

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/78 vom 6. November 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2015_78

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/78 du 6 novembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/78 del 6 novembre 2017

Regeste

Art. 17 ATSG. Revision einer Invalidenrente. Bejahung einer gesundheitlichen Verbesserung mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. November 2017, UV 2015/78). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_884/2017.

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die aufgrund der 1. UVG-Revision geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Nachdem vorliegend Bestimmungen zur Anwendung gelangen, die mit der Revision keine Änderung erfahren haben, erübrigt sich eine intertemporalrechtliche Beurteilung.

E. 2

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die mit rechtskräftiger Verfügung vom 23. Februar 2005 seit 1. März 2005 zugesprochene Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50% (Suva-act. 185) zu Recht per 1. Oktober 2014 auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 20% herabgesetzt hat. 2.1 Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10% invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), 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). 2.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Eine

Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C_261/2009, E. 1.2). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2013, 8C_211/2013, E. 2.2). Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ist die erforderliche Erheblichkeit der Sachverhaltsänderung gegeben, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5% verändert (BGE 140 V 87 E. 4.3).

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Selbstverständlich greift diese obgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu vermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ist eine vorliegend zu prüfende anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2012, 8C_549/2012, E. 2).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel 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 Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 125 V 352 E. 3.a). Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung und bei der beweismässigen Auswertung

medizinischer Berichte und Gutachten sind die von der Rechtsprechung vorgegebenen Regeln zu beachten (Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2011, 8C_543/2011, E. 3).

E. 3

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat (bzw. der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 132 f. E. 3). Die ursprüngliche Verfügung der Beschwerdegegnerin, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin beruht, datiert vom 23. Februar 2005 (Suva-act. 185), die streitige Revisionsverfügung wurde am 24. September 2014 erlassen (Suva-act. 291). Zu prüfen ist damit, ob eine wie in E. 2.2 beschriebene wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen zwischen Februar 2005 und 24. September 2014 vorliegt, womit ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben wäre.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der ursprünglichen Rentenzusprache insbesondere auf das polydisziplinäre Gutachten der Klinik Valens vom 7. Juli 2004. Deren Ärzte diagnostizierten mindestens mit Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 9. Juni 2000 verursacht ein chronifiziertes Impingement-Syndrom der rechten Schulter insbesondere mit/bei möglicher neurogener Komponente nach partieller Nervenläsion des rechten Nervus axillaris im Sinne einer Neuropathie und Zeichen einer erheblichen Frozen shoulder mit deutlich reduziertem Gelenkswolumen (Arthro-MRI 9. Oktober 2003, Suva-act. 128), ein chronifiziertes zervikovertebrales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom rechts, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie ohne Zusammenhang mit dem Unfallereignis ein panvertebrales Schmerzsyndrom ohne sichere Hinweise auf eine Fibromyalgie. In einer stressarmen und körperlich adaptierten Tätigkeit sei in Anbetracht der Unfallfolgen eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit möglich. In zeitlicher Hinsicht sollte die Beschwerdeführerin halbtags arbeitsfähig sein. Nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten, die ein gutes Gleichgewicht verlangen würden. Arbeiten über Kopf, Tätigkeiten mit gehaltenen Armpositionen rechts und vorgeneigtem Stehen sollten nur selten vorkommen. Vorgeneigtes Sitzen, Kriechen, Knien, Hockstellung, wiederholtes Kniebeugen, Treppen- und Leiternsteigen sollten nur manchmal ausgeübt werden. Die zeitliche Limitierung ergebe sich v.a. durch eine negative Veränderung der Grundstimmung, eine vermehrte Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen neben den Funktionsbehinderungen des rechten Armes und der Halswirbelsäule. Auch die psychiatrische Diagnose spiele demnach eine Rolle in der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, womit auch eine Tätigkeit ohne jeglichen Einsatz der rechten Schulter resp. der oberen Extremität nur halbtags möglich wäre. Es müsse unbedingt auch die psychiatrische Komponente in die Belastbarkeit einbezogen werden (Suva-act. 163-49 ff.).

E. 3.2

3.2.1 Das SMAB-Gutachten vom 10. Oktober 2013, das für die Beschwerdegegnerin u.a. Grundlage für den streitigen Einspracheentscheid war, nennt als Diagnosen eine mittel-gradige depressive Episode sowie eine MRT-gesicherte Supraspinatus- und Subscapularistendinopathie der rechten Schulter und eine mässige AC-Gelenkarthrose. Diese Gesundheitsschäden hätten negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Weiter

erwähnen die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einen Status nach Autounfall am 9. Juni 2000 mit dabei erlittener und am 19. Juni 2000 korrekt osteosynthetisch versorgter subcapitaler Oberarmfraktur sowie Abrissfraktur des Tuberculum majus (OSME am 19. September 2000), eine cervicovertebrale und lumbovertebrale Skoliosefehlhaltung und Chondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen ohne wesentliche funktionsrelevante Klinik, anamnestisch einen Status nach Cholezystektomie sowie eine Adipositas (Suva-act. 262-30 f.). Diese Beeinträchtigungen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Bei den Bewegungsprüfungen der Schultergelenke seien die Globalfunktionen des Überkopf-, Nacken- und Schulterblattgriffes rechts wie links vollständig gelungen. Bei den passiven Bewegungsprüfungen habe die Beschwerdeführerin mit einer jeweils endphasigen Schmerzauslösung der rechten Schulter in allen Ebenen reagiert. Es bestehe aber kein messbares Defizit. Weiter bestünden keine klinischen Aspekte einer Rotatorenmanschettenruptur und Supraspinatus-/Infraspinatus-/Subscapularistendinopathie oder einer anderweitigen funktionsrelevanten Schultergelenkbinnenschädigung. Beide Schultern seien ohne Zeichen einer Instabilität und eines Impingements (Suva-act. 262-25). Die in der MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenkes und Röntgen rechte Schulter vom 28. August 2013 beschriebenen Befunde einer Läsion der Supraspinatussehne und einer Strukturverdickung der Subscapularissehne würden also klinisch asymptomatisch verlaufen (Suva-act. 262-27). Die früher beschriebenen funktionellen Beeinträchtigungen würden allesamt aktuell nicht mehr vorliegen; der erwähnte Befund einer Frozen shoulder liege nicht mehr vor und die Schulterbeweglichkeit sei nicht messbar beeinträchtigt (Suva-act. 262-32). Die Beschwerdeführerin sei für altersassoziierte leichte bis mittelschwere Tätigkeiten geeignet. Tätigkeiten in wiederholter oder häufiger Überschulterposition mit dem rechten Arm seien mit Hinweis auf die aktuellen MRI-Abklärungsergebnisse der Supraspinatus- und der Subscapularissehnenbefunde ungünstig und würden ein Risiko bergen, bei einer übermässigen Beanspruchung Beschwerden zu verursachen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit dem rechten Arm mit 10 kg, mit dem linken Arm mit 15 kg sowie beidarmig mit 12.5 kg limitiert. Die zuletzt bis zum Ereignis vom 9. Juni 2000 ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einer Pilzfarm sei hinreichend angepasst und könne bei einem vollen Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20% wieder aufgenommen werden. Die Minderung der Leistungsfähigkeit gehe zu Lasten von auch in angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren, rechtsseitigen Schultergelenksbeschwerden (Suva-act. 262-32). Aufgrund der aktenanamnestischen Angaben und der Angaben der Beschwerdeführerin sei der Beginn einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht sicher beschreibbar. Eine verstärkte depressive Symptomatik werde ab 2010 beschrieben. Der Beginn der höhergradigen, psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit werde von der behandelnden Psychiaterin auf den 28. Juni 2011 datiert. Es könne davon ausgegangen werden, dass ab diesem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Die Einschränkung gelte für die bisherige wie auch für eine leidensangepasste Arbeit. Der im letzten psychiatrischen Arztbericht vom 18. Januar 2013 angegebenen durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 28. Juni 2011 könne hingegen aufgrund der gemachten Untersuchung nicht gefolgt werden. Das Ausmass der depressiven Symptomatik sei vor allem von den psychosozialen Belastungen getriggert. Es könne sein, dass im Verlauf zeitweise eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Eine durchgängige Arbeitsunfähigkeit von 100% sei aber nicht ableitbar. Vom Ausmass der

Depression zum Untersuchungszeitpunkt her lasse sich eine knapp mittelgradige Episode beschreiben. Die Beschwerdeführerin gebe nicht an, dass die depressive Symptomatik seit Mitte 2011 anhaltend deutlich ausgeprägter gewesen sei als zum Untersuchungszeitpunkt. Auch sei zu erwarten, dass durch eine weitere Reduktion der psychosozialen Belastungsfaktoren die depressive Symptomatik rückläufig sein werde. Bei zumutbarer Willensanstrengung sei deshalb eine höhergradige Arbeitsfähigkeit gegeben. Aufgrund dieser Ausführungen würden die Einschätzungen im Gutachten zu jener der behandelnden Psychiaterin differieren. Mit dem angegebenen Zeitrahmen des Auftretens einer Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. Juni 2011 stimme man jedoch überein (Suva-act. 262-33 f.). Es bestehe aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit (bei Arbeiten, welche nur einfache bis mässig anspruchsvolle Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit stellen [Suva-act. 262-32]) seit 28. Juni 2011 eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80% (volles Pensum und Minderung der Leistungsfähigkeit um 20%, Suva-act. 262-44). Auch in der Gesamtbeurteilung beider Fachgebiete (orthopädisch und psychiatrisch) ergebe sich in angestammter und adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% (Suva-act. 262-33).

3.2.2 Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Kreisarzt, auf dessen Bericht sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stützt, beschreibt in seinem Bericht anlässlich der Untersuchung vom 19. Februar 2014, welche aufgrund einer Abklärung bezüglich Indikation weiterer physiotherapeutischer Therapien anberaumt wurde (Suva-act. 271), dass sich die Beweglichkeit der rechten Schulter gemäss Beschwerdeführerin nicht verbessert habe. Objektiv bestehe eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk mit maximal isolierter Anteversion 100 Grad, Abduktion 90 Grad, fehlender Aussenrotation bei 90 Grad flektiertem Ellbogengelenk, knapp durchführbarem Schürzengriff tieflumbal und Nackengriff bis cervical mit angelegtem Oberarm. Die Muskelkonditionierung an beiden Armen sei nahezu gleichseitig ausgeprägt. 13 Jahre nach dem Unfallereignis könne von weiterer Physiotherapie keine namhafte Besserung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk erwartet werden (Suva-act. 275-5).

3.2.3 Dr. B.____ führt in seiner Beurteilung vom 4. September 2014 unter Hinweis auf das SMAB-Gutachten aus, dass sich der Zustand des rechten Schultergelenkes anhand objektiv zu erhebender Befunde unzweifelhaft gebessert habe. Es würden sich keine Anhaltspunkte für Atrophien finden und das rechte Schultergelenk sei mittlerweile frei beweglich. Funktionseinschränkungen, wie sie noch in der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 19. August 2002 (Suva-act. 88) geschildert worden seien, liessen sich nicht mehr feststellen. Das im SMAB-Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil könne gestützt auf den orthopädischen Schulterbefund aus kreisärztlicher Sicht vollumfänglich übernommen werden. Bezüglich weiterer medizinischer Massnahmen werde auf die kreisärztlichen Ausführungen vom 19. Februar 2014 verwiesen (Suva-act. 290-3).

E. 4

Zu prüfen ist, ob aufgrund der vorgenannten medizinischen Berichte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass bei der Beschwerdeführerin eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und damit eine gesteigerte Arbeitsfähigkeit vorliegt.

4.1 Das SMAB-Gutachten vom 10. Oktober 2013 entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und

auch der Veränderung des Gesundheitszustandes. Es beruht im Übrigen auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und legt der Beurteilung auch aktuelle bildgebende Unterlagen zugrunde. Die Gutachter schildern ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzen sich detailliert damit sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin und den verschiedenen Inkonsistenzen (vgl. Suva-act. 262-29) auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (vgl. Suva-act. 262-4 ff.) abgegeben und sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet. 4.2 Auffällig sind zwar – wie von der Beschwerdeführerin moniert – die unterschiedlichen aktuellen Befunde in Bezug auf die Beweglichkeit der rechten Schulter. Während der orthopädische SMAB-Gutachter und gestützt darauf Dr. B.____ von einem frei beweglichen rechten Schultergelenk ausgehen (vgl. vorstehende E. 3.2.1 und 3.2.3), spricht Dr. C.____ von einer deutlich eingeschränkten Beweglichkeit (vgl. E. 3.2.2) in einem Umfang, wie sie bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprache bestand (vgl. zu den ähnlichen Beweglichkeitswerten Suva-act. 163-14, 163-46, 275-4). Wie die Beschwerdegegnerin aber richtig ausführt, stützte sich Dr. C.____ bei seiner Einschätzung bezüglich Zustand der rechten Schulter lediglich auf eine manuelle Untersuchung, welche zwar klinische, aber keine ausreichend objektivierbaren Ergebnisse hervorbringen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6.1). Bei der Prüfung der Beweglichkeit der Schultern hatte sich Dr. C.____ offensichtlich von den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin leiten zu lassen. Seiner Beurteilung lagen dabei – im Gegensatz zum orthopädischen Gutachter der SMAB – weder aktuelle bildgebende Befunde zugrunde (vgl. dazu Suva-act. 262-26 f.) noch würdigte er die Beobachtung, dass die Beschwerdeführerin spontan mit der rechten Hand ihren Mantel an einen ca. 15 cm über Kopf positionierten Kleiderhaken aufhängte (Suva-act. 275-3), was auf eine bewusste oder unbewusste Symptomausweitung/Aggravation bei der klinischen Untersuchung hindeutet. Nachdem sich – wie erwähnt – Dr. C.____ in seinem Bericht lediglich zur Frage der Indikation weiterer physiotherapeutischer Therapien zu äussern hatte, fand – im Gegensatz zum SMAB-Gutachten – verständlicherweise keine umfassende Würdigung statt. Dies führt indes dazu, dass sein Bericht auch in Bezug auf die Einschränkungen durch die rechte Schulter keine konkreten Indizien gegen die Beweiskraft des SMAB-Gutachtens begründet. Insbesondere sprechen gerade auch der Wegfall bedeutender Diagnosen (Impingementsyndrom, Frozen shoulder [Suva-act. 262-25, 32]) und die nahezu identische Muskelkonditionierung, wie es sich aus dem Bericht von Dr. C.____ ergibt (Suva-act. 275-4), für den gezogenen Schluss im SMAB-Gutachten, dass bezüglich Beschwerden der rechten Schulter eine Verbesserung – im Vergleich zum Jahr 2004 – eingetreten ist. Auch aus dem Umstand, dass die orthopädischen Untersuchungen der SMAB früher (August 2013, Suva-act. 262-1) als jene von Dr. C.____ (Februar 2014, Suva-act. 275-1) durchgeführt wurden, kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Veränderungen im Schulterbereich zwischen August 2013 und Februar 2014 werden weder geltend gemacht noch sind solche ersichtlich. Insgesamt ist damit ein Revisionsgrund rechtsgenügend ausgewiesen.

E. 4.3

4.3.1 Laut medizinischen Akten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch von einem psychisch verbesserten Gesundheitszustand

auszugehen. Die Parteien haben zwar die Entwicklung desselben nicht thematisiert. Der Beurteilung einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit lag jedoch nebst den somatischen Leiden auch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nicht unerheblich zugrunde (Suva-act. 157-16 f., 163-49, 53). Es kommt hinzu, dass im Gutachten der Klinik Valens vom 7. Juli 2004 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen wurde, dass ohne Unfallverletzung mit den nachfolgend anhaltenden Schmerzen das psychische Störungsbild nicht entstanden wäre (Suva-act. 163-47). Der Unfall wurde somit als natürlich kausal für die psychischen Leiden beschrieben; deren Entwicklung ist damit revisionsrechtlich auch von Relevanz. 4.3.2 Die Beschwerdeführerin leidet nach wie vor an einer depressiven Symptomatik. Während ursprünglich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert wurde (Suva-act. 163-49), wird im SMAB-Gutachten aktuell eine mittelgradige depressive Episode beschrieben (Suva-act. 262-30). Anlässlich der psychiatrischen Exploration am 20. Mai 2004 hatte die Beschwerdeführerin ein tendenziell zunehmendes depressives Syndrom mit verminderter Freudfähigkeit, Reizbarkeit, konkreten Suizidgedanken, Grübelneigung, Insuffizienzgefühlen sowie Konzentrationsstörungen gezeigt (Suva-act. 163-47). Die Gutachter hatten leichte Einschränkungen in der Aufmerksamkeit und der Konzentration während der Exploration sowie eine leicht gedrückte, mit verminderter Freudfähigkeit und gelegentlicher Reizbarkeit versehene Grundstimmung beschrieben (Suva-act. 157-13). Demgegenüber ergibt sich aus den psychiatrischen Befunden gemäss Expertise des SMAB folgendes Bild: Die Konzentration und die Aufmerksamkeit vermochte die Beschwerdeführerin während der ganzen Untersuchungsdauer aufrecht zu halten, ohne nachzulassen. Der formale Gedankengang war geordnet und kohärent, flüssig, nicht depressiv gehemmt oder gar gesperrt. Im inhaltlichen Denken zeigte sich eine vermehrte Beschäftigung mit ihren Schmerzen und Einschränkungen; die Beschwerdeführerin blieb aber darin gedanklich nicht gefangen. Sie habe sich zwar etwas schwunglos gezeigt, aber nicht erschöpft und eine psychomotorische Unruhe sei nicht auszumachen gewesen. Eine Suizidalität wurde verneint (Suva-act. 262-40 f.). Selbst wenn sich leicht- bis mittelgradige Einschränkungen der Merkfähigkeit gezeigt haben und die affektive Schwingungsfähigkeit reduziert und mässig zum depressiven Pol verschoben war (vgl. wiederum Suva-act. 262-40 f.), belegt der Vergleich der zitierten Befunde auch ohne eingehende Prüfung der Kausalität zwischen dem Unfall im Jahr 2000 und dem aktuellen psychischen Leiden, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit dem Jahr 2004 zumindest leicht verbessert hat. Dafür sprechen auch die regelmässigen und ausgiebigen Sozialkontakte, welche die Beschwerdeführerin pflegt (Suva-act. 262-37, 43). Insgesamt ist festzuhalten, dass sich gestützt auf das SMAB-Gutachten auch der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, zumindest der unfallkausale, seit dem Jahr 2004 verbessert hat.

E. 5

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhaltes neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2014, 9C_378/2014, E. 4.2). 5.1 Wie bereits erwähnt, entspricht das SMAB-Gutachten vom 10. Oktober 2013 den Anforderungen, welche die Praxis an den Beweiswert einer Expertise stellt (E. 4.1) und nimmt inhaltlich genügend Bezug auf die revisionsrechtlich relevanten Fragestellungen. Damit besteht eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit (bei vollem Pensum und einer 20%-igen Minderung der Leistungsfähigkeit) in der bis zum Unfall ausgeführten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einer Pilzfarm als auch in weiteren angepassten

Tätigkeiten (Suva-act. 262-33). Die um 20% verminderte Leistungsfähigkeit resultiert sowohl aus den Schulterbeschwerden (Suva-act. 262-28) als auch aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen (Suva-act. 262-30). Damit besteht die 20%-ige Einschränkung, selbst wenn der kausale Zusammenhang zwischen den aktuellen psychischen Leiden und dem Unfallereignis nicht mehr gegeben wäre. 5.2 Nicht bestritten und nicht zu beanstanden ist das von der Beschwerdegegnerin für die Bemessung des Invaliditätsgrades herangezogene Valideneinkommen (Suva-act. 283-2, 299-2). Faktisch hat die Beschwerdegegnerin einen Prozentvergleich vorgenommen, was angesichts der Tatsache, dass das Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn, nämlich demjenigen von Frauen für Tätigkeiten mit Kompetenzniveau 1 aller Wirtschaftszweige (vgl. Gesetzestexte 1. Säule, Aktualisierte Anhänge, AHV, in www.ahv-iv.ch > Webshop > Gesetzestexte 1. Säule), zu berechnen ist, nicht zu beanstanden ist. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7). 5.3 Zu prüfen bleibt, ob von diesem Tabellenlohn zur Ermittlung des Invalideneinkommens ein Abzug vorzunehmen ist. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3). Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt wird sich lohnsenkend auswirken (vgl. u.a. Urteile des Bundesgerichts vom 10. Februar 2011, 9C_617/2010, E. 4.3, vom 15. Juli 2009, 9C_524/2008, E. 4 und 4.2, und vom 4. Mai 2012, 9C_22/2012, E. 3.2). Dasselbe gilt in Bezug auf den Umstand, dass auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit zusätzlichen Einschränkungen (Limitierungen beim Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, keine übermässige Beanspruchung mit dem rechten Arm [Suva-act. 262-32]) einhergehen. Es ist aber auch zu beachten, dass sich die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bei Tätigkeiten mit Kompetenzniveau 1 nur geringfügig auswirkt. Insgesamt erweist sich ein Abzug (nach gesundheitlicher Verbesserung in Abweichung zum Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 28. November 2006, IV 2005/168, E. 2.f, wo ein solcher von 15% vorgenommen wurde) von noch 10% als angemessen. 5.4 Unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzugs von 10% resultiert bei 80%-iger Arbeitsfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 28% ($20\% + [80\% \times 0.1]$).

E. 6

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2014 eine Invalidenrente entsprechend einem 28%-igen Invaliditätsgrad zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Hingegen hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese ermessensweise – wie in vergleichbar aufwändigen Fällen üblich – auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird

dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2014 eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 28% auszurichten. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen.

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