

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00013 vom 23. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00013 du 23 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00013 del 23 agosto 2016

Erwägungen

E. 1

988 eine auf eine r

Erwerbsunfähigkeit von 50 % ba sierende R ente und eine Integritätsentschädigung von 35 %

zu (Urk. 7/74) . Da neben richtete die Invalidenversicherung ab März 1986 eine ganze und ab September 1988 eine halbe Rente aus (vgl. Urk. 7/104 S. 2) .

Im September 1992 reiste der Versicherte mit seiner Familie in sein Heimatland zurück (Urk. 7/101-102).

Am 9. März 1994 ersuchte X.____

die Suva unter Hinweis auf eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes um Revision der 50%igen Rente (Urk. 7/105) , worauf eine stationäre Behandlung und Untersuchung in der Rehaklinik Y.____ erfolgte (Austrittsbericht vom 6. Juli 1994, Urk. 7/113) . Am 13. September 1994 teilte die Suva dem Versicherten die Beibehaltung der bis herigen Rente mit (Urk. 7/115). Auf Intervention des Versicherten mit Schreiben vom 1. November 1994 (Urk. 7/119) wurde Dr. med. Z.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrischen Begutachtung beauftragt (Gutachten vom 19. März 1996, Urk. 7/125). Gestützt darauf bestätigte

die Suva mit Mitteilung vom 18. April 1996 die bisherige Rente (Urk. 7/129) .

Nach Abklärungen der Erwerbssituation des

nach wie vor nicht erwerbstätigen

Versicherten schloss die Suva eine zweite, 1997 eingeleitete Rentenrevision ohne eine Änderung der ausgerichteten Leistungen mit Mitteilung vom 12. Dezember 1997 ab (Urk. 7/137).

Am 18. Februar 2005 ersuchte X.____ um Abgabe von neuen Prothesen (Urk. 7/139). Im Rahmen der stationären Anpassung einer neuen Prothese in der Rehaklinik Y.____

(Urk. 7/141) wurde n

ein psychosomatisches Konsilium eingeholt (Bericht vom 26. April 2005, Urk. 7/140) und letztlich die Kosten der Prothese übernommen (Urk. 7/142).

Mit Schreiben vom 30. September 2005 beantragte der Versicherte sodann eine Hilflosenentschädigung (Urk. 7/143), welches Gesuch die Suva am 15. November 2005 mit formlosem Schreiben ablehnte (Urk. 7/146). Nachdem der Versicherte im Februar 2009

seinen bereits 2005 eingereichten Antrag auf Hilflosenentschädigung der Suva erneut zugestellt hatte (Urk. 7/144), bestätigte diese mit Schreiben vom 19. Februar 2009 ihren ablehnenden Entscheid (Urk. 7/148).

Am 17. Februar 2014 meldete sich der Versicherte direkt bei der Rehaklinik Y.____ zur Anpassung einer neuen Prothese (Urk. 7/155) , wofür die Suva am 25. Februar 2014 Kostengutsprache erteilte (Urk. 7/156).

E. 1.1

Bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten erbringt der Unfallversicherer Leistungen. Darunter fallen unter anderem Invalidenrente (Art. 18 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; UVG), Integritätsentschädigung (Art. 24 UVG) und Hilflosenentschädigung (Art. 26 UVG).

E. 1.2

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung; UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 1.3

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.

E. 1.5.1

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 Abs. 1 ATSG).

Auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 2 ATSG).

Bei der Anpassung der Dauerleistungen ausserhalb des Rentenbereichs gelten die zur Rentenanpassung entwickelten Grundsätze (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, N 68 zu Art. 17). 1.

E. 1.5.3

Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar. Ändern sich die tatsächlichen Verhältnisse nach einem verfügten Fallabschluss, entfällt die Möglichkeit einer Revision gemäss Art. 17 ATSG, weil sich diese Bestimmung auf die Revision laufender Dauerleistungen bezieht. Eine Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse kann im Unfallversicherungsrecht aber dadurch bewirkt werden, dass ein Rückfall oder Spätfolgen des seinerzeit rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend gemacht werden. Dieses Vorgehen entspricht dem in der Invalidenversicherung bestehenden Institut der Neuanmeldung (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung; vgl. dazu Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 79). 1.

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 5. Januar 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Anordnung eines Gerichtsgutachtens über die Frage der Unfallkausalität der aktuellen Symptomatik, bestehend in tonisch-klonischen Kontraktionen am amputierten rechten Unterschenkel, weiter um Aufhebung der angefochtenen Entscheidung und Zusprechung einer vollen Invalidenrente so wie einer „indennità di accompagnamento“ (Urk. 1 S.

E. 2.1

Gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons örtlich zuständig, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG).

Bevor der Beschwerdeführer im Jahr 1992 seinen Wohnsitz nach B. ___ verlegte, war er in C. ___ wohnhaft (Urk. 7/101). Damit ist das angerufene Gericht zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde örtlich zuständig, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin trat auf den Antrag auf Ausrichtung einer „indennità di accompagnamento“

nicht ein mit der Begründung, dass diese nicht Anfechtungsgegenstand bilde; zudem sei eine solche Leistung im schweizerischen Recht nicht vorgesehen und der Anspruch des Beschwerdeführers auf Hilfsentschädigung

sei mit einem inzwischen in Rechtskraft erwachsenen in formellen Entscheid bereits verneint worden sei (Urk. 2 S. 3).

Weiter liege kein Revisionsgrund vor (Urk. 12 S. 8 f.). Mit Bezug auf die Invalidenrente verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung der Neurologin des Kompetenzzentrums

H.____ vom 21. Juli 2014 (Urk. 7/165) sowie auf den Untersuchungsbericht des Kreisarztes Dr. A.____ vom 13. November 2014 (Urk. 7/189) eine Unfallkausalität der geltend gemachten Verschlimmerung des Gesundheitszustandes (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 12 S. 6 ff.).

Demgegenüber machte

der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Die geklagte Symptomatik sei Folge von tonisch-klonischen Kontraktionen des rechten Beins. Diese Kontraktionen seien spinaler Herkunft und stünden somit in direktem

Kausalzusammenhang zur Amputation des rechten Unterschenkels (Urk. 1 S. 4) . 3.

Da die letzte, 1997 eingeleitete Rentenrevision lediglich zu einer Abklärung der Erwerbssituation des Beschwerdeführers geführt hatte (Urk. 7/135-137),

kann die Mitteilung vom 12. Dezember 1997 mangels umfassender materieller Prüfung des Leistungsanspruchs nicht als Vergleichsbasis herangezogen werden (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_384/2015 vom 21. Dezember 2015 E. 3). Vielmehr bildet die Mitteilung vom 1

E. 4

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 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 4.1

Im Austrittsbericht der Rehaklinik Y.____ vom 6. Juli 1994 (Urk. 7/113) wurde die Diagnose einer traumatischen Unterschenkelamputation rechts gestellt (S. 1). Weiter lässt sich dem Bericht entnehmen, dass der Beschwerdeführer über lumbale Rückenschmerzen, die beim Gehen auftreten,

sowie Nackenschmerzen klagte. Ferner beständen ein stechender, permanenter Stumpfschmerz, der unter Belastung zunehme, und ein Brennen im Stumpf nach einer gewissen Gehstrecke. Röntgenaufnahmen von Lenden- und Halswirbelsäule sowie des Stumpfes hätten blande

ossäre Verhältnisse gezeigt. Gestützt darauf verneinten die beratenden Klinikärzte eine bedeutsame Verschlechterung. Sie stellten jedoch eine gewisse Verwahrlosung des Beschwerdeführers bei Eintritt fest und gingen davon aus, dass ihm die Behandlung sicher

wieder etwas Selbstwertgefühl geben habe. Die Prothesentragdauer habe auf zweimal drei bis vier Stunden täglich gesteigert werden können. Die Stumpfhypertrophie sei erwartungsgemäss unverändert geblieben.

E. 4.2

Im psychiatrischen Gutachten vom 19. März 1996 (Urk. 7/125) kam Dr. Z. ___ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer leichten phobischen Störung, einer Angst vor dem Fliegen, leide. Diese Angst habe bereits vor dem Unfall bestanden. Nach dem Unfall habe der Beschwerdeführer im Verlauf der langwierigen Rehabilitation eine schwere depressive Entwicklung durchgemacht. Von dieser habe er sich nach seiner definitiven Rückkehr in seine Heimat jedoch vollständig erholt. Aus psychiatrischer Sicht sei er vollständig arbeitsfähig (S. 7 ff.).

E. 4.3

Im Rahmen der stationären Prothesenversorgung in der Rehaklinik Y. ___ vom 30. März bis 27. Mai 2005 wurde der Beschwerdeführer zweimal psychosomatisch konsiliarisch untersucht. Dem Bericht vom 26. April 2005 über das psychosomatische Konsilium (Urk. 7/140) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vorwiegend dysphorisch, gereizt und vorwurfsvoll gewirkt hatte. Er klagte über seine Schmerzen am Stumpf, häufige Kopfschmerzen sowie seine schwierige finanzielle Situation. Erst auf Nachfrage würden Müdigkeit sowie Lustlosigkeit berichtet. Insgesamt entsprächen die berichteten Symptome am ehesten einer anhaltenden depressiven Symptomatik (sonstige depressive Episode ICD-10 F32.8), vermutlich aufgrund der anhaltenden körperlichen Einschränkung, der persistierenden Schmerzen, der sozialen Problematik (insbesondere die finanziellen Schwierigkeiten und die depressive Symptomatik der Ehefrau) sowie der eingeschränkten Copingmöglichkeiten (zum Beispiel geringes Bildungsniveau; S. 3 f.).

E. 4.4

Im Austrittsbericht der Rehaklinik Y. ___

vom 23. Juni 2005 (Urk. 7/141) wurden folgende Diagnosen gestellt: A. Quetschtrauma des rechten Unterschenkels durch Baggerschaukel am 25.03.85 - 26.03.85: Offene Unterschenkelamputation rechts . - 22.10.85: Stumpfrevision, Neuromextirpation

N. fibularis

superficialis

profundus und N. tibialis, Exostosenabtragung . - 23.02.87: Stumpfrevision, Freilegung von N. tibialis

posterior, N. fibularis

profundus, N. fibularis

superficialis, Verschluss des Epineureums . B. Status nach reaktiver Depression, leichte phobische Störung (Angst vor dem Fliegen) .

Weiter führten die Klinikärzte aus, 20 Jahre nach einer Amputation des rechten Unterschenkels bestehe heute nach wie vor nur eine stark eingeschränkte Gehfähigkeit mit Prothese, einem Handstock für kürzere Strecken und zwei Handstöcke für längere Gehstrecken über 200 m. Der Stumpf ertrage nur wenig Druck und reagiere mit einem sogenannten Stumpfschlagen bei Berührung und Extension im Kniegelenk. Die deutlich zu

spürende Unzufriedenheit des Beschwerdeführers resultiere wahrscheinlich einerseits aus seiner objektiv stark eingeschränkten Gehfähigkeit und den anamnestisch nicht unerheblichen Stumpf- beziehungsweise Phantomschmerzen, andererseits wahrscheinlich auch auf dem Hintergrund seiner schwierigen psychosozialen und finanziellen Situation mit zwei Kindern in Ausbildung, die im gleichen Haushalt lebten. Der Beschwerdeführer habe mehrfach kundgetan, dass die Rente zu gering bemessen sei und er auf eine erneute Revision dränge.

Laut den Ärzten sei es Tatsache, dass er einen sehr empfindlichen Stumpf habe, der die prothetische Versorgung entsprechend erschwere. Dem sei bei der Rentenfestsetzung und bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung Rechnung getragen worden. Unter diesem Gesichtspunkt habe sich aktuell nichts geändert. 4. 5

Wegen Störungen der Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses begab sich der Beschwerdeführer am 19. Mai 2014 in Spitalbehandlung. Im Austrittsbericht der D.____, vom 23. Mai 2014 (Urk. 7/158 Beilage 1) wurde eine vasculäre

Enzephalopathie

mit Halbseitensyndrom links mit Dysästhesien und tonisch-klonischen Kontraktionen der rechten unteren Extremität diagnostiziert und weitere fachärztliche Abklärungen empfohlen (Koloskopie, Elektroenzephalographie, Anpassung der Pharmakotherapie). 4. 6

Dr. E.____, Facharzt für Chirurgie, stellte im Zeugnis vom 6. Juni 2014 folgende Diagnosen (Urk. 7/158 Beilage 2): - vasculäre Enzephalopathie mit Dysästhesien und myoklonischen Kontraktionen der rechten unteren Extremität - vorübergehende Zentralparese des Hirnnervs VII rechts - Arteriosklerose in den unteren Extremitäten - arterielle Hypertonie - gemischte Dyslipidämie - lumbale Diskopathie - Skoliose - diffuse Spondylarthrose - venöse Insuffizienz der unteren Extremitäten - chronische Obstipation - gutartiges Prostataadenom - ängstliche Depression - Visusminderung 4. 7

Dr. F.____, Facharzt für Orthopädie, attestierte am 12. Juni 2014 (Urk. 7/158 Beilage 3 S. 2), dass der Beschwerdeführer nicht gehfähig und nicht in der Lage sei, die Prothese zu tragen. Er bedürfe der ständigen Hilfe eines Begleiters. 4.

E. 5

.2

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 5.1

Den wiedergegebenen ärztlichen Stellungnahmen kann entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenrevision insgesamt verschlechtert hat. So wurden verschiedene Diagnosen gestellt, welche 1996 noch nicht bestanden hatten (vgl. Zeugnis von Dr. E.____ vom 6. Juni 2014, Urk. 7/158 Beilage 2 ; E. 4.6), wobei sich die aufgeführten Diagnosen in einer Liste erschöpfen, ohne dass aus medizinischer Sicht oder seitens des Beschwerdeführers eine Unfallkausalität, welche jeder

Leistungszusprache der Beschwerdegegnerin zu Grunde liegt (E. 1.3 hievor), auch nur in Erwägung gezogen worden wäre. Insofern erübrigen sich daher Weiterungen.

Als unfallkausale Verschlechterung werden vom Beschwerdeführer die tonisch-klonischen Kontraktionen am rechten Stumpf geltend gemacht (Urk. 1 S. 5). Solche Zuckungen wurden bereits 1990 dokumentiert, allerdings

nur als massiv gesteigerter PSR rechts (Patellarsehnenreflex: Er löst nach einem Schlag auf die Patellarsehne eine Kontraktion der Streckmuskulatur des Oberschenkels und damit eine Streckung im Kniegelenk aus) mit praktisch unstillbarem Klonus (Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, vom 19. November 1990; Urk. 7/95). Die Auslösung eines Stumpfschlagens durch einfache Berührung des Stumpfes und Extension im Kniegelenk wurde indes erstmals im Austrittsbericht der Rehaklinik Y.____ vom 23. Juni 2005 dokumentiert (Urk. 7/141; E. 4.4) und sind somit für die Prüfung einer Verschlechterung mit Bezug auf den Rentenanspruch grundsätzlich massgeblich (E. 3).

Eine Verschlechterung der Symptomintensität und Häufigkeit

im Zusammenhang mit dem Stumpfschlagen ist indes nicht geeignet, den Invaliditätsgrad wesentlich zu verändern. Denn im Untersuchungsbericht vom 13. November 2014 (Urk. 7/189; E. 4.11) beschrieb der Kreisarzt Dr. A.____ nicht nur, wie diese Zuckungen durch blosses Berühren des Stumpfes ausgelöst wurden, sondern auch, wie der Beschwerdeführer den Stumpf durch Halten mit beiden Händen innert Sekunden zu beruhigen vermochte.

Die weiteren Arten von Phantombeschwerden beziehungsweise Schmerzen

wurden im Übrigen bereits in der Vergangenheit immer wieder dokumentiert

(Urk. 7/95 S. 2, Urk. 7/113 S. 2) und stellen damit keine wesentliche Verschlechterung dar.

Insoweit der Beschwerdeführer unter Berufung auf die von den behandelnden Ärzten in B.____ erstatteten Berichte und insbesondere auf das Gutachten der Prof. J.____ und K.____ eine wesentliche Verschlechterung postulierte, ist ihm entgegen zu halten, dass die Gutachter zwar von zunehmenden Phantom Schmerzen sprachen (E. 4.12). Allerdings lassen sie eine Auseinandersetzung mit den Verhältnissen im Referenzzeitpunkt vollständig vermissen. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht (Urteil des Bundesgerichts 9C_25/2014 vom 12. November 2014 E. 3.3). Weder die Berichte der behandelnden Ärzte noch das seitens des Beschwerdeführers aufgelegte Gutachten sprechen sich hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung im Gesundheitszustand eingetreten ist, weshalb sie in Bezug auf den Revisionsgrund nicht geeignet sind, den schlüssigen Kreisarztbericht in Zweifel zu ziehen.

E. 5.2

Mit Bezug auf die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte chronische depressive Störung ist zunächst festzuhalten, dass der Beschwerdeführer [nach Lage der Akten] offenbar nicht in fachpsychiatrischer Behandlung steht. Darüber hinaus werden in der Schmerzbehandlung oft Antidepressiva eingesetzt, weshalb auch die vom Beschwerdeführer befolgte Psychotherapie (vgl. Gutachten der Prof.

J. ___ und K. ___ vom 5. Januar 2015, Urk. 3/1 S. 5; Urk. 7/158 Beilage 1) für sich allein nicht auf eine Verschlimmerung der depressiven Symptomatik schliessen lässt. Schliesslich wurden entsprechende Symptome von Dr. A. ___ während der kreisärztlichen Untersuchung nicht festgestellt. Obwohl dieser

keine Ausbildung im Fachgebiet der Psychiatrie aufweist, ist davon auszugehen, dass er in der Lage wäre, eine relevante depressive Symptomatik während der Untersuchung wahrzunehmen.

In der psychiatrischen Vorgeschichte des Beschwerdeführers traten wiederholt depressive Störungen auf. So litt er nach dem Unfall an einer schweren Depression. Zwar besserte sich die Symptomatik nach der Rückkehr ins Heimatland, wodurch die Arbeitsfähigkeit nicht mehr tangiert war (psychiatrisches Gutachten von Dr. Z. ___ vom 19. März 1996, Urk. 7/125;

E. 4.2). In leichtem

Ausmass hielten die Symptome

im Rahmen einer depressiven Reaktion auf die schwierigen Umstände jedoch an, wie 2005 im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums in der Rehaklinik Y. ___ festgestellt wurde (Bericht vom 26. April 2005, Urk. 7/140; E. 4.3). In Anbetracht dieser Vorgeschichte kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass die neueren krankheitsbedingten Probleme, insbesondere die vasculäre Enzephalopathie und ihre Folgen, zu einer mangels fachpsychiatrischer Behandlung wohl vorübergehenden

Verschlechterung der depressiven Symptomatik geführt haben. Diese sind aber in einem solchen Fall unfallfremd. Unter diesen Umständen bestehen keine Anhaltspunkte für eine Verstärkung der depressiven Symptomatik infolge des Unfalls.

E. 5.3

Zusammenfassend ist keine Verschlechterung ausgewiesen, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu ändern, weshalb die Beschwerdegegnerin das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat. Die beantragten weiteren Beweisvorkehren versprechen keine neuen

entscheidrelevanten

Erkenntnisse, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). 6.

E. 6

Bei Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) hat die versicherte Person Anspruch auf eine Hilfenentschädigung (Art. 26 UVG). Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd auf die Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Die

Hilflosenentschädigung bemisst sich nach dem Grad der Hilflosigkeit (Art. 2

E. 6.1

Zu prüfen ist sodann der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Anspruch auf eine „indennità di accompagnamento“ (Urk. 1 S. 5). Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich geltend, dass er für die alltäglichen Verrichtungen und die Fortbewegung ständig der Hilfeleistung Dritter bedürfe (Urk. 1 S. 5, Urk. 7/158, Urk. 7/170 S. 2).

Wie bereits von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid ausgeführt (Urk. 2 S. 3), ist zunächst festzuhalten, dass eine solche Leistung vom UVG nicht vorgesehen ist. Angesichts der vom Beschwerdeführer dargelegten Einschränkungen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungspflicht unter dem Titel der Hilflosenentschädigung (Art. 26 f. UVG) geprüft.

E. 6.2.1

Im Einspracheentscheid vom 28. November 2014 ist die Beschwerdegegnerin auf den (sinngemässen) Antrag auf Zusprechung einer Hilflosenentschädigung nicht eingetreten mit der Begründung, diese Frage bilde nicht Streitgegenstand und sie habe darüber bereits 2005 rechtskräftig entschieden (Urk. 2 S. 3).

E. 6.2.2

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Richtet sich die Beschwerde gegen einen Nichteintretensentscheid, hat das Gericht, ungeachtet der Vorbringen der beschwerdeführenden Partei, zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwaltung zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Der richterliche Entscheid in der Sache (Sachentscheid) hat in dieser besonderen verfahrensmässigen Situation den formellen Gesichtspunkt des Nichteintretens durch die untere Instanz zum Gegenstand. Dagegen hat sich das Gericht mit den materiellen Anträgen nicht zu befassen (BGE 121 V 157 E. 2b, 116 V 265 E. 2a; SVR 1997, UV Nr. 66 S. 225 E. 1a).

E. 6.2.3

Gegenstand der

dem angefochtenen Einspracheentscheid zu Grunde liegenden Verfügung vom 24. Juli 2014 bildete allein die Frage des Rentenanspruchs und dessen Veränderung (Urk. 7/166), obwohl der Beschwerdeführer in der Eingabe vom 23. Juni 2014 auch Anspruch auf eine „indennità di accompagnamento“ erhoben hatte (Urk. 7/158). Unter dem Hinweis darauf, diese Frage bilde nicht Streitgegenstand, trat die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 28. November 2014 bezüglich dieses Leistungsanspruches nicht auf die Einsprache ein (Urk. 2 S. 3 oben und Dispositiv-Ziffer 1). Dieses Vorgehen ist unter dem Blickwinkel der Frage des Streitgegenstands nicht zu beanstanden.

E. 6.2.4

Nichts anderes ergibt sich unter dem seitens der Beschwerdegegnerin aufgeworfene n Gesichtspunkt der Rechtskraft der formlosen Erledigung des Begehrens auf Hilflosenentschädigung mit Schreiben vom 15. November und 19. Februar 2009 (Urk. 7/146, Urk. 7/148; Urk. 2 S. 3 oben).

Nach Art. 49 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich Verfügungen zu erlassen. Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können nach Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden; Art. 51 Abs. 2 ATSG räumt der betroffenen Person die Möglichkeit ein, den Erlass einer Verfügung zu verlangen.

Das ATSG unterscheidet somit zwischen der Behandlung eines Gesuchs mittels Verfügung einerseits und im formlosen Verfahren andererseits. Die erste Variante ist vorgeschrieben, wenn es sich um eine erhebliche Leistung, Forderung oder Anordnung handelt sowie wenn die versicherte Person mit dem Entscheid nicht einverstanden ist. In den übrigen Fällen ist das formlose Verfahren nach Art. 51 ATSG zulässig.

Die beiden Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2005 beziehungsweise vom 19. Februar 2009, womit sie den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Anspruch auf Hilflosenentschädigung ein erstes Mal verneint hatte (Urk. 7/146, Urk. 7/148), sind dem formlosen Verfahren zuzuordnen.

Art. 49 Abs. 1 ATSG schreibt jedoch für erhebliche Leistungen sowie bei Nicht-Einverständnis der versicherten Person die Verfügungsform vor. Die formlose Erledigung war diesfalls unzulässig (vgl. auch Art. 124 UVV). Der Entscheid hätte in Form einer Verfügung ergehen müssen. Da der Beschwerdeführer jedoch innerhalb eines Jahres nach Empfang des jeweiligen Schreibens nicht bei der Beschwerdegegnerin interveniert hat,

entfalten

die im formlosen Verfahren ergangene n Entscheidung in gleicher Weise Rechtswirkungen, wie wenn sie im durch Art. 51 Abs. 1 ATSG umschriebenen Rahmen erlassen worden wäre n

(Bundesgerichtsurteil 8C_738/2007 vom 26. März 2008 E. 6; BGE 134 V 145).

In Bezug auf die Hilflosenentschädigung ist die Beschwerdegegnerin somit zu Recht nicht auf die Einsprache eingetreten, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6.2.5

Immerhin bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seinen erneuten Antrag auf Hilflosenentschädigung mit einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes begründet hat (Urk. 7/158). Ob eine revisionsbegründende Veränderung der unfallbedingt beeinträchtigten - Hilfsbedürftigkeit im Sinne von Art.

E. 7

UVG).

Bei der Ermittlung der Hilflosigkeit besteht die Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin darin zu untersuchen, worin die von Dritten notwendigerweise zu leistende (direkte oder

indirekte) Hilfe bei den einzelnen Lebensverrichtungen bzw. deren Teilfunktionen besteht. Die Verwaltung bzw. das Gericht haben aufgrund dieser Angaben die Rechtsfrage zu beurteilen, ob die Hilfsbedürftigkeit erheblich ist oder nicht (BGE 107 V 142). 2.

E. 8

In der neurologischen Beurteilung vom 21. Juli 2014 (Urk. 7/165) nahm Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Leiterin des Kompetenzzentrums H.____, zum Austrittsbericht

der D.____, vom 23. Mai 2014 (Urk. 7/158 Beilage 1) Stellung und kam zum Schluss, dass selbst wenn sich die

Symptomatik am selben Bein abspiele, an dem die traumatische Amputation gewesen sei, habe sie nichts mit dem Unfall zu tun, da es sich um eine Erkrankung des Gehirns handle. Es sei keine Änderung der Leistungen angezeigt. 4.

E. 9

Am 1. August 2014 berichtete Dr. H.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie (Urk. 7/168), dass der Beschwerdeführer Narbenveränderungen am Stumpf und von der Prothese verursachte Hautgeschwüre präsentiere. Weiter klage er über Schmerzen im linken Bein, ununterbrochene Muskelkontraktionen

bei Kniebewegungen, Druckschmerzen am Stumpf sowie nächtliche stehende Schmerzen, weswegen er plötzlich aufwache und unter einer depressiven Störung leide. Die spontanen Muskelkontraktionen erlaubten keine Anpassung einer neuen Prothese. Die Fortbewegung erfolge mit kanadischen Stöcken und alternativ mit Rollstuhl. 4.

E. 10

Dr. I.____, Fachärztin für Chirurgie und Versicherungsmedizin, gelangte in ihrer aktengestützten Stellungnahme vom 5. August 2014 (Urk. 7/169) zum Schluss, dass das Vorliegen der berichteten ununterbrochenen Muskelkontraktionen und der Hautgeschwüre ein Anlegen der Prothese verhinderten, womit eine Wiederherstellung der selbständigen Fortbewegungsfähigkeit stark erschwert werde. Demzufolge erscheine es als erwiesen, dass der Beschwerdeführer für die alltäglichen Verrichtungen und die Fortbewegung ständig der Hilfeleistung Dritter bedürfe. 4.

E. 11

Im Untersuchungsbericht vom 13. November 2014 (Urk. 7/189) stellte der Kreisarzt Dr. A.____ folgende Diagnosen (S. 3): - Status nach Unfall vom 26.03.1985 mit Amputation des proximalen III des rechten Schienbeins. - Status nach Stumpfrevision, Neuromextirpation

N. fibularis

superficialis

profundus und N. tibialis, Exostosenabtragung am 22.10.85. - Status nach Revision des N. tibialis

posterior, N. fibularis

profundus und

N. fibularis

superficialis

sowie Verschluss des Epineureums

am 23.02.87 . - Status nach reaktiver Depression mit leichter phobischer Störung (Angst vor dem Fliegen).

Bei folgenden weiteren Diagnosen verneinte Dr. A.____ eine Kompetenz der Beschwerdegegnerin (S. 4): - vasculäre Enzephalopathie mit Dysästhesien und myoklonischen Kontraktionen der rechten unteren Extremität - vorübergehende Zentralparese des Hirnnervs VII rechts - Arteriosklerose in den unteren Extremitäten - arterielle Hypertonie - gemischte Dyslipidämie - lumbale Diskopathie - Skoliose - diffuse Spondylarthrose - venöse Insuffizienz der unteren Extremitäten - chronische Obstipation - gutartiges Prostataadenom - ängstliche Depression - Visusminderung

Weiter gab Dr. A.____ an, gemäss eigenen Angaben könne der Beschwerdeführer seit November 2013 wegen Entwicklung von Blasen um den Stumpf keine Prothese mehr tragen . Diese Blasen bildeten sich häufiger im Verlauf des Sommers wegen der Wärme. Der Beschwerdeführer habe immer wieder versucht, die Prothese anzulegen , was ihm jedoch wegen Muskelkontraktionen und Zittern am Stumpf , wenn er ihn zu bewegen versuche,

nicht gelinge. In der klinischen Untersuchung habe ein Betasten der Umgebung des Stumpfes eine starke klonische Reaktion verursacht, die durch den Beschwerdeführer schwer zu kontrollieren sei. Dieser habe den Stumpf in die Hände genommen und in wenigen Sekunden hätten sich die Muskelkontraktionen beruhigt. Die Haut um den Stumpf zeige weder Läsionen noch Blasen . Der Beschwerdeführer habe sich in Rollstuhl vorgestellt, denn das Stehen bereite ihm Mühe

(S. 3).

In seiner Beurteilung kam der Kreisarzt zum Schluss, dass die Muskelkontraktionen am Stumpf keine Unfallfolge seien. Die Blasenbildung manifestiere sich hauptsächlich im Sommer und verhindere das Tragen der Prothese während längerer Zeit. Bereits 2005 sei der Beschwerdeführer an zwei Stöcken gelaufen . Die aktuelle Untersuchung ergebe keine neuen Pathologien. Es sei daher kein unfallkausaler Grund ersichtlich, weshalb die Prothese nicht getragen werden sollte (S. 4 f.). 4.

E. 12

Prof. J.____ , Facharzt für Versicherungsmedizin, und Prof. K.____ , Facharzt für Neurologie und Pharmakologie, erstatteten am 5. Januar 2014 [richtig wohl 2015] ein Gutachten zu Händen des Beschwerdeführers (Urk. 3/1) . Darin führten sie aus (S. 7 f.) , sieben bis acht Jahre zuvor sei eine arterielle Hypertonie aufgetreten, die aktuell medikamentös eingestellt sei. Im Mai 2013

habe infolge einer hypertensiven Krise eine zunehmende Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, der Beziehungsfähigkeit sowie des Verhaltens mit sozialem Rückzug und Behandlungsverweigerung eingesetzt . Im April 2014 habe eine hypertensive Krise einen Schlaganfall mit Lähmungen im Gesichts-, Arm-, Leisten- und Oberschenkelbereich links verursacht. Dies habe zur Hospitalisation im L.____ vom 19. bis 23. Mai 2014 geführt (vgl. E. 4. 5).

Die aktuelle Untersuchung zeige neben dem Halbseitensyndrom links vor allem die besondere Schwere des Syndroms des posttraumatischen Stumpfes. Sie er hoben zunehmende

Phantomschmerzen . Als Komorbidität bestehe eine schwere chronische

depressive Störung mit psychotischen Episoden und hypochondrischem Wahn, die das soziale Funktionieren des Beschwerdeführers bedeutend erschweren. Sodann

liege mit Sicherheit eine spinale Myoklonie vor. Die Kontraktionen träten bei muskulärer Aktivität auf, so beim Anlegen der Prothese. Das Vorhandensein von schmerzhaften Spasmen und die Dysästhesien stünden im Zusammenhang mit den Läsionen und der neuronalen Schädigung der Hinterhörner des Rückenmarkes sowie der Ganglien der Nervenwurzeln. Es handle sich somit nicht um spontane Kontraktionen von Skelettmuskeln mit kortikospinaler Ursache sondern um myoklonische Zuckungen als Folge einer Pathologie des Rückenmarkes. Dieser spinale Myoklonus stelle zweifellos eine Schädigung, die ursächlich zum zurückliegenden Trauma mit konsequenter Amputation der unteren rechten Extremität zurückzuführen sei. Bei zentraler Ursache habe die Pharmakotherapie den Myoklonus sicherlich beseitigt. Das Anhalten der Symptomatik beweise deren peripher-segmentale, beziehungsweise spinale Herkunft (S. 8 f.) . 5.

E. 17

ATSG oder eine Spätfolge zum Unfallereignis eingetreten ist, hat die Beschwerdegegnerin materiell nicht geprüft. Dem Gericht bleibt daher eine entsprechende Prüfung des Leistungsanspruches verwehrt (vgl. E. 6.2.2 hievore).

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