

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00103 vom 2. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00103

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00103 du 2 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00103 del 2 settembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

.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).

Eine Erhöhung der Rente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche entweder in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_211/2013 vom 3. Oktober 2013 E. 2.2 mit Hinweisen).

Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ist die erforderliche Erheblichkeit der Sachverhaltsänderung gegeben, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 % verändert (BGE 140 V 85 E. 4.3 mit Hinweisen).

E. 1.2.2

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat (beziehungsweise der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_211/2013 vom 3. Oktober 2013 E.

E. 1.3

hievor). Dementsprechend ist auf die medizinisch ausgewiesene und ärztlich unwidersprochene Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr.

C.____

abzustellen. 4.3

Weiter ist festzuhalten, dass die Ärzte der

Uniklinik D.____

in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2013 lediglich unfallfremde Rückenschädigungen feststellen

konnten. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Schmerzsymptomatik, die sensiblen Ausfälle im rechten Bein und Arm sowie die motorischen Ausfälle im rechten Arm seien mit den bildgebenden Abklärungen der Hals- und Lendenwirbelsäule nicht vereinbar. Ebenso zeigte das von der Klinik D.____ am 4. Juni 2014 erstellte Magnetresonanztomogramm der rechten Schulter des Beschwerdeführers keine Hinweise auf eine Ruptur der Supraspinatussehne.

Auch kann dem Bericht von Dr. G.____ nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers entnommen werden, da dieser keine wesentlich neuen Aspekte beibringen konnte. 4.4

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind den Akten sodann keine sich widersprechenden ärztlichen Einschätzungen zu entnehmen. Sogar sein behandelnder Hausarzt

Dr. F.____ hielt in seinen Berichten fest, dass das Problem seines Patienten psychischer Natur sei und die Schulterbeschwerden im Wesentlichen auf einer somatoformen Schmerzstörung beruhten. Dies spricht klar gegen die vom Beschwerdeführer geltend gemachten, unfallbedingten Verschlechterungen, da gerade die behandelnden (Haus-)Ärzte – angesichts der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung – eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.5

Auf die von prakt. med.

E.____ diagnostizierten psychischen Beschwerden ist vorliegend mangels Adäquanz (bei diesbezüglichem bagatellärem Ereignis) nicht weiter einzugehen. 4.6

Der von der Beschwerdegegnerin festgelegte Invaliditätsgrad von 19 % ist nicht zu beanstanden. Angesichts der Tatsache, dass sie neu einen solchen von 16 % berechnete, sind keine Anhaltspunkte für eine vom Beschwerdeführer beantragte Erhöhung erkennbar.

Nach dem Gesagten sind weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht leistungsrelevante Änderungen ersichtlich. 5. 5.1

Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Art. 36 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Gemäss Lehre ist ab einer Erhöhung des Schadens um 5 % von

einer rechtserheblichen Verschlechterung auszugehen (Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss . Freiburg 1998, S. 110 f.). 5.2

In Bezug auf die beantragte Erhöhung der Integritätsentschädigung brachte der Beschwerdeführer nicht vor, dass die Voraussetzungen für die Revision der am 9. Februar 2011 rechtskräftig zugesprochenen Integritätsentschädigung von 17 % erfüllt sind. Der Beschwerdeführer führte bloss aus, der verletzte Arm sei für die Umgebung augenfällig geworden, was ihn immer begleiten werde . Die permanenten und starken Schmerzen des verletzten Armes seien auch „ zu akzentuieren " (Urk. 1 S. 9) .

Objektive Anhaltspunkte für eine massgebliche Verschlimmerung sind nicht zu erkennen und wurden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Kreisarzt Dr. C.____ erachtete zwar in seinem Bericht vom 3. Dezember 2014 (vgl. E. 3.2.3

hier vor) eine Erhöhung des Integritätsschaden von 17 % auf 20 % als gerechtfertigt , was angesichts der nach wie vor subjektiv beeinflussten Untersuchungsergebnisse bei fehlendem bildgebendem Korrelat als zulässiges Maximum erscheint . Da es sich dabei aber lediglich um eine Veränderung von 3 % handelt, sind die vorerwähnten Voraussetzungen (Verschlimmerung von grosser Tragweite im Sinne von Art. 36 Abs. 4 UVV) für eine Revision nicht erfüllt . 6.

Zusammengefasst ist eine unfallbedingte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen , weshalb der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und ist abzuweisen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4 .

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

E. 1.4

Dagegen erhob der Versicherte am 12. April 2015 Einsprache (Urk. 8/175) , welche die SUVA mit Entscheid vom 30. April 2015 abwies (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. Mai 2015 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Gutheissung seines bereits definierten Begehrens (sinngemäss Erhöhung des Invaliditätsgrades

von aktuell 19 % auf 38 % und der Integritätsentschädigung auf 40 % ; Urk. 1 S. 2 f.). Die SUVA schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). In seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2015 beantragte der Beschwerdeführer die „ Abweisung der Beschwerdeantwort " (Urk. 11). Mit Eingabe vom 19. Juli 2015 (Urk. 13) liess er zwei Arztberichte vom 26. Juni 2015 (Hausarzt) und vom 27. Mai 2015 (Klinik H.____) einreichen (Urk. 14/1-2). Mit Eingabe vom 17. August 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme und hielt an ihrem auf Abweisung der Beschwerde schliessenden Antrag fest (Urk. 17), wovon dem Beschwerdeführer am 19. August 2015 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 18). Das hieraufhin eingereichte Schreiben des Beschwerdeführers vom 7. September 2015 (Urk. 19 und Urk. 20/1-2) wurde der Beschwerdegegnerin am 16. September 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt fest, eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse sei nicht auszumachen. Dem Beschwerdeführer sei in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (Urk. 2 S. 5 ff.). Im Vergleich zum anrechenbaren Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 59'601.- - pro Jahr resultiere ein unfallbedingter Mindereinkommen von Fr. 11'170.- - (Fr. 70'771. - -

Valideneinkommen abzüglich Fr. 59'601. - - (Invalideneinkommen) respektive ein gerundeter Erwerbsunfähigkeitsgrad von 16 %. Anlass für eine Herabsetzung der Rente bestehe nicht, da bei einer Reduktion der Rente von 19 % auf 16 % keine wie gefordert erhebliche Veränderung der Verhältnisse gegeben sei (S. 11). Der geschätzte Integritätsschaden betrage neu zwar 20 %, da es sich dabei jedoch nicht um eine Verschlimmerung von grosser Tragweite handle – präzisgemäss sei erst ab einer Erhöhung des Schadens bei einem Satz von 5

% von einer rechtserheblichen Verschlechterung auszugehen

–, sei die Integritätsentschädigung vorliegend bei den bisherigen 17

% zu belassen. Zusammenfassend sei kein Anspruch auf eine Erhöhung der Invalidenrente oder der Integritätsentschädigung gegeben (S. 14).

Im Gerichtsverfahren machte sie geltend, der Beschwerdeführer begnüge sich in seiner Beschwerdeschrift grösstenteils mit der Wiederholung dessen, was er bereits in der Einsprache vorgetragen habe. An einer Auseinandersetzung mit den Erwägungen im Einspracheentscheid fehle es gänzlich. Vielmehr seien seine Vorhaltungen zum grossen Teil unsachlich und teilweise auch unverständlich. Sie seien Ausdruck seiner subjektiv empfundenen Einschränkungen, für welche es in objektiver Hinsicht aber keine Erklärung gebe. Unter diesen Umständen verzichte sie auf eine nochmalige Vernehmlassung und verweise stattdessen auf ihre Erwägungen im Einspracheentscheid (Urk. 7).

E. 2.2

Demgegenüber entgegnete der Beschwerdeführer (Urk. 1), es sei unrealistisch,

dass die Beschwerdegegnerin behaupten und feststellen könne, wie er ganztags eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ausüben könne. Sowohl er als seine behandelnden Ärzte sowie die Spitäler und Kliniken, in denen er behandelt worden sei, hätten eingeschätzt und festgestellt,

dass er nur den halben Tag arbeiten könne (S. 4). Auch aus psychischen Gründen sei er arbeitsunfähig (S. 7). Sein verletzter Arm sei für die Umgebung augenfällig geworden und werde ihn immer begleiten. Im Weiteren sollten auch die permanenten und starken Schmerzen des verletzten Armes akzentuiert werden, was für eine Erhöhung der Integritätsentschädigung wichtig sein sollte (S. 9).

In seiner weiteren Eingabe machte der Beschwerdeführer zusammengefasst geltend, die Beschwerdegegnerin tue dasselbe wie er. Zwischen seiner subjektiven Darstellung der Einschränkungen und der subjektiven Darstellung der Einschätzungen der Beschwerdegegnerin bestehe ein enormer Unterschied. Sie habe immer eine "schiefe" Erklärung, wenn seine Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsfähigkeit fraglich sei. Auf eine solche nicht objektive Darlegung der Situation im Zusammenhang mit seinen Einschränkungen habe er reagieren müssen (Urk. 11).

Mit Eingabe vom 7. September 2015 (Urk. 19) verlangte der Beschwerdeführer, dass das hiesige Gericht in Bezug auf die passive Stellungnahme der Beschwerdegegnerin auf seine Eingabe vom 10. Juli 2015 (Urk. 11) nochmals eine Stellungnahme verlange oder dass es seine Replik als pünktlich und valid annehme.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids

vom 30. April 2015 (Urk. 2) wesentlich verschlechtert hat, so dass ein Anspruch auf höhere Leistungen der Beschwerdegegnerin resultiert. Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung ist der (rechtskräftig gewordene) Einspracheentscheid vom 15. September 2011 (Urk. 8/117) heranzuziehen, mit welchem

Erwerbsunfähigkeitsgrad auf 19 % festgesetzt wurde.

E. 3

mit Hinweis).

E. 3.1

.1

Im Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 13. August 2010

wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk.

E. 3.1.2

SUVA-Kreisarzt Dr. C.____ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 16. September 2010 fest, dass von einem weiteren operativen Eingriff abzuraten sei, da eine Verbesserung der Schulterfunktion aufgrund der dysfunktionalen Schmerz- und Krankheitsbewältigung mit Selbstlimitierung im Sinne einer sogenannten Symptomausweitung nicht mehr zu erwarten sei. Es bestünden in den vorliegenden Akten genügend Hinweise, dass von diesem Versicherten keine Mitwirkung erwartet werden könne; zudem könne eine

Rentenbegehrlichkeit nicht ausgeschlossen werden. Er empfehle, den Fall abzuschliessen, wobei eine kreis ärztliche Abschlussuntersuchung aufgrund der guten und kompletten Dokumentation im Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 13. August 2010 nicht erforderlich sei (Urk. 8/154).

E. 3.1.3

Gestützt auf die Arztberichte schlossen sowohl das hiesige Gericht als auch das Bundesgericht auf eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und einen Invaliditätsgrad von 19 % (Urk. 8/130 E. 4-5 und Urk. 8/137 E. 3). Die mit Einspracheentscheid vom 15.

September

2011 bestätigte

Integritätsentscheidung

gestützt auf eine Integritätseinbusse von 17 % (Urk. 8/117) blieb unangefochten.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin stützte sich bei ihren Entscheidungen vom 13. März 2015 (Urk. 8/172) beziehungsweise 30. April 2015 (Urk. 2; Einspracheentscheid) auf folgende ärztliche Berichte:

E. 3.2.1

Die Ärzte von der Uniklinik

D.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 17. Oktober

2013 (Urk. 8/158) Lumboschmerzen rechts bei Verdacht auf Fazettengelenksdegeneration L4/5 und L5/S1 beidseits

sowie Zervikobrachialgie rechts und als Nebendiagnose einen Status nach

Supraspinatussehnenriss

im Oktober 2009 (S.

1). Sie hielten fest, die vom Beschwerdeführer beschriebene Schmerzsymptomatik, die sensiblen Ausfälle im rechten Bein und Arm sowie die motorischen Ausfälle im rechten Arm seien mit dem MRI nicht vereinbar. Einzig die Lumbalgien könnten durch die Fazettengelenksdegeneration erklärt werden. Bezüglich der Halswirbelsäule sah sie im MRI ebenfalls kein Korrelat, welches die beschriebene Schmerzsymptomatik erklären würde (S. 2).

E. 3.2.2

Pract. med. E.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 6. Dezember 2013 (Urk. 8/159) folgende Diagnosen (S. 1 f): - Chronisch rezidivierende Depression mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Somatische Diagnosen: siehe Hausarzt und vorbestehende Berichte

Er gab an, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer bereits bekannten Depression infolge Arbeitsunfähigkeit nach einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur rechts am 7. Oktober 2009. In der Folge habe er ein Schmerzsyndrom mit Bewegungseinschränkung

entwickelt ; dies

trotz diverser Therapien. Wegen einer Hüftkontusion rechts am 5. Januar 2009, deswegen er ebenfalls noch Restbeschwerden verspüre, fühle er sich zusätzlich eingeschränkt und habe in der Folge eine Somatisierungsstörung

entwickelt. Die Beschwerden seien chronisch fluktuierend mit Ausstrahlungen in den ganzen Arm und in den Nackenbereich mit chronischen Kopfschmerzen. Trotz Medikamenten leide er an Konzentrationsstörungen, chronischer Müdigkeit und Schlafstörungen. Aufgrund des Verlustes seiner Arbeitsfähigkeit und dem Gefühl, nutzlos zu sein, leide er an einer chronisch rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mit ICD-10 mit somatischem Syndrom (S. 1).

E. 3.2.3

Dr. C.____ führte anlässlich seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 1. Dezember 2014 (Urk. 8/166) aus, es

handle sich um einen Zustand nach arthroskopischer

subakromialer Dekompression und Resektion eines einzelnen kaudalen Osteophyten an der lateralen Klavikula, Supraspinatusreinsertion in Mini-Open-Technik mit zusätzlich intratendinöser Naht an rechter Schulter am 11. November 2009. Am 20. Mai

2010 sei eine arthroskopische

Arthrolyse mit Kapsulotomie ventral und Kapsulotomie dorsal durchgeführt worden. Aufgrund eines unbefriedigenden protrahierten Verlaufs sei vom 14. Juli bis 4. August 2010 eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik B.____

durchgeführt worden

(inklusive psychosomatisches Konsilium am 16. Juli 2010). Es sei die psychiatrische Diagnose einer

dysfunktionalen Schmerz- und Krankheitsbewältigung mit Selbstlimitierung im Sinne einer sogenannten Symptomausweitung genannt worden. Eine psychische Störung sei nicht vorhanden (S. 4).

Weiter gab er an, der Beschwerdeführer leide an einem Dauerschmerz, ausgehend von der Schulter mit Ausstrahlung bis in die Finger nach distal und proximal in den Nacken und Kopfbereich. Andererseits beklage er den Funktionsverlust der dominanten rechten oberen Extremität. Es bestehe eine deutliche aktive Bewegungseinschränkung bei Flexion 50° (Befund D.____

4. Juni 2014: 45°), Abduktion von 40° (D.____ : 40°) und Aussenrotation von 30° (D.____ : 60°). Der Schürzengriff sei nur bis zum Gesäss möglich (D.____ : bis zum Sakrum). Die rohe Faustschlusskraft sei auf 8 kp limitiert und betrage noch zirka 20 % der dominanten linken gesunden Seite.

Im Vergleich zu den Befunden, wie sie im Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 13. August 2010 erwähnt seien, bestehe eine deutliche Verschlechterung. In welchem Ausmass diese auf strukturelle Veränderungen zurückzuführen sei, sei schwierig zu beurteilen, zumal das MRI vom 4. Juni 2014 (Uniklinik D.____) keine Hinweise für eine Ruptur der Supraspinatussehne

gebe . Schon die Einschränkungen beim damaligen Austritt aus der Rehaklinik B.____
seien in diesem Ausmass strukturell nicht erklärbar gewesen und schon damals auf eine dys-
funktional e Schmerz- und Krankheitsbewältigung mit Selbstlimitierung im Sinne einer
sogenannten Symptomausweitung zurückgeführt worden (S.

5) . Diesbezüglich gelte zu erwähnen, dass auch bei der gesunden linken Seite ein Flexion-
defizit von 15° und ein Abduktionsdefizit von 40° im Vergleich zur Norm bestünde . Dies
sei ein weiterer Hinweis für ein funktionales Fehlverhalten beziehungsweise für eine
Selbstlimitierung.

Unter Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde sei eine leichte bis mittel schwere
Tätigkeit den ganzen Tag zumutbar . Das Gewicht von zu hebenden Lasten bis Taillenhöhe
sei auf 15 kg, bis Brusthöhe auf 5 kg limitiert. Überkopf arbeiten , die den Einsatz beider
oberen Extremitäten erforder ten, seien nicht mehr möglich. Repetitiv weit ausreichende
Tätigkeiten mit der rechten oberen Extremität seien nicht mehr durchführbar. Tätigkeiten,
welche mit Impulswirkung verbunden seien , wie Arbeiten mit stossenden oder
vibrierenden Geräten, seien zu vermeiden (S. 6) .

Am 3. Dezember 2014 (Urk. 8/167) hielt Dr. C.____ bezüglich Integritätsschaden fest, am 2
9. September 2010 habe er aufgrund der Untersuchungsbefunde bei Austritt – wie im
Bericht der Rehaklinik B.____ vom 13. August 2010 erwähnt (Flexion aktiv 75°, Abduktion
aktiv 85°) – den Integritätsschaden auf 17

% geschätzt. Aktuell sei die aktive Flexion auf 50° und die aktive Abduktion auf 40°
limitiert. Das Aussenrotationsdefizit sei etwa gleich geblieben, das Innenrotationsdefizit
sei grösser geworden. Anlässlich einer fachärztlichen Beurteilung am 5. Juni 2014 an der
Uniklinik D.____ sei die Diagnose einer Frozen

Shoulder gestellt worden. Aufgrund des Arthro-MRIs vom 4. Juni

2014 lasse sich diese erhebliche Funktionseinbusse nur teilweise auf der strukturellen
Ebene erklären. Aus diesem Grund lasse sich eine Erhöhung des Integritätsschadens um
(lediglich) 3 % rechtfertigen. Der gesamte Integritätsschaden betrage somit 20 % . Mit
dieser Einschätzung sei die Relation zu einer schweren glenohumeralen Arthrose gewahrt.

E. 3.2.4

Mit Schreiben vom 20. März 2015 (Urk. 8/173) hielt der behandelnde Hausarzt

Dr. med. F.____ , Allgemeine Medizin FMH, fest, er sei ziemlich hilflos. Es bleibe wieder
an ihm hängen, indem man von ihm eine Begründung verlange , die er nicht liefern könne .
Er könne

den Beschwerdeführer zu wem auch immer schicken und kein Arzt werde ihm dessen
subjektiv empfundene Einschränkung so bestätigen, dass er zu einer höheren Rente komme

E. 3.2.5

Dr. med. G.____ , Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, von der
Klinik H.____ , nannte in seinem (pendente lite

eingereichten) Bericht vom 27. Mai 2015 (Urk. 14/2) folgende Diagnosen (S.

1): - Panvertebrales Syndrom - zervikozephal es und lumbospondylogenes Syndrom führend - Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule - verlaufsbestimmende psychologische Faktoren - muskuläre Haltungsinsuffizienz und Dysbalance der Rücken stabilisierenden Muskulatur - Vorhandensein negativer Prädiktoren für eine funktionelle rehabilitative Behandlung - LWS-Veränderungen - mehrsegmentale hochgradige degenerative Veränderungen - foraminale Enge L5/S1 rechts mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 rechts - HWS - Foraminale Stenose C3/4 links mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C4, Foraminale Stenosen rechts C5/6 und C6/7 mit

möglicher Affektion der jeweiligen Nervenwurzel

- mehrsegmentale fortgeschrittene Unkarthrosen, geringere auch

Spondylarthrosen

- moderate Atlanto-Dentalgelenkarthrose (MRI der HWS und LWS

vom

12.05.2015) - aktuell symptomatischer Ansatz im Rahmen einer Schmerzbehandlung rehabilitativ versuchen, Zurückhaltung bei infiltrativen Maßnahmen, Veränderung des maladaptiven Schmerzcopings vorrangig wichtig - Periarthropathia

humero

scapularis rechts - transmurale

Supraspinatussehnenruptur rechts nach Unfall am 07.10.2009 - 11/2009 arthroskopische subacromiale Dekompression, Resektion sowie Supraspinatussehnen-Reinsertion, 05/2010 arthroskopische

Arthrolyse mit Kapsulotomie, Kapsulektomie ventral und Kapsulotomie dorsal Schulter rechts - Akzentuierung von Diagnose 1

Dr. G. ___ führte aus, der Beschwerdeführer sei im Anschluss an die Untersuchung auf den aus dessen Sicht klaren Zusammenhang des Unfalls an der Schulter im Jahr 2009 und der Exacerbation der Rückenbeschwerden zu sprechen gekommen. Er habe auf der subjektiv klaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Unfall

perseveriert. Der Beschwerdeführer

habe auch darauf hingewiesen, dass bisher verschiedene Versicherungen diesbezügliche weitere Leistungen abgelehnt hätten. Dr. G. ___ gab weiter an, der rechte Arm werde demonstrativ in leichter Vorhaltung gehalten. In der klinischen Untersuchung könne keine wesentliche Einschränkung aus einer leichten Außenrotationsbehinderung mehr festgehalten werden. Die akromialen Bedingungen seien unauffällig. Hier zeigen sich weder ein Impingement noch eine AC-Gelenkarthrose, welche aktuell aktiv wäre. Wie bereits im Austrittsbericht von B. ___ festgehalten, müsse auch er (Dr. G. ___) davon ausgehen, dass hier eine Ausweitungstendenz und Somatisierungsstörung vorliegen dürfte. Relevante Hinweise für das Vorliegen einer Depression hingegen habe er angesichts der heutigen Präsentation nicht finden können. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich schwingungsfähig und von Seiten einer Depression weit entfernt gewesen (S. 2).

Insgesamt, so Dr. G. ___, zeichne sich das Bild eines durch Kiinesiophobie, psychologische verlaufsbestimmende Faktoren und eine Kränkung durch die Nicht-

Anerkennung der Versicherungen gekennzeichnetes Verhalten mit deutlich negativen Prädiktoren für eine funktionelle Herangehensweise an die sich her vorhandenen Bewegungsstörungen in einzelnen Abschnitten der Wirbelsäule. Aktuell könne spezifisch hauptsächlich über dem Facettengelenk C2/3 möglich erweise auch C1/2 auf der linken Seite eine Reizung festgehalten werden, die in etwa sogar den Veränderungen in dem MRI vom Mai 2015 entsprächen. Auch lumbal scheine das Gelenk L4/5 rechts gereizt. Hingegen hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer lumbalen oder zervikalen Radikulopathie gewonnen werden können. Ein positiver Trömer beidseits weist noch nicht auf eine Myelopathie oder anderweitige höhergradige Störung der Nervenfunktionen hin.

Schliesslich hielt er fest, angesichts der negativen Prädiktoren und des Verhaltens des Beschwerdeführers

sei mit einer Physiotherapie oder Mobilisation keine wesentliche Verbesserung zu erwarten, sondern – im Gegenteil – die Bestätigung eines Nicht-Könnens bei subjektiv empfundener allgemeiner Einschränkung (S.

3). 4. 4.1

Den medizinischen Berichten sind aus objektiver Sicht keine erheblichen Veränderungen zu entnehmen, sondern im Grunde ähnliche Befunde wie dazumal bei der Leistungszusprache. So hielt kein einziger Arzt eine Verschlechterung fest. Dennoch machte der Beschwerdeführer eine solche geltend. Diese Verschlechterung beruht aber lediglich auf seinem subjektiven Empfinden und lässt sich aufgrund objektiver Befunde nicht nachweisen.

4. 2

Kreisarzt Dr. C.____

stellte zwar eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zu den Befunden gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 13. August 2010 fest, relativierte dies jedoch insofern, als er darauf hinwies, dass es schwierig sei, zu beurteilen, in welchem Ausmass die Verschlechterung auf strukturelle Veränderungen zurückzuführen sei. Er begründete dies nachvollziehbar damit, dass dem MRI vom 4. Juni 2014 keine Hinweise für eine Ruptur der Supraspinatussehne

zu entnehmen seien und bereits die Einschränkungen beim damaligen Austritt aus der Rehaklinik B.____

in diesem Ausmass strukturell nicht erklärbar gewesen und schon damals auf eine dysfunktionale Schmerz- und Krankheitsbewältigung mit Selbstlimitierung im Sinne einer sogenannten Symptomausweitung zurückgeführt worden seien. Das Verhalten des Beschwerdeführers taxierte er plausibel als funktionales Fehlverhalten

beziehungsweise

Selbstlimitierung. Damit brach te

Dr. C.____ klar zum Ausdruck, dass keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist.

Auf das vom Kreisarzt erstellte Zumutbarkeitsprofil kann grundsätzlich abgestellt werden.

Sein Bericht ist für die in Frage stehenden Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. So führte Dr. C. ___ überzeugend aus, wes halb dem Beschwerdeführer nach wie vor eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar ist. Eine medizinisch ausgewiesene generelle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% - wie von diesem geltend gemacht - besteht nicht. Der kreisärztliche Bericht leuchtet sodann

in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen sind hinlänglich begründet (vgl. E.

E. 8

/ 152): A. Unfall vom 7. Oktober 2009: Abrutschen des rechten Armes;

transmurale

Supraspinatussehnenruptur rechts -

15.10.2009 Arthro -MRI Schulter rechts: kleiner transmuraler Riss der distalen Supraspinatussehne unmittelbar am Ansatz. Degenerative Veränderung der Infraspinatussehne, unauffällige Darstellung Subskapularis- und Bizepssehne. Einengung des Subakromialraumes durch konkav geformtes Akromion, deutliche AC-Gelenksarthrose und Schulterhochstand, leichte Bursitis subakromialis vereinbar mit Impingement - 11.11.2009: arthroskopische

subakromiale Dekompression und Resektion eines einzelnen kaudalen Osteophyten an der lateralen Klavikula. Supraspinatussehnenreinsertion in Mini-open-Technik mit zusätzlicher in tratendinöser Naht rechts - 16.02.2010 Arthro -MRI Schulter rechts: kein Nachweis auf Reruptur. Persistierende Einengung des Subakromialraumes durch das konkave Akromion, im Vergleich zur Voruntersuchung deutlichere Bursitis der Bursa subakromialis / subdeltoidea als Hinweise auf Impingement - 20.05.2010 arthroskopische

Arthrolyse mit Kapsulotomie /-ektomie ventral und Kapsulotomie dorsal Schulter rechts

A1 Schmerzhaftige Bewegungseinschränkung Schulter rechts

A2 Dysfunktionale Schmerz- und Krankheitsbewältigung mit Selbstlimitierung im Sinne einer so genannten Symptomausweitung B.

Unfall vom 5. Januar 2009: Hüftkontusion rechts

B1 Restbeschwerden Hüfte rechts C.

Schmerzen BWS/ Skapula dorsal - 20.12.2009 Röntgen Thorax dv/ lat: symmetrischer knöcherner Thorax, moderate degenerative Veränderungen im BWS-Bereich - 13.01.2010 MRI BWS: unauffälliges MRI D.

Seit ungefähr 1990 Rückenbeschwerden lumbal mit Ausstrahlung paravertebral links

Als Probleme bei Austritt gaben die Klinikärzte eine schmerzhaftige Funktionseinschränkung der rechten Schulter, Nacken- und Kopfschmerzen rechtsseitig sowie lumbale Rückenschmerzen an (S. 1). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2) hielten sie eine erhebliche Symptomausweitung fest. Sie nahmen an, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, und erklärten, in Folge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden

können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären. Ihre Zumutbarkeitsbeurteilung stütze sich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm.

In ihrer „diagnostischen Beurteilung“ (S. 3) führten die Klinikärzte aus, der Versicherte habe sich vor neun Monaten nach einem Abrutschen des rechten Armes ins Leere eine transmurale

Supraspinatussehnenruptur zugezogen, welche zwei malig mittels Schulterarthroskopie behandelt worden sei, zuletzt mittels ventraler und dorsaler Kapsulotomie. Während seines stationären Aufenthalts sei der Beschwerdeführer psychosomatisch evaluiert worden, wobei keine psychische Störung habe diagnostiziert werden können, jedoch sei eine dysfunktionale Schmerz- und Krankheitsbewältigung mit Selbstlimitierung im Sinne einer Symptomausweitung aufgefallen. Die Symptomausweitung habe auch durch standardisierte Verhaltensbeobachtungen während der Therapien bestätigt werden können. Auffällig seien insbesondere das Schmerz- und Leistungsverhalten gewesen. Gesamthaft gesehen seien die aktuell noch beklagten ausgeprägten Beschwerden in diesem Umfang nicht erklärbar. Die Beweglichkeit habe nicht verbessert werden können, letztlich auch deshalb, weil der Beschwerdeführer nicht bereit gewesen sei, an die eigentlich erforderliche Grenze zu gehen.

In Bezug auf den „Lokalstatus der Schulter rechts“ (S. 7) wurde folgende Beweglichkeit festgehalten: Flexion aktiv 80 Grad, passiv maximal 85 Grad, Abduktion aktiv 80 Grad, passiv maximal 85 Grad. Innenrotation komplett möglich, Aussenrotation rechts um zirka zwei Drittel eingeschränkt. Die Kraft im rechten Arm und der rechten Hand sei gegenüber links vermindert und es bestehe ein Zittern der rechten Hand im Seitenvergleich.

Die Zumutbarkeitsbeurteilung lautete dahin (S. 2), dass die aktuelle berufliche Tätigkeit als Hilfsarbeiter halbtags zumutbar sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage

50 % ab 9. August 2010; wobei eine Leistungsprüfung im angestammten Betrieb nach vier Wochen empfohlen werde. In Bezug auf die rechte Schulter (dominante Seite) wurde als spezielle Einschränkung angegeben, dass Arbeiten über Brusthöhe nicht möglich seien und Gewichte rechts nur körpernah hantiert werden könnten. Als angepasste andere berufliche Tätigkeiten wurde eine mittel schwere Arbeit ganztags angegeben (mit denselben speziellen Einschränkungen). Die Klinik-Ärzte hielten dabei fest, ihre Beurteilung berücksichtige nicht die seit 20 Jahren bestehenden Einschränkungen bezüglich Rückenbeschwerden (S. 2 am Ende).

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