

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00287 vom 27. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00287](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00287)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00287 du 27 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00287 del 27 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; UVG in der hier anwendbaren, bis Ende 2016 in Kraft gewesenen Fassung; Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbsein kommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 1. 2

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108

E. 5.3.1 und E. 5.4).

### **E. 1.2**

Am 25. Juli 2001 liess die Versicherte der SWICA mitteilen, ihr unfallbedingter Gesundheitszustand habe sich in letzter Zeit stark verschlechtert (Urk. 9/19). Die SWICA tätigte medizinische Abklärungen (vgl. Urk. 9/23 ff.) und erteilte Kostengutsprache für den operativen Verschluss der Narbenkontrakturen am rechten Oberarm mit Z-Plastik (Urk. 9/42-43), worauf die Versicherte erklären liess,

sie sei durch die Bewegungseinschränkung nicht derart gestört, dass sie einen operativen Eingriff wünsche; ein solcher würde ihr auch nichts bringen, da sie zu r

Keloidbildung neige (Urk. 9/44 S. 2, 5 f. und 7). Mit Verfügung vom 28. August 2002 sprach die SWICA der Versicherten für die Narben nach der Verbrennung eine Integritätsentschädigung von 20 % im Betrag von Fr. 19'440.-- zu und verneinte ab dem 1. Juli 2002 einen Anspruch auf Heilbehandlungskosten, Kostenvergütungen und Taggelder (Urk. 9/53).

Gegen Letzteres liess die Versicherte Einsprache erheben und weitere Abklärungen beantragen (Urk. 9/56).

Die SWICA nahm das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom

25. November 2004 zu den Akten (Urk. 9/65 S. 3 ff.). Sie stellte den Gutachtern Ergänzungsfragen zur unfallbedingten Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/6

### **E. 1.3**

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der

Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substanziierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz 77 zu Art. 30–31 IVG).

#### 1. 4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Die Beschwerdegegnerin vertrat den Standpunkt, es sei auf das Gutachten Dr. A. \_\_\_ s abzustellen. Die Voraussetzungen sowohl für eine Revision im Sinne von Art. 17 ATSG als auch für eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG seien erfüllt. Da es an objektivierbaren Beschwerden mangle, welche einen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 22. März 1994 auswiesen, sei die Rente aufzuheben (Urk. 2 und 8).

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, das Gutachten Dr. A. \_\_\_ s sei mangelhaft. Es berücksichtige nicht die Berichte der aktuellen Behandler, da die Beschwerdegegnerin keine solchen beigezogen habe. Überdies sei Dr. A. \_\_\_ von falschen Annahmen ausgegangen. Insbesondere werde mit dem Gutachten Dr. A. \_\_\_ s lediglich eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhalts vorgenommen. Ein Revisionsgrund sei da mit nicht belegt. Ebenso wenig sei eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung gerechtfertigt. Die Rentenzusprache sei gestützt auf das Gutachten der MEDAS Z. \_\_\_ samt Ergänzungen erfolgt und es zeigten sich keine Hinweise formeller oder materieller Natur, welche an den damaligen gutachterlichen Schlussfolgerungen Zweifel aufkommen liessen (Urk. 1). 3.

#### 3.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 6. Juni 2006 beruhte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS Z. \_\_\_ vom 25. November 2004 und den Ergänzungen vom 18. Mai 2005 und vom 19. Januar 2006 ( Urk. 9/82 S. 1 ; vgl. Urk. 9/65, 9/66 und 9/77 ). 3.2

Im polydisziplinären Gutachten vom 25. November 2004 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (vgl. Urk. 9/65, S.

**E. 5**

S. 1 f.), welche am 18. Mai 2005 beantwortet wurden ( Urk.

**E. 9**

/66). Überdies verlangte die SWICA am

9. November 2005 ergänzende Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit nur unter Berücksichtigung des Oberarmleidens , welche am 19. Januar 2006

gemacht wurden

( Urk. 9/77).

Mit Verfügung vom 6. Juni 2006 sprach die SWICA der Versicherten ab dem 1.

Juli 2002, ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 70 % und einem Invaliditätsgrad von 35 % , eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu ( Urk. 9/82) . Die Versicherte kehrte im April 2007 nach Portugal zurück ( Urk. 9/85).

**E. 10**

).

Auf die Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

**E. 12**

des Gutachtens ):

Hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits bei -

Status nach traumatischer Trommelfellperforation rechts bei Verbrühung 1994 (geheilt)

Chronischer Schulterschmerz rechts mit Bewegungseinschränkung bei retraktiver

Kapsulitis bei -

Status nach Verbrühung des rechten Oberarms mit Thierschung und Entwicklung eines Narbenkeloids

Mediale und laterale Gonalgie beidseits linksbetont bei -

kernspintomographischer Läsion des medialen Meniskus links sowie Verdacht auf Partialruptur des vorderen Kreuzbandes links

Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei - Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dekonditionierung - Status nach Morbus Scheuermann

Leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom und teilweise remittierte posttraumatische Belastungsstörung.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe und Köchin sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig, wobei vor allem die otologischen und etwas weniger auch die rheumatologischen Befunde limitierend seien ( vgl. Urk. 9/65, S. 13 des Gutachtens ).

Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, einerseits ohne Lärmeinfluss und ohne die Notwendigkeit einer regelmässigen Kommunikation und andererseits ohne Überkopfarbeiten oder kraftaufwändige Tätigkeiten mit dem rechten Arm, seien der Versicherten zu maximal 40-50 % zumutbar, limitierend seien die otologischen und die rheumatologischen Befunde (vgl. Urk. 9/65, S. 13 des Gutachtens ). 3.3

Auf entsprechende Nachfragen des Unfallversicherers wurde am 18. Mai 2005 vermerkt, die rein unfallbedingte Arbeitsfähigkeit als Küchenangestellte betrage 30 % . Die Versicherte sei zeitlich und leistungsmässig eingeschränkt für mittel schwere und schwere körperliche Arbeiten mit repetitivem Heben von Lasten über 10 kg und stereotypen-repetitiven Bewegungsabläufen. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit einerseits ohne Lärmeinfluss und andererseits ohne Überkopfarbeiten sei der Versicherten zu maximal 40-50 % zumutbar ( Urk. 9/66). 3.4

Am 19. Januar 2006 führten die Gutachter in Beantwortung der Fragen zur Arbeitsfähigkeit nur aufgrund des Oberarmleidens aus, aus rheumatologischer Sicht habe vom 22. März bis zum 30. September 1994 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

Nachfolgend sei von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Es sei nicht zu erwarten, dass die Arbeitsfähigkeit mit konservativen therapeutischen Massnahmen gesteigert werden könne. Allenfalls könnten ein operativer Eingriff betreffend die Narbenkontraktur sowie eine Narbenseparation der rechten Schulter mit nachfolgender intensiver Physiotherapie medizinisch-theoretisch zu einer Verbesserung der Beweglichkeit und der Belastbarkeit führen. Die Versicherte wolle sich indessen nicht operieren lassen ( Urk. 9/77 S.

1).

Das häufige Heben von Gewichten über 15 kg mit dem rechten Arm sei nicht mehr möglich. Das gelegentliche Heben von Gewichten bis zu 15 kg unter Einbezug des linken Armes sei jedoch zumutbar. Tätigkeiten mit dem rechten Arm an bzw. über der Schulterhorizontalen seien nicht möglich und ständig repetitiv- manuell kraftaufwändige Arbeiten ebenfalls nicht. Medizinisch-theoretisch könne die Versicherte aus rheumatologischer Sicht eine leichte wechselbelastende Arbeit mit der erwähnten Einschränkung von sogenannten Überkopfarbeiten und für manuell kraftaufwändige bzw. ständig repetitive Tätigkeiten ohne Leistungseinschränkung zu 70 % erfüllen ( Urk. 9/77 S. 2). 4.4.1

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 9. März 2016 die folgenden Diagnosen auf ( Urk. 9/121 S. 13):

Verdacht auf Frozen

shoulder rechts

aktuell/derzeit nicht geklagt: - rezidivierende Cervikalgie - rezidivierende Lumbalgie - repetitive Gonalgie beidseits links betont

Flächenhafte, vollständig verheilte Narbenareale zu  $\frac{3}{4}$  zirkulär am rechten Oberarm mit einer dermalen Strangbildung zur Axilla und weiter reizlose Narbenareale am Thorax

lateral der Brust nach Verbrühung am 22.03.1994

Senosoneurale Schwerhörigkeit beidseits

Psychiatrische Pathologie

Verdacht auf Aggravation - Selbstlimitation.

Dr. A. \_\_\_ erachtete es als nachvollziehbar, dass Narben, wie sie die Be schwerdeführerin aufweist, den Bewegungsablauf an der betreffenden Schulter während einer bestimmten Zeit (nämlich bis zur Ausheilung der Narben, also

während zirka einem Jahr nach dem letzten Eingriff) funktionell einschränken und darüber hinaus subjektiv noch eine Beeinträchtigung sein könnten. Dies be gründe aus orthopädisch- traumatologischer Sicht retrospektiv jedoch keine neue Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der rechten Schulter, nachdem nach 1994 während rund sieben Jahren weder anamnestisch noch aktenkundig eine Arbeitsunfähigkeit in diesem Zusammenhang bestanden habe ( Urk. 9/121 S. 14) .

Bei den Untersuchungen, welche dem Gutachten

vom 25. November 2004 zu Grunde gelegen hätten, sei bezüglich der rechten Schulter eine fast freie, aber «etwas schmerzhaft» Beweglichkeit festgestellt worden. Auf dieser medizinischen Basis sei es orthopädisch- traumatologisch nicht nachvollziehbar, weshalb damals die Tätigkeit als Küchenmitarbeiterin als «nicht mehr zumutbar» beurteilt und letztlich sogar eine Gewichts-/ Belastungslimite geschätzt worden sei; es habe damals am Bewegungsapparat keine somatisch belegte, sondern nur eine subjektiv kommunizierte Einschränkung bestanden ( Urk. 9/121 S. 14) .

Die Aktualisierung der klinischen Befunde ergebe, dass möglicherweise – deshalb sei bei der Diagnose auch nur «Verdacht auf» aufgeführt worden – eine selbst induzierte « frozen shoulder » (mit/bei negiertem rechtem Arm) vorliegen könnte. Die empirisch – aufgrund der radiologischen Aktualisierung bestätigten – zu erwartenden Bewegungskriterien [ROM] hätten wegen der vorgebrachten Schmerz äusserungen bei den aktiv selbständigen und vor allem bei den vom Gutachter versuchten passiven Untersuchungsgängen nicht erreicht werden können. Ob es sich gegebenenfalls um eine psychisch induzierte Einschränkung (aufgrund der multiplen Psychopharmaka sei eine entsprechende Erkrankung anzunehmen) oder um eine Aggravierung handle, könne hier nicht abschliessend respektive nicht fachkompetent beantwortet werden ( Urk. 9/121 S. 15).

Die subjektiv geklagten Beschwerden könnten wahrscheinlich nicht objektiviert werden, zumindest nicht im geklagten Ausmass (betreffend ROM) respektive in der angegebenen Intensität (betreffend Schmerzen). Es bestehe zwar der Verdacht, dass, zumindest soweit die s der Untersuchung wegen der zu vorzeitig geäusserten Schmerzen – nämlich deutlich vor dem Erreichen der zu erwartenden ROM respektive bei passiven Untersuchungsgängen sogar vor dem Erreichen der ROM, wie sie zuvor aktiv vorgezeigt worden seien – zugänglich sei, eine « frozen

shoulder » rechts

vorliegen könnte, was medizinisch theoretisch nach einer langen willentlichen Ruhigstellung auch nachvollziehbar wäre. Dass beim Versuch, eine Bewegung in einer derart «veränderten Schulter» auszulösen, Schmerzen empfunden würden, sei bekannt. Die

Intensität der empfundenen Schmerzen sei bekanntlich individuell und multifaktoriell (Urk. 9/121 S. 15 f.).

Der Unfall vom 22. März 1994 sei nicht die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Er sei wahrscheinlich auch nicht eine Mitursache. Dass in den ersten Jahren – bis 2001 – keine « frozen

shoulder » entstanden sei, werde durch die Fotodokumentation der Narbensituation eindrücklich belegt. Zum gleichen Ergebnis komme der klinische Befund im Gutachten vom 25. November 2004, wo «nur» eine schmerzhafte Endstellung bei ansonsten praktisch freier/seitengleicher Beweglichkeit festgehalten werde. Wenn heute nun effektiv eine « frozen

shoulder » bestehen würde, was klinisch wegen der angegebenen Schmerzen nicht zu belegen sei, radiologisch nicht erwartet werden müsse und aufgrund der Klinik auch eher unwahrscheinlich sei (keine rechtsseitige Muskelatrophie, seitengleiche Handbeschwellung als Ausdruck einer symmetrischen Belastung, aktive Gegenspannung bei den passiven Untersuchungsgängen), dann wäre diese Situation nachträglich und damit unfallfremd entstanden (Urk. 9/121 S. 16 f.).

Am Bewegungsapparat sei durch die Verbrühung kein Schaden entstanden. Es sei auch aktenkundig und werde von der Versicherten anamnestisch bestätigt, dass sie nach dem Abheilen der Hauptverletzungen über Jahre (bis 2001) im vereinbarten Pensum an ihrem angestammten Arbeitsplatz eine volle Leistung erbracht habe, bis sie wegen Ohrenproblemen die Arbeit nicht mehr ausüben könne (Urk. 9/121 S. 19).

Die aktuell erkannten degenerativen Veränderungen an der Rotatorenmanschette rechts vermöchten keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Wenn effektiv eine « frozen shoulder » vorläge, wäre eine Arbeit mit beidhändiger Überkopfarbeit nicht möglich (Urk. 9/121 S. 19).

Da die Beurteilbarkeit der klinischen Befunde deutlich eingeschränkt sei, weil die empirisch zu erwartenden ROM bei Weitem nicht erreicht würden und bei repetitiven Messungen im Rahmen der Selbstlimitierung, anamnestisch wegen Schmerzen, wahrscheinlich aber auch im Rahmen einer Aggravation (DD Chronifizierung), sehr unterschiedliche Resultate festgestellt worden seien, müsse medizinisch-theoretisch eine nicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit angenommen werden (Urk. 9/121 S. 19 f.).

Aus aktueller orthopädisch-traumatologischer Sicht (unter Berücksichtigung der aktuellen Beurteilungskriterien), mit Darlegung der massgeblichen Kriterien, nach der eingehenden und akribisch-kritischen Würdigung der Akten und der Bildgebung und unter spezifischer Berücksichtigung der persönlich erhobenen Anamnese, der klinischen Befunde sowie der Auseinandersetzung mit den konkreten Gegebenheiten im Sinne einer vertieften Analyse ergebe sich unzweideutig, dass eine Rente wegen unfallkausaler Veränderungen am Bewegungsapparat (speziell der rechten Schulter) weder damals noch aktuell ausgewiesen sein könne. Die damalige offensichtliche Überbewertung der subjektiv geklagten, aber somatisch nicht erklärbaren «Behinderungen und Funktionseinschränkungen der rechten Schulter» sei evident (Urk. 9/121 S. 20 f.).

Weder aus Sicht des beigezogenen plastischen Chirurgen noch aus orthopädisch-traumatologischer Sicht könne eine unfallkausal reduzierte Arbeitsfähigkeit erklärt werden (Urk. 9/121 S. 21).

Aus den aktuellen Bildaufnahmen gehe hervor, dass die Abduktion besser sei als zuvor. Die Verbrühungsnarben zeigten keine wesentlichen Narbenstränge, die vom Oberarm über die Axilla bis an den Thorax verliefen. Ergo sei durch die Narben situation der Verbrühung eine Bewegungseinschränkung nicht nachvollziehbar. Dies sei auch durch die Untersuchung/Beurteilung des plastischen Chirurgen

Dr. B.\_\_\_\_ am 30. November 2015 bestätigt worden. Die Fotodokumentation vom 31. Januar 2001 mit/bei uneingeschränkter Abduktion ergebe ebenfalls keinen Hinweis auf eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts ( Urk. 9/121 S. 23). 4.2

Am 13. Juli 2016 erklärte Dr. A.\_\_\_\_, bei einer frozen

shoulder und einer Kapsulitis handle es sich um das gleiche Krankheitsbild. Während der englische Ausdruck die Auswirkung (eingeschränkte Funktion) beschreibe, werde beim medizinischen Ausdruck die Ursache (entzündliche Veränderung) hervorgehoben ( Urk. 9/124 S. 1). Dass sich der Gesundheitszustand mit Sicherheit verbessert habe, Gegenteiliges lasse sich medizinisch mit somatisch objektivierbaren Pathologien am Bewegungsapparat nicht belegen, liege in der Natur der Sache, zumal an der Schultermuskulatur zu keinem Zeitpunkt ( nota

bene nicht einmal direkt beim Verbrühen) eine Verletzung stattgefunden habe und eine andauernde Funktionsstörung daher nicht nachvollziehbar sei. Dass klinisch immer noch eine seitendifferente ROM bestehe, liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit daran, dass die Versicherte die entsprechenden Untersuchungsgänge unter Bekundung von Schmerzen entweder nicht zulasse oder aber im Sinne einer Aggravation vorzeitig selbstlimitierend abbreche. Ethisch könne und dürfe die Untersuchung nicht erzwungen werden. Bei der im Gutachten beschriebenen seitendifferenten ROM könne das aber in der Diagnoseliste nicht unbeachtet bleiben, weshalb nur die Verdachtsdiagnose angeführt werden könne ( Urk. 9/124 S. 2).

Das vordemonstrierte Beschwerdebild, für welches es klinisch-radiologisch keine hinreichende Erklärung gebe, sei in etwa identisch mit jenem bei der Leistungszusprechung. Die subjektiv geklagte Problematik sei ebenfalls praktisch gleich, was nicht nur für die Chronifizierung, sondern auch für die ausgesprochene Aggravation spreche. Sowohl die Entstehung als auch das Fortbestehen des geklagten Gesundheitsschadens sei orthopädisch- traumatologisch unklar,

weshalb die immer noch geltend gemachte respektive vorgegebene Problematik im Sinne einer Aggravation bis hin zu einer Simulation zu sehen sei ( Urk. 9/124 S. 2). 4.3

In seiner Stellungnahme vom 13. Dezember 2016 erklärte Dr. A.\_\_\_\_ unter anderem, der rheumatologische Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ habe eine für ihn fachfremde medizinische Diagnose (Narbenkeloid) als hypothetischen Grund dafür genannt, dass die Versicherte «gezwungen» worden sei, eine Schonhaltung der rechten Schulter einzunehmen. Dies erscheine im Licht der Befunde unwahrscheinlich ( Urk. 9/138 S. 1). Die reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit habe er unzweifelhaft auf ein Problem zurückgeführt, welches nicht den Bewegungsapparat betroffen habe, für ihn also fachfremd gewesen sei, weshalb retrospektiv auf diese Beurteilung nicht (mehr) abgestellt werden dürfe ( Urk. 9/138 S. 2).

Dr. A.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten dargelegt, welche drei Wadellzeichen er erfüllt seien. Da die Versicherte die Beurteilung durch das «Nichtzulassen der Untersuchung» verhindert

habe, sei die Aggravation auch belegt ( Urk. 9/138 S. 4 f.).

Mit der Äusserung, ob eine Rente zu sprechen oder abzulehnen sei, habe er nur konsequent darauf hinweisen wollen, dass die medizinischen Daten für die hinreichende Begründung einer Leistungseinschränkung oder (Teil-)Arbeitsunfähigkeit gemäss der vorgelegten Aktenlage damals gefehlt hätten und auch aktuell fehlten. Damit habe er lediglich eine medizinische und mit sachbezogenen Daten belegte Tatsache in andere Worte gefasst (derselbe Sachverhalt, andere Ausdrucksart). Eine Befangenheit oder Voreingenommenheit bestreite er vehement ( Urk. 9/138 S. 5). 5 .

Den Ausführungen Dr. A.\_\_\_\_s lässt sich nicht entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in angestammter oder angepasster Tätigkeit seit der Rentenzusprache verbesserten. Vielmehr hielt Dr. A.\_\_\_\_ ausdrücklich fest, das aktuell vordemonstrierte Beschwerdebild und die ihm gegenüber geklagte Problematik seien in etwa identisch mit denjenigen bei der Leistungszusprechung ( Urk. 9/124 S. 2). Es habe bereits damals keine somatisch belegte, sondern nur eine subjektiv kommunizierte Einschränkung bestanden ( Urk. 9/121 S. 14), und es sei auch aktuell von einer solchen auszugehen ( Urk. 9/121 S. 15 ).

Der von Dr. A.\_\_\_\_ erhobene Sachverhalt unterscheidet sich somit nicht wesentlich von demjenigen, welcher im Gutachten der MEDAS

Z.\_\_\_\_

vom 25. November 2004 festgehalten wurde ( Urk. 1 S.

9). Ein Revisionsgrund ist mit den Darlegungen Dr. A.\_\_\_\_s folglich nicht belegt, unabhängig davon, ob diese verwertbar sind oder nicht. Sie sind lediglich als andere Würdigung desselben Sachverhalts zu qualifizieren. 6.

Die Rentenzusprache erfolgte nach Abklärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse gestützt auf die Ausführungen der Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 9/82 ). Letztere

wurden in Kenntnis der Vorakten und der von der Versicherten geklagten Beschwerden sowie nach

fachärztlichen internistischen, rheumatologischen, otologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Untersuchungen erstattet (vgl. Urk. 9/65, S. 1 ff. des Gutachtens). Dass die Versicherte bis zum letzten Arbeitstag Anfang 2001 mit einem Pensum zu 100 % im selben Restaurant gearbeitet hatte, war den Gutachtern bekannt ( Urk. 9/65, S. 6 des Gutachtens; vgl. Urk. 1 S. 5). Dennoch gelangten sie zur Beurteilung, der Versicherten seien

infolge des

Unfallereignisses behinderungsangepasste Tätigkeiten mit einem Pensum von bloss 70 % zumutbar. Diese Einschätzung wurde nachvollziehbar begründet und erschien damals vertretbar.

Dasselbe gilt insbesondere auch bezüglich der Beurteilung des internistisch-rheumatologischen Teilgutachters, welcher deutliche Zeichen für eine Kapselschrumpfung erhoben hatte und die Auffassung vertrat, die geklagten Schulterbeschwerden entsprächen einer sekundär aufgetretenen retraktilen

Kapsulitis, hervorgerufen durch die schmerzbedingte Schonung des rechten Armes wegen des schmerzhaften Narbenkeloids (vgl. Urk. 9/65, S. 6 des internistisch-rheumatologischen Teilgutachtens vom 16. Juli 2004). Der Umstand, dass Dr. A.\_\_\_\_ zu einer anderen Beurteilung gelangte, lässt weder die Darlegungen der Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ noch die damalige Rentenzusprache als zweifellos unrichtig erscheinen. 7.

Aus dem Gesagten folgt, dass weder ein Revisionsgrund aus dem Gutachten Dr. A.\_\_\_\_ hervorgeht noch die Rentenzusprache – gestützt auf die Beurteilung der Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ – als zweifellos unrichtig erscheint. Eine Revision im Sinne von Art.

#### **E. 17**

ATSG und eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG fallen damit ausser Betracht. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. Unter diesen Umständen kann hier offenbleiben, ob das Gutachten Dr. A.\_\_\_\_ – wie von Seiten der Beschwerdeführerin behauptet –

aus formellen und materiellen Gründen mangelhaft ist, so dass es nicht als Beweismittel verwertet werden kann. Ebenso wenig braucht geprüft zu werden, ob das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt wurde, weil sie die Stellungnahme Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2016 und den Bericht Dr. B.\_\_\_\_ vom 30. November 2015 erst während der Beschwerdefrist zugestellt erhielt (Urk. 1 S.

10 und 12), ferner ob allfällige Gehörsverletzungen geheilt werden könnten. 8.

Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG

i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Masse des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 10. November 2017 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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