

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00656 vom 4. Februar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00656](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00656)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00656 du 4 février 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00656 del 4 febbraio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten.

### **E. 1.2**

Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat.

### **E. 1.3**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2).

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete das Nichteintreten auf die erneute Anmeldung in der Verfügung vom 27. Juni 2018 (Urk. 2) damit, dass keine wesentlichen Veränderungen der beruflichen oder medizinischen Situation hätten festgestellt werden können. Durch die erfolgte Operation sei die Beschwerdeführerin vorübergehend eingeschränkt. Eine dauerhafte Veränderung habe nicht festgestellt werden können (S. 1) 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), sie sei am 15. November 2017 an der rechten Schulter operiert worden und habe sich in folge persistierenden

Beschwerden erneut bei der IV angemeldet (S. 4). Die Schulterbeschwerden hätten sich trotz Physiotherapie nicht verbessert. Zudem habe ein massiver Gewichtsverlust Auswirkungen auf ihre körperlichen Ressourcen und müsse auch berücksichtigt werden. Sie leide zusätzlich zu ihren Schulterbeschwerden links und den Fussbeschwerden links nun seit Juli 2017 an massiven Schulterbeschwerden rechts. Unter Berücksichtigung, dass nun auch auf der dominanten Seite Beschwerden aufgetreten seien und sie über einen grossen Garten und Tiere verfüge, hätten Beeinträchtigungen an der rechten Seite einschränkende Auswirkungen, welche rentenrelevant sein könnten (S. 5). 2.3

Strittig und zu prüfen ist allein die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die erneute Anmeldung zu Recht nicht eingetreten sei. Prozessthema ist demnach, ob die Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV glaubhaft gemacht hat, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand erheblich verschlechtert hat und zwar verglichen mit dem Zeitpunkt, in welchem der Rentenanspruch letztmals materiell geprüft wurde (BGE 133 V 108), mithin April 2016. 3. 3.1

Bei der Aufhebung der zugesprochenen Rente mit der - gerichtlich bestätigten - Verfügung vom 21. April 2016 (Urk.

6/106) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das am 6. Dezember 2014 erstattete Z.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 6/87/2-30).

Es wurden folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 25 Ziff. 5.1): - chronische Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite - chronische Fussbeschwerden links

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin klagte vor allem über Beschwerden am Bewegungsapparat, weshalb diese Untersuchung im Vordergrund stehe. Es sei primär orthopädisch untersucht worden, ergänzend neurologisch. Die neurologische Untersuchung habe vollständig unauffällige Befunde ergeben, es hätte keine neurologische Diagnose gestellt werden können, ein CRPS sei nicht nachweisbar, das Schmerzsyndrom sei nicht neuropathischer Natur, eine Nervenläsion sei nicht dokumentierbar. Aus orthopädischer Sicht seien im Vordergrund die chronischen Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite zu erwähnen bei Status nach verschiedenen Voroperationen, zudem die chronischen Fussbeschwerden links mit ebenfalls verschiedenen Voroperationen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom zu erwähnen. Die klinischen und radiologischen Befunde könnten die subjektiv beklagten Beschwerden nicht ausreichend erklären. Nachvollziehbar sei die Symptomatik an der linken Schulter (S. 26 f. Ziff. 6.2).

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiere eine verminderte Belastbarkeit der oberen, dominanten Extremität und der unteren Extremitäten, sodass keine körperlich schweren oder auch mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten zumutbar seien, was auch auf die angestammte Tätigkeit im bäuerlichen Betrieb zutrefte. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne Treppensteigen, Gehen auf unebenem Grund, ohne Einnahme von knienden und hockenden Positionen und ohne Einsatz der linken oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einem erhöhten Pausenbedarf im Sinne einer 20%igen Leistungsreduktion.

Aus allgemeininternistischer Sicht bestünden keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten.

Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden und die vor allem subjektiv Limitierungen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Eine Komorbidität, insbesondere eine affektive Störung, liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei Überwindbarkeit der subjektiven Schmerzsymptomatik, gemäss geprüften Kriterien, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit, allgemein in mittelschweren, schweren und nicht adaptierten Arbeiten bleibend keine Arbeitsfähigkeit bestehe. In körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf (S. 27 Ziff. 6.2). 3. 2

Das hiesige Gericht hielt mit

Urteil vom 6. November 2017 (Urk. 6/111) dazu zusammenfassend fest, dass für die Entscheidungsfindung

auf das Z. \_\_\_ -Gutachten abgestellt werden könne.

Die Gutachter seien nachvollziehbar zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit, allgemein in mittelschweren, schweren und nicht adaptierten Arbeiten bleibend keine Arbeitsfähigkeit bestehe. In körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei damit ausgewiesen (S. 11 f. Ziff. 6.1 ff.). 4. 4.1

Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Spital B. \_\_\_, berichtete am 28. Dezember 2017 (Urk. 6/115/5-6) über eine ambulante Schmerz-Sprechstunde vom 20. Dezember 2017, und nannte folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1 f.): - chronisches Schmerzsyndrom Schulter beidseits, am ehesten nozizeptiv - chronisches Schmerzsyndrom

Fuss links, am ehesten nozizeptiv - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Migräne ohne Aura - massiver Gewichtsverlust

Seit der Operation im November 2017 gebe die Beschwerdeführerin deutlich mehr Schmerzen in der rechten Schulter an. Ebenso habe die nächtliche Insomnie schmerzbedingt zugenommen. Medikamentös blieben nicht mehr viele Optionen. Aufgrund des doch bedrohlichen und weiterhin progredienten Gewichtsverlustes von insgesamt 25 kg innert der letzten drei Jahre, werde die Beschwerdeführerin der Gastroenterologie zugewiesen, zum Ausschluss einer somatischen Ursache (S. 2). 4.2

Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik D. \_\_\_, nannte mit Bericht vom 3. Januar 2018 (Urk. 6/115/1-2) folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1 f.): - Status nach Schulterarthroskopie Schulter rechts am 15. November 2017 - chronisches Schmerzsyndrom Schulter links - Status nach Revisions-Schraubenarthrodese

subtalar und talonaviculär am 5. Dezember 2012 bei inkompletter Konsolidation - Kapsel- und Gelenkmobilisation am 26. Januar 2007 - unter Methadon, gastrooesophagealer Reflux

Bei der Beschwerdeführerin zeige sich eine postoperative Schultersteifigkeit, die allenfalls auf die Irritationen nach Kalkentfernung zurückzuführen sei. Während der Konsultation werde eine Infiltration subacromial durchgeführt, was die Schmerzen lindere. Zusätzlich werde mit einer Triple-Therapie mit Miacalcic, Risedronat und Celebrex für sechs Wochen gestartet. Im bürgerlichen Betrieb sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100% arbeitsunfähig für die nächsten sechs Wochen. Dann solle ein Arbeitsversuch gestartet werden. Die Beschwerdeführerin werde in 12 Wochen verlaufskontrolliert. Parallel solle Physiotherapie zur Mobilisierung unterhalb der Schmerzgrenze durchgeführt werden (S. 2).

Dr. C. \_\_\_ berichtete am 14. Februar 2018 (Urk. 6/129/3-4) über eine Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ, und führte aus, bei der Beschwerdeführerin zeigten sich persistierende Schmerzen bei Status nach Schulterarthroskopie bei jedoch verbesserter Beweglichkeit im Vergleich zur letzten Untersuchung. Es werde ihr erklärt, dass die eingeschränkte Beweglichkeit und die Schmerzen auf Vernarbungen im Operationsgebiet subacromial zurückzuführen seien. Eine Bewegungstherapie unterhalb des Schmerzniveaus sei empfehlenswert. Dementsprechend werde eine Physiotherapie verordnet (S. 2). 4. 3

Dr. A. \_\_\_ (vorstehend E. 4.1) berichtete am 28. Februar 2018 (Urk. 6/129/10-11) über eine gleichentags durchgeführte Schmerz-Sprechstunde, und führte aus, der Verlauf sei weiterhin unbefriedigend. Die Beschwerdeführerin gebe an, nach der Operation ebenso viele Schmerzen wie vor der Operation zu haben, auch bezüglich der Beweglichkeit habe sich keine Besserung ergeben. Die Schlafqualität sei weiterhin sehr schlecht, die Beschwerdeführerin wisse nicht mehr weiter. Langsam seien die konventionellen analgetischen und co-analgetischen Möglichkeiten ausgeschöpft. Auffällig sei, dass die Beschwerdeführerin auf kein einziges der versuchten Schmerzmedikamente nicht die geringste Schmerzmodulation gehabt habe. Die einzige berichtete Wirkung sei jeweils eine Nebenwirkung. Als letzte Alternative, die Schmerzen pharmakologisch zu beeinflussen, sehe er einen Therapieversuch mit einem medizinischen Cannabispräparat im Sinne von Compassionate Use (S. 2). 4. 4

Die Ärzte des Spitals

B. \_\_\_ , Gastroenterologie/Hepato-logie, berichteten am 6. April 2018 (Urk. 6/129/7-8) über eine am 22. März 2018 durchgeführte Oesophago - Gastro -Duodenoskopie. Es habe sich kein Ulkus und kein malignomsuspekter Befund als Ursache für einen Gewichtsverlust gefunden. Die Histologie habe zudem keinen Nachweis einer Helicobacter pylori-Besiedelung oder einer Sprue ergeben. Bei entsprechendem makroskopischem Befund seien zum Ausschluss eines Barrett-Oesophagus Biopsien entnommen worden mit negativem Resultat. Eine regelmäßige Surveillance sei somit nicht notwendig. Zur Therapie der (wahrscheinlich) chronischen Refluxoesophagitis trotz Protonenpumpeninhibitoren (PPI) werde empfohlen, Esomeprazol vorübergehend für 6-8 Wochen auf eine Dosis von 2x40 mg/Tag zu steigern (S. 2).

4.

**E. 5**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 12. April 2018 (Urk. 6/117/2) aus, chronische Schulterbeschwerden der linken Schulter seien seit Jahren bekannt und seien im Gutachten vom 6. Dezember 2014 berücksichtigt. Neu werde jetzt ein Status nach Schulterarthroskopie rechts November 2017 ausgewiesen. Postoperativ sei es zu einer Schultersteife gekommen, die Beweglichkeit sei stark eingeschränkt. Die Rehabilitation nach Schulter-Operation könne sechs Monate in Anspruch nehmen, die Schultersteife sei meist selbstlimitierend. Derzeit bestehe ein instabiler Zustand. Es sei darauf hinzuweisen, dass der Zweck einer Operation in der Regel eine funktionelle Verbesserung sei. Daher sei der Umstand, dass operiert worden sei, nicht per se als Hinweis auf eine Verschlechterung zu sehen. Es sei keine dauerhafte Veränderung ausgewiesen. 4.

### **E. 5.1**

Im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (2016) waren die einzigen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite und chronische Fussbeschwerden links (vorstehend E. 3.1).

Daraus folgte, dass für die angestammte Tätigkeit, und allgemein in mittelschweren, schweren und nicht adaptierten Arbeiten, keine Arbeitsfähigkeit mehr bestand. In körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeiten bestand hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden konnte mit erhöhtem Pausenbedarf

(vorstehend E. 3.1).

### **E. 5.2**

Aus den im Rahmen der Neuanmeldung vom 19. Februar 2018 eingereichten medizinischen Beurteilungen geht zwar hervor, dass die Beschwerdeführerin im November 2017 an der rechten (dominanten) Schulter operiert wurde und in der Folge an persistierende Schmerzen litt. Zudem berichtete

die Beschwerdeführerin über einen Gewichtsverlust.

Auf eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustands, aus der dauerhaft eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren würde, deutet indes keiner der zitierten Arztberichte hin.

So wurde für den berichteten Gewichtsverlust keine Erklärung gefunden. Die Koloskopie, die Gastroskopie, die CT-Untersuchungen des Thorax und des Abdomens zeigten keine sekundäre Ursache (vgl. vorstehend E. 4.4, E. 4.6).

Was die gemäss Beschwerdeschrift massiven Schulterbeschwerden rechts betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten subjektive Schmerzangaben der versicherten Person nicht für die Begründung einer Erwerbsunfähigkeit genügen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_94/2018 vom 2. August 2018 E. 5.1. 1. mit Hinweisen). Zudem gibt es keine Hinweise darauf, dass die durchgeführte Schulteroperation nicht erfolgreich verlaufen wäre. Dr. C.\_\_\_\_

wies drei Monate nach der Schulteroperation darauf hin, dass die eingeschränkte Beweglichkeit und die Schmerzen auf Vernarbungen im Operationsgebiet subacromial

zurück zuführen seien (vorstehend E. 4.2) . Als weitere therapeutische Massnahme wurde im Mai 2018 eine glenohumerale Infiltration empfohlen (vorstehend E. 4.7).

Des Weiteren wurde

der aus den Befunden der oberen, adominanten Extremität und der unteren Extremitäten folgenden verminderten Belastbarkeit mit dem der Verfügung vom 21. April 2016 zugrunde liegenden Anforderungsprofil angemessen Rechnung getragen. Bei der Beschwerdeführerin bestand in der angestammten Tätigkeit, allgemein in mittelschweren, schweren und nicht adaptierten Arbeiten bleibend keine Arbeitsfähigkeit. In körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeiten bestand hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vorstehend E. 3.1).

Eine weitergehende Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens ist aufgrund der neu geltend gemachten Schmerzen an der rechten Schulter nicht glaubhaft gemacht .

5.3

Zusammengefasst ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass die der Beschwerdegegnerin im Verfügungszeitpunkt vorliegenden ärztlichen Berichte nicht auf eine glaubhaft gemachte wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands schliessen lassen und liessen. Demnach erweist sich das Nichteintreten auf die erneute Anmeldung als rechtens.

Die angefochtene Verfügung ist zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6 .

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Keller

#### **E. 6**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4. 3 ) berichtete am 3. Mai 2018 (Urk. 6/129/5-6) über eine Schmerz-Sprechstunde vom 2. Mai 2018 und führte aus, der Verlauf sei weiterhin unverändert. Auch die Aufdosierung von Lyrica und Cymbalta auf die Maximal - Dosis von 600 mg, beziehungsweise 120 mg täglich, habe keinen spürbaren Effekt aufgewiesen. Weder bezüglich der Schmerzen noch bezüglich der Schlafqualität. Weiterhin bestehe ein stark beeinträchtigter Schlaf mit erhöhter Tagesmüdigkeit. Zudem sei weiterhin eine Gewichtsabnahme erfolgt, das aktuelle Gewicht sei 41 kg, wobei zwischenzeitlich sowohl die Gastro - und die Koloskopie, das CT Thorax und Abdomen keine sekundäre Ursache für den Gewichtsverlust gezeigt habe (S. 2). 4.

#### **E. 7**

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Uni versitäts klinik D.\_\_\_\_ , nannte mit Bericht vom 17 . Mai 2018 (Urk. 6/129/1-2) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - postoperative Frozen

Shoulder - chronisches Schmerzsyndrom Schulter links - Status nach Revisions-Schraubenarthrodese

subtalar und talonaviculär am 5. Dezember 2012 bei inkompletter Konsolidation - Kapsel- und Gelenkmobilisation am 26. Januar 2007 - unter Methadon, gastrooesophagealer Reflux

Die Beschwerdeführerin berichte, dass die Triple-Therapie die Schmerzen nicht gelindert habe. Die Physiotherapie sei nun mit 36 Zyklen durchgeführt worden ohne Besserung. Aufgrund des fehlenden Ansprechens durch die Triple-Therapie werde eine glenohumerale Infiltration empfohlen. Zusätzlich eine AC Infiltration bei Restbeschwerden dort während der Untersuchung (S. 2) . 4.

#### **E. 8**

(Urk. 6/131/2-3) aus, aus dem Bericht der Uni versitäts klinik D.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2018 werde deutlich, dass es sich um einen verzögerten Verlauf im Rahmen der Nachbehandlung der Operation vom 15. November 2017 handle. Die Beweglichkeit sei gegenüber der Voruntersuchung vom 29. Dezember 2017 (Bericht vom 3. Januar 2018) bereits gebessert. Als weitere therapeutische Massnahme werde eine Infiltration empfohlen. Aus medizinischer Sicht sei eine Besserung wahrscheinlich, die Schultersteife sei meist selbstlimitierend, wie es sich auch im vorliegenden Fall bereits abzeichne. Hinsichtlich der Schulter sei ein neuer dauerhafter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit somit nicht wahrscheinlich (S. 1 f.) .

Der berichtete Gewichtsverlust sei bisher ohne medizinische Erklärung geblieben: Die Koloskopie, die Gastroskopie, die CT-Untersuchungen des Thorax und des Abdomens hätten keine Erklärung liefern können ( Bericht des Spitals

B.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2018). Aus schmerz t herapeutischer Sicht sei ein Therapieversuch mit Canabinoiden geplant. Dies würde auch einen positiven Effekt auf den Appetit haben können. Somit handle es sich um einen erheblichen Gewichtsverlust ohne (bisher) fassbare Ursache (S. 2) . 5.

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