

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00187

vom 27. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00187

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00187 du 27 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00187 del 27 settembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1954, arbeitete seit dem 1. Juli 1989 im Spital Y.____ als Schwesternhilfe im Operationssaal und war in dieser Eigenschaft bei der ELVIA Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft Zürich (folgend: Elvia, heute: Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, folgend: Allianz) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Bagatellunfallmeldung vom 21. März 1994 wurde der Elvia angezeigt, dass die Versicherte sich am 17. März 1994 beim Verschieben der OP-Tische die Hand eingeklemmt habe (Urk. 7/0002). Der erstbehandelnde Arzt des Spitals Y.____ diagnostizierte eine Quetschung am IP-Gelenk des rechten Daumens (Urk. 7/0003; vgl. Urk. 7/0007). Die Elvia erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 7/0040).

E. 1.2

Am 28. Februar 1996 meldete sich die Versicherte bei der eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 5. Mai 1998 wurde der Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 58 % eine halbe Rente ab dem 1. März 1995 zugesprochen, was mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. April 2000 bestätigt wurde (Verfahrens-Nr. IV.1998.00339, Urk. 7/0062). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 21. Februar 2001 unter Hinweis auf einen errechneten Invaliditätsgrad von 64 % ab (Verfahrens-Nr. I 47/00, Urk. 7/0062).

E. 1.3

Mit Verfügung vom 1. Februar 2000 (Urk. 7/0057) sprach die Elvia der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Januar 2000 bei einem vorläufigen Invaliditätsgrad von 58 % eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung von 35 % bzw. Fr. 34'020.-- zu. Die Elvia erhöhte nach Erlass der Urteile des hiesigen Gerichts sowie des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bezüglich der Invalidenrente nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (vgl. Urk. 7/0062) den Invaliditätsgrad auf 62 % mit Wirkung ab dem 1. Januar 2000 (Verfügung vom 16. November 2001, Urk. 7/0066; vgl. auch Urk. 7/0063).

In der von der Allianz eingeleiteten Revision im Jahr 2009 (vgl. Urk. 7/0069) wurde die Rente unverändert bestätigt (Urk. 7/0072). Im Jahr 2014 leitete die Allianz erneut eine Rentenrevision ein (Urk. 7/0074). Die Allianz liess die Versicherte im Zeitraum zwischen März und Oktober 2014 an einzelnen Tagen überwachen (vgl. Urk. 7/0081) und holte das interdisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 8. Juni 2015 (Urk. 7/0090) bzw. vom 2. Februar 2017 ein (Urk. 7/0126; vgl. auch Urk. 7/0123), nachdem die Versicherte gegen die Anordnung eines psychiatrischen Teilgutachtens (Zwischenverfügung vom 14. Januar

2016, Urk. 7/0103) beim hiesigen Gericht Beschwerde erhoben hatte (Beschwerde vom 15. Februar 2016, Urk. 7/0104), welche mit Urteil UV.2016.00049 vom 13. Juni 2016 abgewiesen wurde (Urk. 7/0117) .

Mit Zwischenverfügung vom 12. November 2015 stellte die Allianz die Versicherungsleistungen mit sofortiger Wirkung ein und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 7/0096). Dies bestätigte sie mit Verfügung vom 14. Juli 2017 dahingehend, dass sie die Versicherungsleistungen per 30. November 2015 einstellte und einer allfälligen Einsprache die aufschiebende Wirkung entzog (Urk. 7/0128), woran sie nach erhobener Einsprache seitens der Versicherten (Einsprache vom 14. September 2017, Urk. 7/0134) mit Einspracheentscheid vom 26. Juni 2018 festhielt (Urk. 2).

E. 1.4

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, stellte die Dreiviertelrente mit Verfügung vom 24. Mai 2018 rückwirkend per 31. Juli 2014 ein und forderte die in der Zeit vom 1. August 2014 bis 30. Juni 2017 ausbezahlten Renten zurück (Verfügung vom 24. Mai 2018, Urk. 7/0138 ; Verfügung vom 11. Juli 2018, Urk. 8/2 im Verfahren Nr. IV.2018.00576) , nachdem sie von der Verfügung der zuständigen Unfallversicherung Kenntnis erlangt hatte . Die von der Versicherten hiergegen erhobenen Beschwerden wurden mit Urteil heutigen Datums durch das hiesige Gericht abgewiesen (Verfahrens-Nr. IV.2018.00576). Die Akten dieses Verfahrens werden von Amtes wegen beigezogen.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 26. Juni 2018 erhob die Versicherte am 28. August 2018 Beschwerde am hiesigen Gericht und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 26. Juni 2018 vollumfänglich aufzuheben und es sei ihr die bisherige Invalidenrente weiterhin auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

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). Dem entsprechend 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).

Nach Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG werden jedoch Invalidenrenten und Komplementärrenten nach Art. 20 UVG nach dem neuen Recht (Art. 20 Abs. 2 ter UVG) gekürzt, wenn der Bezüger einer solchen Rente das ordentliche Rentenalter zwölf Jahre oder mehr nach dem Inkrafttreten der vorliegenden Änderung erreicht. Erreicht der Rentenbezüger das ordentliche Rentenalter weniger als acht Jahre nach dem Inkrafttreten, wird die Rente nicht gekürzt. Renten von

Rentenbezügern, die das ordentliche Rentenalter acht oder mehr Jahre, aber weniger als zwölf Jahre nach Inkrafttreten der vorliegenden Änderung erreichen, werden für jedes weitere, dem achten Jahr folgende ganze Jahr um einen Fünftel des Kürzungsbetrages nach dem neuen Recht gekürzt (vgl. auch Art. 147b Abs. 1 UVV). Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG gilt auch für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung ereignet haben, für die die Rente aber erst danach zu laufen beginnt (Art. 147b Abs. 2 UVV).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 17. März 1994 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung 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 Erwerbsbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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).

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Eine revisionsbegründende Änderung kann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts auch gegeben sein, wenn sich ein Leiden bei gleicher Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat oder wenn es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und 6.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_339/2015 vom 25. August 2015 E. 3.1 und 9C_330/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2, je mit Hinweisen).

Die ursprüngliche Rentenzusprache beruhte auf dem Gutachten der Medas

B.____ vom 7. April 1997 (Urk. 7/0035) sowie dem Gutachten von Dr. A.____ vom 4. August 1999 (Urk. 7/0046). 3.1

Die Ärzte der MEDAS B.____ stellten in ihrem Gutachten vom 7. April 1997 folgende Diagnose (Urk. 7/0035/15 f.) mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: - Status nach Quetschung des Ramus

superficialis

nervi

radialis über dem Handgelenk rechts am 14. März 1994 - ausgeprägtes sekundäres Zervikobrachialsyndrom rechts - Status nach Neurolyse des Ramus

superficialis

nervi

radialis am 22. April 1996 - Status nach Morbus Sudeck Stadium I-II der rechten Hand - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Psychoneurotische Persönlichkeitsstörung;

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten die Gutachter folgende: - leichtes lumbospondylogenes Syndrom rechts bei - ausgeprägter lumbaler Hyperlordose mit erheblicher muskulärer Dysbalance - Adipositas (82,9 kg/156 cm) - Nikotinabusus (15 Zigaretten täglich / 20 py)

Als Nebenfunde führten die Gutachter 1) einen Status nach Appendektomie und 2) einen Status nach Varizenoperation auf.

Im Weiteren kamen sie zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit als Schwes ternhilfe im Operationssaal der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar sei (Arbeitsfähigkeit 0 %). Limitierend würden sich dabei vorwiegend die rheumatologischen, weniger auch die psychiatrischen Befunde auswirken. Eine körperlich leichte Arbeit ohne Einbezug des rechten Armes bzw. der rechten Hand sei der Beschwerdeführerin zu 60 % der Norm zumutbar, limitierend wirkten sich dabei vor allem die psychopathologischen Befunde aus. Durch medizinische Massnahmen liesse sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verbessern. 3.2

Dr. A.____ hielt in seinem Gutachten vom 4. August 1999

folgende Diagnosen fest (Urk. 7/0046/6): - Chronifiziertes Hand-Arm-Schulter-Syndrom rechts bei Zustand nach Quetsch-Trauma der rechten Hand vom 17.3.1994 - Persistierende Irritation und partieller Sensibilitätsausfall des R. superficialis

N. radialis rechts nach Neuropraxie und teilweiser

Axonotmesis

Dr. A.____ konstatierte, dass

realistisch betrachtet bei der ungünstigen Entwicklung dieses Fall es mit relativ geringem Primärtrauma der Endzustand erreicht sei. Die Beschwerdeführerin sei durch verschiedene Spezialisten im Verlauf eingehend untersucht worden, und sowohl sämtliche konservativen wie auch operativen Therapiemöglichkeiten seien ausgeschöpft. Die Physio- resp. Ergotherapie sei anfangs 1998 bei stagnierendem Befund sistiert worden. Er sehe leider keine Möglichkeit weder mit konservativen Massnahmen noch einem erneuten, chirurgischen Eingriff eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen. Vor jeglichen chirurgischen Interventionen würde er sogar dringend abraten, die Gefahr einer Verschlechterung erachte er bei

dieser Beschwerdeführerin mit dieser unglücklichen Krankengeschichte, bei welcher die Beschwerden heute körperlich und in einem erheblichen Masse auch psychisch konsolidiert seien, als sehr hoch (Urk. 7/0046/6).

Als im OP agierender Chirurg könne er mit Bestimmtheit feststellen, dass die Beschwerdeführerin, welche funktionell einarmig in Erscheinung trete, für jegliche Tätigkeit im OP-Saal, sowohl in der Vorbereitung, wie auch als Hilsschwester bei der Tätigkeit im OP (Zudienen, steriles, beidhändiges Öffnen von steril verpackten Instrumenten, etc.) nicht mehr einsatzfähig sei. Als einzig denkbare Tätigkeit innerhalb eines OP-Trakts käme lediglich die Arbeit an einer Leitstelle (Disposition, Telefonieren, Patienten bestellen) rein theoretisch in Frage, über die entsprechende Ausbildung und Qualifikation hierzu verfüge

sie aber kaum.

Sämtliche Tätigkeiten, welche sie einarmig, ohne Risiko, sich oder andere zu gefährden, durchführen könne, sowie sämtliche intellektuelle Arbeiten, inkl. Arbeiten am Computer seien zu 100 % und ganztätiglich zumutbar. Realistisch betrachtet dürfte es schwierig sein, beim Alter der Beschwerdeführerin, ihrer Schul- und Ausbildung, sie einerseits hierzu zu motivieren, andererseits eine passende Stelle auf dem Arbeitsmarkt zu finden (Urk. 7/0046/8). 4.

4.1

Der rheumatologische Gutachter der Z.____ hielt in seinem Gutachten vom 8. Juni 2015 folgende Diagnosen fest (Urk. 7/0090/18 f.): - Geringe, s-förmige thorakolumbale Fehlstatik (differentialdiagnostisch

geringgradige Skoliose linkskonvex thorakolumbal, rechtskonvex lumbal) ICD-10 M43.85 - Haltunginsuffizienz bei Enthesiopathie der Glutealmuskulatur (bei Adipositas) ICD-10 R29.3

In den Vorberichten werde über einen langwierigen Verlauf der Beschwerden nach Einklemmungssymptomatik des Daumens rechts berichtet. Strukturell morphologische Veränderungen fanden sich weder akut noch im Verlauf. Auch in den radiologischen Befunden einschliesslich der Szintigraphie hätten keine Veränderungen im Gefolge des Traumas beobachtet werden können. Dr. C.____ beschreibe hier frühzeitig seine Zweifel zur Kausalität des Beschwerdebildes zum eigentlichen Traumageschehen. Die von der Beschwerdeführerin getragene Hand-Brace sei gänzlich ungeeignet zur Stabilisierung und Schmerzreduktion am Dauergelenk oder Daumen selbst. Es werde eine Unterarm-Brace mit volarer Schiene getragen, die letztlich das karpale Grundgelenk stütze, in der eigentlich beklagten Region von Daumen und Zeigefinger jedoch keinerlei Funktion erfülle. Trophische Störungen fanden sich trotz der beklagten chronischen Schmerzbedingen Inaktivität keine. Auch zeige sich keine vegetative Pathologie. Die in spezifischer Untersuchung gezeigte Schmerzreaktion am Unterarm (in Region des Nervus radialis) könne unter Ablenkung bei Blutdruckmessung nicht reproduziert werden. Drei von fünf Waddell-Signs (Zeichen einer biologisch nicht plausiblen Beschwerdepräsentation) seien positiv.

Eine unfallkausale Minderung der Arbeitsfähigkeit sei somit nicht hinreichend wahrscheinlich, eine strukturelle Verletzung des rechten Daumens im Rahmen des

reklamierten Unfalls sei nicht belegt, allenfalls liege ausweislich der aktenkundig beschriebenen Bildbefunde eine alte, nicht auf den reklamierten Unfall kausal beziehbare knöcherne Vorschädigung vor.

Eine Änderung des objektiven Befunds seit den Explorationen 1997 und 1999 sei nicht wahrscheinlich. Eine jemals stattgehabte namhafte unfallbedingte Läsion des rechten Daumens sei aktenkundig und anhand der hiesigen Befunde nicht hinreichend belegt. Eine unfallkausale Minderung der Arbeitsfähigkeit sei angesichts des Fehlens objektiver Läsionsbefunde auch niemals gerechtfertigt gewesen und soweit aktenkundig dennoch eine unfallkausale Gesundheitsstörung attestiert worden sei, sei diese alleinig aus dem subjektiven Beschwerdevortrag und der demonstrierten Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und des rechten Arms abgeleitet worden, dies entgegen des fehlenden Belegs einer biologisch plausiblen Läsion (Urk. 7/0090/21). 4.2

Aus neurologischer Sicht diagnostizierte der Gutachter der Z.____ 1) eine geringgradige Irritation des Ramus

superficialis des Nervus

radialis rechts, 2) ein episodischer Spannungskopfschmerz, differentialdiagnostisch ein analgetika-induzierter Kopfschmerz und 3) einen Analgetika-, Opiod- und Benzodiazepin-Fehlgebrauch (Urk. 7/0090/12).

Zusammengefasst sei eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Nervenschädigung weder aktuell noch in den vergangenen Jahren plausibel nachgewiesen worden. Angesichts der geschilderten Dysästhesien, welche auf das autonome Versorgungsgebiet des Ramus

superficialis des rechten Nervus

radialis lokalisiert würden, bleibe lediglich eine geringgradige Reizung dieses rein sensiblen Nervenastes zu erwägen, wobei auch elektrophysiologisch keine substantielle Schädigung nachgewiesen werden könne. Bei seit vielen Jahren fehlendem Nachweis einer strukturellen Nervenschädigung sei aus neurologischer Sicht keine Verschlechterung der Beschwerden durch körperliche Belastung der rechten Hand zu erwarten. Das seitengleiche Muskelrelief ohne Inaktivitätsatrophie der Muskulatur der rechten Hand bzw. des rechten Arms, trotz einer vermeintlichen seit mehr als 20 Jahren bestehenden schmerzbedingten funktionellen Beeinträchtigung der Hand, spreche für eine auch in den vergangenen Jahren uneingeschränkte Nutzung des rechten Armes bzw. der rechten Hand. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei somit aus neurologischer Sicht nicht zu begründen (Urk. 7/0090/14).

Aus neurologischer Sicht lasse sich keine unmittelbar oder mittelbar (stattgehabte Operation) unfallbedingte und auch keine unfallunabhängige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten oder jedweder vergleichbaren Tätigkeit attestieren (Urk. 7/0090/15).

Aus neurologischer Sicht sei keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Untersuchungen von 1997/1999 objektivierbar, vor allem der Befund im Bereich der rechten Hand sei als konstant anzusehen (Urk. 7/0090/18). 4.3

Der psychiatrische Gutachter der Z.____ konstatierte, dass kein ausreichender Anhalt für eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), differentialdiagnostisch eine

leichtgradige depressive Störung im Rahmen eines chronischen Opioid- und Benzodiazepin- bzw. Z-Substanzen-Fehlgebrauchs, sei möglich (Urk. 7/0123/14). Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht qua Leichtgradigkeit der gegebenen Störung nicht (Urk. 7/0123/15).

Aus psychiatrischer Sicht sei eine objektive Änderung des Gesundheitszustandes nicht herauszuarbeiten. Ausweislich der psychiatrischen Untersuchung habe bereits in der Exploration 1997 kein namhaftes depressives Zustandsbild vorgelegen und die diagnostische Einordnung sei nicht ICD-10-konform gewesen (Urk. 7/0123/19). 4.4

Die Gutachter der Z. ___ hielten in der Konsensbeurteilung vom 2. Februar 2017 folgendes fest (Urk. 7/0126):

In Zusammenfassung des neurologischen und rheumatologischen Gutachtens sei festzustellen, dass eine unmittelbar unfallbedingte nervale Schädigung niemals hinreichend wahrscheinlich nachgewiesen worden und allenfalls als möglich anzusehen sei, da eine gravierende Verletzung der Hand niemals belegt worden sei und auch in den zeitnahen Erstberichten keine namhafte sensible Störung aufscheine. Wollte man die in ihrer Indikation für die Gutachter nicht nachvollziehbare Operation im Bereich der rechten Hand als unfallbedingte Behandlung ansehen (was aus Sicht der Gutachter zu bejahen sei, da die Operation, indiziert oder nicht indiziert, mit dem Unfall begründet worden sei), sei das geringgradige sensible Defizit im Bereich der rechten Hand zumindest ebenso gut oder anteilig wesentlich als mittelbare Unfallfolge (per 1996) einzustufen. Freilegungen von Nerven führten nicht selten zu lokalen Vernarbungen in der Region des Nervs und nachfolgenden nervalen Störungen mit Minusphänomenen (reduziertes Empfinden) oder Plusphänomenen (neuropathische Schmerzen). Empfohlen werden können hier allenfalls ein Behandlungsversuch mit Gabapentin oder Pregabalin (nach vollständiger Analgetika-, Opioid- und Benzodiazepin-Entgiftung und -Entwöhnung), also eine auf eine neuropathische Schmerzgenese gerichtete Medikation.

Die geschilderten Kopfschmerzen entsprächen am ehesten einem episodischen Spannungskopfschmerz, differenzialdiagnostisch sei auch ein analgetika-induzierter Kopfschmerz unter Berücksichtigung der anamnestisch angegebenen Häufigkeit der Analgetika-Einnahme zu erwägen. Zu empfehlen sei hier zunächst eine schrittweise Analgetika-Entgiftung und -Entwöhnung.

Die beklagten Rückenschmerzen seien im Rahmen der Haltungsinsuffizienz sowie der leichtgradigen thorakolumbalen

Fehlstatik zu erklären, sie seien somit unfallfremd.

Eine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich somit aus neurologischer und rheumatologischer Sicht nicht hinreichend wahrscheinlich attestieren und sei auch unter Berücksichtigung der Aktenlage zu keinem Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich gemacht worden. Eine unfallkausale Minderung der Arbeitsfähigkeit sei angesichts des Fehlens objektiver Läsionsbefunde auch niemals gerechtfertigt gewesen und soweit aktenkundig dennoch eine unfallkausale Gesundheitsstörung attestiert worden sei, sei diese alleinig aus dem subjektiven Beschwerdevortrag und der demonstrierten Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und des rechten Arms abgeleitet worden, dies entgegen des fehlenden Belegs einer biologisch plausiblen Läsion.

Auch die nachgängig am 7. September 2016 erfolgte psychiatrische Begutachtung habe keinen Anhalt für eine unfallkausale Gesundheitsstörung erbracht. Die auf psychiatrischem Gebiet vorliegende, allenfalls leichtgradige depressive Beeinträchtigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Folge des Unfalls vom 17. März 1994, da keine gravierende Verletzung stattgefunden habe, die eine anhaltende psychische Fehlverarbeitung begründen könnte, die typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung fehlen und eine schlüssige zeitliche Assoziation reklamierter psychischer Beschwerden mit dem Unfallereignis bestehe nicht. Die anamnestisch angegebene rezidivierende Depressivität spreche zudem für eine biologisch eigengesetzliche depressive Störung.

Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung finden sich nicht: Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Eine ICD-10-konforme Diagnosestellung sei somit nicht möglich. Auch wirke die Beschwerdeführerin hier nicht namhaft schmerzgeplagt. Die in der Begutachtung im Jahr 1997 gestellte Diagnose halte einer Überprüfung anhand der ICD-10 Definition somit nicht Stand, könne also auch für seinerzeit (1997) nicht gelten (da die ICD-10 Kriterien seinerzeit nicht geprüft/diskutiert worden seien, sondern die Diagnose lediglich qua Auschluss einer somatischen Genese gestellt worden sei, was nicht den ICD-10 Kriterien entspreche). Die reklamierten Schmerzen liessen sich zudem auch im Kontext einer Alibisierung des Suchtmittelkonsums einordnen. 5.

5.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache im Jahr 1998 basierte auf dem Gutachten der Medas B.____ sowie dem Gutachten von Dr. A.____.

Die Gutachter der Medas

B.____ konstatierten dabei, dass anlässlich der jetzigen Abklärungsuntersuchungen aus rheumatologischer Sicht ein schweres, sekundäres Zervikobrachialsyndrom/Schulter-Armsyndrom bei Status nach erwähntem Handtrauma rechts im Vordergrund stehe, als Nebenfunde bestünden ein leichtes lumbospondylogenes Syndrom rechts bei ausgeprägter Hyperlordose mit muskulärer Dysbalance sowie eine Adipositas. Aus fachärztlich neurologischer Sicht fänden sich keine Anhaltspunkte für eine relevante Schädigung peripherer Nerven, sei es traumatisch, sei es vom Trauma unabhängig; das gesamte Beschwerdebild beruhe auf einer erheblichen Überlagerung, wobei sekundäre weichteilrheumatische Probleme nicht ausgeschlossen werden könnten. Aus streng neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Gemäss psychiatrischer Beurteilung leide sie einerseits an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, andererseits weise die Versicherte eine psychoneurotische Persönlichkeitsstörung auf. Die vor allem testmässig, gelegentlich aber auch im Gespräch spürbaren emotionalen Störungen erreichten Krankheitswert - sie bedingten eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Einigermassen erfolgsversprechende Therapieansätze zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit innert nützlicher Frist seien aus psychiatrischer Sicht leider nicht möglich (Urk. 7/0035/14 f.).

Dr. A.____ seinerseits führte aus, dass sämtliche Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin einarmig, ohne Risiko, sich oder andere zu gefährden, durchführen könne, sowie sämtliche intellektuelle Arbeiten, inkl. Arbeiten am Computer seien zu 100 % und

ganztäglich zumutbar (Urk. 7/0046/8, vgl. E. 3.2). 5.2

5.2.1

Beim aktuellen Gutachten der Z.____ waren Ärzte der Fachrichtungen Physikalische Medizin und Rehabilitation, Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie vertreten, womit es sich für die vorliegend zu beantwortenden Fragen als umfassend erweist. Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen (Urk. 7/0123/12 ff.; Neurologisches Teilgutachten, Urk. 7/0090/8 ff.; Rheumatologisches Teilgutachten, Urk. 7/0090/10 ff.) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben (vgl. 7/0123/5 ff.; Neurologisches Teilgutachten, Urk. 7/0090/5 ff.; Rheumatologisches Teilgutachten, Urk. 7/0090/4 ff.). Es berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 7/0123/2; Neurologisches Teilgutachten, Urk. 7/0090/2; Rheumatologisches Teilgutachten, Urk. 7/0090/2 ff.) und das Verhalten der Beschwerdeführerin. Das Gutachten erfüllt damit die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 2.4), so dass darauf abgestellt werden kann. 5.2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, dass das Gutachten unvollständig sei, da keine handchirurgische Beurteilung stattgefunden habe und auch ihr rechtliches Gehör diesbezüglich verletzt worden sei (Urk. 8/1 S. 8).

Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 12. November 2015 mit, dass die psychiatrische Abklärung ebenfalls durch die Z.____ zu erfolgen habe - ob die beantragte handchirurgische Abklärung notwendig sei, habe die Begutachtungsstelle zu entscheiden (Urk. 7/0095). Die Z.____ -Gutachter erachteten einen Beizug eines Handchirurgen - soweit aus den Akten ersichtlich - nicht als notwendig, so dass die neurologische, rheumatologische und psychiatrische Begutachtung als umfassend zu qualifizieren ist. Darüber hinaus erklärte die Beschwerdeführerin nicht, welche zusätzlichen Erkenntnisse zur neurologischen und rheumatologischen Begutachtung aus einem handchirurgischen Gutachten zu erwarten wären, konnte eine strukturelle Läsion an der Hand doch klar ausgeschlossen werden.

5.3

Die Gutachter der Z.____ hielten fest, dass die seitens der Gutachter der Medas gestellten Diagnosen, welche ursprünglich zur Rentenzusprache geführt hätten, nicht objektivierbar seien und ihres Erachtens alleinig aus dem subjektiven Beschwerdevortrag und der demonstrierten Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und des rechten Arms abgeleitet worden seien. Entsprechend verneinten sie die objektive Veränderung des Gesundheitszustandes seit den Untersuchungen in den Jahren 1997/1999 bzw. dem Medas -Gutachten und dem Gutachten von Dr. A.____ (vgl. E. 4).

Ob eine objektivierbare Änderung des Gesundheitszustandes in casu vorliegt oder nicht, kann allerdings offen bleiben: Relevant für die Zusprache einer Invalidenrente sind nicht die genannten Diagnosen, sondern die funktionellen Auswirkungen eines ärztlich attestierten Gesundheitsschadens.

Gestützt auf das Gutachten der Medas

als auch dem Gutachten von Dr. A.____

ging die Beschwerdegegnerin bei der Zusprache der Rente davon aus, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Schwesternhilfe im Operationssaal

nicht mehr zumutbar sei, wobei sich dabei vorwiegend die rheumatologischen, weniger auch die psychiatrischen Befunde auswirken würden. Eine körperlich leichte Arbeit ohne Einbezug des rechten Armes bzw. der rechten Hand sei der Beschwerdeführerin zu 60 % der Norm zumutbar, limitierend wirkten sich dabei vor allem die psychopathologischen Befunde aus (vgl. Verfügung vom 1. Februar 2000, Urk. 7/0057; Verfügung vom 16. November 2001, Urk. 7/0066 ; vgl. auch Schreiben vom 5. Oktober 1999, Urk. 7/0048).

Die funktionellen Einschränkungen des damals an der rechten Hand attestierten Gesundheitsschadens liegen gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der Z.____ nicht mehr vor .

Die Voraussetzung für eine Rentenrevision ist somit entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin erstellt. Ist ein Revisionsgrund gegeben, 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; vgl. E. 2.1).

Aus neurologischer sowie psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (vgl. E. 4). Damit liegen aktuell überwiegend wahrscheinlich keine Einschränkungen mehr vor, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken würden .

5.4

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen insbesondere vor, dass die ursprüngliche Rentenzusprache vergleichsweise erfolgt sei - dies nun heute in Frage zu stellen, verstosse gegen Treu und Glauben und sei widersprüchlich, womit die Rentenaufhebung unzulässig sei (Urk. 8/1/ S. 8).

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte - auch wenn vorher der Kontakt mit dem damaligen Rechtsvertreter gesucht wurde und ihm die jeweiligen Überlegungen mitgeteilt wurden - klarerweise mittels anfechtbarer Verfügung (Urk. 7/0057). Auch die Erhöhung infolge ergangenen Bundesgerichtsurteils bezüglich der Invalidenrente nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung erfolgte mittels Verfügung vom 16. November 2001 (Urk. 7/0066). Demnach ist die Rentenaufhebung nicht zu beanstanden.

5.5

Die Beschwerdeführerin beantragte, dass das Observationsmaterial aus den Akten zu entfernen und zu vernichten sei (Urk. 8/1). Das Bundesgericht hat in BGE 143 I 377 erkannt, dass mit Bezug auf die - allein nach schweizerischem Recht zu beantwortende - Frage, ob die Ergebnisse einer an sich rechtswidrigen Observation beweismässig verwertbar sind, bis zur Schaffung einer genügenden gesetzlichen Grundlage im ATSG für verdeckte Überwachungen hauptsächlich eine Abwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen massgebend ist. Dabei hat es Art. 152 Abs. 2 ZPO erwähnt. Dies gilt umso mehr, als die meisten kantonalen Verfahrensordnungen (vgl. Art. 61 ATSG) subsidiär auf die ZPO verweisen (Urteil des Bundesgerichts 9C_385/2017 vom 21. August 2017 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen) - so auch § 28 lit . a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Nach Art. 152 Abs. 2 ZPO werden rechtswidrig beschaffte Beweismittel nur berücksichtigt, wenn das Interesse an der Wahrheitsfindung überwiegt.

In concreto handelt es sich um (unbeeinflusste) Handlungen der Beschwerdeführerin, die im öffentlichen Raum aufgenommen wurden. Zudem war die Observation, eingeleitet auf

Grund ausgewiesener Zweifel über die Leistungs (un) fähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/0082), auf 18 Tage innerhalb eines Zeitraums von rund sieben Monate n begrenzt, wobei die einzelnen Überwachungsphasen zwischen rund 1.5 und 18 Stunden dauerten (Überwachungsbericht vom 1 5. Januar 2015, Urk. 7/0081). Die Beschwerdeführerin war somit weder einer systematischen noch ständigen Überwachung ausgesetzt und erlitt in dieser Hin sicht einen relativ bescheidenen Eingriff in ihre grundrechtliche Position. Stellt man diesen Aspekten das erhebliche und gewichtige öffentliche Interesse an der Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs (vgl. dazu Urteil 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.1 Abs. 2 und dortige Hinweise) gegenüber , ergibt sich, dass die Observation - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - in die Beweiswürdigung miteinbezogen werden kann.

Am 2 5. Juli 2014 wurde die Beschwerdeführerin observiert und gesichtet. An die sem Tag fuhr sie ohne ersichtliche Einschränkung Fahrrad, stützte sich während des Lesens auf dem Bauch liegend mit ihrem rechten Arm bzw. ihrer rechten Hand ab, setzte sich beidhändig eine Brille auf, stützt e sich beidhändig am Boden ab um aufzustehen, bediente das Feuerzeug mit der rechten Hand und trank eben falls mit der rechten Hand (Observationsbericht S. 17-28; vgl. auch Videodoku mentation auf CD). Entsprechend ist die Verbesserung der funktionellen Ein schränkungen bzw. des Gesundheitszustandes - unter Berücksichtigung der Aus führungen der Z. ___ -Gutachter sowie des Observationsberichtes - mit überwie gender Wahrscheinlichkeit per 2 5. Juli 2014 bereits eingetreten.

Die verfügte Leistungseinstellung per 3 1. November 2015 ist damit nicht zu beanstanden, da diese - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - auch nicht rückwirkend erfolgte, sondern bereits am 1 2. November 2015 verfügt wurde (Urk. 7/0096) und im angefochtenen Einspracheent scheid bzw. der diesem zugrunde liegenden Verfügung bestätigt wurde (vgl. Urk. 2). 5.6

Zusammenfassend ist ein Revisionsgrund erstellt und die Beschwerdeführerin ist gestützt auf das Z. ___ -Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit. Damit ist die Rentenaufhebung als rechtens zu beurteilen, der Einspracheentscheid zu schützen und die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

E. 6

Das vorliegende Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit . a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde darf obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Re gel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In An wen du ng dieser Bestim mung hat das Bundesgericht der SUVA und den privaten UVG-Versiche rern so wie – von Sonderfällen abgesehen – den Krankenkassen keine Partei entschädigungen zugesprochen, weil sie als Orga nisationen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben zu qua lifizieren sind (BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Der Beschwerdegegnerin steht damit entgegen ihrem Antrag keine Parteientschädigung zu. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdegegnerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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