

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00044 vom 18. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00044

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00044 du 18 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00044 del 18 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

4. Juli 1999 als Chauffeur bei der Y.____ und war dabei bei der Berner Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft (heute: Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft [Allianz]) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 27. April 2000 tätlich angegriffen wurde. X.____ zog sich dabei eine Verletzung der rechten Schulter zu (Unfallmeldung UVG vom 8. Mai 2008, Urk. 9/1). Das Z.____ diagnostizierte eine Akromionfraktur rechts und eine Fraktur des Glenoids (Arztzeugnis UVG vom 31. Mai 2000, Urk. 9/7). Der Unfallversicherer

erbrachte bis am 14. Januar 2001 Taggeldleistungen und kam bis zum vorläufigen Behandlungsabschluss per 5. März 2001 für die Heilbehandlungskosten auf (Schreiben der Allianz vom 20. April 2004, Urk. 9/58).

Am 15. August 2003 musste sich X.____ wegen progredienter Beschwerden einer Schulteroperation unterziehen, bei der das Osteosynthese-Material am vorderen Glenoidrand rechts entfernt wurde (Operationsbericht, Urk. 9/31). Die Allianz erbrachte erneut Heilbehandlungskosten und Taggelder. Am 7. Januar 2004 meldete sich X.____ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/44). Mit Verfügung vom 17. Juni 2004 stellte die Allianz ihre Leistungen für Heilbehandlung per 16. Februar 2004 und die Taggelder per 29. Februar 2004 ein und verneinte einen Anspruch von X.____

auf eine Rente der Unfallversicherung (Urk. 9/64). Hier gegen erhob X.____ am 23. August 2004 Einsprache (Urk. 9/76), auf welche die Allianz mit Einspracheentscheid vom 11. Januar 2005 nicht eintrat (Urk. 9/82).

Mit Verfügung vom 7. Februar 2005 sprach die Allianz X.____ eine Integritätsentschädigung von 12,5%, das heisst Fr. 13'350.-- zu (Urk. 9/89).

A.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, nahm am 14. April 2005

bei X.____ eine Schulterarthroskopie rechts vor (Operationsbericht, Urk. 9/99). Die Allianz erbrachte hierauf Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen und gab am 18. Mai 2005 zur Abklärung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden und der daraus folgenden Operation bei B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, ein Gutachten in Auftrag (Urk. 9/111), welches am 28. Juni 2005 erstattet (Urk. 9/114) und am 8. September 2005 ergänzt wurde (Urk. 9/121). Am 30. September 2005 nahm A.____ bei X.____ erneut eine Schulterarthroskopie rechts vor (Urk. 9/125). Mit Verfügung vom

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Rente des Beschwerdeführers auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 29 % beruhende Rente herabgesetzt hat.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 ATSG).

In Abweichung zu dieser Bestimmung des ATSG kann die Invalidenrente der Unfallversicherung nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden (Art. 22 UVG, BGE 134 V 131). 2.

E. 2

7. Juli 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 20), was dem Beschwerdeführer am 31. Juli 2012 mitgeteilt wurde (Urk. 21).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging bei der ursprünglichen Rentenzusprache davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig sei, wobei die Einschränkung unfallbedingt sei (Urk. 9/238). Sie berief sich dabei auf das Urteil des hiesigen Gerichts vom 10. Juli 2009, welches sich seinerseits insbesondere auf ein Gutachten der F. ___ vom 4. September 2008 stützte (E. 4.1) . Die F. ___ diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 4. September 2008 (Urk. 22) mit Ein fluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine septische und posttraumatische Omarthrose rechts bei (a) Zustand nach Glenoidfraktur und Akromionfraktur vom 2. Mai 2000, anschliessend multiple Operationen (initial Rekonstruktion, Oste o synthesematerialentfernung , mehrere Schulterarthroskopien mit Débridement , Bizepstenotomie , Akromioplastik und Spülungen) und (b) glenohu m e raler Dys funktion und muskulärer Dysbalance (sekundär) und (2) ein chronisches zer vi kovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom bei (a) pseudoradikulären

Be gleitsensationen und (b) muskulä r er Dysbalance (sekundär bei Diagnose 1) und (3) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei (a) Flachrücken und leich ter Wirbelsäulenfehlform, (b) muskulärer Dysbalance , (c) leichte n

Spondylarth rosen der LWS und (d) pseudoradikulären Begleitsensationen. Ohne Auswirkun gen auf die Arbeitsfähigkeit seien (1) eine posttraumatische Belastungsstörung und (2) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (S. 18) . Für eine ge eignete Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht min dest ens zu 60 % arbeitsfähig . Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit setze sich zum einen aus einer Reduktion des zeitlichen Pensums von 20 % und zum an deren einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % zusam men . Relevant sei überwiegend die septische und posttraumatische Omarthrose rechts. Das Profil der Verweistätigkeit müsse Folgendes beinhalten: Die Belas tungen für die obere Extremität und Hände sollten in Lendenhöhe höchstens leichte bis maximal kurzfristig schwere Belastungen beinhalten. Ab Brusthöhe, höchstens vorübergehend, leichte Belastungen und Arbeiten über Brusthöhe, respektive über Kopfhöhe, müss t en konsequent gemieden werden. Prinzipiell sei die dauernde Belastung der rechten oberen Extr emität zu minimieren, das heisst,

das monotone Bedienen von Maschinen in Produktionen oder von Steu erungs ele menten oder ähnliche m mit der oberen Extremität sollte nicht ko n stant aus geführt werden .

Heben und Tragen von Lasten sei bis Lendenhöhe bis maximal 5 Kilogramm, bis Brusthöhe bis maximal 2 Kilogramm möglich . Die Exposition der oberen rechten Extremität für unvorhersehbare äussere Gewalt, resp. Belastungseinwirkungen

sei strikt zu vermeiden . Arbeiten auf behelfsmässigen Arbeitsflächen seien nicht zumutbar. Zudem (aufgrund des chronischen zervikozervikalen und zervikospondylo-genen Syndroms und des chronischen Lumbovertebralsyndroms) sei die individuelle Wahl von Wechsellagen günstig, monotone kniende oder nach vorn gebeugte Tätigkeiten wie auch Tätigkeiten mit repetitiven Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf seien ungünstig (S. 20). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Auslieferungskraft für Kleinmisch- und Backbetriebe könnten sie das Belastungsprofil nicht einschätzen (S. 19).

E. 2.2

3

A.____ nannte mit Bericht vom 5. Juli 2011 (Urk. 9/263) als Diagnose (1) einen an der rechten Schulter durchgemachten low -grade Infekt mit Propionibacterium

acnes sowie Omarthrose bei (a) Status nach Glenoidfraktur , behandelt im Z.____ mit Osteosynthese, (b) Status nach Metallentfernung und im Anschluss multiplen Operationen, (c) Status nach Schulterarthroskopie mit Synovektomie , Akromioplastik am 30. September 2005, (d) Status nach erneuter Schulterarthroskopie, subtotaler Synovektomie und multiplen Gelenksbiopsien am 18. Mai 2006, (e) Status nach Schulterarthroskopie und subtotaler Synovektomie rechts am 4. Dezember 2007 und (f) Status nach Schulterarthroskopie mit glenohumeraler

Synovektomie , subacromialer

Bursektomie und Entnahme von Gewebeproben Schulter rechts am 4. September 2008 und (2) ein cranio -zervikales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion C6/7 sowie Einengung C5/6 rechts. Die Beurteilung der IV-Stelle respektive des Begutachteten verstehe er nicht. Strukturell habe sich die rechte Schulter verschlechtert. Es sei eine mässige posttraumatische Arthrose entstanden. Der Beschwerdeführer gebe Schmerzen an, welche strukturell vollumfänglich erklärt werden könnten. Er könne den rechten Arm zwar knapp heben, aber in keiner Art und Weise belasten. In diesem Zustand erachte er ihn als Dreher überhaupt nicht arbeitsfähig und in einer angepassten Tätigkeit höchstens als zu 50 % , mit nur Durchführung von leichten Tätigkeiten, allenfalls administrativen Tätigkeiten ohne Heben von Gewichten repetitiv über 1 Kilogramm.

E. 2.2.1

Im aktuellen Revisionsverfahren diagnostizierten D.____ und C.____ in ihren Gutachten vom 4. April 2011 (Urk. 23-24) aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monophasen Depression, gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.9) bei Status nach Anpassungsstörung im Jahr 2008, bestehend seit etwa 2009 und (2) eine post traumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), aktuell geringe Symptomatik, bestehend seit mindestens 2008. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht

eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit mindestens 2004. Aus somatischer Sicht bestehe (1) eine Omarthrose rechts, (2) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der oberen und der unteren Wirbelsäule mit spondylogener Ausstrahlung, welches somatisch nicht ausreichend abstützbar sei, bei (a) diffuser Druckschmerzangabe, (b) im Januar 2011 elektrodiagnostisch diskrete Hinweise auf ein Sulcus - ulnaris -Syndrom links und auf eine Thoracic

outlet -Komponente links und (c) Schlafstörungen, Müdigkeit und Bauchschmerzen, (3) anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom und (

E. 2.2.2

A.____

diagnostizierte mit Bericht vom 23. November 2011 (Urk. 3/3) eine posttraumatische Omarthrose der rechten Schulter bei durchgemachtem low -grade Infekt mit Propionibacterium

acnes bei (a) Status nach Glenoidfraktur, behandelt im Z.____ mit Osteosynthese, (b) Status nach Metallentfernung und im Anschluss multiplen Operationen, (c) Status nach Schulterarthroskopie mit Synovektomie und Akromioplastik am 30. September 2005, (d) Status nach erneuter Schulterarthroskopie, subtotaler Synovektomie und multiplen Gelenksbiopsien am 18. Mai 2006, (e) Status nach Schulterarthroskopie und subtotaler Synovektomie rechts am 4. Dezember 2007 und (e) Status nach Schulterarthroskopie mit glenohumeraler

Synovektomie, subacromialer

Bursektomie und Entnahme von Gewebeproben Schulter rechts am 4. September 2008 und (2) und ein cervikales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion C6/7 sowie Einengung C5/6 rechts. Der Beschwerdeführer sei seit dem 5. Mai 2008 zu 100% arbeitsunfähig.

E. 2.2.4

Die G.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 16. Januar 2012 und diagnostizierte mit Bericht vom 30. Januar 2012 (Urk. 3/4) an der rechten Schulter (1) einen Status nach Schulterarthroskopie mit Synovektomie, Akromioplastik am 30. September 2005, (2) einen Status nach erneuter Schulterarthroskopie, subtotaler Synovektomie und multiplen Gelenksbiopsien am 18. Mai 2006, (3) einen Status nach Schulterarthroskopie und subtotaler Synovektomie rechts am 4. Dezember 2007, (4) einen Status nach Schulterarthroskopie mit glenohumeraler

Synovektomie, subacromialer

Bursektomie und Entnahme von Gewebeproben Schulter rechts am 4. September 2008, (5) eine posttraumatische Omarthrose bei durchgemachtem low -grade Infekt mit Propionibacterium

acnes bei Status nach Metallentfernung und im Anschluss multiplen Operationen und Status nach Glenoidfraktur, behandelt im Z.____ mit Osteosynthese am 2. Mai 2000 und Osteosynthesematerialentfernung am 15. August 2003. Im Weiteren bestehe ein cervikales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion C6/7 sowie Einengung C5/6 rechts. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien sehr gut nachvollziehbar, einerseits im Rahmen der Anamnese, andererseits im Rahmen der aktuellen und früheren Bildgebung. Es

bestünden keine Zweifel an der organischen Ursache der Probleme.

E. 3

Mit heutigem Urteil wurde die vom Beschwerdeführer gegen die Renteneinstellung der IV-Stelle erhobene Beschwerde abgewiesen (Prozess Nr. IV.2011.01249).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid vom 16. Januar 2012 davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe und er nun in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf die Gutachten von C.____ und D.____ vom 4. April 2011 (Urk. 2).

E. 3.2.1

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb). Vorliegend sind keine Indizien ersichtlich, welche gegen die Beweistauglichkeit der Gutachten von C.____ und D.____ vom 4. April 2011 sprechen. Die Gutachten erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche

medizinische Gutachten gestellt werden: Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf eingehenden Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, 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 351 E. 3a).

E. 3.2.2

Die Beweistauglichkeit der Gutachten wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Er wendet gegen die Herabsetzung der Rente vielmehr ein, dass aus den Gutachten gar keine Verbesserung seines Gesundheitszustandes hervorgehe. Die Beschwerdegegnerin sei denn auch bereits bei der Festsetzung der ursprünglichen Rente davon ausgegangen, dass der Infekt der rechten Schulter abgeheilt sei (Urk. 1 und Urk. 14).

Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch C.____ und D.____

weicht tatsächlich von derjenigen der F.____ ab. Diese retrospektive Einschätzung ist revisionsrechtlich jedoch nicht entscheidend. Vielmehr ist relevant, wie C.____ und D.____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung beurteilen und ob sie eine seit der ursprünglichen Rentenzusprache eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers rechtsgenügend feststellen konnten.

Hierzu wendet der Beschwerdeführer zu Recht ein, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 19. Oktober 2008 davon ausgegangen sei, dass bereits ab September 2008 kein Infekt der rechten Schulter mehr vorgelegen hatte (Urk. 9/238 S. 2). Es kann offen bleiben, ob dies nicht offensichtlich unrichtig war, hielt doch die F.____ noch eine septische Situation fest (Urk. 22 S. 20). Die klinische Situation der rechten oberen Extremität hat sich nämlich unabhängig vom Bestehen eines Infekts verbessert. So erklärt C.____

betreffend die oberen Extremitäten (Urk. 24 S. 13) : „So hat zwar das Ausmass der radiologisch dokumentierten Omarthrose rechts, seit dem 11.04. 2005 zugenommen, was eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeutet. Die klinisch pathologischen Befunde im Bereich der oberen Extremität und insbesondere im Bereich des rechten Schultergürtels sind jedoch aktuell deutlich weniger pathologisch ausgeprägt. So hat sich die Bewegungseinschränkung im glenohumeralen Gelenk rechts für sämtliche Bewegungsamplituden deutlich zurückgebildet. So ist die rechte Schulter nicht mehr geschwollen und überwärmt, wobei damals (Zeitpunkt des F.____-Gutachtens) noch eine Infektsituation in der rechten Schulter vorlag. So hat sich die Schulterbeweglichkeit links normalisiert.“

C.____

legt also in schlüssiger Weise dar, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert hat. Da die Gutachten von C.____ und D.____ wie ausgeführt auch die übrigen Voraussetzungen an beweistaugliche Gutachten erfüllen, bilden

sie eine hinreichende Beurteilungsgrundlage.

E. 3.3

A.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 23. November 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 5. Mai 2008 (E. 2.2.2) und mit Bericht vom

5. Juli 2011 (E. 2.2.3) in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit höchstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und erklärte, dass er die Beurteilung der IV-Stelle respektive des Gutachters nicht verstehe.

C.____ erklärte hierzu am 6. September 2011 (Urk. 25), dass er in seinem Gutachten vom 4. April 2011 auch davon ausgegangen sei, dass die Omarthrose rechts zugenommen habe. Seines Erachtens seien die geklagten Beschwerden jedoch nur teilweise auf objektivierbare somatisch-pathologische Befunde abstützbar. Diese unterschiedliche Einschätzung von A.____ und C.____ lässt sich ohne Weiteres durch die Verschiedenheit ihrer Aufgaben, das heisst

ihres Behandlungs- bzw.

Begutachtungsauftrags erklären (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.

4). Da es zudem auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen gilt, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E.

3b/cc), vermag der Bericht von A.____

vom 5. Juli 2011 die Einschätzung von C.____ nicht in Frage zu stellen.

Im Operationsbericht vom 30. März 2012 (E. 2.2.

E. 3.4

Die G.____ erklärte mit Bericht vom 30. Januar 2012 (E. 2.2.4) wie A.____, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sehr gut nachvollziehbar seien. Bei den von der G.____ erhobenen Befunden fällt jedoch auf, dass sie wie auch C.____ im Vergleich zur Untersuchung der F.____

(Urk. 22, Rheumatologisches Teilgutachten, S. 5)

eine verbesserte Beweglichkeit der rechten Schulter feststellen konnte , insbesondere glenohumeral . Da C.____ die von ihm erhobene Verbesserung des Gesundheitszustandes massgeblich durch die verbesserten klinischen Befunde begründet und die G.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers macht , stellt ihr Bericht die Einschätzung von C.____

ebenfalls nicht in Frage.

E. 3.5

Das E.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 24. Februar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und kritisierte das Gutachten von D.____ (E. 2.2. 5). Hierbei gilt es zu beachten, dass die ursprüngliche Rentenzusprache nicht gestützt auf einen psychischen Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers erfolgte und es zumindest fraglich ist, ob psychische Beschwerden überhaupt in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 27. April 2000 stehen . Dies kann jedoch offen bleiben, da der Bericht des E.____ die Einschätzung von D.____

nicht in Frage zu stellen vermag . Das E.____ legt nämlich nicht nur in keiner Weise dar, wie es die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers überprüft hat, sondern es erklärt vielmehr selber, dass gar nicht beabsichtigt werde, den Zustand des Beschwerdeführers objektiv zu erfassen (Urk. 17/2 S. 2 Ziffer 3). Die vom E.____ erhobenen Vorwürfe erweisen sich denn auch als haltlos. So stellt das

E.____

beispielsweise

ohne irgendeinen Hinweis die Qualität der bei der Begutachtung anwesenden Dolmetscherin in Frage oder behauptet ohne Grundlage , der Serumspiegel von Venlafaxin und Desmethylvenlafaxin sei falsch wiedergegeben worden . Betreffend Serumspiegel von Venlafaxin und Desmethylvenlafaxin gilt es zu beachten, dass dieser vorliegend ohne Relevanz ist, da D.____ aus diesem keine Schlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zog , sondern lediglich empfahl , die Dosis aus therapeutischen Zwecken zu steigern (Urk. 23 S. 43) . 3.

E. 4

) einen Verdacht auf eine subklinische Hypothyreose (Urk. 24 S. 10 und Urk. 23 S. 36). Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeiten zu 100 % eingeschränkt gewesen im Zeitraum vom 27. April 2000 bis Ende 2000, vom 15. August 2003 bis längstens November 2003, vom 14. Mai 2005 bis längstens Mitte August 2005, vom 4. bis 31. Dezember 2007 und vom 4. September 2008 bis längstens Ende November 2008. Neben diesen Einschränkungen bestehe für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur mit Auslieferung von Backprodukten seit dem Jahr 2004 eine Einschränkung von 10 % , für das Jahr 2005 von 20 % , für das Jahr 2006 von 30 % und seit 2008 von 50 % . Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt geleistet werden. Für eine angepasste Tätigkeit gälten die genannten 100%igen Arbeitsunfähigkeiten ebenfalls. Zudem bestehe für eine angepasste Tätigkeit seit dem Jahr 2007 eine 10%ige und seit dem Jahr 2008 eine 20%ige Einschränkung. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte für die

Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit das somatisch-rheumatologische Zumutbarkeitsprofil. Für eine angepasste Tätigkeit könne bis 2007 vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht und für die Jahre 2008 und 2009 vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestellt werden und seit dem Jahr 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % postuliert werden. Eine angepasste Tätigkeit sei in einem temperierten Raum auszuüben. Die Tätigkeit dürfe körperlich nur leicht gradig belastend sein und es müsse die Möglichkeit bestehen, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Vermieden werden sollten der repetitive Handeinsatz oberhalb der Augenhöhe, sofern der rechte Ellbogen nicht abgestützt werden könne, und Arbeiten, bei denen der rechte Arm Vibrationen ausgesetzt sei. Die Gewichtslimite für bis Brusthöhe zu bewegende Gewichte betrage 5 bis 7,5 Kilogramm und oberhalb der Brusthöhe bei beidseitigem Handeinsatz 4 bis 5 Kilogramm und bei rechtseitigem Handeinsatz 1 bis 2 Kilogramm. Das Schieben von Gestellen (mit Rollen) sei auch weiterhin zumutbar. Das Einhalten der Rückergonomie sei wünschenswert (Urk. 24 S. 20-22).

E. 4.1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Der Beschwerdeführer erzielte gemäss den Angaben der Y. ____

im Jahr 2002 als Chauffeur ein monatliches Einkommen von Fr. 4'400.--, wobei er keinen Anspruch auf einen 1/3 Monatslohn hatte (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren vom 21. Dezember 2006 E. 6.2, Prozess-Nr. IV.2005.00896, Urk. 9/181). Dies entspricht im Jahr 2002 einem Jahreslohn von Fr. 52'800.-- (Fr. 4'400.-- x 12) und im Jahr 2011 von Fr. 58'815. (Fr. 52'800.-- : 110,6 x 122,1 [Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1.1.93, D] : 100 x 100,9 [Nominallohnindex nach Geschlecht, 2011, des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1.1.10, C]).

E. 4.2.1

Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, wird kein Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b). Vorliegend rechtfertigt es sich, auf die Tabellenlöhne abzustellen, da der Beschwerdeführer keiner Tätigkeit mehr nachgeht und er in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein höheres Einkommen erzielen kann als in der angestammten Tätigkeit, in welcher er nur noch zu 50 % arbeitsfähig ist. Aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2010 (LSE 2010) ergibt sich für Arbeitnehmer des

Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn von Fr. 4'901.-- (Tabelle TA1 S. 26). In Anbetracht der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2011 für alle Sektoren von 41,

E. 4.2.2

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 (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 4.2.3

Die Beschwerdegegnerin nahm einen Abzug vom Tabellenlohn von 15 % vor (Urk. 2). Da der Beschwerdeführer nur noch leichtgradig körperlich belastende, mit einer Gewichtslimite für bis Brusthöhe von 5 bis 7,5 Kilogramm, oberhalb der Brusthöhe bei beidseitigen Handeinsatz von 4 bis 5 Kilogramm und bei rechtsseitigem Handeinsatz von 1 bis 2 Kilogramm, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung wechselnd, mit Einhalten der Rückenergonomie, mit Vermeidung repetitiver Handeinsätze oberhalb der Augenhöhe, sofern der rechte Ellbogen nicht abgestützt werden kann, und ohne Vibrationen für den rechten Arm auszuübende Tätigkeiten in temporierten Räumen verrichten kann, scheint dies – unter Berücksichtigung auch der übrigen relevanten Umstände insgesamt angemessen. Es ergibt sich so ein Invalideneinkommen von Fr. 42'109. (Fr. 49'540. x 0,85).

E. 4.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 58'815. und einem Invalideneinkommen von Fr. 42'109.

resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 16'706. und ein Invaliditätsgrad von gerundet 2

E. 5

Das

E.____ nahm am 24. Februar 2012 zum Gutachten von D.____ vom 4. April 2011 Stellung (Urk. 17/2) und diagnostizierte dabei (1) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10

F43.1), (2) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), (3) eine Schultergelenksarthrose mit/bei (a) Status nach Überfall am 27. April 2000, (b) Status nach Glenoid- und Akromionfraktur am 27. April 2000, (c) Chondromalazie anteile Grad III im Bereich Humeruskopf, in den übrigen Bereichen Grad II, (d) Status nach Rekonstruktion der vorderen Glenoidrandfraktur am 2. Mai 2000, (e) Entfernung Osteosynthesematerial vorderer Glenoidrand rechts am 15. August 2003, (f) Schulterarthroskopie am 14. Mai 2005, (g) Schulterarthroskopie mit Synovektomie und Akromioplastik am 30. September 2005, (h) Schulterarthroskopie subtotale Synovektomie und multiplen Gelenksbiopsien am 18. Mai 2006, (i) Schulterarthroskopie subtotale Synovektomie rechts am 4. Dezember 2007, (j) Schulterarthroskopie mit glenohumeraler Synovektomie, subacromialer

Bursektomie und Entnahme von Gewebeproben Schulter rechts am 4. September 2008 und (k) Schultertotalprothese rechts, vorgesehen am 7. März 2012, (4) Armschmerzen links mit/bei (a) leichtem Thoracic-outlet-Syndrom und (b) leichtem Sulcus-ulnaris-Syndrom, (5) chronische Lumbalgien bei (a) L3/4 leichter bis mittelgradiger Einengung des Spinalkanals, (b) L4/5 leichter Einengung des Spinalkanals, mittelgradiger Spondylarthrose und Recessus

lateralis von L5 beidseits etwas eingengt und (c) L5/S1 mittelgradige Spondylarthrose und normal weitem Spinalkanal und (6) ein chronisches Zervikalsyndrom mit/bei (a) Parästhesien

Dig. IV und V rechts möglicherweise im Rahmen eines geringgradigen

Thoracic-outlet-Syndroms, (b) leichter Einengung des Neuroforamens C5/6 rechts durch unkarthrotische Zacken und kleine mediolaterale

intraforaminäre Hernie, Osteochondrose C5/6 und ohne Hinweise auf relevante Läsion der Wurzel C6 und (c) Diskusprotrusion C6/7 sowie foraminaler Einengung C5/6 rechts. Der Beschwerdeführer sei für jede Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig.

E. 6

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Gutachten von D.____ und C.____ vom 4. April 2011 abgestellt und von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen ist. 4.

E. 7

: 100 x 101) für ein 100%-Pensum und Fr. 49'540. für ein 80%-Pensum.

E. 8

% . Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdeführers per 1. Juli 2011 auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 29% beruhende Rente herabgesetzt hat. 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft - Bundesamt für Gesundheit 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Der Gerichtsschreiber HurstWylter VC/FW/MTversandt

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