

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00025 vom 10. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00025)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00025 du 10 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00025 del 10 marzo 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere als eine auf einer Erwerbseinbusse von 34 % beruhende Rente hat.

1.2. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbezüegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 f. E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4).

### 2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1. Der ursprünglichen Zusprache einer auf einer Erwerbseinbusse von 31 % beruhenden Rente legte die Beschwerdegegnerin folgendes, von Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erstelltes Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers zu Grunde (Urk. 7/106 S. 4): Die Gehfähigkeit und auch die Fähigkeit zu Stehen ist etwas eingeschränkt, beim Sitzen keine Schwierigkeiten. Gehstrecken ohne Unterbruch maximal bis 30 Minuten, unwegsames Gelände ist zu vermeiden. Begehen von Treppen selten möglich, Stehen und Gehen oft. Tragen von Lasten über kurze Strecken und auf guter Unterlage bis in den Bereich von 15 Kilo. Leitern kann der Patient nicht erklimmen. Idealerweise sollte der Patient eine Tätigkeit haben die intervallweise in zeitlicher Hinsicht ein Sitzen im Ausmass von mindestens 30 % erlaubt. Ist dies nicht möglich muss eine Reduktion der Arbeitszeit in Kauf genommen werden, wie dies aktuell gehandhabt wird. Limite des täglichen Einsatzes bei rein stehend und gehend auszuführender Tätigkeit auf guter Unterlage mit geringen Gehstrecken sechs bis sieben Stunden. Das Vertragen von Zeitungen ist erschwert, beim dauernden Ein- und Aussteigen aus dem Auto kommt der Anlaufschmerz vermehrt zum Tragen, zumutbare Dauer eine Stunde. Eine verlangsamte Ausführung ist zu erwarten.

### 2.2

2.2.1. Nachdem sich beim Beschwerdeführer eine Pfannenlockerung an der rechten Hüfte ergeben hatte, nahm Dr. B. \_\_ am 10. April 2008 einen

Hüft-Totalendoprothesenpfannenwechsel rechts mit Trochanter-Osteotomie, Müller-Dachschale 28 und OSME vor. Der Beschwerdeführer dürfte die ersten 6 Wochen postoperativ keine aktive Abduktion und keine passive Flexion über 70° machen. In dieser Zeit sei eine Teilbelastung mit 25 Kilogramm möglich (Urk. 7/167).

2.2.2.2 Am 22. August 2008 teilte Dr. B. der Beschwerdegegnerin mit, der Beschwerdeführer berichte, dass er bis vor drei Wochen weitgehend schmerzfrei gewesen sei und die Muskulatur unter Physiotherapieaufsicht zunehmend aufgebaut habe. Vor drei Wochen seien dann ohne auslösendes Moment plötzlich Schmerzen in der Oberschenkelregion aufgetreten. Radiologisch zeige sich eine unauffällige Lage ohne Änderung im Bereich der Prothesenkomponenten. Er denke, dass die Beschwerden durch eine muskuläre Überlastungsreaktion ausgelöst seien. Er habe deshalb empfohlen, die Physiotherapieübungen drei Wochen vollständig zu sistieren (Urk. 7/195).

2.2.3.3 Nach Zuweisung durch Dr. B. diagnostizierte Dr. med. C., Fachärztin FMH für Neurologie, mit Bericht vom 19. März 2009 ein Polytrauma am 8. Februar 2004 mit unter anderem Acetabulumfraktur rechts osteosynthetisiert, später bei Femurkopfnekrose Prothesenimplantation sowie nach erneutem Trauma mit Pfannenlockerung Prothesenwechsel am 10. April 2008, persistierend belastungsabhängigen verstärkten Schmerzen in der rechten Hüfte mit Ausstrahlung bis ins Knie sowie Abduktions- und Flexionsschwäche und keinem Hinweis für zusätzlich neurologische Beschwerdeursache. Bei komplexer Anamnese mit multiplen Eingriffen an der rechten Hüfte finde sie klinisch eine Abduktionsschwäche und ein positives Trendelenburgzeichen wie häufig nach multiplen Eingriffen an der Hüfte wahrscheinlich durch lokale Vernarbung nach wiederholten operativen Zugängen über die dortige Muskulatur bedingt. Weiterhin falle eine Hüftflexionsschwäche auf, deren Ursachen ihr unklar bleibe, elektromyographisch fanden sich höchstens leichte chronische neurogene Veränderungen, Hinweise für eine zusätzliche Femoralisneuropathie bestanden weder anamnestisch noch klinisch noch neuropsychologisch. Differentialdiagnostisch frage sie sich, ob es sich um eine Schoninnervation bei doch persistierender schmerzhafter Hüftgelenksproblematik handle. Falls nicht kausal eine Therapie bei jetzt wieder zunehmenden Schmerzen unklarer Genese möglich sei, empfehle sie darum einen gezielten Versuch diese Muskelgruppe der Hüftflexoren zu trainieren (Urk. 7/218).

2.2.4.4 Dr. med. E., Assistenzärztin, und Dr. med. F., Oberarzt, vom A. diagnostizierten mit Bericht vom 1. April 2009 (1) immobilisierende Hüftschmerzen rechts nach forciertem Hüftflexion bei (a) subjektiv Knackgeräusch, ausgesprochenem Bewegungsschmerz rechts, (b) radiologisch keiner Luxation, keiner Schaftlockerung und heterotoper Ossifikationen, (c) Differentialdiagnose: Hüftsubluxation, (2) chronische Hüftschmerzen rechts bei (a) Polytrauma bei Autounfall mit Acetabulumfraktur rechts unter Beteiligung des hinteren Pfeilers sowie Fraktur der Hinterwand und Impression der Hüftpfanne im Februar 2004 bei Kocher-Langerbeck-Zugang rechts mit offener Reposition der Hinterwand, Platten- und Schraubenosteosynthese am 12. Februar 2004, (b) Hüft-TP rechts mit primärer Dachschale, OSME am 6. Dezember 2004, (c) Hüft-TP-Wechsel rechts, Trochanter Osteotomie, OSME am 10. April 2008 und (d) Muskelatrophie Bein rechts (Iliopsoas/Quadrizeps M4), (3) ein Polytrauma bei Autounfall vom 8. Februar 2004 mit (a) Beckenfraktur (s. Diagnose 2), (b) Rippenserienfrakturen 2-6 links, (c) Thorax-Drainage via

Thorakotomie (8. Februar 2004), (d) Talusluxationsfraktur links zweitgradig offen, (e) Grobposition mit Spick und gelenksübererschreitendem Fixateur externe, DÄ©bridement und Wundverschluss am 8. Februar 2004, (f) Status nach second look mit indirekter Verschraubung von posterior mit kanÄ¼lierten Schrauben am 9. Februar 2004, (g) Pilon tibial-Fraktur rechts mit Logensyndrom, (h) Logenspaltung und gelenksüberbrÄ¼ckendem Fixateur vom 9. Februar 2004 und (i) OSME-Fixateur und winkelstabile LCP-Doppelplattenosteosynthese vom 23. Februar 2004, anschliessend Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon bis Ende Juni 2004 und (4) eine unklare CRP-ErhÄ¼hung. BezÄ¼glich AktivitÄ¼ten bestehe bei dem an StÄ¼cken mobilen BeschwerdefÄ¼hrer eine eingeschrÄ¼nkte GehfÄ¼higkeit fÄ¼r lÄ¼ngere Strecken sowie fÄ¼r Funktionen in der Freizeit wie im Haushalt. Er sei vom 3. bis 20. MÄ¼rz 2009 zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 7/215).

2.2.5Ä¼ Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie, untersuchte den BeschwerdefÄ¼hrer am 17. Juli 2009 und hielt hierzu gleichentags fest, der Zustand sei stabil, dies erlaube den versicherungstechnischen Abschluss. BezÄ¼glich der Sprunggelenke respektive der RÄ¼ckfÄ¼sse beidseits sei seit 19. September 2006 weder eine Beschwerde- noch eine BefundÄ¼nderung eingetreten, die damalige Beurteilung bleibe gÄ¼ltig. Das bei der letzten Abschlussuntersuchung aufgestellte Zumutbarkeitsprofil mÄ¼sse revidiert werden. Das neue Zumutbarkeitsprofil lasse sich wie folgt umschreiben: Vollzeitig sei eine TÄ¼tigkeit im Sitzen zumutbar. Dabei sei ein gelegentliches Aufstehen mit kurzen Gehleistungen bis 50 Meter mit einer Zusatzbelastung bis 5 Kilogramm, ausnahmsweise auch bis 10 Kilogramm, mÄ¼glich. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei dabei aber auf die Stockhilfe links angewiesen. Ein repetierter kraftvoller Einsatz des rechten Beins sei auch im Sitzen nicht zumutbar. Das wenig belastende Bedienen eines Pedals, beispielsweise eines Gaspedals beim Autofahren, sei aber zumutbar. Die Kontrollen in wahrscheinlich jÄ¼hrigen AbstÄ¼nden bei Dr. B.\_\_\_\_ und die Kontrollen alle 3 bis 4 Monate bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄ¼r Allgemeine Medizin, seien durch die Beschwerdegegnerin weiterhin zu Ä¼bernehmen, ebenso die wegen der HÄ¼fte notwendigen Medikamente. Die WeiterfÄ¼hrung der rein passiven Physiotherapie sei nicht mehr gerechtfertigt, hingegen bitte er die Administration, das regelmÄ¼ssige muskulÄ¼re Training in einem Fitness-Center Ä¼ber die nÄ¼chsten Jahre weiterhin zu unterstÄ¼tzen, sofern ein mindestens zweimal wÄ¼chentlicher Besuch gewÄ¼hrleistet bleibe. Ebenfalls zu Ä¼bernehmen seien der LÄ¼ngenausgleich am rechten Schuh sowie die Schuhzurichtung wegen der frÄ¼heren Verletzungen am Pilon tibial rechts sowie des Talus links (Bettung der FÄ¼sse mit Einlagen, Sohlenversteifung, Abrollhilfe). BezÄ¼glich IntegritÄ¼tsentschÄ¼digung ergebe sich keine Ä¼nderung, die rechte HÄ¼fte sei bereits im Jahr 2006 auf das Maximum eingeschrÄ¼tzt worden, und im Bereiche beider RÄ¼ckfÄ¼sse resultiere keine funktionell erhebliche EinschrÄ¼nkung (Urk. 7/223).

2.2.6Ä¼ Dr. H.\_\_\_\_ teilte Rechtsanwalt Peter Niggli am 14. September 2009 mit, der Kreisarzt habe dem BeschwerdefÄ¼hrer eine ganztÄ¼gige ArbeitsfÄ¼higkeit in sitzender TÄ¼tigkeit attestiert. Entsprechend sei auch ein Arbeitsversuch eingefÄ¼delt worden, welcher aber klar wieder die Grenzen der Belastbarkeit des BeschwerdefÄ¼hrers zeige. Die TÄ¼tigkeit an und fÄ¼r sich stelle hierbei nicht das Problem dar, sondern der Ä¼usserst ungÄ¼nstige Arbeitsweg. Entsprechend bestÄ¼nden schon vor dem Antritt der Arbeit ausgeprÄ¼gte Schmerzen, welche sich natÄ¼rlich wÄ¼hrend der Arbeit nicht erholen

können. Aus diesem Grund müsste man in Ergänzung zur Arbeitsfähigkeit in sitzender Tätigkeit noch ausführen, dass dem Arbeitsweg Beachtung geschenkt werde. Zum aktuellen Zeitpunkt hätten die weiterbestehenden Schmerzen, auch in Ruhe, sowie der Bescheid der Beschwerdegegnerin, dass mit einer Besserung nicht mehr zu rechnen sei, zu einer deutlichen Depression des Beschwerdeführers geführt. Da der Beschwerdeführer aktuell wieder vollständig arbeitsunfähig sei, sei die Prognose zum jetzigen noch unsicher und werde vom Verlauf der nächsten Wochen und Monate abhängen. Da der Ursprung der Depression klar in den Unfällen zu suchen sei, werde er diese Behandlung auch über die Beschwerdegegnerin abrechnen (Urk. 7/228).

2.2.7 Dr. H. berichtete Rechtsanwalt Peter Niggli erneut am 15. Januar 2010, der Beschwerdeführer habe im Rahmen eines Reintegrationsprojekts sitzende Tätigkeiten ausgeführt. Im Gegensatz zur Beurteilung der Beschwerdegegnerin, die davon spreche, dass der Beschwerdeführer an einem Arbeitsplatz gemäss ihrem Belastungsprofil voll arbeitsfähig wäre, habe bei diesem Versuch gezeigt werden können, dass der Beschwerdeführer höchstens 4 Stunden im Tag in der Lage sei, irgendeine leichte Aufgabe zu erfüllen. Dies sei aufgrund von danach zunehmenden Schmerzen im Bereich von Hüfte, Becken und Bein. Der Arbeitsversuch habe gezeigt, dass diese Beurteilung der Beschwerdegegnerin nicht den Realitäten entspreche (Urk. 7/236.3).

2.2.8 Dr. med. I., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte mit Bericht vom 1. März 2010 als psychiatrische Diagnosen (1) eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), (2) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und (3) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Als somatische Diagnose führte er einen Status nach Hüfte TP rechts nach Unfall 2004 mit Reoperationen 2005/2008 an. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machte Dr. I. keine Angaben (Urk. 7/241).

2.2.9 Nachdem Dr. B. am 20. August 2010 einen Hüfte-TP-Pfannenwechsel rechts (Trochanter Osteotomie, Burch-Schneider-Schale rechts 62, Polyäthylen Cup 58/32, Chrom-Kobalt-Kopf 32 + 4) durchgeführt hatte (Operationsbericht vom 20. August 2010, Urk. 7/269.1), berichtete er am 11. November 2010 Dr. H., die früher stark störenden Schmerzen seien verschwunden. Der Beschwerdeführer sei nur gestört durch Beschwerden ventral im Oberschenkel und etwas inguinal bei vermehrtem Krafttraining mit Leg press. Im Weiteren bestehe natürlich die bekannte und im Vergleich zur präoperativen Situation nicht verbesserte Schwäche der Abduktorenmuskulatur an der rechten Hüfte. Der Beschwerdeführer wisse, dass er bei deutlicher Insuffizienz der Abduktoren auf der rechten Seite auch nach dem vorgenommenen Eingriff damit rechnen müsste, mit einem Stock auf der Gegenseite zu gehen. Die radiologische Situation sei glücklicherweise ruhig geblieben, und bei auch Schmerzfreiheit dürfe man die Hüfte wieder als normal belastbar ansehen. Er habe noch eine neue Physiotherapieverordnung zur weiteren Kräftigung mitgegeben. Bei allfällig auftretenden Problemen sei er gerne bereit, den Beschwerdeführer zu untersuchen. Im Moment habe er keine fixe Kontrolle vereinbart (Urk. 7/272.2).

2.2.10 Dr. G. nahm am 23. Mai 2011 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vor. Er hielt hierzu mit Bericht vom gleichen Tag fest, der Beschwerdeführer klage weiterhin über ein massive Insuffizienz der Hüftabduktoren, welche zur Benutzung eines linksseitigen Stocks geführt habe. Gleichzeitig bestehe eine Schmerzhaftigkeit, diese könne mit einem NSAR und gelegentlich durch ein ergänzendes Schmerzmittel

günstig beeinflusst werden. Klinisch bestärkte sich die ausgeprägte Insuffizienz der Hüftabduktoren, das rechte Bein sei nun sehr gering belastbar, auch ansatzweise sei ein Einbeinstand rechts nicht möglich. Mit Hilfe eines linksseitigen Krückstocks bewege sich der Beschwerdeführer aber gut. Die Hüftbeweglichkeit sei insbesondere für die Flexion etwas eingeschränkt. Dies dürfe ein tiefes Sitzen, welches zu einer starken Hüftflexion führe, erschweren. Davon abgesehen beständen kein Bewegungsschmerz und auch keine Lockerungszeichen. Der überlieferte Röntgenbefund sei unauffällig. Neun Monate nach der letzten Operation sei der Zustand seit längerer Zeit stabil, der versicherungstechnische Abschluss entsprechend möglich. Am Zumutbarkeitsprofil, das am 17. Juli 2009 formuliert worden sei, könne festgehalten werden, dies umso mehr, als Dr. B. \_\_\_ bereits am 9. November 2010 festgehalten habe, dass die Schmerzen gegenüber der Zeit vor dem zweiten Pfannenwechsel deutlich geringer seien. Als Ergänzung zum Zumutbarkeitsprofil sei anzugeben, dass vorzugsweise bei der sitzenden Arbeit eine höhenverstellbare Sitzunterlage zur Verfügung stehe, angesichts der etwas eingeschränkten Hüftflexion rechts sei eine höhere Sitzposition zu bevorzugen. Es seien nach Abschluss weiterhin die Schmerzmedikamente zu übernehmen, im übrigen betreibe der Beschwerdeführer selbständig ein Training in einem Fitness-Center. Für die nächsten Jahre wäre der übliche Beitrag von der Beschwerdegegnerin an die Kosten günstig. Ob die psychiatrische Behandlung weiterhin zu Lasten der Beschwerdegegnerin gehe oder ob dies unabhängig vom Unfallereignis sei, müsste spezialärztlich beurteilt werden, aktuell sei die Behandlung aber sistiert. Der früher geschätzte Integritätsschaden sei nach wie vor korrekt (Urk. 7/279).

2.2.11 Dr. H. \_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin am 6. Oktober 2011 mit, dass der Beschwerdeführer bei der ursprünglichen Rentenzusprache noch in der Lage gewesen sei, ohne Stock zu gehen. Er hätte entsprechend noch Lasten tragen und sich deutlich schneller fortbewegen können. Seit den letzten Operationen sei es ihm nicht mehr möglich, ohne Stock zu gehen. Ein Erhöhung der Rente um lediglich 3 % sei ein Schlag ins Gesicht des Beschwerdeführers (Urk. 7/301).

### **E. 3**

3.1 Ä Ä Ä Aus somatischer Sicht stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ vom 17. Juli 2009 (E. 2.2.5) bzw. vom 23. Mai 2011 (E. 2.2.10; Urk. 2 S. 8).

3.2 Ä Ä Ä Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche die SUVA im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus, dass die Anstalt, solange sie in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die von der SUVA beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Gutachten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312).

Vorliegend bestehen keine Indizien, welche gegen die Beweistauglichkeit der Berichte von Dr. G. \_\_\_ sprechen würden. Vielmehr erfüllen seine Berichte die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Berichte gestellt werden: Die Berichte sind für die streitigen Belange umfassend, sie

beruhen auf eingehender Untersuchung, sie berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, sie sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a).

3.3.3. Dr. H. \_\_\_ wendet mit Bericht vom 6. Oktober 2011 gegen die Beurteilung der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen ein, dass eine Erhöhung der Rente um lediglich 3 % zu wenig sei. Der Beschwerdeführer sei nicht mehr in der Lage, dieselben Arbeiten auszuführen, wie nach dem 1. Unfall vom 8. Februar 2004 (E. 2.2.11). Hierbei gilt es zu beachten, dass, wenn ein Revisionsgrund vorliegt, eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen hat, mithin auch eine erneute ärztliche Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit. Es hat also im vorliegenden Verfahren eine umfassende Neuüberprüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_427/2012 vom 5. Dezember 2012 E. 3.4 mit diversen Hinweisen). Es ist daher nicht zu beurteilen, ob die ursprüngliche Rentenzusprache - sofern nicht zweifellos unrichtig - korrekt war, weshalb auch nicht entscheidend ist, ob die im vorliegenden Verfahren festgestellte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit hinreichend von der ursprünglich angenommenen abweicht. Der Bericht von Dr. H. \_\_\_ vom 6. Oktober 2011 stellt daher die Einschätzungen von Dr. G. \_\_\_ nicht in Frage.

3.3.4. Mit Bericht vom 15. Januar 2010 erklärte Dr. H. \_\_\_, bei dem vom Beschwerdeführer absolvierten Arbeitstraining habe sich gezeigt, dass er nur während höchstens 4 Stunden im Tag in der Lage sei, eine leichte Tätigkeit auszuführen (E. 2.2.7). Diese Einschätzung von Dr. H. \_\_\_ steht im Widerspruch zu seiner eigenen Aussage vom 14. September 2009, als er unter Bezugnahme auf die von Dr. G. \_\_\_ am 17. Juli 2009 attestierte ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeiten erklärte, dass beim Arbeitsversuch nicht der Arbeitsplatz, sondern der Arbeitsweg das Problem gewesen sei (E. 2.2.6). Dr. H. \_\_\_ beanstandete in diesem Bericht in keiner Weise die von Dr. G. \_\_\_ grundsätzlich festgestellte ganztägige Arbeitsfähigkeit. Dr. H. \_\_\_ nannte in seinen Berichten auch keine Befunde, welche nachvollziehen liessen, weshalb er im Januar 2010 zu einer anderen Einschätzung als im September 2009 gelangte und weshalb er den Beschwerdeführer weitergehend als Dr. G. \_\_\_ in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt erachtet. Seine Berichte vermögen daher die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Dies gilt umso mehr, als das Gericht gemäss höchststrichterlicher Rechtsprechung auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

3.4. Dr. B. \_\_\_ machte in seinem abschliessenden Bericht vom 11. November 2010 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 2.2.9). Da er sich auch in den vorangehenden Berichten nicht zur länger andauernden Arbeitsfähigkeit geäussert hat (E. 2.2.1 und E. 2.2.2), stellen seine Berichte die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ nicht in Frage.

3.5. Nachdem auch Dr. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ vom A. \_\_\_ (E. 2.2.3) und Dr. C. \_\_\_ (E. 2.2.4) in ihren Berichten keine Angaben machten, welche der Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ entgegenstehen würden, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich somatischer Einschränkungen auf die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_



- 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.