

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00364 vom 21. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00364

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00364 du 21 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00364 del 21 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1962, war als angestellter Hilfsgipser obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert, als sich am 24. August 1999 eine über 60 kg schwere Feuerschutzplatte von der Decke löste und ihm auf den Kopf fiel (Urk. 13/1). Im Y., wohin der Versicherte nach dem Unfall gebracht worden war, diagnostizierten die Ärzte eine Commotio cerebri, eine Halswirbelsäulendistorsion und eine Rissquetschwunde am Hinterkopf (Urk. 13/4). Nach drei Tagen konnte der Versicherte das Spital verlassen. Vom 24. November 1999 bis zum 7. Januar 2000 fand wegen Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Schlafstörungen ein Rehabilitationsaufenthalt in der Z. statt (Urk. 13/16). Erste Arbeitsversuche mit leichten Tätigkeiten auf dem Bau im Januar und Februar 2000 scheiterten (Urk. 13/20, 13/22). Ein weiterer stationärer rehabilitativer Aufenthalt in Z. fand vom 9. August bis zum 6. September 2000 statt (Urk. 13/43), und eine längere berufliche Erprobung dort war ab 1. November 2000 vorgesehen. Diese berufliche Erprobung musste wegen einer Zunahme von psychischen Problemen und Schmerzen vorzeitig abgebrochen werden (Urk. 13/48). Psychiatrischerseits fand am 8. Dezember 2000 eine Nachkontrolle in Z. statt, anlässlich derer der Oberarzt des Psychosomatischen Konsiliums Dr. med. A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine weiterhin andauernde erhebliche depressive Verstimmung feststellte und eine geringere Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 13/51). Die SUVA anerkannte ihre Leistungspflicht und richtete Heilbehandlungskosten und Taggelder aus.

Die Invalidenversicherung, bei der sich der Versicherte angemeldet hatte, sprach ihm ab 1. August 2000 eine ganze Rente zu (Urk. 13/59, 13/114). Die SUVA zog die Akten der Invalidenversicherung bei (Urk. 13/72-73) und stellte den Ärzten der Z. einige Fragen zum Gesundheitszustand des Versicherten (Urk. 13/87). Mit Verfügung vom 26. März 2002 sprach die SUVA ab 1. April 2002 eine Invalidenrente als Komplementärrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100 % zu (Urk. 13/109). Ausserdem einigten sich die Parteien mit Vergleich vom 1. November 2005 auf eine Integritätsentschädigung von insgesamt 50 % (Urk. 13/160-162). Im Rahmen einer Revision wurde die zugesprochene Rente am 1. April 2008 bestätigt (Urk. 13/168).

1.2. Im Rahmen eines von der Invalidenversicherung durchgeführten Revisionsverfahrens wurde der Versicherte im B. (B.) polydisziplinär untersucht und begutachtet (Gutachten vom 5. Januar 2010, Urk. 13/176, S. 4 ff.). Am 10. Juni 2010 verfügte die Invalidenversicherung die Einstellung der Rente gestützt auf einen neu berechneten Invaliditätsgrad von 29 % (Urk. 13/180). Entsprechend reduzierte die SUVA mit Verfügung vom 23. Juli 2010 die Invalidenrente mit Wirkung ab 1.

August 2010 auf 38 % mit der Begründung, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der Rentenfestsetzung im Jahr 2002 deutlich verbessert (Urk. 13/184). Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 13/185) wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 3. November 2010 (Urk. 2) ab. Dabei stellte sie fest, dass die verhängte Invalidenrente von 38 % lediglich entgegenkommenderweise zugesprochen worden sei. Da die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten lediglich 29,32 % betrage, behielt sich die SUVA vor, bei Weiterungen die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund eines tieferen Invaliditätsgrades zu beantragen (Urk. 2 S. 9 Ziff. 5.e).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 3. November 2010 (Urk. 2) liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Massimo Aliotta (Urk. 4), am 6. Dezember 2010 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen (Urk. 1 S. 2):

1. Es seien die Verhängung der Beschwerdegegnerin vom 23. Juli 2010 sowie der Einspracheentscheid vom 3. November 2010 aufzuheben.

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 Prozent zuzusprechen.

E. 3

Das von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebene Gutachten B.____ vom 5. Januar 2010 sei vollständig aus dem Recht zu weisen.

E. 3.2.1

Der ursprünglichen Rentenzusprache mit Verhängung vom 26. März 2002 (Urk. 13/109) lagen im Wesentlichen der Arztbericht von Dr. D.____ vom 14. Februar 2001 (Urk. 13/55) sowie verschiedene Berichte der Z.____ (Urk. 13/15-16, 13/42-43, 13/47-48, 13/51, 13/87) zugrunde.

Dr. D.____ diagnostizierte einen Status nach axialem Halswirbelsäulentrauma und Comotio cerebri sowie Depressionen. Der Versicherte klagte über Schmerzen im Kopf und Nacken sowie über Vergesslichkeit. Nach langer Behandlung sei keine Besserung eingetreten und die Prognose sei ungünstig (Urk. 13/55).

Im Austrittsbericht der Z.____, in welcher sich der Versicherte vom 24. November 1999 bis zum 7. Januar 2000 (Urk. 13/16), vom 9. August bis zum 6. September (Urk. 13/43) und vom 1. bis zum 10. November 2000 (Urk. 13/48) aufgehalten hatte, wurden am 24. November 2000 folgende Diagnosen gestellt (Urk. 13/48 S. 1):

1. Kopfschmerzen (differenzialdiagnostisch Spannungskopfschmerz/im Anschluss an eine Comotio cerebri aufgetreten/im Rahmen des depressiv-somatisierenden Zustandsbildes);
2. Halswirbelsäulensyndrom im Sinne eines myotendinotischen Schmerzsyndroms des Nackens und Schultergürtels linksbetont mit mässiggradiger Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule;
3. aktuell vorwiegend depressiv-somatisierendes Zustandsbild;
4. deutlich regredienter Schwindel (differenzialdiagnostisch im Rahmen von Kopf-/Nackenschmerzen, im Rahmen von Augenmobilitätsstörungen, in Verbindung mit Diagnose 3), ohne zentrale oder periphere vestibuläre Funktionseinschränkung.

Aufgrund der gestellten Diagnosen wurde dem Beschwerdeführer seitens der Z. ___ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 13/48 S. 5), welche auch anlässlich des psychosomatischen Konsiliums vom 8. Dezember 2000 mit dem Hinweis bestätigt wurde, es liege weiterhin eine erhebliche depressive Verstimmung vor, die eine Arbeitsfähigkeit nicht zulasse (Urk. 13/51 S. 2).

E. 3.2.2

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. Dezember 2006 (Urk. 13/165) diagnostizierte Dr. D. ___ bei einem Status nach axialem Halswirbelsäulentrauma und Comotio cerebri ein chronifiziertes zervikozephal und -brachiales Schmerz-syndrom mit ausgesprochenen Myotendinosen und Kopfschmerz sowie ein chronifiziertes depressiv-somatisches Schmerzsyndrom. Der Zustand des Versicherten sei im Vergleich zum Jahr 2001 in Vehemenz und Beschwerdeausmass unverändert und es werde nur noch eine analgetische Therapie mit Tramal und Nootropil durchgeführt. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht vorgesehen und es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 13/165).

E. 3.2.3

Anlässlich der von der IV-Stelle im Rahmen des Revisionsverfahrens angeordneten polydisziplinären Begutachtung wurde der Beschwerdeführer am 9., 10. und 24. November 2009 im B. ___ internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und kardiologisch untersucht und begutachtet. Auf Anfrage der SUVA (Urk. 13/165) stellte ihr die IV-Stelle am 10. März 2010 das Gutachten des B. ___ zu (Urk. 13/176).

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte das B. ___ folgende Diagnosen (Urk. 13/176, S. 27):

1. Chronisches zervikozephal Schmerzsyndrom mit Begleitsymptomatik von Schwindelbeschwerden und beidseitigem Tinnitus (ICD-10 M53.0)

- Status nach Schädel-Hirntrauma 1997 (ICD-10 M53.0)

- Status nach Schädel-Hirntrauma und axialem Halswirbelsäulentrauma im Jahr 1999 (ICD-10 T90.8/T91.8)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung (ICD-10 F54) gestellt.

Im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 13/176, S. 16-20) wurde festgehalten, dass sich die vom Versicherten anamnestisch angegebenen Beschwerden nicht objektivieren liessen. Für die im Vordergrund stehende Kopfschmerzsymptomatik wurde auf die Erläuterungen im neurologischen Teilgutachten verwiesen. Die Schmerzen an Hals und Schultergürtel hätten sich anlässlich der Untersuchung nicht provozieren lassen und in Anbetracht der Schilderungen des Versicherten über seine Aktivitäten im Alltag entstehe der Eindruck, dass von Seiten des Bewegungsapparates keine wesentlichen Einschränkungen für moderate Belastungen vorhanden seien. Aufgrund des erlittenen Traumas müsse auch ohne feststellbare strukturelle Veränderungen an der Halswirbelsäule davon ausgegangen werden, dass eine verminderte Belastbarkeit vorliege. Entsprechend seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Arbeiten oder solche mit repetitiven Überkopfbewegungen beider Arme nicht mehr zumutbar, so dass dafür bleibend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Für körperliche

leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, wo eine Hebe- und Traglimite von 15 kg nicht überschritten werde und keine Überkopfbewegungen der Arme oder Zwangshaltungen von Kopf oder Nacken vorkommen, bestehe eine zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. In erster Linie sei an Kontroll- und Überwachungstätigkeiten zu denken, wobei auch manuelle Arbeiten auf Tischhöhe in Frage kämen, sofern die übrigen formulierten Einschränkungen berücksichtigt würden (Urk. 13/176, S. 20-21 Ziff. 4.2.4 am Ende und Ziff. 4.2.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der neurologischen Untersuchung (Urk. 13/176, S. 21-24) gab der Versicherte an, unter chronischen Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel und einem Tinnitus zu leiden. Die Schmerzen seien jeden Tag vorhanden und es komme zu wenigen Fluktuationen. Bei raschen Drehbewegungen des Kopfes komme es zu Schwindel und bei starken Schwindelbeschwerden auch zu Erbrechen. Diese Schwindelbeschwerden - die etwa drei Mal pro Woche aufträten - würden jeweils etwa 5 Minuten andauern, wobei er neben dem Drehschwindel ein starkes Schwitzen verspüre und es zu Erbrechen, Zittern am ganzen Körper, Kraftlosigkeit und starker Angst komme. In diesen Situationen könne er kaum noch gehen, aber es komme zu keinen Stürzen. Meistens lege er sich dann hin, worauf es zu einer Beruhigung der Situation komme. Diese Schwindelbeschwerden würden vor allem beim Befahren von Kurven mit dem Auto (als Beifahrer), bei Erschrecken, bei Licht und bei Menschenansammlungen auftreten. Im Liegen habe er nie Schwindelbeschwerden. Beim beidseitigen Tinnitus handle es sich einerseits um ein Rauschen wie bei einer Maschine, andererseits mache dieser Lärm. Im Zusammenhang mit der Begutachtung wird darüber berichtet, dass keine Untersuchung mit der Frenzel-Brille möglich gewesen sei, da der Versicherte sofort über starke Schübelkeit und Brechreiz geklagt habe. Eine derartige Reaktion sei durch den Gutachter sonst noch nie beobachtet worden. Es sei insgesamt von keiner wesentlichen Einschränkung des Gleichgewichtssystems auszugehen. Differenzialdiagnostisch komme auch ein medikamentös induzierter Schwindel im Sinne einer Tramal-Nebenwirkung in Frage, weshalb ein länger dauernder Absetzversuch unbedingt in Erwägung zu ziehen sei. Aus somatischer Sicht sei der Versicherte für leicht bis mittelschwer körperlich belastende Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben von Kopfschmerzen, Nackenschmerzen und Tinnitus sei eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % nachvollziehbar. Obwohl im vestibulären System keine wesentlichen Störungen hätten objektiviert werden können, könne dem Versicherten eine Tätigkeit mit Höhenexposition nicht zugemutet werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 13/176, S. 13-16) wurde zunächst festgehalten, dass die nach dem Unfall aufgetretene erhebliche depressive Verstimmung für die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten verantwortlich gemacht worden sei. Er habe aber nie eine psychiatrische Behandlung aufgenommen, stehe nicht in psychiatrischer Therapie und nehme keine Psychopharmaka ein, was mit der Angabe einer schweren Depression im Widerspruch stehe. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Der Versicherte nehme eine depressive Krankheitsrolle ein, ohne eigentlich depressiv zu sein. Er lebe in geordneten und harmonischen Familienverhältnissen. Seit der Berentung sei es zu einem weiteren Familienzuwachs gekommen. Er reise mehrmals pro Jahr zu seiner Familie in den Kosovo

und lebe in der Schweiz nicht sozial isoliert, sondern er habe rege Kontakte zu seinen hiesigen Verwandten. Er gestalte den Tag aktiv und besuche regelmässig Fussballspiele sowie einen albanischen Verein. Das vom Versicherten geschilderte Rückzugsverhalten könne aufgrund der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden. Das deutlich depressive Zustandsbild und die daraus abgeleitete 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche im Austrittsbericht der Z. ___ vom 24. November 2000 (Urk. 13/48) sowie im ambulanten Konsilium vom 7. Dezember 2000 (Urk. 13/51) geschildert worden seien, könnten aufgrund der aktuellen Befunde nicht mehr bestätigt werden (Urk. 13/176, S. 15-16).

Im Rahmen des multidisziplinären Konsensus (Urk. 13/176, S. 27-31) attestierten die Gutachter des B. ___ dem Versicherten seit dem Unfall vom August 1999 bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit einer um 20 % reduzierten Leistung, entsprechend einer zumutbaren effektiv verwertbaren Arbeitsleistung von 80 % (Urk. 13/176, S. 31 Ziff. 6.9).

Die Berentung ab August 2000 sei vor allem aus psychischen Gründen erfolgt, indem damals von einer schweren Depression ausgegangen worden sei, die eine Arbeitstätigkeit nicht zulasse. Diese Diagnose lasse sich heute nicht mehr stellen, da auf psychischer Ebene keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr zu finden seien. Insofern habe sich das medizinische Zustandsbild des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2000 objektiv deutlich verbessert (Urk. 13/176, S. 31 Ziff. 7.1).

E. 3.2.4

Im Gutachten der C. ___ (Urk. 11/1), welches der Versicherte am 23. März 2011 einreichen liess (Urk. 10), wurden folgende Diagnosen gestellt:

Status nach Halswirbelsäulen-Distorsions-Trauma 1997 und Schädel-Hirn-Trauma und axialem Halswirbelsäulen-Trauma 1999:

1. Multifaktorieller Schwindel nach Commotio cerebri mit wahrscheinlicher Commotio labyrinthi mit

- Ausbildung einer schweren zentralen vestibulären Störung

- Dekalibrierung des optokinetischen Nystagmus und Deshabituation bezüglich vestibulärer Zeitkonstante

- Entwicklung eines phobischen Schwankschwindels

- aktuell keine Hinweise auf relevante Vestibulopathie bei allerdings stark eingeschränkter Beurteilbarkeit

- visookulomotorischem Defizit denkbar

2. posttraumatische Kopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen

3. Entwicklung einer chronischen Halswirbelsäulen-Schmerzsymptomatik mit persistierenden Symptomen

4. Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)

E. 4

Eventualiter sei durch das Gericht ein neues polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben.

E. 5

5.1.1.1.1 Die Begutachtung im B.____ beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen internistischer, orthopädischer, neurologischer, psychiatrischer und kardiologischer Art, die in einer internen Konsensbesprechung ausgewertet wurden (Urk. 13/176, S. 27 ff.). Damit darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und für die streitigen Belange - auch angesichts des Umfangs von 32 Seiten - umfassend ist. Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden eingehend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begründet.

5.2.1.1.1

5.2.1.1.1 Aus Sicht des Beschwerdeführers leidet das Gutachten des B.____ auch in materieller Hinsicht an klaren und evidenten Mängeln, weshalb für die Beurteilung seiner Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht darauf abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 13 Ziff. 2.9).

5.2.2.1.1 Der Versicherte bemängelt zunächst, es sei nicht ersichtlich, welcher Arzt im Gutachten des B.____ die Einleitung verfasst und die Aktenzusammenstellung vorgenommen habe (Urk. 13/176, S. 3-7 Ziff. 1-2). Zudem seien im Rahmen der Aktenzusammenstellung nur wenige Dokumente herausgepickt und detailliert dargestellt worden. Ausserdem habe der das Gutachten mitunterzeichnende Dr. I.____, Facharzt für Innere Medizin, keine formelle Funktion innegehabt und hätte somit an der Begutachtung nicht mitwirken dürfen, da er nicht in der Liste der begutachtenden Ärzte (Urk. 13/176 S. 3) aufgeführt worden sei (Urk. 1 S. 13-14 Ziff. 2.11-12; Urk. 1 S. 16 Ziff. 2.17). Problematisch sei auch, dass aus dem Gutachten die genauen Modalitäten der multidisziplinären Konsensberatung nicht ersichtlich seien (Urk. 1 S. 22 Ziff. 2.26).

1.1.1.1.1 Das Gutachten wurde von den mitwirkenden Ärzten unterzeichnet, welche damit ihre Verantwortlichkeit für die Begutachtung und die daraus gewonnenen Ergebnisse bezeugten. Miterfasst sind auch die Einleitung des Gutachtens und die Liste der berücksichtigten Vorakten, weshalb nicht besonders spezifiziert werden muss, wer diese Teile verfasst hat. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer nicht konkret rügt, wie weit in der Einleitung beziehungsweise im Rahmen der Selektion und Auflistung der Vorakten Fehler begangen worden seien, welche einen Einfluss auf die Ergebnisse der Begutachtung haben könnten.

1.1.1.1.1 Was die Mitwirkung von Dr. I.____ betrifft, ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Gesamtbeurteilung insbesondere die vier Teilgutachten gewürdigt wurden, weshalb die von Dr. I.____ vorgenommene Evaluation der internistischen Situation (Urk. 13/176, S. 13 Ziff. 3.4) keinen massgeblichen Einfluss auf das Ergebnis der Begutachtung gehabt hat. Dies wird durch den Umstand bestätigt, dass auch im Gutachten der C.____ die Beurteilung der internistischen Situation keinen besonderen Eingang gefunden hat (Urk. 11/1 S. 1). Selbst wenn nun eine Verletzung von Verfahrensvorschriften bejaht würde, wäre diese geheilt, zumal der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt - auch nicht nach Zustellung des Gutachtens des B.____ - gesetzliche Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegenüber Dr. I.____ geltend gemacht hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_254/2010 vom 15. September 2010 E. 4.1.2 und 8C_741/2009 vom 11.

Mai 2010 E. 3.3 mit Hinweisen).

Was die multidisziplinäre Beurteilung angeht, ist nicht erforderlich, dass die genauen Modalitäten derselben aus dem Gutachten ersichtlich sind. Hinzu kommt der Umstand, dass der Beschwerdeführer auch diesbezüglich nicht ausführte, inwiefern sich die fehlenden Detailangaben zu den Modalitäten des multidisziplinären Konsensus für ihn nachteilig ausgewirkt haben.

5.2.3 Die weitere Rüge des Beschwerdeführers, es seien im Rahmen der Begutachtung durch das B. keine Fremdanamnesen erhoben sowie keine relevanten Zusatzuntersuchungen (Röntgenuntersuchungen, neuropsychologische Untersuchung) vorgenommen worden (Urk. 1 S. 14-15 Ziff. 2.13-15, S. 16 Ziff. 2.19), erweist sich angesichts der Tatsache, dass auch im Rahmen der Begutachtung durch die C. auf Fremdanamnesen und zusätzliche Untersuchungen bewusst verzichtet wurde (Urk. 11/1 S. 18, S. 29, S. 35-36, S. 41, S. 45 und S. 50), als unbeachtlich.

5.2.4 Die Kritik des Beschwerdeführers an der Dauer der einzelnen Untersuchungen (Urk. 1 S. 15-16 Ziff. 2.16) - insbesondere der psychiatrischen - vermag das Gutachten des B. sowie dessen Schlussfolgerungen ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Denn es kommt gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Für eine psychiatrische Untersuchung muss der zu betreibende zeitliche Aufwand zudem der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteile des Bundesgerichts 9C_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3 und 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3). Vorliegend berücksichtigte Dr. E., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich seiner psychiatrischen Beurteilung die Aktenlage sowie die vom Versicherten beschriebenen aktuellen Beschwerden und führte im Rahmen der vorgenommenen psychiatrischen Untersuchung eine persönliche Anamnese durch (Urk. 13/176, S. 13-14), aufgrund welcher er seine Einschätzung formulierte und begründete, was als ausreichend anzusehen ist.

Auch der Einwand, es sei kein Dolmetscher beigezogen worden, erweist sich angesichts der Tatsache, dass der Versicherte Deutsch spricht und dass auch im Rahmen der Begutachtung durch die C. kein Dolmetscher beigezogen wurde, als unbeachtlich.

E. 5.3

5.3.1 Was die einzelnen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in den verschiedenen Teilgutachten angeht, ist Folgendes festzuhalten:

In orthopädischer Hinsicht decken sich das Gutachten des B. und das Gutachten der C. insofern, als dem Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (Urk. 13/176, S. 20 Ziff. 4.2.5, Urk. 11/1 S. 29-30 und S. 51-54). Deshalb ist auf die vom Beschwerdeführer gegen die orthopädische Untersuchung durch das B. vorgebrachten Einwände (Urk. 1 S. 18 Ziff. 2.22) nicht näher einzugehen.

5.3.2 Die neurologischen Beurteilungen durch das B. und durch die C. weichen insofern voneinander ab, als das B. eine 20%ige (Urk. 13/176, S. 23 Ziff. 4.3.5), die C. hingegen eine 50%ige (Urk. 11/1 S. 22-23) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

attestiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Unterschied zum Gutachten des B.____ dasjenige der C.____ auch ein otorhinolaryngologisches Teilgutachten enthält, in welchem allerdings dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 11/1 S. 43).

Im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch das B.____ gab der Versicherte an, die Schwindelattacken würden etwa dreimal pro Woche auftreten und jeweils etwa 5 Minuten andauern, wobei es zu einer Beruhigung der Situation komme, wenn er sich hinlege (Urk. 13/176, S. 21 Ziff. 4.3.1). Aufgrund dieser Einschränkungen sowie der bestehenden Kopf- und Nackenschmerzen erachtete das B.____ den Versicherten in einer leichten bis mittelschweren körperlich belastenden Tätigkeit als zu 20 % arbeitsunfähig, was nachvollziehbar ist.

Das Auftreten von Schwindelattacken drei Mal pro Woche rechtfertigt die von der C.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht. Im Übrigen sind auffällige Widersprüche und Inkonsistenzen in den Aussagen des Beschwerdeführers ersichtlich, welche Zweifel über den tatsächlichen Umfang der vorhandenen Beschwerden auftreten lassen. Gegenüber dem B.____ gab er zum Beispiel an, die Schwindelbeschwerden würden vor allem beim Befahren von Kurven mit dem Auto als Beifahrer auftreten (Urk. 13/176, S. 21 Ziff. 4.3.1), während er gegenüber der C.____ eine Reisekrankheit und das Bestehen von Schwindelsymptomen als Mitfahrer verneinte (Urk. 11/1 S. 40 Ziff. 7D.3). Während bei der Begutachtung durch das B.____ das Tragen der Frenzelbrille wegen starker Übelkeit und Brechreiz unmöglich war (Urk. 13/176, S. 22), was vom Gutachter noch nie beobachtet worden sei (Urk. 13/176, S. 23 am Anfang), konnte der Versicherte im Rahmen der Begutachtung durch die C.____ die Brille problemlos tragen (Urk. 11/1 S. 21). Gegenüber dem B.____ erwähnte der Versicherte zudem, unter einem andauernden beidseitigen Tinnitus zu leiden (Urk. 13/176, S. 21 Ziff. 4.3.1 am Ende), welcher seine Konzentrationsfähigkeit einschränke, was bei der Ermittlung der 20%igen Arbeitsunfähigkeit seitens des B.____ berücksichtigt wurde (Urk. 13/176, S. 23 Ziff. 4.3.4 am Ende und Ziff. 4.3.5). Gegenüber der C.____ gab er diesbezüglich hingegen an, der seit Jahren intermittierend auftretende Rauschtinnitus links sei kaum störend (Urk. 11/1 S. 41).

Angesichts dieser Feststellungen erscheint die vom Beschwerdeführer gegenüber der neurologischen Begutachtung durch das B.____ geübte Kritik (Urk. 1 S. 20 Ziff. 2.23) als unzutreffend.

5.3.3 Die psychiatrischen Beurteilungen von B.____ und C.____ weichen insofern voneinander ab, als das B.____ keine (Urk. 13/176, S. 15 Ziff. 4.1.5), die C.____ hingegen eine 20%ige (Urk. 11/1 S. 38) Einschränkung in einer leichten Tätigkeit attestiert. Es besteht somit insofern Einigkeit, als die bei der Zusprennung der ganzen Invalidenrente vorhanden gewesene schwere Depression, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründet hatte, nicht mehr vorhanden ist.

Der Versicherte steht nicht in psychiatrischer Therapie und nimmt keine Psychopharmaka ein (Urk. 13/176, S. 15 Ziff. 4.1.4). Angesichts der Tatsache, dass er in geordneten und harmonischen Familienverhältnissen und nicht sozial isoliert lebt, sondern regelmäßige Kontakte zu seinen hiesigen Verwandten und den ehemaligen Arbeitskollegen hat sowie den Tag insofern aktiv gestaltet, als er regelmäßig Fussballspiele und einen albanischen Verein besucht (Urk. 13/176, S. 4.1.5), erscheint die

durch das B.____ vorgenommene Beurteilung als nachvollziehbar, wonach beim Versicherten keine Depression vorliegt und die vorhandene Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung (ICD-10 F54) zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (Urk. 13/176, S. 16 Ziff. 4.1.6-7).

In ihrer psychiatrischen Beurteilung betont die C.____, dass die Anpassungsstörung des Versicherten zum grossen Teil mit der kardialen Situation im Zusammenhang stehe. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit vor allem durch die Angstkomponente eingeschränkt, bei Anstrengung und den dabei auftretenden Beschwerden kardial gefährdet zu sein, während sich die beschwerdenverstärkende Interaktion der psychischen Störung mit der Schmerzstörung nur geringfügig auswirke (Urk. 11/1 S. 38). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die kardiale Beeinträchtigung nicht unfallkausal ist, erscheint somit auch die aus Sicht der C.____ vorhandene psychische Beeinträchtigung nicht als eine Folge des Unfalls, sondern vielmehr als eine solche der später aufgetretenen kardialen Beschwerden. Die von der C.____ abgegebene Beurteilung vermag das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung durch das B.____ somit nicht in Frage zu stellen, zumal die Beurteilungen der beiden Begutachtungsinstitute, bezogen auf die leidensangepasste Tätigkeit, in welcher der Beschwerdeführer einzusetzen ist, lediglich leicht voneinander abweichen.

5.3.4.4 Das Gutachten des B.____ erweist sich somit als überzeugend und wird durch das Gutachten der C.____ nicht in Frage gestellt. Es genügt damit in jeder Hinsicht den für ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen, weshalb darauf abgestellt werden kann. Dementsprechend ist von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen.

E. 6

6.1.1.1 Für die Berechnung der Invalidenrente des Versicherten, ausgehend von der vom B.____ neu ermittelten, 20%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/182), zog die SUVA die Einkommensübersicht bei, die im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache vorgelegen hatte (Urk. 13/182 S. 2 = Urk. 13/78 S. 4). Darin wurden für die Ermittlung des Valideneinkommens des Versicherten korrekterweise einerseits die Tätigkeit als Hilfspolier mit einem Monatseinkommen in der Höhe von Fr. 4'270.-- im Jahr 2001 (vgl. Urk. 1 und Urk. 13/70/1 betr. Lohnentwicklung zwischen 1999 und 2001) und andererseits diejenige als Zeitungsverträger mit einem im Jahr 2001 gegenüber dem Jahr 1999 unveränderten Einkommen in der Höhe von Fr. 5'150.25 (vgl. Urk. 13/28-29 und Urk. 13/79 betreffend fehlende Lohnerhöhung und Teuerungsausgleich in den Jahren 2000 und 2001) berücksichtigt. Entsprechend diesen Zahlen ermittelte die SUVA, unter Berücksichtigung eines dreizehnten Monatslohns bei der Tätigkeit als Hilfspolier (Fr. 4'270.-- x 13 = Fr. 55'510.--) für das Jahr 2001 ein jährliches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 60'660.25 (Fr. 55'510.-- + Fr. 5'150.25, Urk. 13/182 S. 1 am Anfang).

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung zwischen dem Jahr 2001 (Indexfaktor 1'902 gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik [LSE], T1.39) und dem Jahr 2010 (Indexfaktor 2'150, gemäss Die Volkswirtschaft 9/2011, S. 95 Tabelle B10.3) ergibt sich für das Jahr 2010 ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 68'569.70.

6.2.1.1 Unter Berücksichtigung der 20%igen Arbeitsunfähigkeit und des von der Suva gewährten 10%igen leidensbedingten Abzugs beträgt das Invalideneinkommen

des Versicherten für das Jahr 2010 Fr. 44'444.40 (monatliches Einkommen von Fr. 4'806.-- gemäss LSE 2008, TA1, Total Männer, bei Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten] x 12 Monate : 40 h/Woche x 41,6 h/Woche [betriebliche wöchentliche Arbeitszeit gemäss Die Volkswirtschaft 9/2011, Tabelle B9.2, Total] x 0,8 [20%ige Arbeitsunfähigkeit] x 0,9 [10%iger leidensbedingter Abzug] x 1,021 x 1,008 [Teuerung gemäss Die Volkswirtschaft 9/2011, Tabelle B10.2, Nominal Total]).

6.3 Aus dem Einkommensvergleich ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 35 %, weshalb die von der Suva gewährte Invalidenrente in der Höhe von 38 % nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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