

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00295 vom 22. Juni 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2013.00295](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00295)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00295 du 22 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00295 del 22 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. April 1999 zusammen mit einem Kollegen ein schweres Paket trug, das dem Kollegen dann aus der Hand glitt, woraufhin

der gebeugte rechte Arm des Versicherten stark belastet wurde. Der Versicherte hörte ein Geräusch und

spürte einen plötzlichen Schmerz sowie einen akuten Kraftverlust (Unfallmeldung UVG vom 26. April 1999, Urk. 8/1, vgl. auch

Urk. 8/103/10). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten einen distalen

Bicepssehnenriss rechts

und nahmen am 22. April 1999

eine

operative Versorgung der Verletzung vor

(vgl. ärztlicher Zwischenbericht vom 6. August 1999, Urk. 8/6). Die Visana trat auf den Schaden ein und erbrachte Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen. In der Folge traten Komplikationen auf und die Beschwerden des Versicherten am rechten Arm persistierten. Die Visana

gab beim

Spital A.\_\_\_\_ ein Gutachten in Auftrag, das am 6. Juli 2000 erstattet wurde (Urk. 8/27).

Daraufhin sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten mit Wirkung ab April 2000 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente zu (vgl. Urk.

### **E. 1.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht herabsetzte, indem sie den Invaliditätsgrad ab Mai 2013

auf 21 % statt wie bisher auf 44,9 %

festsetzte.

### **E. 1.2**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat

sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG). Invalidität ist die voraus sichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbs unfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die ver sicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungs massnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeits marktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 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 beeinflus sen. 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 E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4).

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 51 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 1 8. Dezember 2013 Beschwerde und bean tragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend per 1. Mai 2013 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invalidi tätsgrad von 51,4 % bzw. eventualiter gestützt auf einen Invalid itätsgrad von 27 % auszurichten. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Durchführung einer mündlichen Verhandlung ( Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2014 beantragte d ie Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde ( Urk. 7). Am 2 3. September 2014 reichte der Beschwerdeführer ei ne Stellung nahme ein ( Urk. 10), welche

der Beschwerdegegnerin am 2 5. September 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde ( Urk. 12).

### **E. 2.1**

Zu prüfen ist zunächst, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erheblich verändert haben.

### **E. 2.2**

.3

Prof. B.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 1 9. Dezember 2002 aus, dass das Unfallereignis vom 1 8. April 1999 zweifellos die Ursache des sofort diagnostizierten

## Abrisses der distalen Sehne des Musculus

biceps gewesen sei. Zudem sei es entweder bei diesem Unfallgeschehen oder aber im Rahmen der operativen Versorgung des Sehnenabrisses im Spital Z.\_\_\_\_ vom 22. April 1999

zu einer Verletzung des auf dieser Höhe durch die Vorderarm faszie tretenden Nervus cutaneus

antebrachii

lateralis gekommen. Drei Wochen nach der Operation im Spital Z.\_\_\_\_ habe sich an der Stelle, an welcher die Sehne am Radius ansetze, eine im Röntgenbild sichtbare abnorme Verknocherung entwickelt. Als Folge der beschriebenen Verletzung einerseits bzw. der daran anschliessenden Vernarbungsprozesse andererseits hätten sich drei Beschwerdekompexe entwickelt. Im Vordergrund stehe das Schmerzsyndrom, das in der Ellenbeuge lokalisiert sei und zum Teil diffus nach distal in Richtung Hand ausstrahle. Es werde verstärkt durch Belastung, auch nicht besonders schwerwiegende Belastungen, und behindere den Beschwerdeführer im praktischen Alltag. Sodann

erzeuge der chronische Schmerz auch eine entsprechende Neigung zur Müdigkeit. Zusätzlich zum Schmerzsyndrom finde sich eine sehr deutliche Einschränkung für die Pro- und Supination (Einwärts- und Auswärtswenden) des Vorderarmes. Diese sei um insgesamt 75 Grad gegenüber der normalen nicht dominanten linken Seite reduziert. Dies behindere zum Beispiel gewisse Alltagshandlungen wie das Führen des Löffels an den Mund oder ähnliches. Schliesslich sei eine Gefühlsstörung an der lateralen (dau menseitigen) Vorderarm beugeseite vorhanden, wobei hier auch brennende Schmerzen lokalisiert seien. Im Gegensatz zu einem früheren Untersucher habe er im proximalen Anteil, dort wo der Nerv aus der Narbenregion in der Ellenbeuge austrete, durch Beklopfen blitzartige Ausstrahlungen in die Peripherie (positives Hoffmann-Tinel-Zeichen) auslösen können. Dies bedeute, dass hier das im Übrigen zu erwartende Neurom lokalisiert sei. Prof. B.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Summe der genannten Störungen den Beschwerdeführer im Alltag und in seiner Berufstätigkeit im Ausmass von 50 % behindere, dass dies ein endgültiger Zustand sei und dass damit eine Dauerinvalidität vorliege (Urk. 8/69/9-12).

### E. 2.3

Dr. D.\_\_\_\_ von der Klinik E.\_\_\_\_ gab in seiner von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen neurologischen Beurteilung

vom 30. Dezember 2009 an, dass es in den letzten Jahren nicht zu einer namhaften Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gekommen sei. Aus gutachterlicher Sicht seien die Einschränkungen für den Beruf des Entwicklungsingenieurs in einem Bereich von 50 % aufgrund der erhobenen Befunde plausibel erklärt. Da die Schilderungen des Beschwerdeführers mit den erhobenen objektiven klinischen Befunden kongruent seien, werde auf zusätzliche funktionelle Untersuchungen wie etwa eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit verzichtet. Darüber hinaus stimme die aktuelle fachneurologische Einschätzung auch mit den vorangegangenen Beurteilungen überein. Bei im Vorfeld umfangreichen orthopädischen Mitbeurteilungen sei der Zuzug weiterer Fachrichtungen derzeit nicht notwendig (Urk. 8/107/28-29). 2.4

Die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_

stellten in ihrer Expertise vom 26. März 2012, die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens in Auftrag gegeben worden war, folgende Diagnose n (Urk. 8/103/32):

Traumatischer distaler Bizepssehnenriss am rechten Arm am 18. April 1999 mit/bei: -  
chronischem, gemischt-neuropathischem und mechanischem Schmerzsyndrom bei

Nervus

cutaneus

antebrachii

lateralis Schädigung nach operativ behandeltem Bizepssehnenriss rechts am 22. April 1999 und nachfolgender Entwicklung einer Myositis ossificans (ICD-10 G 56.9) - aktuell: leichte mechanische Restbeschwerden am rechten Arm, betont im Bereich des Ellbogens (ICD-10 M79.62), funktionell überlagert

Die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ erklärten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 14. März 200

### **E. 3**

deutlich verbessert habe. In einer körperlich leichten Tätigkeit, zu der auch die vom Beschwerdeführer seit mehreren Jahren ausgeübte Tätigkeit als Entwickler von Prozessen und Sicherheitssystemen gehöre, sei aktuell lediglich noch eine zeitliche Leistungsminde-  
rung im Umfang von 20 % zu postulieren (Urk. 8/103/36).

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2013 bzw. dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. November 2013 in medizinischer Hinsicht auf das interdisziplinäre Gutachten der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ vom 26. März 2012, das auf am 21. und am 27. Februar 2012 durchgeführten Untersuchungen beruht (Urk. 8/103, vgl. auch Stellungnahme der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2013, Urk. 8/115).

#### **E. 3.2**

Im chirurgisch-orthopädischen Teil des Gutachtens legten die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_

dar, dass in Bezug auf die beim Unfall vom 18. April 1999 rupturierte distale Bizepssehne klinisch und bildgebend nach der operativen Refixation wieder eine Kontinuität bestehe. Es könne heute gesamthaft von einer guten Funktionalität ausgegangen werden, was sich durch einen auf der dominanten rechten Seite im Vergleich zur unbeteiligten linken Seite sogar leicht grösseren Muskelumfang am Ober- und Unterarm zeige, auch wenn die gezeigte Kraftentfaltung bei der fokussierten Untersuchung etwas geringer sei. Dieses Phänomen manifestiere sich auch beim Händedruck, der rechts deutlich schwächer ausfalle als links, was mit der rechts im Vergleich zu links kräftigeren Vorderarmmuskulatur deutlich kontrastiere. Die aktive Pro- und Supination sei lediglich leicht eingeschränkt (mindestens 80-0-70 Grad) – sie habe sich damit gegenüber früheren Untersuchungen inzwischen deutlich verbessert. Dies obwohl die ektopische Ossifikation im Bereich des Radiusköpfchens unverändert vorliege und als appositionelle Knochenanlagerung auch in

der rezenten MR-Tomographie des Ellbogens nachweisbar sei. Wenn man davon ausgehe, dass die ektope

Knochenanlagerung durch ein chronisches Impingement zu Schmerzhaftigkeit und dadurch zur Einschränkung der Umwendebewegungen geführt habe, so lasse die jetzt deutlich geringere Einschränkung der Pro-/ Supination auf eine auch entsprechend geringere Schmerzprovokation schliessen. Mit anderen Worten würden die Umwendebewegungen mechanisch weniger Schmerzen auslösen, was sich in einer jetzt nahezu freien Pro-/ Supination der rechten Hand nieder schlage. In der orthopädischen Untersuchung sei dementsprechend auch im Spontanverhalten keinerlei Schonverhalten der rechten oberen Extremität fest stellbar gewesen. Die Funktionsbeeinträchtigung bei den Umwendebewegungen im Ellbogengelenk (welche über das Radiusköpfchen laufen würden) sei damit jetzt deutlich geringer ausgeprägt als früher. Dadurch sei eine annähernd volle Pronation der Hand möglich, was auch eine praktisch physiologische Stellung der Hand an der PC-Tastatur und an der Maus ermögliche. Dies wäre bei einer Pronation von 50 Grad, wie sie noch bei der Begutachtung in der Klinik E.\_\_\_\_ festgestellt worden sei, nicht möglich gewesen ( Urk. 8/103/27).

Weiter führten die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ aus, dass andererseits bei den Umwendebewegungen doch noch eine sehr merkbare Krepitation im Bereich des Radiusköpfchens spürbar sei, was durch die ektope Verknöcherung an dieser Stelle erklärbar sei. Aus orthopädischer Sicht sei es grundsätzlich plausibel, dass nach der erlittenen Verletzung und der deswegen durchgeführten Operation gewisse mechanische Restbeschwerden am rechten Ellbogen, die am ehesten belastungsabhängig auftreten würden, noch persistieren würden. Allerdings scheine sich dies im Alltagsleben des Beschwerdeführers nur geringgradig auszuwirken, wofür mehrere Faktoren sprechen würden. Primär bestehe offenbar nur ein geringer Analgetikabedarf. Trotz der Angabe des Beschwerdeführers, letztmals 24 oder gar 48 Stunden vor den körperlichen Untersuchungen eine Dosis Novalgin eingenommen zu haben, habe er in den betreffenden Untersuchungen anscheinend nicht unter wesentlichen Beschwerden gelitten, und es habe sich auf funktioneller Ebene spontan auch ein nahezu unauffälliger Befund gezeigt. Aus den entsprechenden Abrechnungen der Krankenkasse gehe sodann hervor, dass der Beschwerdeführer in den letzten drei Jahren weit weniger Medikamente bezogen habe, als er angegeben habe. So seien für das vergangene Jahr 2011 lediglich zwei Bezüge von je zwei Flaschen Novalgin Tropfen à 10 ml und kein Bezug von Novalgintabletten dokumentiert. In den Jahren 2009 und 2010 sei

überdies nur je ein Medikamentenbezug abgerechnet worden (über die Unfallversicherung seien im Übrigen nach Angabe der zuständigen Sachbearbeiterin seit 2003 keine Leistungen mehr abgerechnet worden). Zudem seien in der Untersuchung auch deutliche Inkonsistenzen sichtbar gewesen, die darauf hinweisen würden, dass die gesundheitliche Problematik in der Begutachtungssituation zumindest habe verdeutlicht werden sollen. Sowohl anamnestisch wie auch im Rahmen der Beweglichkeitsprüfung habe der Beschwerdeführer über eine konstant verminderte Belastbarkeit des rechten Armes und Beschwerden, die bei forcierten Bewegungen und Belastungen auftreten würden, berichtet. Entsprechend sei er beim Auskleiden auch zuerst mit dem linken Arm aus dem Ärmel von Jackett und Hemd geschlüpft, weshalb er den rechten Arm anschliessend etwas weniger habe bewegen müssen. Dies habe im Sinne einer gewissen Schonung interpretiert werden können. Beim späteren Wiederanziehen habe sich dies aber relativiert, da der Beschwerdeführer

wiederum zuerst den linken Arm in die erwähnten Kleidungsstücke geführt habe, was zwingend mit einem vermehrten Bewegungsausschlag des rechten Armes einhergegangen sei. Somit sei auf eine mit ganz einfachen Mitteln mögliche Schonung verzichtet worden, wie sie von einer Person mit relevanten bewegungsabhängigen Beschwerden am rechten Arm mit Sicherheit spontan durchgeführt würde, zumal die Problematik schon seit derart vielen Jahren bestehe. Auch das Zurückziehen der rechten Hand beim Messen des Finger-Boden-Abstands sei am ehesten im Sinne einer Selbstlimitation zu sehen, nachdem zuvor bei der Untersuchung der Rumpfbewegungen mit Positionierung des orthopädischen Gutachters hinter dem Rücken des Beschwerdeführers und anfangs auch bei der Inspektion von ventral beide Hände stets auf gleicher Höhe gewesen seien. Erst beim Ansetzen des Messbandes sei die rechte Hand plötzlich ca. 20 cm zurück gezuckt, was in erster Linie durch einen Schulterhochzug und Bewegungen im Rumpf geschehen sei, wodurch keine wesentliche Schonung des rechten Armes herbeigeführt werden könne. Im Weiteren habe sich der Beschwerdeführer bei der Einnahme der Bauchlage auf dem Untersuchungstisch auch vermehrt auf dem rechten Arm abgestützt, wohl aufgrund seiner Rechtsdominanz. Auch dies entspreche aber wiederum nicht einer potentiell zu erwartenden Schonung. Dass eine solche wohl auch im Alltag kaum praktiziert werde, lasse sich aus dem Umstand schliessen, dass der Umfang am Ober- und Unterarm rechts leicht grösser sei als links, wohingegen nach einer langjährigen Schonung ein deutliches Defizit zu erwarten wäre. Nicht zuletzt wirke es auch erstaunlich, dass der Beschwerdeführer berichte, erst beim geplanten nächsten Wechsel seines Autos im Sommer 2012 erstmals in seinem Leben auf ein Auto mit Automatikgetriebe umzustellen, nachdem schon seit über zehn Jahren der rechte Arm, der üblicherweise für die manuelle Gangschaltung eingesetzt werde, nur noch reduziert belastbar sei (das finanzielle Gründe einen früheren Wechsel verhindert hätten, dürfe in Anbetracht der vom Beschwerdeführer bisher gefahrenen und der neu ins Auge gefassten Automarke nahezu ausgeschlossen werden, Urk. 8/103/27-28).

Sodann erklärten die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_, dass auf orthopädischem Gebiet vonseiten der

muskuloskelettalen Strukturen jetzt insgesamt eine gute Funktion des rechten Armes mit einer wesentlichen Verbesserung des Bewegungsumfanges gegenüber früher bestehe. Dies spreche bei weiterhin unverändert nachweisbarer ektopter Verknöcherung des rechten Ellbogens für eine inzwischen deutlich geringere Schmerzhaftigkeit bei den früher deutlich stärker beeinträchtigten Umwendebewegungen der rechten Hand. Aus rein orthopädischer Sicht seien jetzt lediglich qualitative Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit zu begründen. Der Beschwerdeführer sollte bei der beruflichen Tätigkeit keine Gewichte von mehr als 10 kg heben müssen und repetitive Umwendebewegungen des Vorderarmes (Pro-/Supination) vermeiden (Urk. 8/103/31-32 und Urk. 8/103/35).

Diese Darlegungen erscheinen ohne Weiteres nachvollziehbar.

### **E. 3.3**

Im neurologischen Teil des Gutachtens gaben

die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ an, dass ihre Untersuchung keine massgeblich von den Vorbegutachtungen abweichende Untersuchungsbefunde ergeben habe. Neben einschliessenden Schmerzen, welche sich bei tiefer Palpation und Beklopfen des Narbenstranges im Ausbreitungsgebiet des Nervus

cutaneus

antebrachii

lateralis auslösen lassen würden, bestünden eine als schmerzhaft angegebene Pronation und ein leichtes Supinationsdefizit im rechten Ellbogen, ferner eine Hypästhesie im Innervationsgebiet des Nervus

cutaneus

antebrachii

lateralis rechts. Daneben lasse sich eine nicht ganz so deutliche Beteiligung im Hautareal des Nervus

cutaneus

antebrachii

medialis annehmen, jedoch nur partiell und in den Angaben zur Ausdehnung nicht ganz konsistent. Die gezeigte Kraftminderung der rechten Hand weise wiederum auf selbstlimitierendes Verhalten hin. Sie könnte allenfalls noch als schmerzreflektorisch gedeutet werden. Dies lasse sich aber nicht durch muskuläre Atrophien oder eine Minderbeschwellung erhärten. Neurogene Paresen würden eindeutig nicht vorliegen. Eine neuropathische Schmerzkomponente - wie diese schon von den Vorgutachtern postuliert worden sei - sei aufgrund der klinisch-neurologischen Befunde plausibel. Die Erheblichkeit des neuropathischen Schmerzsyndroms müsse aufgrund der verschiedenen Inkonsistenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den Befunden indes relativiert werden. In diesem Kontext seien auch der unregelmässige und mutmasslich bescheidene Analgetikabedarf, das Fehlen von Hinweisen auf eine vermehrte Schonung der rechten oberen Extremität, das Fehlen wesentlicher Ruheschmerzen im Liegen (bei den angegebenen Schlafpausen tagsüber) sowie das Fehlen von Nachtschmerzen zu nennen. Dies alles spreche gegen eine erhebliche neuropathische Schmerzproblematik. Was die vom Beschwerdeführer subjektiv geltend gemachte zunehmend starke Ermüdung bei anhaltenden Schmerzen betreffe, habe sich diese während der neurologischen Untersuchung, die nach einer mehrstündigen psychiatrischen Exploration und nach nur einer kurzen Mittagspause stattgefunden habe, absolut nicht widerspiegelt und lasse sich durch die neurologischen Befunde, welche nicht massgeblich von den früheren Befunden abweichen würden, auch nicht plausibel erklären (Urk. 8/103/29). Aufgrund der chronischen neuropathischen Schmerzkomponente sei daher eine zeitliche Leistungsminderung von 20 % zu postulieren, gemessen an einem vollen zeitlichen Tagespensum an fünf Tagen pro Woche (Urk. 8/103/36).

Auch diese Ausführungen sind einleuchtend.

### **E. 3.7**

erwähnt – nicht auf

(vgl. BGE 122 V 55 E. 3a) . 5 .

Angesichts des geringfügigen Obsiegens, das allerdings nicht auf den Vorbringen des Beschwerdeführers beruht, ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das

Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) unter Berücksichti -

gung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist (vgl. BGE 117 V 407 E. 2c; Urteil des Bundesgerichts I 445/04 vom 24. Februar 2005). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 15. November 2013 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Mai 2013 Anspruch auf eine auf einen Invaliditätsgrad von 24 % gestützte Invalidenrente hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Visana Versicherungen AG - 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  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst  
Kreyenbühl

#### **E. 4**

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens legten die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise

dar, dass sich in der Untersuchung gegenwärtig keine Hinweise auf eine eigenständige krankheitswertige psychische Störung ergeben hätten. Der ausgesprochene höfliche Beschwerdeführer habe im Gespräch sehr zugänglich und differenziert gewirkt. Er sei in seinem Ausdrucks- und Interaktionsverhalten lebhaft, äussere eloquent, alert und sehr selbstbewusst (zum Teil etwas selbstüberheblich) und affektiv gut moduliert. Die Beschwerdeschilderung sei initial deutlich dramatisch gefärbt gewesen, im weiteren Verlauf der Untersuchung aber dann sachlich und differenziert. Der Beschwerdeführer habe während der dreistündigen Exploration entspannt und ruhig gewirkt, und es hätten weder ein Schmerzverhalten noch ein Nachlassen von Aufmerksamkeit und Konzentration beobachtet werden können. Letztere habe sich durchwegs auf hohem Niveau bewegt ( Urk. 8/103/30). 3.

#### **E. 4.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt (vgl. E. 1.2).

#### E. 4.2

Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ist vom Lohn auszugehen, den der Beschwerdeführer als Projektmanager im Bereich Entwicklung von

Software/Hardware bei Firma Y.\_\_\_\_\_

vor dem Unfall vom 18. April 1999 zuletzt erzielte. Gemäss Auskunft seiner ehemaligen Arbeitgeberin belief sich der damalige

Monatslohn auf brutto Fr. 7'664.-- für ein 80%-Pensum (Urk. 8/40), was aufgerechnet auf ein 100%-Pensum einen hypothetischen Monatslohn von brutto Fr. 9'580.-- ergibt.

Entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) sind vorliegend keine konkreten Anhaltspunkte für einen hypothetischen Berufsaufstieg im Gesundheitsfall ersichtlich. Im Rahmen der persönlichen Besprechung bei der Beschwerdegegnerin vom 30. Mai 2001 hatte der Beschwerdeführer selbst

ausdrücklich verneint, dass er durch den Unfall einer Beförderung entgangen sei (Urk. 8/36).

Seit dem Zeitpunkt der Begutachtung in der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_\_ im Februar 2012 sind dem Beschwerdeführer leichte körperliche Arbeiten, zu denen auch seine seit längerem ausgeübte Tätigkeit im Bereich Entwicklung von Hardware/Software gehört (vgl. Lebenslauf, Urk. 8/103/45-46), mit einer Leistungsminderung von 20% möglich. Aus den Akten geht

sodann hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 18. April 1999 etwa

in seiner Tätigkeit bei der Firma H.\_\_\_\_\_ von September 2001 bis Dezember 2004 (vgl. Urk. 8/103/47) bei einem 50%-Pensum

einen Lohn von brutto

Fr. 4'857.70 pro Monat erzielte

(vgl. Urk. 8/56 und Urk. 8/57), das heisst aufgerechnet auf ein hypothetisches 100%-Pensum einen Lohn von

Fr. 9'715.40. Damit verdiente er unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Konsumentenpreise und Reallöhne, 1976 – 2013, T39) praktisch gleich viel wie vor dem Unfall bei

der Firma Y.\_\_\_\_\_. Unter diesen Umständen erscheint es vorliegend sachgerecht, einen sogenannten Prozentvergleich vorzunehmen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist dabei mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz zu veranschlagen ist, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (BGE 114 V 313 E. 3a mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 850/05 vom 21. August 2006 E. 4.2 und I 375/05 vom 2. Dezember 2005 E. 3.2). Es ist somit zunächst von einer 20%igen Einschränkung des Beschwerdeführers auszugehen. Die Beschwerdegegnerin nahm

im Rahmen ihrer Berechnung des Invalideneinkommens zudem einen sogenannten Leidensabzug von 5% vor (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75), um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass eine Teilzeitarbeit bei Männern statistisch gesehen weniger gut entlohnt wird als

eine Vollzeitätigkeit ( vgl. Urk. 2 S. 10-11; Urteil des Bundesgerichts 8C\_93/2013 vom 16. April 2013 E. 5.4) - was nicht zu beanstanden ist.

Damit resultiert vorliegend schliesslich eine dem Invaliditätsgrad entsprechende Lohn einbusse von 24 % (100 % - [80 % x 0,95]).

### **E. 4.3**

Die Beschwerde ist deshalb in dem Sinne teilweise gutzuheissen, dass die Invalidenrente des Beschwerdeführers ab dem 1. Mai 2013 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 24 % festzusetzen ist.

Der Antrag des Beschwerdeführers, es sei eine mündliche Verhandlung durchzuführen, ist im Übrigen abzuweisen. Denn in der Beschwerdeschrift begründete er dies

damit, dass der Orthopäde der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ und er

selbst vom Gericht zu befragen seien ( Urk. 1 S. 6). Damit ist der Beschwerde begründung

aber nicht zu entnehmen, dass mit dem betreffenden Rechtsbegehren die von Art. 6 Ziff. 1 EMRK geschützte Kontrolle und Transparenz der Rechtsfindung durch Anwesenheit von Publikum und Presse an einer Gerichtsverhandlung bezweckt wurde. Ein klarer und unmissverständlicher Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sinne der EMRK liegt somit nicht vor, und eine

weitere Beweisabnahme drängt sich – wie bereits unter E.

### **E. 5**

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_

daher zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 14. März 2003 deutlich verbessert habe. In einer körperlich leichten Tätigkeit, zu der auch die vom Beschwerdeführer seit mehreren Jahren ausgeübte Tätigkeit als Entwickler von Prozessen und Sicherheitssystemen gehöre, sei aktuell lediglich noch eine zeitliche Leistungsminderung im Umfang von 20 % zu postulieren ( Urk. 8/103/36).

Diese Beurteilung der Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_, die sie in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgaben, erscheint angesichts der genannten Befunde und der Erläuterungen dazu ohne Weiteres nachvollziehbar. 3.

### **E. 6**

In der Stellungnahme vom 22. Juli 2013 ergänzten die Ärzte der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_, dass sie zwar weiterhin ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert hätten. Dabei handle es sich jedoch um ein gemischt neuropathisches und mechanisches Schmerzsyndrom bei Nervus

cutaneus

antebrachii

lateralis Schädigung und Entwicklung einer Myositis

ossificans – und ein solches Schmerzsyndrom könne sich im Längsverlauf durchaus bessern. Aus der Diagnose allein lasse sich noch kein Rückschluss auf die Schwere der Störung erspektive des Schadens ziehen. Es bedürfe vielmehr einer Bewertung der mit der

Diagnose einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen. Auf eigene Laboruntersuchungen hätten sie verzichtet, weil diese keinerlei Mehrwert für die zu beurteilenden Fragen ergeben hätten. Entscheidend für die Beurteilung im Bereich der rechten Ellenbeuge und des rechten Ellbogens seien die klinischen Untersuchungsbefunde. Auch ein neuerliches bildgebendes Verfahren hätte, nachdem am 12. Mai 2011 in der Spital A.\_\_\_\_ eine MR-Tomographie des rechten Ellbogens durchgeführt worden sei, keinen Mehrwert für die Beurteilung ergeben, da die Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich Ellbogen und Unterarm nach dessen eigenen Angaben gegenüber früheren Jahren unverändert geblieben seien. Auf die Bildgebung der Spital A.\_\_\_\_ hätten sie in ihrem Gutachten im Übrigen auch Bezug genommen. Zu den technischen Untersuchungen sei zudem noch anzumerken, dass die elektrophysiologischen Abklärungen der Klinik E.\_\_\_\_ im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom Dezember 2009 unauffällig gewesen seien. Dass die Untersuchung beim orthopädischen Gutachter gerade einmal 60 Minuten gedauert und dieser nur kurz den Arm des Beschwerdeführers bewegt habe, sei eine Unterstellung, die jeglicher Grundlage entbehre und auch durch den von ihnen dokumentierten orthopädischen Befund widerlegt werde. Im Weiteren seien sie auch nicht der Auffassung, dass das Ende 2009 erstellte Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ falsch sei. Sie hätten viel mehr dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither objektiv und wesentlich verbessert habe. Daran ändere auch die Prognose von Prof. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2002, dass der gesundheitliche Zustand beim Beschwerdeführer endgültig sei, nichts. Denn diese auf dem damaligen Kenntnisstand der Beurteilung beruhende Prognose sei durch die aktuellen Befunde inzwischen widerlegt worden. Dies sei im Wesentlichen auch damit zu begründen, dass die chronische mechanische Irritation der Weichteile durch die ektope Ossifikation im Bereich des Radiusköpfchens (chronisches Impingement) gegenüber damals offensichtlich deutlich zurückgegangen sei (Urk. 8/115 /2-4).

Auch diese Ausführungen sind überzeugend. Eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen kann auch darin liegen, dass sich ein Leiden in seiner Intensität und damit in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, oder in einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person (BGE 141 V 9 E. 6.3.2 mit Hinweisen).

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