

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00003

vom 2. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00003

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00003 du 2 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00003 del 2 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 2. Dezember 2001 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige

Ein sprachliche entscheidung, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen). In Abweichung zu dieser Bestimmung des ATSG kann die Invalidenrente der Unfallversicherung ab dem Monat, in dem die berechtigte Person eine Altersrente der AHV bezieht, spätestens jedoch ab Erreichen des Rentenalters nach Art. 21 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) nicht mehr revidiert werden (Art. 22 UVG).

E. 1.3

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs.

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

S. 5 f.; Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenaufhebung damit, dass die Revisionsvoraussetzungen erfüllt seien. Die Rentenaufhebung wäre überdies mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit zu schützen, da der damalige Invaliditätsgrad ohne Einkommensvergleich berechnet worden sei. Ein allfälliger Rentenanspruch sei auch aufgrund der fehlenden Adäquanz der psychischen Beschwerden nicht mehr gegeben. Auf die Ausführungen des Beschwerdeführers zum Einkommensvergleich sei mangels Relevanz nicht einzugehen (vgl. Urk.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, auf die gutachterliche Beurteilung könne – aus näher genannten Gründen – nicht abgestellt werden. Somit sei der Nachweis einer Veränderung des Invaliditätsgrades nicht erbracht, weshalb die Rente nicht aufgehoben werden dürfe. Auch sei die ursprüngliche Rentenzusage nicht zweifellos unrichtig gewesen. Es sei von einer unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von insgesamt 50 % auszugehen. Die Adäquanz der vorhandenen Einschränkungen sei damals ausdrücklich anerkannt worden und könne nicht erneut überprüft werden. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs – wobei beim Invalideneinkommen vom Anforderungsniveau 1 auszugehen und ein Leidensabzug von

mindestens 10 % zu gewähren sei – resultiere ein Invaliditätsgrad von 49 % , weshalb die Rente vielmehr zu erhöhen sei (vgl. Urk. 1 S. 5 ff. ; Urk. 12 S. 2 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Aufhebung der Invalidenrente rechens ist.

Nicht bestritten wird die zugesprochene Integritätsentschädigung sowie die Einstellung der Heilkosten mit Ausnahme der ophthalmologischen Beschwerden (vgl. Urk. 1 S. 5 ; Urk. 7/153 S. 2), so dass der angefochtene Entscheid insoweit mangels Anfechtung in Teilrechtskraft erwachsen ist (BGE 119 V 347). 3.

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 24. August 2005 (Urk. 7/73) lag im Wesentlichen das am 9. März 2005 durch die Gutachter der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS)

A.____

erstattete pol ydisziplinäre Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie

zugrunde (7/64) . Dabei wurden

folgende Diagnosen gestellt (S. 17 f. Ziff. 3): - sekundäre pankreatocoprive exokrine und endokrine Insuffizienz nach Schussverletzung mit/bei: - Durchschuss des Magens, des Pankreaskopfes, des Duodenums mit Läsion des Ductus choledochus und Wirsungianus sowie des Nierenunterpols rechts mit Nierenruptur - Revision der Nierenloger rechts, Magenhinterwandverschluss und Pylorus-erhaltende Duodenopankreatektomie am 2. Dezember 2001 - Revisionslaparatomie am 5. Dezember 2001 wegen akuter abdominaler Blutung mit Restpankreatektomie , Splenektomie und abdominaler Lavage - belastungsabhängiges zervikales - und thorakoverbrales Schmerzsyndrom - Schmerzen im Bereich der Kleinfingergelenke, derzeit des proximalen Interphalangealgelenks (PIP) II links, Morgensteifigkeit - posttraumatische ängstlich-depressive Anpassungsstörung, anfänglich mit Elementen einer posttraumatischen Belastungsstörung, inzwischen übergegangen in eine chronifizierte Depression mit somatischem Syndrom leichten bis mittelschweren Ausprägungsgrades (ICD-10 F33.11), persistierend vor allem wegen Belastung durch körperliche Unfallfolgen (Diabetes mellitus, schwere Verdauungsstörungen infolge Pankreatektomie) und sich mit diesen verzahnend im Sinne eines circulus

vitiosus - Differentialdiagnose (DD), jedoch vermutlich wenig wahrscheinlich: endokrines Psychosyndrom bei – vermutlich sekundärem – Hyperparathyreoidismus (ICD-10 F06.3) - arterielle Hypertonie, Erstdiagnose (ED) 2002, medikamentöse Therapie - mässiger Hörschwelleneinbruch links und Tinnitus rechts - kleine Inguinalhernie rechts - Verdacht auf leichtgradigen sekundären Hyperparathyreoidismus - intermittierendes Augenflimmern unklarer Ätiologie

Aus somatischer Sicht ist ehe die durch die Schussverletzung notwendig gewordene

Pankreatektomie mit sekundärer exokriner und endokriner Insuffizienz im Vordergrund. Die Blutzuckereinstellung sei akzeptabel. Die arterielle Hypertonie sollte mit einem Angiotensinkonversionsenzym (ACE)-Hemmer eingestellt und die

Dyslipidämie mit einem Statin

behandelt werden. Die Visusstörungen könnten im Zusammenhang mit den Blutzuckerschwankungen interpretiert werden. Zurzeit würden klinische Hinweise für das Vorliegen einer diabetischen Polyneuropathie fehlen. Die kleine Inguinalhernie rechts bedürfe keiner operativen Sanierung. Die belastungsabhängigen zerviko- und thorakovertebralen Beschwerden fänden ein Korrelat in der radiologisch nachweisbaren rechtskonvexen skoliotischen Fehlhaltung der Halswirbelsäule (HWS) bei normalem Alignment, normal weiten zervikalen Zwischenwirbelräumen und regelrechter Struktur sowie Kontur der einzelnen Wirbelkörper und altersphysiologisch degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbelräume im mittleren Drittel der Brustwirbelsäule (BWS). Es ergäben sich Hinweise auf eine gelenksnahe Osteopenie im Bereich der Metacarpophalangealgelenke beidseits und des Carpus, diskret auch im Bereich der PIP II-V beidseits (S. 20).

In psychiatrischer Hinsicht liege aktuell eine leichte bis mittelschwere Depression vor. Der Beschwerdeführer habe ausgeprägte Ängste um seine körperlichen Funktionsstörungen, wobei sich erhebliche tatsächliche körperliche Funktionsstörungen mit hypochondrischen Ängsten und somatischen Symptomen der Depression vermischen und einen circulus vitiosus bilden würden. Er zeige ein ausgeprägtes kontraphobisches Verhalten. Er versuche die Ängste zu bagatellisieren und durch praktisches Handeln zu überwinden. Der tatsächliche Schweregrad der psychischen Störung sei daher eher höher

als das psychopathologische Erscheinungsbild. Insgesamt sei von einer mittelschweren Depression auszugehen. Die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung seien weitgehend abgeklungen. Eine gewisse Besserung könne durch eine antidepressive Behandlung erwartet werden, wobei eine entscheidende Wende nicht wahrscheinlich sei. Eine psychotherapeutische Behandlung wäre empfehlenswert, werde aber abgelehnt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zeitlich nicht eingeschränkt, jedoch sei die Leistungsfähigkeit um 25 % herabgesetzt (S. 16 Ziff.

E. 2.5

. 1, S. 20 f.; S. 20 f. Ziff. 7-9 des psychiatrischen Konsiliargutachtens).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass die Abdominalbeschwerden eindeutig in Zusammenhang mit den infolge der Pankreasinsuffizienz bestehenden Verdauungsstörungen stünden

(S. 21 f. Ziff. 5.4-5.5). Der Unfall vom 2. Dezember 2001 müsse als praktisch alleinige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störungen angesehen werden. Einzig die seit dem Jahr 2002 bekannte arterielle Hypertonie sowie die Hörstörung könnten nicht eindeutig dem Unfallgeschehen zugeordnet werden. Der Unfall habe zu keiner Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes geführt (S. 22 f. Ziff. 5.6.1-5.6.3). Mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung könne nicht gerechnet werden (S. 23 Ziff. 5.7). Der Beschwerdeführer sei lebenslang auf medizinische Massnahmen angewiesen (S. 23 Ziff. 5.8). Nach dem Ereignis vom 2. Dezember 2001 habe zunächst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen

Tätigkeiten bestanden. Die Wiederaufnahme der Arbeit in einem Pensum von 50 % sei am 1. April 2002 erfolgt. Seit dem 1. Mai 2002 sei aus somatischer Sicht aufgrund der notwendigen Arbeitsunterbrüche zur Blutzuckermessung und Insulinverabreichung sowie zum Aufsuchen der Toilette von einer 15%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Schwere

körperliche Tätigkeiten

sowie

solche in Wechselschicht oder unter Stress seien nicht zu empfehlen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit dem 2. Dezember 2001 eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit. Gesamthaft sei derzeit von einer 35%igen Arbeitsunfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit als Gastwirt auszugehen (S. 23 f. Ziff. 5.9.1-5.9.3). Der unfallbedingte Integritätsschaden betrage 50 % (S. 25 Ziff. 5.10). 4. 4.1

Am 29. November 2014 erstatteten die Gutachter der B.____ GmbH ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Gastroenterologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/118 ; vgl. auch Zusammenfassung vom 10. Februar 2016, Urk. 7/149/3-4). Dabei stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 1 des Konsensberichts): - Status nach abdomineller Schussverletzung mit/bei: - Status nach Duodenopankreatektomie und Splenektomie - exokrine und endokrine Pankreasinsuffizienz - möglichem sekundärem Hyperparathyreoidismus - möglicher Osteomalazie - metabolischem Syndrom - Opfer von Verbrechen oder Terrorismus (ICD-10 Z65.4) , chronische psychische Belastungssituation mit zeitweiser Depressivität und Ängsten - arterielle Hypertonie - Rundrücken mit/bei: - möglicher beginnender Intervertebralarthrose der unteren HWS - geringfügiger Keilwirbelbildung BWK5 - thorakal linkskonvexer Skoliose - Haltunginsuffizienz mit muskulärer Dekompensation

Aus orthopädischer Sicht habe der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 2. Dezember 2001 abgesehen von geringfügigen Weichteilverletzungen im Bereich des Beckens/Gesäss keine Verletzungen des Bewegungsapparates erlitten. Die feststellbaren Veränderungen an der Wirbelsäule und an den Fingerendgelenken könnten nicht darauf zurückgeführt werden. Für eine Störung des Kalziumstoffwechsels ergäben sich keine offensichtlichen Hinweise. Im Vergleich zum MEDAS-Gutachten vom März 2005 bestünden im Wesentlichen unveränderte klinische und radiologische Befunde. Die feststellbaren geringfügigen Unterschiede in der klinischen Untersuchung seien hauptsächlich physiologischen Schwankungen und untersucherabhängigen Unterschieden zuzuschreiben. Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund unfall- oder krankheitsbedingter Ursachen. Dem Beschwerdeführer seien krankheitsbedingt allerdings Arbeiten in Zwangshaltungen des Rückens, vornübergebeugt sowie Heben und Tragen von mehr als 15 kg mehr als manchmal nicht zumutbar. Sollte bei der gastroenterologischen Begutachtung eine Störung der Knochenmineralisation festgestellt werden, so wäre die Unfallkausalität neu zu beurteilen (S. 7 ff. Ziff. 5-6 des orthopädischen Gutachtens).

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe im Vergleich zur Untersuchung durch die MEDAS A.____ eine Besserung festgestellt werden können. Die damals diagnostizierte Anpassungsstörung liege nicht mehr vor. Es liege auch keine spezifische posttraumatische Belastungsstörung oder eine chronifizierte

Depression mit somatischem Syndrom mehr vor. Es könne überdies festgestellt werden, dass es beim Beschwerdeführer auch zu keiner andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und zu keinen unfallspezifischen Phobien gekommen sei. Der Unfall habe zu einer massiven physischen und psychischen Traumatisierung geführt. Es sei nachvollziehbar, dass dieses einschneidende Erlebnis für ihn einen chronischen

psychischen Belastungsfaktor darstelle. Es seien aber keine als pathologisch zu wertenden Ängste vorhanden und er zeige auch keine typische depressive Kernsymptomatik. Hierzu passe, dass er sich in all den Jahren noch nie in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe begeben und auch noch nie Psychopharmaka habe einnehmen müssen. Aus psychiatrischer Sicht sei es bezüglich der beschriebenen leichten affektiven Störung zwischenzeitlich zu einer Chronifizierung gekommen. Mit einer namhaften Besserung könne nicht gerechnet werden. In allen Verweistätigkeiten bestehe eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 10 % bei grundsätzlicher Vermeidung einer Tätigkeit spätabends beziehungsweise nachts (S. 8 ff. des psychiatrischen Gutachtens).

In gastroenterologischer Hinsicht wurde festgehalten, dass zwar die MEDAS-Akten aus dem Jahr 2005, jedoch keine aktuellen Untersuchungsbefunde vorgelegen hätten. Der Beschwerdeführer leide seit der Pankreatektomie und Splenektomie an einer exokrinen und endokrinen Pankreasinsuffizienz. In den letzten Jahren seien Spätkomplikationen des Diabetes aufgetreten. Der Gesundheitszustand habe sich gegenüber der im September 2004 erfolgten Beurteilung verschlechtert. Die Anamnese ergebe nun Hinweise auf diabetische Spätkomplikationen. Diese hätten derzeit keinen weiteren Effekt auf die Arbeitsfähigkeit. Im Zusammenhang mit der Pankreatektomie und der Splenektomie bestehe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 1 ff. des gastroenterologischen Gutachtens).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die im MEDAS-Gutachten vom März 2005 aus somatischer Sicht attestierte

15%ige Arbeitsunfähigkeit weder gastroenterologisch noch orthopädisch begründet werden könne. Weder aus gastroenterologischer

noch aus orthopädischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Geschäftsführer. Eine Arbeitsunfähigkeit könne durch mögliche Folgen der Pankreasinsuffizienz begründet werden und sei endokrinologisch sowie osteologisch zu beurteilen. Die gestellten Fragen könnten nicht abschliessend beurteilt werden. Neben der psychiatrischen Problematik stehe die Pankreasinsuffizienz im Vordergrund der unfallbedingten Schädigung (S. 1 f.

des Konsensberichts). 4.2

Am 30. Dezember 2014 erfolgte eine Aktenbeurteilung durch die Ärzte der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechsell Erkrankungen

des Kantonsspitals C. ___ (Urk. 7/123). Angesichts des über viele Jahre suboptimal eingestellten Diabetes mellitus bestehe zweifellos ein Risiko für die Entwicklung von Spätfolgen. In den Akten werde erwähnt, dass keine augenärztlichen Folgeerkrankungen bestünden. Der orthopädische Untersuchungsbefund vom Sommer 2014 spreche gegen eine schwere Polyneuropathie. Über eine mögliche Nephropathie oder Makroangiopathie fänden sich keine Angaben. Zum Verdacht auf einen sekundären Hyperparathyreoidismus bei Vitamin D Mangel und der möglichen Folgen einer Osteomalazie könne ohne aktuelle Laborbefunde keine Stellung genommen werden. Das Risiko für eine Malabsorption fettlöslicher Vitamine sei bei exokriner Pankreasinsuffizienz erhöht, bei regelmässiger Kontrolle und Substitution aber beherrschbar. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die Frage nach einem sekundären Hyperparathyreoidismus nicht relevant (S. 2 f. Ziff. 2). Der Beschwerdeführer bleibe lebenslang auf die intensiviertere Insulintherapie angewiesen (S. 3 Ziff. 3). Der Diabetes mellitus sei bereits vor neun Jahren ähnlich suboptimal

eingestellt gewesen wie zum jetzigen Zeitpunkt, weshalb diesbezüglich keine wesentliche Veränderung vorliege. Die potenziellen Spätfolgen würden an der Kausalitätsbeurteilung nichts ändern. Der pankreatoprive Diabetes mellitus sei eindeutig auf die im Jahr 2001 erlittene Schussverletzung zurückzuführen. Die Arbeitsfähigkeit werde vom Diabetes mellitus grundsätzlich nicht beeinflusst. Dies sei allerdings bei ausgeprägten Spätfolgen möglich. Soweit dies den Akten zu entnehmen sei, lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch den Diabetes mellitus nicht begründen, sofern die Abklärungen bezüglich allfälliger Spätkomplikationen keine zusätzlichen Aspekte brächten (S. 3 f. Ziff. 5-6). 4.3

In Beantwortung der gestellten Zusatzfrage führten die Ärzte des Kantonsspitals C.____ aus, dass sich eine Osteomalazie grundsätzlich durch diffuse Knochen- und Gelenksbeschwerden äussern könne. Die Differentialdiagnose solcher Beschwerden sei jedoch sehr breit. Die in den Unterlagen vorhandenen Laborbefunde seien unpräzise. Ein sekundärer Hyperparathyreoidismus sei möglich, allerdings nicht bewiesen. Eine Osteomalazie könne Folge eines Vitamin D Mangels sein. Es wäre plausibel, falls dies beim Beschwerdeführer vorliegen würde, aber ebenfalls nicht bewiesen. Angesichts der unspezifischen Beschwerden einer Osteomalazie und der breiten Differentialdiagnose von diffusen Knochen- und Gelenkschmerzen sei es unmöglich zu beurteilen, ob die Knochen schmerzen des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Osteomalazie infolge Hyperparathyreoidismus zu erklären seien. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit spiele eine Osteomalazie respektive ein sekundärer Hyperparathyreoidismus eine untergeordnete Rolle (vgl. Schreiben vom 20. Februar 2015, Urk. 7/126 S. 1 f.). 4.4

Am 3. Dezember 2015 erstattete PD Dr. med. Dr. phil. D.____, Facharzt für Ophthalmologie, E.____, sein ophthalmologisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/146). Dabei nannte er folgende Diagnosen, welche jeweils beidseits bestünden (S. 2 Ziff. 3): - Hyperopie - Cataracta

senilis - Siccasymptomatik - milde nicht proliferative diabetische Retinopathie - Presbyopie

Der Unfall vom 2. Dezember 2001 sei nicht die alleinige Ursache der aktuell festgestellten gesundheitlichen Störung. Das Ereignis habe dazu geführt, dass der Beschwerdeführer an einem Diabetes mellitus leide. Diese diabetische Erkrankung verursache fortwährend Schäden am Augenhintergrund. Die diabetische Retinopathie sei darauf zurückzuführen (S. 2 f. Ziff. 5.1-5.5). Aus rein ophthalmologischer Sicht liege aufgrund der vollen Sehkraft eine permanente Arbeitsfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als Geschäftsführer vor. Aktuell sei die Augenerkrankung wenig ausgeprägt. Aufgrund der unfallbedingten diabetischen Stoffwechselerkrankung sei allerdings damit zu rechnen, dass sich die Sehkraft verschlechtere. Insgesamt bestehe derzeit aus ophthalmologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 6.1-6.2). Körperlich schwere Arbeiten sowie Stresssituationen würden jedoch zu einer Dekompensation des Diabetes führen, was die körperliche Belastbarkeit einschränke. Zudem seien die Konzentrationsfähigkeit sowie die psychische Belastbarkeit aufgrund des posttraumatischen Belastungssyndroms eingeschränkt. PD

Dr. D.____ hielt daher fest, dass eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (S. 4 Ziff. 6.3). Mit einer Besserung der Gesundheitsschädigung aus rein ophthalmologischer Sicht könne nicht gerechnet werden. Vielmehr sei eine Verschlechterung zu erwarten. Eine

Sehverschlechterung in den nächsten Jahren bis hin zu einem Integritätsschaden von zirka 30 % sei wahrscheinlich. Es könne nicht abgeschätzt werden, wann dies eintrete. Dies sei sehr stark von der Einstellung der Blutzuckerwerte abhängig (S. 4 Ziff. 7-8). 4.5

Mit Schreiben vom 18. Februar 2016 (Urk. 7/148) nahm der psychiatrische Gutachter Stellung zu den Einwänden des Beschwerdeführers. Dabei führte er aus, dass dessen Einschätzung widersprochen werden müsse. Sämtliche im Vorgutachten angeführten psychiatrischen Diagnosen hätten aktuell nicht mehr festgestellt werden können. Damit liege eine Verbesserung im Vergleich zum Vorgutachten aus dem Jahr 2004 vor. Die leichten affektiven Auffälligkeiten würden zu einer Arbeitsunfähigkeit von 10 % führen (S. 1

f.f.). 5. 5.1

Zur Beantwortung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache

wesentlich verändert hat, erfolgten eingehende Beurteilungen in orthopädischer, gastroenterologischer, endokrinologischer, osteologischer, psychiatrischer und ophthalmologischer Hinsicht. Sämtliche Gutachten erfüllen in ihrer Gesamtheit die praxismässigen Kriterien an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vorstehend E. 1.4), weshalb für die Beurteilung darauf abgestellt werden kann. 5.2

Hinsichtlich des psychischen Leidens ist seit der im Rahmen der Rentenzusprache erfolgten Begutachtung eindeutig eine wesentliche Besserung eingetreten. So wurde in überzeugender Weise festgehalten, dass sämtliche damals gestellten Diagnosen nicht mehr erkannt werden können. Ein Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung konnte ebenfalls nicht beobachtet werden. Es wurde lediglich noch eine leichte affektive Auffälligkeit im Sinne einer chronischen psychischen Belastungssituation mit zeitweiser Depressivität und Ängsten (ICD

E. 6

S. 3 f.).

E. 6.3

). Auf diese Einschätzung kann daher nicht abgestellt werden. 5.6

Der Vollständigkeit halber ist der Beschwerdegegnerin zuletzt darin zuzustimmen, dass die ursprüngliche Rentenzusprache

überdies auch zweifellos unrichtig war. So wurde von der medizinisch festgelegten 35%igen Arbeitsunfähigkeit direkt auf eine Erwerbsunfähigkeit und somit eine Invalidität von 35 % geschlossen (vgl. die rentenzusprechende Verfügung vom 24. August 2005, Urk. 7/73 S. 3). Ein Einkommensvergleich, mithin ein Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen, wurde nicht vorgenommen. Dies wäre zur Bemessung des Invaliditätsgrades indessen ausschlaggebend. Die Rentenzusprache erfolgte damit in unrichtiger Anwendung der für die konkrete Invaliditätsbemessung einschlägigen Rechtsregeln, womit sich die damalige Vorgehensweise als zweifellos unrichtig erweist (vgl. BGE 114 V 314 E. 3c;

Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 157). 5.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich zwar der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers grösstenteils nicht verändert und sogar teilweise eher verschlechtert hat. Allerdings ist eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. Nach der überzeugenden medizinischen Einschätzung liegt lediglich noch eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Damit besteht in jedem Fall Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.2) und der Rentenanspruch ist in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend („allseitig“) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). 6.

Der durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (vgl. Urk. 7/151 S. 4 f.) ist schliesslich nicht zu beanstanden, woran die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen (vgl. Urk. 1 S. 11 ff. Ziff. 21-23) nichts zu ändern vermögen. Hinsichtlich des gerügten verwendeten Kompetenzniveaus bei der Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens bringt er keine stichhaltigen Argumente vor, weshalb sich die Anwendung des Kompetenzniveaus 2 als nicht sachgerecht erweisen würde. So ist ihm insbesondere aufgrund der medizinischen Beurteilung die Ausübung der bisherigen Tätigkeit weiterhin zumutbar. Auch ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn infolge Teilinvalidität erweist sich bei einem zumutbaren Beschäftigungsgrad von 90 % als nicht gerechtfertigt. Auf den durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich ist

abzustellen und die unter Gewährung einer Übergangsfrist per 31. März 2016 verfügte Rentenaufhebung erfolgte daher zu Recht.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Mit Honorarnote vom 28. August 2017 (Urk. 19) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand sowie Auslagen von insgesamt Fr. 2'796.75 (inkl. MWSt) geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) als angemessen, weshalb Rechtsanwalt Viktor Estermann, Luzern, mit Fr. 2'796.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Viktor Estermann, Luzern, wird mit Fr. 2'796.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Estermann - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannMeierhans

E. 10

Z 65.4) festgestellt. Gestützt auf diese chronische Belastungssituation wurde eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 10 % in sämtlichen Tätig keiten bei grundsätzlicher Vermeidung einer Tätigkeit spätabends beziehungs weise nachts attestiert (vgl. Urk. 7/118 S. 8 ff. des psychiatrischen Gutachtens).

Da auch bei der gestützt auf das psychische Leiden attestierten 10%igen Arbeitsunfähigkeit – wie sich nachfolgend zeigen wird (vgl. nachstehend E. 6) – kein Rentenanspruch mehr resultiert, erübrigen sich weitergehende Aus führungen zur stritti ge n Frage, ob erneut eine Prüfung der Adäquanz der psychischen Beschwerden vorge n ommen werden dürfte und die entsprechende Kausalität zu verneinen gewesen wäre . 5.3

Die Rüge des Beschwerdeführers, wonach der psychiatrische Gutachter im Februar 2016 eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen und keine erneute Unter suchung durchgeführt habe (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 17), erweist sich als unbegründet . So erfolgte im Sommer 2014 eine eingehende psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers in deren Rahmen eine einlässliche Beur teilung vorgenommen wurde (vgl. Urk. 7/118 S. 11 des psychiatrischen Gutach tens). In der Stellungnahme vom Februar 2016 verwies d er Gutachter aufgrund der beschwerdeführerischen Vorbringen lediglich nochmals auf dieses Gutach ten und wiederholte seine damalige Einschätzung (vgl. Urk. 7/148 S. 1 ff.). Eine erneute persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers war zu diesem Zeit punkt nicht von Nöten, waren keine Hinweise auf eine seither eingetretene Ver änderung aktenkundig. Die eineinhalb Jahre

zuvor vorgenommene Beurteilung h atte demnach weiterhin Bestand. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, sein psychischer Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung erheblich und andauernd verschlechtert und er befinde sich seit spätestens Anfang des Jahres 2016 wieder in regelmässiger psychi atrischer Behandlung und

nehme Psycho pharmaka ein (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 17; Urk. 7/ 153 S. 5 Ziff. 7), ändert dies nichts daran . Den Namen des nun behandelnden Psychiaters gab er dabei nicht an und brachte dies auch erstmals in der Einsprache vor, weshalb versiche rungsmedizinische Überlegungen möglicherweise eine Rolle gespielt haben dürften. Zudem stimmt seine Aussage, dass er sich nun wieder in regelmässiger psychi atrischer Behandlung befinde, nicht mit seinen früheren Angaben über ein, wonach er bisher noch nie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behand lung gewesen sei und auch noch nie Psychopharmaka eingenommen habe (vgl.

Urk. 7/118 S. 3 des psychiatrischen Gutachtens). Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten , einzig gestützt auf diese Behauptung des Beschwerdeführers weitergehende Abklärungen zu veranlass en.

Dasselbe gilt für das ebenfalls beantragte neuropsychologische Gutachten (Urk. 1 S. 8 Ziff. 15), liegt es doch im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2014 vom 30. Januar 2015 E. 5.2).
Den Akten

waren bisher keine Anzeichen

für eine neuropsychologische Störung zu entnehmen. Zudem sind allein Erkenntnisse aus neuropsychologischer Sicht rechtsprechungsgemäss von vornherein nicht geeignet, unfallbedingte hirnorganische Funktionsstörungen nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 273/06 vom 9. August 2006 E.

3.3 mit Hinweis auf BGE 119 V 341). 5.4

In somatischer Hinsicht legten die Gutachter sodann in nachvollziehbarer Weise dar, dass von einem im Wesentlichen unveränderten respektive teilweise sogar leicht verschlechterten Gesundheitszustand auszugehen sei. Sämtliche somatisch begutachtenden Ärzte erachteten den Beschwerdeführer allerdings trotz der in ihrem Fachgebiet erhobenen Befunde als vollständig arbeitsfähig. Dies gilt auch aus gastroenterologischer Sicht. So gab der diesbezügliche Gutachter zwar an, dass sich der Diabetes im Vergleich zur im Jahr 2005 erfolgten Voruntersuchung verschlechtert habe und Spätfolgen aufgetreten seien, weshalb sicherlich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Allerdings hielt er auch klar fest, dass er zur Höhe der Einschränkung keine Stellung nehmen könne, da er kein Endokrinologe sei und aus rein gastroenterologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (vgl. Urk. 7/118 S. 3 des gastroenterologischen Gutachtens; Urk. 7/120; Urk. 7/121 S. 1 f.;

Urk. 7/149/1-2). In der Folge wurde daher eine endokrinologische und osteologische Beurteilung veranlasst. Der Umstand, dass es sich dabei lediglich um eine Aktenbegutachtung gehandelt hat, steht der grundsätzlichen Beweiskraft

nicht entgegen. So kann auch reinen Aktengutachten vollen Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_119/2012 vom 30. März 2012 E. 4). Dies ist hier weitestgehend der Fall. Der Beschwerdeführer war eingehend abgeklärt worden und es ging einzig darum, die Auswirkungen des ausgewiesenen Diabetes und der möglichen Spätfolgen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Hierfür ist eine persönliche Untersuchung nicht zwingend notwendig, zumal verschiedene Spätfolgen des Diabetes – wie bei spielsweise Augenbeschwerden oder eine Polyneuropathie

– nicht durch den Endokrinologen festzustellen sind, sondern von einem auf dieses medizinische Fachgebiet spezialisierten Arzt. Hinsichtlich einer allfälligen Osteomalazie und eines sekundären Hyperparathyreoidismus

hielten die Gutachter sodann klar fest, dass solchen bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit eine untergeordnete Rolle zukäme. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten sie schliesslich nach vollziehbar aus, dass der Diabetes für sich allein die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht beeinflusse und eine Einschränkung nur bei ausgeprägten Spätfolgen möglich sei. Solche liessen sich den

Vorakten

jedoch nicht entnehmen, was auch die Gutachter erkannten. Entsprechend kamen sie zum Schluss, dass – so fern die weiteren Abklärungen bezüglich allfälliger Spätkomplikationen keine zusätzlichen Aspekte brächten – durch den Diabetes keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne

(vgl. Urk. 7/123 S. 3 f. Ziff. 5-6 ; Urk. 7/126 S. 1 f.). 5.5

Anlässlich der in der Folge durchgeführten ophthalmologischen Abklärung konnte zwar unter anderem eine milde diabetische Retinopathie festgestellt werden, welche auf den Diabetes zurückzuführen sei. Allerdings wurde klar festgehalten, dass – wenn auch eine Verschlechterung erwartet werde

–

die Augenerkrankung derzeit wenig ausgeprägt sei und aus rein ophthalmologischer Sicht aufgrund der vollen Sehkraft keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. Urk. 7/146 S. 2 ff. Ziff. 5.1-5.5, Ziff. 6.1-6.2, Ziff. 7). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei einzig auf die ophthalmologische Beurteilung abzustellen und demnach von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 15), lässt sich diese Einschätzung zwar tatsächlich auch dem besagten Gutachten

entnehmen. Allerdings übersieht der Beschwerdeführer dabei, dass der ophthalmologische Gutachter eindeutig fest hielt, dass aus rein ophthalmologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die prozentuale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründete er vielmehr fachfremd mit einer möglichen Dekompensation des Diabetes und einer eingeschränkten physischen und psychischen Belastbarkeit (vgl. Urk. 7/146 S. 4 Ziff.

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