

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00186 vom 30. Oktober 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00186

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00186 du 30 octobre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00186 del 30 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

August 2000 eine ganze Rente ausrichtete (Urk. 8/98) , veranlasste im Rahmen einer Rentenrevision eine interdisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung des Versicherten . Gestützt auf das Gutachten vom

E. 1.1

Der 1955 geborene X.____ arbeitete seit dem 1. Dezember 1980 als Elektro-Hilfsmonteur bei der Firma Y.____ AG (Urk. 8/1) , als er am 5. August 1999 in einen Autounfall verwickelt wurde, bei dem er einen Kopfanprall, eine Schlüsselbeinluxation links sowie eine Rippenkontusion rechts erlitt und bei welchem auch

Familienmitglied er ums Leben kam en (Urk. 8/1-2, Urk. 8/5, Urk. 8/8, Urk. 8/20, Urk. 8/153 S. 2, Urk. 8/201 S. 10). In der Folge war er 100%ig arbeitsunfähig. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) anerkannte ihre Leistungspflicht als obligatorischer Unfallversicherer, richtete Taggelder aus und übernahm die Kosten der Heilbehandlung (vgl. Urk. 8/13, Urk. 8/89 , Urk. 8/124) . Ein Arbeitsversuch am 29. Mai 2000 scheiterte (Urk. 8/26, Urk. 8/29). Nebst den anhaltenden Schulterbeschwerden litt der Versicherte auch unter Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (Urk. 8/20, Urk. 8/37 , 8/90), welche von den Ärzten auf eine Rezessusstenose L5 links bei linkslateraler Diskushernie L5/S1 zurückgeführt wurden und mittels einer operativen Dekompression des Rezessus L5 über das interlaminäre Fenster L4/5 und L5/S1 am 14. Juni 2000 behandelt wurden (Urk. 8/110) . Am 10. November 2000 erfolgte die operative Stabilisation des linken Acromio-Claviculargelenks nach Waever -Dunn (Urk. 8/175). Wegen Angstzuständen, Schlaflosigkeit, innerer Unruhe und weiterer psychischer Symptome begab sich der Versicherte bei Dr. med. Z.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (Urk. 8/83 , Urk. 8/153). Per 30. April 2003 stellte die Suva die Taggelderleistungen und die Übernahme der Heilungskosten ein, soweit diese nicht die notwendige psychotherapeutische Behandlung betrafen (Urk. 8/160).

Gestützt auf die Beurteilung vom 17. April 2003 von Dr. med. A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva (Urk. 8/163), sowie die Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. B.____ , Facharzt für Chirurgie, vom 12. Mai 2003 (Urk. 8/175)

sprach die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 20. Juni 2003

ab 1. Mai 2003 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 25 %

zu (Urk. 8/181) . Dies e Verfügung wurde rechtskräftig.

Mit Mit teilung vom 20. Juli 2006 bestätigte die Suva die laufende Rente nach Überprüfung des Anspruchs (Urk. 8/190; vgl. auch Urk. 8/188-189) .

E. 1.2

Die Invalidenversicherung, welche dem Versicherten mit Wirkung ab

E. 3

Oktober 2010 des Instituts C.____ (Urk. 8/201) ging sie von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes aus und hob die laufende ganze Rente mit Verfügung vom 13. April 2012 auf (Urk. 8/194) . Das vom Versicherten dagegen eingeleitete Beschwerdeverfahren wird ebenfalls mit heutigem Urteil des Sozialversicherungsgerichts im Verfahren IV.2012.00540 erledigt.

Nach dem die Suva vom Rentenrevisionsverfahren der Invalidenversicherung

Kenntnis erlangt (vgl. Urk. 8/191) und das

Gutachten des Instituts C.____ vom 3. Oktober 2010 zugestellt erhalten hatte,

nahm s ie ebenfalls eine Rentenrevision vor. Mit Verfügung vom 26. April 2012 (Urk. 8/195) und diese bestätigendem Einspracheen t scheid vom 26. Juli 2012 (Urk. 2) setzte die Suva die laufende 100%-Rente ab dem 1. Juni 2012 herab , basierend auf dem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 36 % . 2.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch die DAS Rechtsschutz -Versicherungs-AG, lic . iur . Melanie Keller , mit Eingabe vom 3. September 2012 Beschwerde und beantrag t e, es sei ihm weiterhin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vo m 25. September 2012 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Im Rahmen von Replik (Urk. 11) und Duplik (Urk. 16) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Sistierung des Verfahrens bis zum Abschluss des ebenfalls beim Sozialversicherungsgericht hängigen Beschwerdeverfahrens IV.2012.00540 betreffend die Aufhebung der Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1 S. 2 , Urk. 11 S. 3) . Da beide Verfahren – sowohl die Rente der Unfall- als auch diejenige der Invalidenversicherung – vom gleichen Spruchkörper mit heutigem Urteil erledigt werden, ist die not wendige Koordination gewährleistet. Auf eine förmliche Sistierung des Verfah rens konnte daher verzicht et werden . 2.

2.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälli ger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausge gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. 2.2

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).

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. Eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt demgegenüber keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012, E. 3.2 mit Hinweisen). 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).

E. 3.1

Die Suva begründete die Herabsetzung der 100% -Rente auf eine solche von 36 % damit, aufgrund des Gutachtens des Instituts C.____ vom 3. Oktober 2010 stehe fest, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit 100%ig arbeitsfähig sei. Es bestehe kein Anlass, von der gutachterlichen Beurteilung abzuweichen, erfülle diese doch sämtliche an ein beweiskräftiges Gutachten gestellten Anforderungen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich wesentlich verbessert. Ausgehend von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 83'272.-- und einem im Jahr 2012 zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen von Fr. 53'266.-- errechne sich ein Invaliditätsgrad von 36 %, welcher Anspruch auf die entsprechend herabgesetzte Rente gebe (Urk. 2 , Urk. 7, Urk. 16).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer verlangt dagegen die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 26. Juli 2012 und die Weiterausrichtung der laufenden Rente und macht – durch Verweisung auf seine Ausführungen in der Beschwerdeschrift vom 15. Mai 2012 im Verfahren IV.2012.00540 betreffend die Aufhebung der Rente der Invalidenversicherung - geltend, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei im Gutachten des Instituts C.____ nicht nachvollziehbar begründet worden. Da mit sei kein Revisionsgrund vorhanden und der Anspruch auf die laufende Rente bestehe unverändert. Im Übrigen könne auch nicht auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von C.____ abgestellt werden, da das Gutachten nicht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Qualität eines Fachberichtes erfülle. Zum einen sei die attestierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht angesichts der von den Gutachtern erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar. Zum anderen lasse das psychiatrische Teilgutachten eine Auseinandersetzung mit der divergierenden Beurteilung von Dr. Z.____ missen. Dr. Z.____ behandle ihn seit über zehn Jahren, weshalb er den chronifizierten Krankheitsverlauf mit einer Wesensänderung besser beobachten können als die Gutachter, welche für ihre Beurteilung bloss auf eine Momentaufnahme hätten abstellen können. Die von den Gutachtern erwähnte fehlende Medikamenteneinnahme sei zudem für psychisch Erkrankte geradezu typisch und nicht geeignet, das Nichtbestehen einer psychischen Erkrankung zu begründen (Urk. 1, Urk. 3/4, Urk. 11).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert hat. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung ist die ursprüngliche Rentenverfügung der Suva vom 20. Juni 2003 (Urk. 8/181). Die Mitteilung vom 20. Juli 2006, mit welcher die 100%-Unfallr

ente nach einer erstmaligen Überprüfung bestätigt wurde

(Urk. 8/190) , basierte lediglich auf einer kurzen Befragung des Beschwerdeführers und dessen Antwort, dass er immer noch keiner Arbeit nachgehe (Urk. 8/188-189). Damit bildet sie keine taugliche Vergleichsgrundlage.

E. 4.2.1

Der Verfügung vom 20. Juni 2003 (Urk. 8/181) , mit welcher dem Beschwerdeführer wegen der unfallbedingten Beeinträchtigung der linken Schulter und der psychischen Beschwerden (Urk. 8/177 S. 1 ; vgl. auch Urk. 8/110 = Urk. 8/135 S. 2) die ganze Rente zugesprochen worden war, lagen in medizinischer Hinsicht die Beurteilungen des Psychiaters Dr. A.____ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva vom 17. April 2003 (Urk. 8/163) so wie von Kreisarzt Dr. B.____ vom 12. Mai 2003 (Urk. 8/175) zugrunde (Urk. 8/177 S. 2). Diese Beurteilungen ergingen wiederum im Wesentlichen gestützt auf die Befunde, welche in den Berichten der Schulterspezialisten der Orthopädischen Klinik Dr.____ vom 13. August 2001 (Urk. 8/110 = Urk. 8/135) so wie des behandelnden Psychiaters Dr. Z.____ vom 27. Januar 2003 (Urk. 8/153; vgl. Urk. 8/163 S. 2) festgehalten wurden.

Die Schulterspezialisten der Orthopädischen Klinik Dr.____ diagnostizierten in ihrem Bericht über die Verlaufskontrolle vom 13. August 2001 einen Status nach AC-Stabilisation nach Waever-Dunn Schulter links am 10. November 2000 bei Status nach Autounfall mit AC-Luxation Tossy III vom 5. August 1999. Weiter hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer leide unter persistierenden krampfartigen Schmerzen, insbesondere im Bereich des Innervationsgebietes des Nervus

radialis , mit Schmerzausstrahlung in die Finger I-III . Nach umfassender radiologischer Abklärung, Infiltration subakromial , glenohumeral und im AC-Gelenk ohne relevantes Ansprechen sowie elektroneurologischer Untersuchung habe kein strukturelles Korrelat, welches die invalidisierenden Schmerzen erklären könnte, gefunden werden können. Die Behandlung der linken Schulter werde deshalb abgeschlossen, und es könne diesbezüglich auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr aufrechterhalten werden (Urk. 8/110 = Urk. 8/135). Kreisarzt Dr. B.____ interpretierte die Befunde in seiner Beurteilung des Integritätsschadens vom 12. Mai 2003 als schwere Instabilität des Acromio-Claviculargelenkes (Urk. 8/175).

Der behandelnde Psychiater Dr. Z.____ führte in seinem ausführlichen Bericht vom 27. Januar 2003 die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach einem Autounfall mit tödlichem Ausgang auf dem Boden einer zwanghaften Persönlichkeit sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannter Diskushernie auf. Der Beschwerdeführer habe während den Therapiesitzungen traurig, innerlich verspannt, psychomotorisch unruhig und gleichzeitig gereizt gewirkt. Er habe über Schuldgefühle, Alpträume und schlechten Schlaf wegen des Unfalls vom 5. August 1999 berichtet. Er müsse ständig an die Kinder der beim Unfall verstorbenen Schwester denken, habe sich zunehmend von der Umgebung zurückgezogen, wage nicht mehr, mit dem Auto zu fahren, und sei nicht imstande, seine Arbeit zu verrichten, was ihn äusserst depressiv mache. Nach der ersten Therapiesitzung vom 11. Oktober 2000 habe er, Dr. Z.____ , die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen gestellt. Laut Dr. Z.____ ging es bei den psychotherapeutischen Gesprächen zuerst um den Aufbau von Vertrauen und danach um die Verarbeitung des erlebten Unfalls. Zudem seien ihm Antidepressiva und Anxiolytika verordnet worden.

Wegen der Unfähigkeit zur tieferen Einsicht in seine Situation habe sich der Zustand aber chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Da es sich um ein Zusammenspiel körperlicher und seelischer Faktoren nach einer extremen Belastung (Unfall mit tödlichem Ausgang) handle, seien die Beschwerden bis jetzt therapieresistent, und es zeigten sich zunehmend Symptome einer andauernden Persönlichkeitsänderung, welche allmählich das klinische Bild dominierten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer

zu 100 %

arbeitsunfähig (Urk. 8/153). Der Suva-Versicherungsmediziner

Dr. A.____ stimmte Dr. Z.____ insofern zu, als dass der Beschwerdeführer im beschriebenen Zustand nicht arbeitsfähig sei, jedoch rechnete Dr. A.____

langfristig mit einer Verminderung der Symptomatik (Urk. 8/163 S. 2 f.).

E. 4.2.2

Am 19. und 21. Juli 2010 wurde der Beschwerdeführer im Institut C.____ interdisziplinär internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet (Urk. 8/201 S. 1 ff.).

Zusätzlich fertigten die Gutachter am 19. Juli 2010 Röntgenbilder der Wirbelsäule, des rechten Kniegelenks sowie des linken Schultergelenks an (Urk. 8/201 S. 28 f.) und führten eine Laboruntersuchung, ein Ruhe-EKG und eine kleine Lungenfunktionsprüfung durch (Urk. 8/201 S. 21). Das Gutachten wurde am 3. Oktober 2010 erstattet.

Der Beschwerdeführer gab den Gutachtern an, im Vordergrund stünden seine Schmerzen im Bereich der linken Schulter, welche Tag und Nacht bestünden. Beim Hochheben des Armes habe er zudem stärkste Schmerzen im Hinterkopf links. Weiter leide er unter Rückenschmerzen etwas links im Bereich der ehemaligen Operationsstelle, welche über die Hüfte entlang des lateralen Oberschenkels zur Kniekehle und von dort an der Innenseite des Unterschenkels über die Ferse zu den Zehen I und II ziehen würden. Die Schmerzen in den Zehen träten zwei- bis dreimal pro Woche auf. Ferner bestünden Gefühlsstörungen im Bereich des medialen Unterschenkels und Fusses. In psychischer Hinsicht werde er dadurch beeinträchtigt, dass er immer wieder über den Unfall und die drei Kinder, welche deswegen jetzt ohne Eltern seien, nachdenken müsse. Zudem mache er sich Gedanken über die Arbeit, da er seine ehemaligen Kollegen zur Arbeit gehen sehe (Urk. 8/201 S. 17 f., 24 f., 38 f., 45).

Die internistische Untersuchung ergab das Bild eines 55-jährigen, übergewichtigen Mannes in unauffälligem Allgemeinzustand bei altersentsprechend normalem klinischem Status (Urk. 8/201 S. 16, 18 ff., 45).

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung waren die Impingement-, Rotatorenmanschetten- und ACG-Tests beidseits nicht spezifisch positiv. Der Gutachterin fiel eine gesamthaft kräftig ausgebildete Muskulatur des gesamten Bewegungs- und Halteapparates auf, welchen sie als Ausdruck dafür wertete, dass die Muskulatur kontinuierlich beansprucht werde. Dennoch bestand im Bereich des Schultergürtels eine deutliche muskuläre Dysbalance mit Hypertonus insbesondere der Scaleni links mehr als rechts und multiplen Triggerpunkten. Die Insuffizienz der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur führe zusammen mit einer Fehlhaltung sowie den degenerativen Veränderungen (Status nach Dekompression des Rezessus LWK5 über das interlaminaire Fenster LWK4/5 und LWK5/SWK1 links mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 und

S1 links am 14. Juni 2000, multisegmentale Osteochondrosen mit ventralen Spondylosen und Spondylarthrosen betont LWK5/SWK1 beidseits sowie eine ausgeprägte Narbenbildung linksseitig entlang des Zugangswegs und epidural bei Status nach der Operation vom 14. Juni 2000) zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans und aktuell einer konsekutiven Funktionsstörung des rechten ISG. Eine Dupuytren'sche Kontraktur insbesondere im Bereich des Ringfingers links, welche operationsbedürftig sei, führe auch aktuell zu einer gewissen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit insbesondere für feinmotorische Tätigkeiten. Hinweise auf eine floride neuroradikuläre Symptomatik hätten nicht bestanden. Die subjektiv angegebene Hypästhesie des medialen und lateralen Unterschenkels sowie sockenförmig des gesamten linken Fusses entspreche keinem Dermatome respektive Innervationsgebiet eines Nervs. Das Fehlen des linksseitigen Achillessehnenreflexes sei als Residuum bei Status nach S1-Wurzelkompression zu werten und ohne eigentlichen Krankheitswert. Es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Schmerzen. Unter Berücksichtigung aller Befunde und Gegebenheiten limitiere das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom links durch die Einschränkung der Belastbarkeit des linken Schultergelenks, der Lendenwirbelsäule und beider Hände die Arbeitsfähigkeit. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Elektromonteur bestehe keine Arbeitsfähigkeit, in einer optimal dem Leiden angepassten Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer hingegen eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert werden. Aufgrund fehlender fachärztlicher Berichte und des Fehlens objektiv erhobener, versicherungsmedizinisch nachvollziehbarer Befunde und Funktionsdefizite ab 2002 könne der Verlauf im retrospektiven Längsschnitt nicht beurteilt werden, so dass die Beurteilung ab sofort gelte (Urk. 8/201 S. 22 ff., 32 ff. S. 45 f.).

Im Rahmen der eineinhalb-stündigen psychiatrischen Exploration wurde ein weitgehend normaler psychischer Befund erhoben. Laut dem psychiatrischen Gutachter war der vom Beschwerdeführer angegebene Tagesablauf mit Hobbys und Interessen weitgehend unauffällig. Ein klinisch relevanter Rückzug lasse sich aufgrund dessen nicht vermuten. Nach eigenen Angaben sei das Vermeidungsverhalten des Beschwerdeführers darauf begrenzt, dass er nicht mehr selbst Auto fahre (als Beifahrer aber schon mitfahre). Albträume würden im Durchschnitt nur noch zweimal wöchentlich auftreten, über Nachhallerinnerungen und vegetative Reaktionen bei Hinweisreizen habe er erst auf Nachfrage hin berichtet. Er vermeide auch keine Reisen in den Bereich des Unfallortes. Mit den ihn plagenden Schuldgefühlen gehe er konstruktiv um, indem er die Kinder der bei dem Verkehrsunfall umgekommenen Person finanziell unterstütze. Die aufgrund von Schlafstörungen verordnete Medikation mit Trittico 100 mg nehme er nicht regelmässig ein. Die Behandlungsfrequenz von vier- bis sechswöchigen rund fünfzehnminütigen Psychotherapiegesprächen weise nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hin. Die angegebenen Beschwerden liessen sich diagnostisch am ehesten als Dysthymia (ICD-10; F34.1) verschlüsseln. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig, wobei aufgrund der fehlenden Medikamenteneinnahme davon ausgegangen werden müsse, dass schon seit 2007 keine relevanten Beschwerden mehr bestanden hätten und der Beschwerdeführer uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 8/201 S. 34 ff., 39, 54 ff.).

In der abschliessenden interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Elektromonteur zu 100 % arbeitsunfähig. In einer optimal dem Leiden angepassten, wechselbelastenden, leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe, ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das Tragen und Heben von Lasten körperfern und ohne besondere Anforderungen an die feinmotorischen sowie kraftfordernden Fähigkeiten im Bereich der linken mehr als rechten Hand sei aus interdisziplinärer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren (Urk. 8/201 S. 47 ff.).

E. 4.3.1

Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des Gutachtens von C.____ vom 3. Oktober 2010.

In der Expertise wurden die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, seine anamnestischen Angaben und die Vorakten berücksichtigt. Der Beschwerdeführer wurde fachärztlich-internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch und damit hinsichtlich der relevanten Beschwerden allseitig und umfassend untersucht. Die medizinischen Zusammenhänge wurden im Gutachten ebenso wie die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen begründet. Damit sind die höchstrichterlichen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen grundsätzlich erfüllt (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Kritik, die attestierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht sei angesichts der von den Gutachtern erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar, ist nicht stichhaltig. Im rheumatologischen Teilgutachten wurden die erhobenen Befunde und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen äusserst eingehend und aus versicherungsmedizinischer Perspektive überzeugend dargelegt, insbesondere auch durch das Aufzeigen von verbliebenen Ressourcen und Inkonsistenzen anlässlich der klinischen Untersuchung (Urk. 8/201 S. 22 ff.).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers setzte sich die psychiatrische Teilgutachterin sehr wohl mit der divergierenden Beurteilung von Dr. Z.____ auseinander. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die von Dr. Z.____ in den - zu Händen der Invalidenversicherung erstellten - Berichten vom 15. April und 24. August 2009 aufgeführten Befunde zu Beginn ihres Teilgutachtens detailliert wiedergegeben werden (Urk. 8/201 S. 22 ff.).

E. 4.3.2

Zu prüfen bleibt, ob sich der Gesundheitszustand seit Erlass der Rentenverfügung vom 20. Juni 2003 wesentlich verbessert hat und da her ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt.

Hinsichtlich der unfallgeschädigten

linken Schulter unterscheiden sich die von den Gutachtern des Instituts C.____ erhobenen Befunde nicht wesentlich von denjenigen, die im Bericht der Schulter spezialisten der Orthopädischen Klinik D.____ vom 13. August 2001 dokumentiert sind. Da die Beurteilungen auch hinsichtlich der Auswirkung der Beeinträchtigungen in der linken Schulter auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen übereinstimmen – während die Ärzte der Orthopädischen Klinik D.____

dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit mehr bescheinigten (Urk. 8/110 = Urk. 8/135), attestierten die Gutachter des Instituts C.____

dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der eingeschränkten Belastbarkeit des linken Schultergelenks eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (Urk. 8/201 S. 46 f.), wobei die Ärzte übereinstimmend auf eine Diskrepanz zwischen objektivem Befund und geklagten Beschwerden hinwiesen (Urk. 8/110 = Urk. 8/135, Urk. 8/201 S. 30) – kann davon ausgegangen werden, dass sich die gesundheitliche Situation in der linken Schulter seit der erstmaligen Rentenzusprechung nicht wesentlich verändert hat.

Im Vergleich zu den vom behandelnden Psychiater

Dr. Z.____ in seinem Bericht vom 27. Januar 2003 beschriebenen Befunden wurden von den Gutachtern des Instituts

C.____ Fakten wie ein weitgehend unauffälliger Tagesablauf, die unbestrittenermassen nicht mehr regelmässige beziehungsweise fehlende Einnahme von Psychopharmaka sowie die gegenüber der internistischen Gutachterin eingetragene Besserung der psychischen Symptomatik (Urk. 8/201 S. 18) festgestellt, welche für eine Verbesserung

des psychischen Gesundheitszustands

sprechen. Dr. Z.____ berücksichtigte diese relevanten Fakten in den Berichten zu Handen der Invalidenversicherung vom 15. April und 24. August 2009 (vgl. Urk. 8/34 S. 34 f.) nicht, weshalb seine in diesen Berichten geäusserte Einschätzung,

dass sich der psychische Gesundheitszustand nicht verbessert habe, nicht überzeugend ist. Die von Dr. Z.____

in diesen Berichten

attestierten schweren psychischen Probleme lassen sich zudem nur schwerlich mit der Behandlungsfrequenz von vier- bis sechswöchentlichen fünfzehnminütigen Psychotherapiesitzungen vereinbaren. Weiter fällt auf, dass Dr. Z.____ in seinem Bericht vom 27. Januar 2003 noch festhielt, der Beschwerdeführer könne gar nicht mehr Autofahren (Urk. 8/153 S. 2). Der psychiatrischen Gutachterin gab er hingegen an, dass er heute als Beifahrer Autofahren könne. Auch aus seinen übrigen Angaben anlässlich der Begutachtung und angesichts der von der psychiatrischen Gutachterin erhobenen leichtgradigen Befunde ist zu schliessen, dass die anfänglich bestehenden posttraumatischen Symptome zwischenzeitlich zurückgingen und sich der Beschwerdeführer mit den Unfallfolgen weitgehend arrangiert beziehungsweise die (psychotherapeutische) Verarbeitung des Unfalls grösstenteils erfolgreich abgeschlossen ist. Damit ist eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen.

Die wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes bildet einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vorstehend E. 1.4). 5.

5.1

Aufgrund des überzeugenden und voll beweiskräftigen Gutachtens des Instituts C.____ steht fest, dass der Beschwerdeführer in einer den unfallbedingten Beeinträchtigungen in der linken Schulter

angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 8/201 S. 47 ff.). Zu prüfen bleibt, wie sich die medizinisch-theoretische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwerblich auswirkt. 5.2

Die Suva hat den Invaliditätsgrad mittels eines Einkommensvergleichs ermittelt (Urk. 2 S. 3 f.) . Der Beschwerdeführer bringt dagegen keine Einwände vor. Nicht zu beanstanden ist, dass die Suva

für die Bemessung des

hypothetischen Valideneinkommens

(Fr. 83'272.-- [Urk. 2 S. 4]) auf das von der Invalidenversicherung für das Jahr 2010 ermittelte Einkommen abstellte (Urk. 8/195 S. 2; vgl. auch Urk. 8/194) . Ebenfalls zulässig ist die Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens aufgrund des Tabellenlohns für einfache und repetitive Hilfsarbeiten gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010 des Bundesamtes für Statistik.

Da das Valideneinkommen auf Basis des Lohnindex für 2010 ermittelt wurde , geht es hingegen nicht an, beim ermittelten Jahreseinkommen von Fr. 61'311.-- (Urk. 2 S. 3) die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2012 hinzuzurechnen. Nach Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 15 % (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) beläuft sich das Invalideneinkommen im Jahr 2010 auf Fr. 52'114.35 (und nicht, wie von der Suva angenommen, Fr. 53'266.-- [Urk. 2 S.4]). Gemessen am Valideneinkommen von Fr. 83'272.-- ergibt sich so bei einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse von Fr. 31'157.65 ein Invaliditätsgrad von gerundet 37 % . Der Beschwerdeführer hat folglich ab 1. Juni 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente von 37 % . Insofern ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 6.

Der Beschwerdeführer obsiegt teilweise, allerdings gemessen an seinem Antrag auf Weiterausrichtung der bisherigen 100%-Rente in lediglich minimalem Umfang (im Verhältnis 1 zu 74). Zudem bemängelte er den vom Gericht von Amtes wegen korrigierten Einkommensvergleich in seinen Rechtsschriften nicht. Da er mit Ausnahme der Beschwerdeerhebung nichts zu seinem minimalen teilweisen Obsiegen beitrug , rechtfertigt sich die Zusprechung einer Parteientschädigung nicht. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt

vom 26. Juli 2012 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juni 20

E. 8

/ 201 S. 34 f.). Die gutachterliche Beurteilung, dass seit 2007 keine relevanten psychischen Beschwerden mehr bestanden (Urk. 8/201 S. 47), lässt – auch wenn dies im Gutachten nicht ausdrücklich vermerkt wurde - keinen anderen Schluss zu, als dass die Teilgutachterin des Instituts C.____ aufgrund der erhobenen Befunde zu einer anderen Beurteilung der psychischen Belastbarkeit gelangte als Dr. Z.____ in seinen Berichten vom 24. August 2009 sowie vom 10. Mai 2010. Da Dr. Z.____ in seinen Berichten relevante Fakten wie den weitgehend unauffälligen Tagesablauf, die unbestrittenermassen nicht mehr regelmässige beziehungsweise fehlende Medikamenteneinnahme sowie die gegenüber der internistischen Gutachterin eingeräumte Besserung der psychischen Symptomatik (Urk.

8/201 S. 18) nicht berücksichtigte, ist seine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht überzeugend. Zudem dürfte die Behandlungsfrequenz von vier- bis sechswöchentlichen fünfzehnminütigen Psychotherapiesitzungen bei Dr. Z.____ eine mit der eineinhalbstündigen psychiatrischen Exploration im Institut C.____ vergleichbar sorgfältige Befundaufnahme nur unzureichend erlaubt haben. Deshalb kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass ein langjährig behandelnder Arzt die Entwicklung einer Gesundheitsstörung oft besonders gut beurteilen kann, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Sein Einwand, die Beurteilung der psychiatrischen Teilgutachterin habe bloss auf einer Momentaufnahme beruht, geht deshalb fehl, weil sich die Gutachterin anhand der medizinischen Vorakten, der Krankenkassenakten zu den abgerechneten Medikamenten, der ausführlichen Anamnese und der detaillierten subjektiven Angaben zum Tagesablauf und zur Entwicklung der Symptome ein realistisches Bild über die Entwicklung des Gesundheitszustands machen konnte. Die abweichende Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. Z.____ vermag die Beweiskraft des Gutachtens von C.____ mithin ebenfalls nicht zu erschüttern.

Schliesslich ist die fehlende Medikamenteneinnahme in Verbindung mit den übrigen, weitgehend unauffälligen Befunden entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers durchaus geeignet, Rückschlüsse auf die psychische Befindlichkeit zuzulassen.

Es ergibt sich, dass das Gutachten des Instituts C.____ vom 3. Oktober 2010 grundsätzlich geeignet ist, den Beweis über die dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch zumutbaren Tätigkeiten zu erbringen.

E. 12

Anspruch auf eine Invalidenrente von 37 % hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Dem Beschwerdeführer wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt WG/YK/JMversandt

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