahmefrequenz zumindest an der Grenze zur Diagnose eines Kopfschmerzes bei Analgetikaübergebrauch liege.

Ein solcher habe möglicherweise bereits anlässlich der Begutachtung durch PD Dr. E.____ bestanden. Im damaligen Gutachten seien die eingenommenen Substanzen kommentarlos aufgeführt worden ohne Anamnese zur Einnahmefrequenz (S. 14 unten Ziff. 8.1.2).

Nach einer Veränderung der Befunde seit der Begutachtung im C.____ im Jahr 2003 gefragt, führte Dr. H.____ unter anderem aus, der klinische Neurostatus habe sich sowohl bei der Begutachtung im C.____ als auch anlässlich der aktuellen Untersuchung unauffällig präsentiert (S. 15 Mitte). Eine Bewegungseinschränkung der HWS sei heute nicht nachweisbar gewesen. Ein detaillierter Vergleich der aktuellen neuropsychologischen Befunde mit den Voruntersuchungen sei nicht möglich, da Angaben zu den damals verwendeten Verfahren und Rohwerten in den Akten fehlten. Im groben Vergleich zeige sich

aktuell jedoch formal eine massive Verschlechterung, die mit dem zu erwartenden Verlauf einer traumatischen Hirnverletzung im Sinne eines Decrescendoverlaufs mit stabilem Endzustand und aktuell unauffälliger MR-Bildgebung nicht vereinbar sei (S. 15 unten, vgl. auch S.

E. 8

).

E. 13

und rezidivierendem Erbrechen dem A.____

zur neurochirurgischen Beurteilung zugewiesen worden. Die Ärzte nannten folgende Diagnosen: - Schädelhirntrauma mit - Commotio cerebri - initial leichtem diffusem Hirnödem - nicht dislozierter fronto-lateraler Kalottenfraktur rechts - kleiner epiduraler Einblutung fronto-lateral rechts - Rissquetschwunde parietal rechts - Kontusion der Halswirbelsäule (HWS) - multiple Kontusionen und Schürfwunden. 3.3

Am 16. Februar 2001 berichteten die Ärzte des Universitätsspitals C.____, Neurologische Klinik (Urk. 8/21), laut Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 18. Januar 2001 bestünden bei einer allgemein reduzierten Belastbarkeit Einschränkungen in der Konzentrationsleistung. Weiter sei ihre Stimmung häufig schwankend. Im Vordergrund stehe jedoch ein zervikozephal Schmerzsyndrom. Die Konzentrationseinschränkung sei in der zweistündigen neuropsychologischen Untersuchung nicht festzustellen gewesen. Insgesamt bestehe somit aufgrund der anamnestischen Angaben eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung (S. 2 Ziff. 1.3). Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S.

3 Ziff. 3.1). 3.4

In ihrem Bericht vom 8. Oktober 2001 über die Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Schmerzprechstunde vom 1. Oktober 2001 (Urk. 8/24) führten die Ärzte des C.____, Neurologische Klinik und Poliklinik,

aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein chronifiziertes posttraumatisches zervikozephal Schmerzsyndrom mit posttraumatischen Spannungstypkopfschmerzen und teilweise migräniformen Exazerbationen. Beim aktuell intakten Neurostatus bestünden derzeit keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung des peripheren oder zentralen Nervensystems. Es werde die Einleitung einer Schmerzbasisbehandlung vorgeschlagen, vorzugsweise mit einem Antidepressivum, auch zur Erhöhung der Schmerzwahrnehmungsschwelle. Zudem werde die Gabe von hochdosiertem Magnesium und als Schmerzmittel vorläufig Vioxx, hochdosiert, empfohlen,

dies insbesondere als Versuch, die praktisch täglich auftretenden Schmerzen zu durchbrechen (S. 2 unten). 3.5

Am 16. März 2003 berichtete der Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin und für Rheumatologie (Urk. 8/29), die Beschwerdeführerin leide immer noch unter Konzentrationsstörungen sowie unter Nackenbeschwerden mit chronischen Kopfschmerzen, teilweise migräneartig (Ziff. 1). 3.6

Am 18. Februar 2004 erstattete PD Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, C.____, Neurologische Poliklinik, ein neurologisches Gutachten im Auftrag der

Beschwerdegegnerin (Urk. 8/31).

PD Dr. E.____ führte aus, anlässlich der Untersuchung vom 26. Juni 2003 (vgl. S.

1 unten) habe die Beschwerdeführerin angegeben, unter Nackenschmerzen und einer Überempfindlichkeit am Nacken, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen sowie einer Kopfschief- beziehungsweise Haltungsproblemen zu leiden (S. 5 Ziff. 3.1). Die Nackenschmerzen träten seit dem Unfallereignis an zwei bis drei Tagen pro Woche, abwechselnd mit Kopfschmerzen, auf und sie habe das Gefühl, dass der Nacken empfindlicher sei auf Berührung, selbst bei Berührung der auf dem Nacken liegenden Kopfhaare. Die Schmerzen dauerten meist den ganzen Tag an. Die Schmerzintensität liege auf einer Skala von 1 bis 10 bei leichten Schmerzen bei 4 bis 5, bei starken Schmerzen bei 7. Die Schmerzen würden bei langem Sitzen (Auto fahren) sowie generell bei langem Innehalten in der gleichen Position provoziert (S. 5 f. ad a).

Die Kopfschmerzen träten an zwei bis drei Tagen pro Woche auf, abwechselnd mit Nackenschmerzen. Sie seien druckförmig und reichten von den Augen beidseits bis in die Mitte des Kopfes. Die Schmerzen dauerten meist einen ganzen Tag an. Die Schmerzintensität liege auf einer Skala von 1 bis 10 bei leichten Schmerzen bei 4 bis 5, bei starken Schmerzen bei 7. Begleitend bestünden eine Lichtempfindlichkeit und Beschwerden bei Augenbewegungen (S. 6 ad b).

In der Nacht erwache die Beschwerdeführerin etwa eine bis zwei Stunden nach dem Zubettgehen und sei zwischen einer Dreiviertelstunde und drei Stunden wach. Am Wochenende könne sie bis zu zwölf Stunden schlafen, fühle sich aber trotzdem noch müde (S. 6 ad c).

Betreffend die Konzentration habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie manchmal vor einem Fehler sitze und diesen trotz mehrmaligem Durcharbeiten der Zahlen nicht finde. Ihren Arbeitskollegen falle dies nicht auf, da sie für sich arbeiten könne und die Arbeit trotzdem immer fertig bringe. Wegen der Konzentrationsstörungen habe sie auch Probleme beim Englisch Lernen gehabt und dreimal an die First Certificate -Prüfung gemusst. Oft habe sie auch das Gefühl, «plem» zu sein und «neben den Schuhen» zu stehen. Dieses Gefühl habe sie bereits nach etwa zwei Stunden Sitzen (S. 6 f. ad d).

Zum neurologischen Befund führte PD Dr. E.____ unter anderem aus, die HWS-Rotation sei beidseits um 15 Grad eingeschränkt gewesen, mit Spannungsgefühl im Nacken (linksbetont). Die Kopf-Seitwärtsneigung sei beidseits hälftig eingeschränkt gewesen (S. 9 oben).

In der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. F.____

und PD Dr. phil. G.____ hätten sich eingeschränkte Leistungen in der gerichteten so wie in der geteilten Aufmerksamkeit gezeigt. Hinzu komme eine Verminderung der verbalen Ideenproduktion. Im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung vom 16. Februar 2001 (vgl. vorstehend E. 3.3) sei aktuell eine Verschlechterung der auditiven Aufmerksamkeitsleistung und der verbalen Ideenproduktion bei ansonsten unveränderten höheren kognitiven Funktionen feststellbar gewesen (S. 10 unten).

Der Gutachter

nannte folgende Diagnose (S. 11 Ziff. 1.3): - Status nach Sturz vom Pferd am 27. April 1996 mit Schädelhirntrauma mit: - fronto-lateraler Kalottenfraktur rechts, mantelförmiger

epiduraler Einblutung ohne raumfordernde Wirkung, Contusio cerebri, Rissquetschwunde frontal rechts, Verdacht auf HWS-Kontusion - konsekutiv persistierend: neuropsychologische Defizite und zervikozephalales Syndrom.

PD Dr. E. ___ und die am Gutachten beteiligten Neuropsychologen empfahlen eine zweigleisige Behandlung. Zum einen eine analgetische Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva. Zum anderen könne zirka zwei bis drei Wochen nach Aufnahme der Therapie mit trizyklischen Antidepressiva eine muskelkräftigende Physiotherapie begonnen werden (S. 12 f. Ziff. 4.1). Aktuell erachteten sie die Beschwerdeführerin als zu 60 % arbeitsfähig, wobei die Arbeitsfähigkeit mit/nach Einleitung der empfohlenen Therapie möglicherweise gesteigert werden könne (S. 12 Ziff. 3.1). Es sei leider davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin teilarbeitsunfähig bleiben werde. Aufgrund der neuropsychologischen Defizite (20 % bis 30 %) und des zervikozephalen Syndroms (10 %) betrage die Arbeitsunfähigkeit 30 % bis 40 % (S. 14 Ziff. 5.3).

E. 14

oben sowie neuropsychologisches Teilgutachten S. 8 oben).

Danach gefragt, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im C. ___ insgesamt verändert habe, führte Dr. H. ___ aus, diese Frage könne aufgrund der unvollständigen Dokumentation im Vorgutachten von PD Dr. E. ___ nicht dezidiert beantwortet werden. Bei kritischer Betrachtung seien die damaligen versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen weder in Bezug auf die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit noch in Bezug auf den Integritäts Schaden schlüssig nachvollziehbar. Die damalige Diagnose eines zervikozephalen Syndroms sei unspezifisch und entspreche keiner neurologischen Terminologie. Die frühere neuropsychologische Untersuchung lasse notwendige Angaben zu den im Einzelnen durchgeführten Testuntersuchungen und Symptomvalidierungsverfahren vermissen (S. 16 Ziff. 8.1.7, vgl. auch S. 13 oben).

Zur Kausalität und zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. H. ___ aus, unter Berücksichtigung der unauffälligen aktuellen MR-Bildgebung seien heute keine überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen mehr nachweisbar (S. 17 Ziff. 8.2.2.2 am Ende, vgl. auch S. 16 unten Ziff. 8.2.1). Sowohl ein episodischer Spannungskopfschmerz als auch ein Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch könnten effektiv behandelt werden. Auch die unspezifischen Nackenbeschwerden seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 unten Ziff. 8.2.2.3). Eine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne inzwischen nicht mehr festgestellt werden (S. 18 oben Ziff. 8.3.1.1).

Bei der Rentenzusprache im Jahr 2005 stellte die Beschwerdeführerin auf das Gutachten von PD Dr. E. ___ vom Februar 2004 (vorstehend E. 3.6) ab und ging gestützt darauf von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische (Bank-) Angestellte aus (vgl. Urk. 8/1052 S. 3 oben, Urk. 8/1055 S. 2 Mitte). Besagtem Gutachten ist zu entnehmen, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit massgeblich – nämlich im Umfang von 20 % bis 30 %

- neuropsychologischen Defiziten zugeschrieben und der Anteil aufgrund eines zervikozephalen Syndroms mit lediglich 10 % veranschlagt worden war. Aus neuropsychologischer Sicht waren damals eingeschränkte Leistungen in der gerichteten sowie in der geteilten Aufmerksamkeit sowie eine Verminderung der verbalen Ideenproduktion erhoben worden. Subjektiv hatte die Beschwerdeführerin – nebst Kopf- und Nackenschmerzen – Konzentrationsstörungen und ein Gefühl wie « plem » und

«neben den Schuhen stehend» bereits nach zwei Stunden Sitzen angegeben, darüber hinaus Müdigkeit bei nächtlichem Er wachen. 5.2

Die im Rahmen der MEDAS- Begutachtung im Jahr 2017 (vorstehend E. 4.3) d u r chgeführte neuropsychologische Untersuchung ergab rein formal eine mittel gradige bis schwere neuropsychologische Störung. Bei erfüllten Kriterien für eine kognitive Antwortverzerrung mit konsekutiv fehlender Befundvalidität konnte indes keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden. Rein formal kon statierten die Gutachter im groben Vergleich eine massive Verschlechterung der neuropsychologischen Bef unde seit der neuropsychologisch e n Begutacht ung im Jahr 200 4. Gleichzeitig merkten sie jedoch an, dass ein detaillierter Vergleich mangels Angaben zu den verwendeten Ver f ahren und Rohwerten

im Gutachten aus dem Jahr 2004 nicht möglich sei.

Subjektiv ber ichtete die Beschwerdeführerin anlässlich der MEDAS- Begutachtung im Jahr 2017

wiederum von - nebst Kopf- und Nackenschmerzen bestehenden -Konzentrationsstörungen sowie erhöhter Ermüdbarkeit. Gleichzeitig gab sie aber auch an, dass sich diese im Verlauf eher gebessert hätten, wobei der heutige Zu stand diesbezüglich etwa seit 2007 bestehe. In der neurops ychologischen Unter suchung gab die Beschwerdeführerin gar an, di e Konzentrations- und Gedächt nisprobleme seien im Verlauf viel besser geworden. Desgleichen ihre geistige Leistungsfähigkeit . Den Schlaf bezeichnete die Beschwerdeführerin nunmehr als meist gut. Un besehen der ausgeprägten, jedoch nicht validen neuropsychologi schen Befunde sind d iese

klaren Aussagen ein starke s Indiz dafür, dass hinsicht lich des neuropsychologischen Zustands, welcher bei der Rentenzusprache

im Jahr 2005 massgeblich ins Gewicht fiel, eine Besserung eingetreten ist bezie hungsweise die Intensität des Leidens abgenommen hat . Dafür spricht auch die beruflich-erwerbliche Entwicklung der Beschwerdeführerin. A us den Akten geht diesbezüglich hervor, dass die Beschwerdeführerin im August 2005

im Rahmen eines berufsbegleitenden Lehrgang s

im Selbststudium den eidgenössischen Fach ausweis als Bankfachfrau erwarb (vgl. Urk. 8/34, neuropsycholog i sches Teilgut achten S. 3 unten, sowie Beilage 1 zu Urk. 8/1068). Einem Schreiben der Be schwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin vom 2. Februar 2009 (Urk. 8/ 10 64) ist zwar zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin diesen Weiterbildungskurs «trotz Genick- und dauernden Kopfs c h merzen » gemacht habe. Konzentrations störungen, wie sie die Beschwerdeführerin PD Dr. E.____ gegenüber noch im Zu sammenhang mit der Absolvierung der First- Certificate Prüfung berichtet hatte (vgl. vorstehend E. 3.6), erwähnte die Beschwerdeführerin im besagten Schreiben allerdings nicht. Nach einer von 2007 bis 2012 wiederum in einem Pensum von 60 % ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin bei der J.____ AG war die Beschwerdeführerin von 2012 bis 2016 als Buchhalterin bei der Schule K.____ tätig, zu le t zt gar als Le iterin Finanz- und Rechnungswesen (vgl. Profil der Beschwerdeführerin bei XING) , bevor sie 2016 eine Stelle als Mandatsleiteri n beziehu n g s w e ise Sen i o r Manager mit Fach gebiet Finanz- und Rechnungswesen bei der L.____ AG an trat (vgl. Urk. 8/34, neuropsychologi sches Teilgutachten S. 4 oben, Beilage zu Urk. 8/1076) . Diese berufliche Weiterent wicklung

zeigt,

dass die Beschwerdeführerin fähig war und es sich auch zutraute, sich auf neue und auch anspruchsvollere Tätigkeiten einzulassen, wobei sich der berufliche Aufstieg nicht zuletzt auch in einer Lohnsteigerung widerspiegelt (vgl. Urk. 8/1046, Beilage zu

Urk. 8/1076 sowie Urk. 8/1079). Der Hinweis

durch lic. phil. I.____, wonach zwischen den in der neuropsychologischen Begutachtung gezeigten Testleistungen entsprechend einer mittelgradigen bis schweren neuropsychologischen Störung und den beruflichen Leistungen der Beschwerdeführerin eine Diskrepanz bestehe (vgl. vorstehend E. 4.3), hat seine Berechtigung und ist allein mit den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten tageweisen Schwankungen in der Leistungsfähigkeit

nicht plausibel erklärt.

Aufgrund der Aussagen

der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung im Jahr 2017 und vor dem Hintergrund des dargelegten beruflich-erwerblichen Leistungsausweises ist vielmehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisleistung gebesserten Zustand beziehungsweise von einer veränderten Intensität des neuropsychologischen Leidens und damit einhergehend veränderten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. 5.3

Anlässlich der Begutachtung im Jahr 2004 waren die Kopf- und Nackenschmerzen der Beschwerdeführerin als zervikozepales Syndrom eingeordnet worden, wobei die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit bei der Rentenzusprache wie dargelegt von untergeordneter Bedeutung war (vgl. vorstehend E. 5.1). Nachdem hinsichtlich der Kopf- und Nackenschmerzproblematik nach Lage der Akten

je denfalls nicht von einer Verschlechterung auszugehen ist, kann davon abgesehen werden, näher darauf einzugehen. Aufgrund der dargelegten Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse was den neuropsychologischen Gesundheitszustand anbelangt, ist ein Revisionsgrund ausgewiesen und der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin allseitig zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.2). 6. 6.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 6.2

Zur Frage der natürlichen Kausalität der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wird in dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen MEDAS-Gutachten (vorstehend E. 4.3) Stellung genommen. Das Gutachten ist als beweiserichtig (vgl. vorstehend E. 1.3) zu werten, nachdem es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben wurde, die geklagten Beschwerden Berücksichtigung fanden und die medizinische Situation einleuchtend beurteilt sowie die gezogenen Schlussfolgerungen begründet wurden.

Unter Hinweis auf die unauffällige aktuelle MR-Bildgebung ohne Hinweise auf posttraumatische Läsionen, den unspezifischen klinischen Befund im Sinne eines muskulären Hartspans im Trapeziusbereich,

die nicht validen, im Rahmen des vor 21 Jahren erlittenen leichten Schädelhirntraumas nicht zu erklärenden (mittelgradigen bis schweren) neuropsychologischen Störungsmuster, sowie die als eigenständigen episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp einzuordnende Kopfschmerzproblematik, welche – gleich wie ein differentialdiagnostisch zu erwägender Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch – effektiv behandelt werden könne, legten die Gutachter in nachvollziehbarer begründeter Weise dar, dass Unfallfolgen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar sind. Eine medizinische Beurteilung, welche diese Schlussfolgerung in Frage stellen würde, ist nicht aktenkundig.

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom Oktober 2017 ist daher

davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegend er Wahrscheinlichkeit in einem natürlich kausalen Zusammenhang zum Reitunfall vom 27. April 1996 stehen. 6.3

Die Beschwerdegegnerin hat demnach eine über den 31. Januar 2018 hinausgehende Leistungspflicht zu Recht verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Volker Pribnow - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft 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, zuzustellen.

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

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