

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00045 vom 30. Oktober 1996

ZH Sozialversicherungsgericht, 1996-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00045

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00045 du 30 octobre 1996

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00045 del 30 ottobre 1996

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1962, war ab 1989 bei der Y. AG als Betriebsangestellte tätig und über diese bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert. Am 13. Dezember 1993 klemmte sie bei der Arbeit den linken Arm in einer Walze ein und erlitt dabei multiple Frakturen am linken Ober- und Unterarm sowie am linken Daumen. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen, bis sie diese mit Verfügung vom 21. November 1995 beziehungsweise Einspracheentscheid vom 30. Oktober 1996 per 1. Dezember 1995 einstellte. Im dagegen angehobenen Beschwerdeverfahren (Prozessnummer UV.1997.00035) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Urteil vom 20. August 1999 die Beschwerde in dem Sinne gut, dass es die Sache an die SUVA zur weiteren medizinischen Abklärung zurückwies (Zum Ganzen: Urk. 14/99).

1.2. Die SUVA veranlasste eine neurologische Begutachtung bei Chefarzt Prof. Dr. med. Z. vom Kantonsspital A. (Gutachten vom 21. August 2001, Urk. 14/133). Daraufhin sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 4. September 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Mai 1997 eine Invalidenrente und bei einer Integritätsinbusse von 50 % eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 14/165 S. 3).

1.3. Ende 2007 leitete die SUVA ein Rentenrevisionsverfahren ein (Urk. 14/168), das sie nach Beizug eines IK-Auszuges und unter der Mitteilung vom 15. Dezember 2007 an die Versicherte über die Beibehaltung der Rente abschloss (Urk. 14/172).

1.4. Die Invalidenversicherung richtete ab 1. Dezember 1994 eine ganze Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100 % aus. Mit Verfügung vom 2. Juli 2008 hob sie diese auf, nachdem sie beim M. das polydisziplinäre Gutachten vom 10. Oktober 2007 und das Ergänzungsgutachten vom 2. Juni 2008 eingeholt hatte. Darüber wurde auch die SUVA unterrichtet (Urk. 14/173), die daraufhin die Akten der Invalidenversicherung beizog und Lohnabklärungen bei der ehemaligen Arbeitgeberin der Versicherten tätigte (Urk. 14/178). Mit Verfügung vom 26. September 2008 reduzierte die SUVA die Rente ab 1. Januar 2008 aufgrund einer angenommenen Invalidität von 15 %. Sie verfügte eine Rückforderung von Fr. 14'177.50 für die während des Zeitraums von 1. Januar bis 30. September 2008 zu viel ausgerichteten Rentenbeträge und verrechnete diese in Raten à Fr. 200.-- mit der laufenden Rente (Urk. 14/180). Dagegen liess die Versicherte am 22. Oktober 2008 Einsprache erheben (Urk. 14/181). Diese wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 20. Januar 2009 ab (Urk. 14/193; Urk. 2).

E. 2

2.1. Gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 Erw. 3.5 S. 349; BGE 113 V 273 Erw. 1a S. 275; siehe auch BGE 112 V 371 Erw. 2b S. 372 und 387 Erw. 1b S. 390). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Abweichend von Art. 17 Abs. 1 ATSG statuiert Art. 22 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), dass die Rente nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden kann (BGE 134 V 132 Erw. 3).

2.2. Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. 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 wärdigen 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 131 V 231 Erw. 5.1 S. 232; 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

E. 3

3.1. Grundlage für die ursprüngliche Rentenzusprechung war das neurologische Gutachten von Prof. Dr. Z. ___ vom 21. August 2001, das die Beschwerdegegnerin auf gerichtliche Anordnung hin veranlasst hatte. Das Gericht hatte in seinem Urteil festgestellt, dass die Beschwerdeführerin über ein ausgeprägtes Schulter-Arm-Schmerzsyndrom klagte, dessen Ursache unklar war. Es wies die SUVA an, der Frage nachzugehen, ob eine Kausalgie vorliege, und es seien die geklagten Sensibilitätsstörungen abzuklären. Sodann sei gegebenenfalls zu untersuchen, ob der von der Beschwerdeführerin behaupteten Unbrauchbarkeit des Armes ein organischer Befund zugrunde liege oder ob eine rein psychisch bedingte Schmerzausbreitung dafür verantwortlich sei (Urk. 14/99 S. 8 ff.).

3.2. Anlässlich der Begutachtung durch Prof. Dr. Z. ___ am 5. September 2000 klagte die Versicherte über brennende Schmerzen im Bereich des linken Unterarms und des Daumens und über im Vordergrund stehende Schmerzen der linken Schulter und des

linken Oberarms. Gelegentlich habe sie auch linkseitige Kopfschmerzen, ein Schweregefühl und verspüre eine Kraftminderung links. Der Gutachter stellte einen Zustand nach einem schweren Knochen- und Weichteiltrauma mit einem schweren chronifizierten Schulterarm-Schmerzsyndrom mit einer inkompletten Nervus radialis-Läsion sowie einer Schulterkontraktur links, ein Complex regional pain syndrom (CRPS II; Morbus Sudeck, Kausalgie) und eine posttraumatische Belastungsstörung fest. Er vermochte eine Hypästhesie und Hypalgesie im Versorgungsgebiet des Nervus radialis zu lokalisieren und beschrieb sodann den linken Unterarm als deutlich kühler als den rechten, was ebenfalls ein Zeichen für das CRPS II sei. Diese Diagnose könne somit als unfallkausal und als gegeben angesehen werden. Die von der Versicherten geklagten Beschwerden könnten jedoch nur zum Teil mit dem objektiven Ergebnis der medizinischen Befunde erklärt werden. Darüber hinaus bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom, das multifaktoriell entstanden sei, so aufgrund der Schulterpathologie und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Auch eine körperlich leichte Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Der Integritätsschaden entspreche einem funktionellen Verlust des linken Armes (Urk. 14/133).

3.3 Die Beschwerdeführerin übernahm diese Ansicht in der Rentenverfahren vom 4. September 2003. Sie sprach der Beschwerdeführerin basierend auf einer unfallkausalen Erwerbsunfähigkeit von 100 % und unter Zugrundelegung eines versicherten Jahresverdienstes von Fr. 37'115.-- ab 1. Mai 1997 eine Komplementärrente und für die entstandene Integritätseinbusse von 50 % eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 14/165, 14/157).

E. 4

4.1 In der Verfahren vom 26. September 2008 beziehungsweise im Einspracheentscheid vom 20. Januar 2009 äusserte die Beschwerdeführerin nun die Ansicht, der Beschwerdeführerin sei mindestens ab 1. Januar 2008 eine körperlich leichte sowie wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar. Sie errechnete so einen Invaliditätsgrad von 15 % und setzte die Rente im entsprechenden Ausmass per 1. Januar 2008 herab (Urk. 14/180; Urk. 2).

4.2 Basis dieses Entscheids war das M. -Gutachten vom 10. Oktober 2007, das von der Invalidenversicherung eingeholt worden war (Urk. 3/5). Die Beschwerdeführerin war orthopädisch-rheumatologisch durch Frau Dr. med. D., Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 3/5 S. 11), neurologisch durch Dr. med. E., Facharzt für Neurologie (Urk. 3/5 S. 18 ff.), und psychiatrisch durch Dr. med. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 3/5 S. 20 ff.), untersucht worden.

Die Versicherte klagte über vor allem beim Gehen starke Schmerzen im linksseitigen Schulter-Nackengebiet mit Ausstrahlung nach occipital und teilweise bis nach frontal. Auch im Bereich von Ober- und Unterarm und des linksseitigen Daumens beständen stärkste Schmerzen und im Bereich des linken Armes starke Missempfindungen, bei bereits leichter Berührung entstehe das Gefühl als würde die Haut "verbrennen". Es bestehe eine stark eingeschränkte Schulterfunktion, sie klagte über zeitweise stärkste Lumbalgien, Vergesslichkeit und Traurigkeit. Diagnostiziert wurden im Gesamtgutachten ein chronisches Schulter-Arm-Schmerzsyndrom nach dem Unfall mit einer persistierenden Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks, ein

chronisches cervikocephales Schmerzsyndrom bei einer Fehlstatik/Fehlhaltung und Blockwirbelbildung HWK5/6 und bei einer ausgeprägten myostatischen Insuffizienz. Diesen Diagnosen sprachen die Gutachter eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu, während die Diagnosen eines ebenfalls vorhandenen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F.45.4) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (Urk. 3/5 S. 23).

Die Gutachter kamen zum Schluss, es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den von der Versicherten demonstrierten Beschwerden. Es lasse sich eine deutliche Besserung des Zustandes objektivieren. Die Versicherte sei seit Herbst 2001 nicht mehr in regelmässiger ärztlicher und therapeutischer Behandlung. Die von Prof. Dr. Z. ___ gestellte Diagnose eines CRPS könne aktuell nicht mehr nachvollzogen werden. Die Versicherte sei in einer leichten, körperlich wechselbelastenden Tätigkeit, bei der der linke Arm eine Zudienfunktion habe, zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 3/5 S. 28 ff.).

Dieses Gutachten wurde von Dr. C. ___ zu Händen der Beschwerdeführerin am 18. September 2008 kritisiert. Dr. C. ___ erachtete die im M. ___ vorgenommenen Untersuchungen für die Frage der Besserung des Zustandes als unvollständig. Es fehlten seitenvergleichende Röntgenaufnahmen, allenfalls eine Computertomographie hinsichtlich der Pseudarthrose und ein Arthro-MRI der linken Schulter. Er könne sich nicht vorstellen, dass die damals von Prof. Dr. Z. ___ gemachten Befunde plötzlich spontan gebessert haben könnten (Urk. 3/6).

E. 5

Beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS; ICD-10: M89.0) handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie [SRD]) stellt eine Erkrankung der Extremitäten dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmäñvern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel).

Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression).

Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ädeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., Berlin 2007, S. 1723; vgl. auch Alfred M. Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 481 und 695 f.). Das

CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen bzw. körperlichen Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2009, in Sachen Y., 8C_955/2008, Erw. 6, mit zahlreichen Hinweisen).

5.2 Die Beschwerdeführerin hatte anlässlich des Unfalles eine distale Radius- und Ulnardiaphysenfraktur links, eine Humerusschaft-Querfraktur, einen ossären Ausriss des ulnaren Seitenbandes der Grundphalanx digitorum I links und eine praktisch nicht dislozierte Fraktur des processus styloideus radii links erlitten. Mit den Neurologen Prof. Dr. Z. ___ und Dr. med. G. ___ im Bericht vom 12. Juli 1996 (Urk. 3/3) ist davon auszugehen, dass sich bei der Beschwerdeführerin eine Kausalgie, mithin ein CRPS II, entwickelt hatte. Die Neurologen erhoben Hypästhesien und Hypalgesien im Bereich des Versorgungsgebietes des Nervus radialis, hochreichend über die Unterarmseite bis zum Ellbogen. Den linken Unterarm beschrieb Prof. Dr. Z. ___ bei Belastung als deutlich kälter als der rechte, was ebenfalls für ein CRPS spricht. Prof. Dr. Z. ___ konnte mit dieser Diagnose die Schmerzen in der Hand und im Unterarm erklären, nicht jedoch die im Vordergrund stehenden Schulter- Oberarmschmerzen. Für diese machte er ein chronisches Schmerzsyndrom verantwortlich, entstanden aus einer Schulterpathologie und einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 14/133 S. 15). Letztendlich beruhte somit seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf einer Kombination einer somatischen mit einer psychiatrischen Diagnose, deren Verifizierung durch eine psychiatrische Fachperson er für den Zweifelsfall ausdrücklich empfahl (Urk. 14/133 S. 14), was von der Beschwerdegegnerin jedoch nicht gemacht wurde. Die Einschätzung von Prof. Dr. Z. ___ stimmte im Wesentlichen überein mit derjenigen der Gutachter der MEDAS H. ___, die die Versicherte Ende 1997 untersucht hatten. Damals erachtete auch der Neurologe Dr. med. Spieler nur die lokalen distalen Beschwerden im Bereich des Nervus radialis links auf die Kausalgie rückföhrbar, welche Beeinträchtigung er im Verhältnis zum gesamten geklagten Beschwerdespektrum mit nur 10 % bezifferte und damit als untergeordnet einstufte (Urk. 14/89 S. 3). Ebenso waren für den Rheumatologen Dr. med. I. ___ nicht die somatischen Befunde für die gezeigte erhebliche Einschränkung, die praktische Einarmigkeit der Versicherten, relevant, vielmehr mutmasste auch er, es sei aufgrund des als dramatisch erlebten Unfalles und der verzögerten Heilung zu einer sekundären Symptomausweitung gekommen (Urk. 14/90 S. 4). Der Psychiater Dr. med. J. ___ schliesslich bestätigte dies und diagnostizierte für die von der Beschwerdeführerin gezeigte deutliche Fixiertheit auf die Beschwerden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einen Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4). Die Versicherte hatte ihm gegenüber berichtet, dass sie praktisch keine Arbeit mehr zu Hause machen und sie keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen könne. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch diese Diagnosen erachtete der Psychiater mit der Attestierung einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit als gross (Urk. 14/ 91 S. 3). Gesamthaft gesehen ergab sich deshalb auch für die Gutachter in der polydisziplinären Expertise vom 24. November 1997 nur noch eine geringe Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten, leichten Tätigkeit von 20 % (Urk. 14/93 S. 18).

Die die Versicherte Ende 1997 untersuchten

Vereinfacht gesagt richtete die Beschwerdegegnerin mithin eine 100%ige Invalidenrente für eine als natürlich und adäquat kausal zum Unfall

eingeschätzte psychische Beeinträchtigung aus, die für die im Vordergrund stehenden heftigen Schmerzen im Schulter-Oberarmbereich verantwortlich war, und für ein im Vergleich ebenfalls unfallkausales, aber weniger schlimmes CRPS II - Syndrom, das gewisse Missempfindungen im Unterarm- und Handbereich verursachte.

5.3 Der Neurologe Dr. E. ___ vermochte nun in der klinischen Untersuchung vom 30. Juli 2007 die Zeichen eines CRPS II nicht mehr zu erkennen. Ausführlich äusserte er sich im Ergänzungsbericht vom 2. Juni 2008 dazu. Er erklärte, es handle sich bei dieser Diagnose um eine, die aufgrund der klinischen Untersuchung und nicht mittels apparativer Diagnostik zu stellen sei. Bereits die klinische Untersuchung habe keine sensiblen oder motorischen Defizite mehr ergeben (Urk. 28/115 im Verfahren IV.2008.00895). Gemäss Frau Dr. D. ___ waren auch die Temperaturverhältnisse - anders als bei Prof. Dr. Z. ___ - am linken Arm seitengleich mit rechts (Urk. 3/5 S. 14). Zwar klagte die Versicherte noch immer über ein brennendes Gefühl im linken Arm, das gemäss Dr. E. ___ als einziges Merkmal für ein CRPS II spreche (Urk. 28/115 im Verfahren IV.2008.00895). Doch ohne die entsprechenden objektivierbaren Befunde bei der klinischen Untersuchung ist vom Nichtmehrvorhandensein dieser Diagnose auszugehen. Die von Dr. C. ___ geäusserten Zweifel an der ärztlichen Sachdarstellung von Dr. E. ___ (Urk. 3/6), die er jedoch gemacht hatte, ohne die Versicherte selber untersucht zu haben, reichen nicht aus, um diesen Schluss im neurologischen Gutachten in Frage zu stellen.

Auch hinsichtlich der Beweglichkeit des linken Armes, deren Einschränkung - wie gezeigt wurde - nicht so sehr mit objektiv somatischen, sondern vielmehr mit psychiatrischen Befunden erklärt worden war - ist bereits aus der Darstellung der Versicherten hinsichtlich ihres Alltags auf eine Verbesserung zu schliessen. So vermochte die Beschwerdeführerin aus ihrer ehemaligen gemieteten Wohnung in ein eigenes Zweifamilienhaus umzuziehen, was in der Regel mit einem gewissen Mehraufwand gegenüber einer Mietwohnung verbunden ist, auch wenn mit der getroffenen Lösung, dass der Sohn mit seiner Ehefrau in die untere Wohnung gezogen ist, und für die Versicherte Hilfe auch seitens der Töchter zur Verfügung steht, eine Entlastung vorgesehen ist (Urk. 3/5 S. 10). Auf alle Fälle berichtete die Versicherte nun, dass sie den täglichen Haushalt weitgehend selbständig führe, so dass sie offenbar gelernt hat, den linken, dominanten Arm einzusetzen. Sie vermochte gegenüber dem Gutachter zu demonstrieren, wie sie geschickt und dabei die Finger flink zu bewegen, auch vermag sie mit den Enkeln zu Hause und auswärts zu spielen und neben einem regen Kontakt zur Familie auch Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen zu unterhalten (Urk. 3/5 S. 4 f.). Ganzlich anders war die Situation noch anlässlich der Untersuchung in der MEDAS, als die Beschwerdeführerin berichtet hatte, sie könne den linken Arm zu nichts mehr gebrauchen, sie könne nicht kochen und kein Geschichtes machen, alles mache die Familie (Urk. 14/90 S. 2).

Zwar stellten die Gutachter des M. ___ nach wie vor fest, dass die Beschwerdeführerin weiterhin im Wesentlichen als funktionell Einarmige auftrete mit einem weiterhin am Körper angewinkelt getragenen, linken Arm (Urk. 3/5 S. 16). Frau Dr. D. ___ beschrieb jedoch, die Versicherte könne sich ohne grosse Schonzeichen flüssig und ohne Probleme an- und auskleiden (Urk. 3/5 S. 12). Auch sprachen die seitengleiche Muskelbemannung, Temperatur und Schweissbildung der oberen Extremitäten gegen eine längere Schonung des linken Armes. Dr. E. ___ schilderte, dass

die Versicherte zunächst unterschiedliche Möglichkeiten der Kraftentfaltung der verschiedenen Muskelgruppen gezeigt habe, doch nach einer energischeren Ansprache habe sich eine vollkräftige Innervierbarkeit aller Muskelgruppen ergeben (Urk. 3/5 S. 36).

Bei dieser Sachlage ist der Schluss der Rheumatologin nachvollziehbar, dass eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den von der Versicherten demonstrierten Beschwerden und Schmerzen bestehe (Urk. 3/5 S. 18). Es muss daraus geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin den linken Arm mehr und besser einsetzen kann und ihn auch einsetzt als im Zeitpunkt der Rentenzusprache, auch wenn - gemäss Frau Dr. D. ___ - eine Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks weiterhin besteht (Urk. 3/5 S. 22). In ähnlicher Weise zeigt sich die psychische Befindlichkeit der Versicherten. Gemäss Dr. F. ___ ist zwar aufgrund der Schmerzfixiertheit der Versicherten noch immer von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen; der Gutachter berichtete jedoch davon, dass deswegen kaum im sozialen oder psychischen Bereich ein Leidensdruck bemerkbar sei (Urk. 3/5 S. 22). In der Tat zeigt die Versicherte mit den zu Freunden und Familie gepflegten regelmässigen Kontakten ein normales Sozialleben und sie vermag im Wesentlichen den Haushalt zu bewältigen. Auch steht sie trotz der geklagten höchsten Schmerzen in keiner ärztlichen Therapie mehr, sondern lässt sich nur noch gelegentlich Schmerzmittel verschreiben (vgl. Arztbericht von Dr. med. K. ___ vom 15. Dezember 2006, Urk. 28/89 im Verfahren IV.2008.00895).

Dr. C. ___ räumte an diesem Gutachten in zentraler Weise, dass die Gutachter des M. ___ keine neuen Röntgenaufnahmen hinsichtlich der einstmals diagnostizierten Pseudarthrose am Humerus gemacht hatten. Er monierte, dass eine solche Diagnose an einem solch grossen langen Röhrenknochen Schmerzen verursachen dürfte, sollte eigentlich jedermann klar werden (Urk. 3/6). Dr. C. ___ standen bei seiner Kritik offenbar nicht alle Akten zur Verfügung, auch hatte er die Versicherte nicht untersucht. Entgegen seinen Mutmassungen war bereits 1997 anlässlich der Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. I. ___ in den Röntgenaufnahmen des Spitals L. ___ vom 14. Januar 1997 erkennbar geworden, dass entgegen den früheren Aufnahmen nun ein vollständiger ossärer Durchbau und eine gute Achsenstellung erfolgt waren und dass kein Frakturspalt mehr vorhanden war (Urk. 14/90 S. 3). Deshalb war die Diagnose einer Pseudarthrose nur vorübergehend und später kein Thema mehr. Sodann kann auch sein weiterer Einwand gegen das Gutachten, es werde eine massgebende Arthrose am linken Arm beziehungsweise an der linken Hand wegdiskutiert (Urk. 3/6 S. 2), nicht gehört werden; er selber hat die Versicherte weder untersucht noch hat er nach eigenen Angaben die Bilder selber gesehen; seine Darstellung entbehrt daher einer soliden Grundlage.

Abschliessend ist daher festzustellen, dass sich trotz der vom M. ___ noch immer festgestellten Diagnosen (Urk. 3/5 S. 22) die gesundheitliche Situation seit der Rentenzusprache in erheblicher Weise verbessert hat. Auch wenn noch immer von einer gewissen eingeschränkten Beweglichkeit und Belastbarkeit des linken Armes auszugehen ist, so ist doch festzustellen, dass dieser dominante Arm und die Hand in einer Zudienfunktion durchaus einsatzfähig sind und tatsächlich auch zum Einsatz kommen, so dass in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit, die eine solche Zudienfunktion zulässt, ein ganztägiger Einsatz möglich ist.

6.1.1 Die Beschwerdeführerin errechnete ein Valideneinkommen für das Jahr 2008 gestützt auf die Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin (Urk. 14/178: Fr. 3'507.-- x 13 plus 12 x Fr. 300.-- Schichtzulage) von Fr. 49'191.-- (Urk. 14/180, Urk. 2), das von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wird (Urk. 17). Es besteht keine Veranlassung, dieses abzuändern.

Hinsichtlich des errechneten Invalideneinkommens stellte die Beschwerdeführerin auf die schweizerische Lohnstrukturerhebung 2006, TA1, Kategorie 4, Frauen, und damit auf ein monatliches Einkommen von Fr. 4'019.-- ab. Hochgerechnet auf das Jahr 2008 (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2008, Nominallohnindex Frauen, 2000-2008, S. 20 Tabelle T1.2.05 Total: 2006: 101,3 2008: 104,7; dazu: vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2008 in Sachen A., 9C_723/2007, Erw. 3.4.1) und umgerechnet auf die Arbeitsstundenzahl pro Woche von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 2009/11, S. 94 Tabelle B9.2 Total) errechnete sie nach erfolgtem leidensbedingtem Abzug von 20 % ein Invalideneinkommen von Fr. 41'642.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 15 % (Urk. 2).

E. 6.2

6.2.1 Die Beschwerdeführerin lässt in ihrem Eventualantrag der Replik einen Abzug von 25 % verlangen, begründet damit, dass zusammen mit den übrigen Kriterien zusätzlich zu berücksichtigen sei, dass sie seit über 15 Jahren ausserhalb des Arbeitsprozesses stehe. Es sei daher der maximale Abzug zu gewähren (Urk. 17).

6.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Sodann darf bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftige Gründe an die Stelle desjenigen der Verwaltung stellen (zum Ganzen: BGE 126 V 75 ff.).

6.2.3 Die Beschwerdeführerin war im Jahr 2008 46 Jahre alt. Sie hat keine Berufsausbildung absolviert und war seit 1989 als Hilfsarbeiterin bei der Y. AG tätig (vgl. IV-Anmeldung vom 20. Dezember 1994, Urk. 28/17 in IV.2008.00895). Nach ihrem

Unfall im Jahr 1993 war sie nicht mehr berufstätig. Zwar ist der linke Arm, der adominant ist, nur noch bedingt einsetzbar. Er ist eingeschränkt hinsichtlich der Belastbarkeit, sind doch gemäss den Gutachtern des M.____ nur Arbeiten mit sehr leichten Gewichten möglich. Zudem sollen dies Arbeiten sein, bei denen die linke Hand eine Zudienfunktion hat (Urk. 3/5 S. 29 und S. 34). Allerdings besteht eine Einsatzmöglichkeit für den ganzen Tag und nicht nur eine Teilarbeitsfähigkeit.

Î Î Î Î Î Î Î Î In Anbetracht dessen, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung bei einer faktischen Einständigkeit des dominanten Armes oder wo der dominante Arm nur noch eine Zudienfunktion hat, einen erhöhten Abzug und so gesamthaft einen solchen zwischen 20 bis 25 % zugestanden hat (vgl. Zusammenfassung der Rechtsprechung im Urteil vom 17. September 2008 in Sachen M., 9C_418/2008, Erw. 3.3.2, 3.3.3), ist das von der Beschwerdegegnerin ausgeübte Ermessen bei diesem Leiden des adominanten Arms mit einem gesamthaften Abzug für alle Kriterien von 20 % nicht zu beanstanden.

Î Î Î Î Î Î Î Î Damit erweist sich der errechnete Invaliditätsgrad von 15 % als korrekt. Dieser Sachverhalt gilt für die Zeit ab der ärztlichen Begutachtung im M.____ Ende Juli 2007. Die revisionsweise Herabsetzung der Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Januar 2008 ist damit nicht zu beanstanden. Der Rückforderungsbetrag von Fr. 14'177.50 ist nicht bestritten und nach der Aktenlage ebenfalls zu bestätigen.

Î Î Î Î Î Î Î Î Die Beschwerde ist abzuweisen.Î

Das Gericht erkennt:

1.Î Î Î Î Î Î Î Î Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Î Î Î Î Î Î Î Î Das Verfahren ist kostenlos.

3.Î Î Î Î Î Î Î Î Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Safia Sadeg, unter Beilage einer Kopie von Urk. 30

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

4.Î Î Î Î Î Î Î Î 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).

Î Î Î Î Î Î Î Î Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Î Î Î Î Î Î Î Î 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).

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