

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00250**

## **vom 4. September 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00250](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00250)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00250 du 4 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00250 del 4 settembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

0. September 2019 ab ( Urk. 2).

##### **E. 1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] ).

##### **E. 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 (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), 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 Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf grund 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. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

## **E. 2**

5. Februar und 2. Juli 2020 reichte die Beschwerdeführerin zusätzliche Arztberichte sowie die Mitteilung der IV-Stelle des Kantons Zürich betreffend unveränderter Invalidenrente ein (Urk. 29, 30/1-2, 33, 34/1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 10. September 2019 (Urk. 2) damit, dass

im Jahr 1995 eine vollständige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Beschwerden vorgelegen habe. Demgegenüber hätten im Jahr 2012 aus psychiatrischer beziehungsweise neuropsychologischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden (unfallbedingten) Befunde mehr erhoben werden können. Aus somatischer Sicht habe 1995 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit (ohne Differenzierung zwischen Unfall und Krankheit) und im Jahr 2012 lediglich eine geringe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer unfallbedingt eingeschränkten Schulterbelastbarkeit bestanden. Damit habe sich aus unfallrechtlicher Sicht eine gesundheitliche Veränderung ergeben, welche sich erheblich auf den Invaliditätsgrad auswirke.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), der Vergleich der verschiedenen Gutachten bestätige, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht verändert, jedenfalls nicht verbessert habe, und eine Revision deshalb unzulässig sei. Zudem habe sich die Beschwerdegegnerin auf ein Gutachten aus dem Jahr 2013 gestützt. Sie habe es dabei unterlassen, neue Berichte beizuziehen, obwohl das Gutachten beinahe sieben Jahre alt und bekannt gewesen sei, dass die IV-Stelle die Leistungen nicht eingestellt habe und die Beschwerdeführerin weiterhin in psychiatrischer Behandlung sei. Die Beschwerdegegnerin hätte weitere Abklärungen vornehmen müssen, um auf dem neuesten medizinischen Stand zu sein. Mit dieser Unterlassung habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt.

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2019 (Urk. 9) zu den mit der Beschwerde eingereichten aktuellen medizinischen Berichten aus, dass die Degenerationen im Schulter- und Kniebereich bereits im Jahr 2013 bekannt gewesen seien, wobei die C.\_\_\_\_-Gutachter aus unfallrechtlicher Sicht das nicht organische (dysfunktionale) Krankheitsverhalten als weit im Vordergrund stehend beurteilt hätten. Folgerichtig handle es sich bei den im Jahr 2019 festgestellten Degenerationen nicht um neue Befunde, die zu einer anderen Beurteilung der Unfallkausalität beziehungsweise der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Die in den psychiatrischen Berichten dokumentierte stattgehabte psychische Krise nach Kenntnisnahme des leistungsreduzierenden Entscheides vermöge sodann keine unfallbedingte über Jahrzehnte

gleich bleibende psychische Depression zu beweisen .

### **E. 3.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der medizinische Sachverhalt zwischen Erlass der Verfügung vom 13. Januar 1998 ( Urk. 10/G8) und Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 10. September 2019 ( Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat.

### **E. 3.2**

.3

Dr. E.\_\_\_\_

verwies in seinem Gutachten vom 1. Dezember 1995 ( Urk. 10/M2) auf die Befundberichte der F.\_\_\_\_ vom 16. Januar 1995 ( Urk. 12/M45 ) und von Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. August 1994 ( Urk. 12/M44). Laut der F.\_\_\_\_ leide die Versicherte an einem postcommotivellen Syndrom sowie einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion. Gemäss dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_

hätten sich bei der Versicherten ein Schmerzsyndrom und eine Depression vermutlich in Zusammenhang mit der belastenden äusseren Situation nach dem Autounfall vom 3. Januar 1993 entwickeln. Nicht auszuschliessen sei als Mitursache auch das Vorliegen eines posttraumatischen Stresssyndroms. Es bestände keine gute Prognose. Dr. E.\_\_\_\_ hielt hierzu fest, dass die Versicherte anlässlich der Untersuchung ein betont klagendes Verhalten gezeigt habe und bei vorhandener Affektlabilität wahrscheinlich in einen lauten-grellen Tonfall verfallen sei und anklagend-vorwurfsvoll ihr Beschwerdebild mit Therapieresistenz mit einer stark agitierten Grundhaltung geschildert habe . Sie mache es den untersuchenden Ärzten durch ihr agitiertes-lautstarkes Verhalten zwar nicht leicht und ihr Gesamtverhalten sei

sicherlich auch südländisch gefärbt und wohl durch eine gewisse Beherrschung verstärkt . Allerdings liege gestützt auf die ärztlichen Vorbefunde mit Sicherheit derzeit kein rein funktionelles Verhalten bei ihr vor. Es bestehe eine stärker ausgeprägte agitierte Depression mit auch Biorhythmusstörungen und Somatisierungstendenz (körperliche Beschwerden auf dem Boden dieser Depression) und es handle sich dabei um ein bisher therapieresistentes psychiatrisches Krankheitsbild im engeren Sinne . Hingegen könnten keine nennenswerten neurologischen Störungen objektiviert werden. Des Weiteren leide die Versicherte an Angstzuständen. In dieser psychischen Verfassung sei sie nicht arbeitsfähig.

#### **E. 3.2.1**

Bei Erlass der Verfügung vom 13. Januar 1998 ( Urk. 10/G8 ) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Unfallchirurgie, vom 30. August 1995 ( Urk. 10/M1) und Dr. med. E.\_\_\_\_ , Nervenfacharzt, vom 1. Dezember 1995 ( Urk. 10/M2) :

#### **E. 3.2.2**

Dr. D.\_\_\_\_ nannte in seinem Gutachten folgende Diagnosen ( Urk. 10/M1 S. 2 ) : - Gehirnerschütterung - Brustkorbprellung - Schlüsselbeinbruch rechts - Pseudarthrose - Schulterblattbruch links

Er führte aus, dass die Schulterblattfraktur links problemlos abgeheilt sei. Im Bereich des Claviculabruches rechts sei die knöcherne Heilung jedoch ausgeblieben, so dass am 12. Januar 1994 eine operative Versorgung mit Beckenspan und Osteosynthese durchgeführt werden müssen. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sich bereits eine adhäsive Capsulitis ausgebildet. Im Verlauf habe sich sodann gezeigt, dass die eigentlich unkomplizierten Verletzungen zu diversen Komplikationen geführt hätten. Vor allem sei offensichtlich aber eine psychische Überlagerung sämtlicher Beschwerden eingetreten, was bedeute, dass diverse Beschwerden, auch vegetative, auf den Unfall zurückgeführt worden seien. Zudem

seien Beschwerden angegeben worden, die nicht hätten nachgeprüft werden können.

Die Untersuchung der Patientin habe sich aufgrund der Klagsamkeit zudem sehr schwierig gestaltet.

Objektiv sei anlässlich der gutachterlichen Untersuchung im Bereich der Halswirbelsäule und der linken Schulter kein pathologischer Zustand erhebbar gewesen. An der rechten Schulter habe sich aber eine stark druckempfindliche Vorwölbung über dem Schlüsselbein gezeigt im Sinne einer sogenannten Frozen

Shoulder (Capsulitis

adhaesiva mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes). Diese erweise sich als unfallkausal. Das Lumbalsyndrom und das Cervikalsyndrom mit Ausstrahlung der Schmerzen in den linken Arm seien dem gegenüber mit Sicherheit nicht unfallkausal. Dr. D.\_\_\_\_ attestierte bis zum 30. Juni 1994 eine 100%ige und anschliessend aufgrund der Beschwerden am rechten Schultergürtel und rechten Arm eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

### E. 3.3

Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens liegt im Wesentlichen das an die IV-Stelle des Kantons Zürich gerichtete polydisziplinäre Gutachten des

C.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2013 (Urk. 10/M4) vor:

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. sc. hum. J.\_\_\_\_, Diplompsychologin, und lic. phil.

K.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP,

nannten in ihrem Gutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

(Urk. 10/M4 S. 45): - Nicht quantifizierbare Funktionsstörung rechte Schulter bei/mit - Claviculafraktur rechts 01/1993 mit Osteosynthese - Re-Osteosynthese mit Beckenkammspan 01/1994 wegen Pseudarthrose - AC-Revision 09/1999 - nicht adäquat untersuchbar bei ausgeprägter Schmerzausweitung und nicht organischem Krankheitsverhalten - radiologisch gering beginnende degenerative Veränderungen 14.11.2012 - Beginnende Gonarthrosen beidseits linksbetont bei/mit - atypischer Stellung der Gelenkfläche - radiologisch beginnenden degenerativen Veränderungen - klinisch nicht untersuchbar - Vorfussbeschwerden beidseits bei/mit - Status nach Metatarsale I Osteotomie Typ Scarf und Akin Osteotomie Grundphalanx Grosszehe sowie Arthrodesen PIP II Dig. II beidseits 23.04.2010 - Sekundär Hallux

varus rechts

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte des C. \_\_\_ folgende an ( Urk. 10/M4 S. 45): - übrige nicht objektivierbare Körperschmerzen - histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z37.1) - Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.24) - Hypercholesterinämie

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, dass eine Beurteilung streng genommen kaum möglich sei, da weit im Vordergrund das nicht organische (dysfunktionale) Krankheitsverhalten mit einer sehr hohen nicht nachvollziehbaren Schmerzbewertung, diffuse nicht nachvollziehbare Beschwerdeschilderungen sowie erfolglose ambulante und stationäre Therapien über Jahrzehnte ohne Änderung des Beschwerdecharakters stehe. Ein solcher Verlauf sei vom Bewegungsapparat her gesehen rein somatisch nicht begründbar und noch weniger nachvollziehbar. In diesem Rahmen müsse auch die ausgeprägte Schmerzausweitung mitberücksichtigt werden. Das Verhalten an der rechten Schulter sei schon unmittelbar postoperativ insofern auffallend gewesen, als akutenmässig eine mehr als einjährige praktische Immobilisierung der rechten Schulter beschrieben worden sei, was mit der Claviculafraktur oder auch mit der Re-Osteosynthese mit Beckenkammspan nicht begründbar, sondern einem ausgeprägten Schonverhalten zuzuschreiben sei, was sich auch weiterhin so zeige. Die Symptomausweitung beinhalte ein invalidisierendes Verhaltensmuster und diene dazu, das Umfeld mit den Lebensumständen und eventuell auch dem psychischen Gleichgewicht unter Kontrolle zu halten. In diesem Sinne sei davon auszugehen, dass für die Versicherte durch dieses Verhalten ein erheblicher Krankheitsgewinn vorliege, indem sie von ihrer Tochter und ihrem Enkel aufs Engste umsorgt werde.

Der rheumatologische Gutachter Dr. H. \_\_\_ nannte drei Problemkreise, welche bis zu einem gewissen Ausmass radiologisch und sehr bedingt klinisch objektiviert werden könnten, so dass diesbezüglich qualitative Einschränkungen einer Arbeit bedingt zu begründen seien: In Bezug auf die rechte Schulter

könne wahrscheinlich eine gewisse Funktionseinschränkung glenohumeral rechts vorhanden sein, allerdings könne unter entsprechender Ablenkung die Beweglichkeit in diesem Gelenk teilweise durchgeführt werden. Weiter seien beginnend degenerative Veränderungen der Kniegelenke einigermaßen objektivierbar, vermutlich sekundär reaktiv auf eine atypische Stellung der Gelenksachse. Und schliesslich sei die missglückte Hallux

valgus Operation rechts mit einer Dislokation in Richtung Varusstellung ein klinisch nachweisbares Problem. In Bezug auf die Schulterproblematik führte Dr. H. \_\_\_ aus, dass keine Belastungen über Schultergürtelhöhe und/oder repetitive Belastungen rotatorischer Art möglich seien. Wegen der Kniegelenke und Vorfüsse seien sodann keine rein gehenden und stehenden Tätigkeiten und keine Arbeiten mit häufigem Treppensteigen zumutbar, wegen der problematischen Schuhversorgung zudem keine Tätigkeiten in ungünstig klimatisierten Räumen (Nässe, Kälte). Bei Berücksichtigung dieses Belastungsprofils sei eine Verweistätigkeit uneingeschränkt möglich

( Urk. 10/M4 S. 28 f. ).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wurde bei der Versicherten bis auf eine selbstlimitierende demonstrative Darstellungsweise ein nahezu unauffälliger psychischer Befundstatus erhoben. Es konnte keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden

histrionische Persönlichkeitszüge ( ICD-10 F73.1) sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit ( ICD-10 F13.24) ohne eigenständigen Krankheitswert gestellt .

Dr. I. \_\_\_ führte insbesondere aus, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der Versicherten weder für ein psychiatrisches Störungsbild relevante systematische und spezifische Syndrome noch eine depressive Symptomatologie habe ausgemacht werden können. Es sei keine anhaltende depressive Affektivität, keine psychomotorische Antriebsminderung und auch

keine erheblich anhaltende Einschränkung der Freudefähigkeit festgestellt worden. Die Versicherte habe klagsam, weinerlich und situationsbezogen bedrückt gewirkt, habe sich jedoch von ihrer oberflächlichen Weinerlichkeit durch raschen Themenwechsel leicht ablenken lassen. Die klagende Affektivität habe sich diesbezüglich als nicht anhaltend dargestellt. Die Schwingungsfähigkeit habe sich im Bereich der Norm gezeigt. Trotz des monoton gescilderten Tagesablaufes habe die

Versicherte diverse Aktivitäten, soziale Kontakte und Interessen angegeben. Sie sei auch in der Lage, Beziehungen zu pflegen und aufrecht zu erhalten. Ein depressionsbedingter sozialer Rückzug habe demnach nicht bestanden, ebenso wenig eine Einschränkung im sozialen und persönlichen Leistungsniveau. Des Weiteren habe kein somatisches Syndrom und auch keine somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden können. Auch in den Berichten erwähnte ängstliche Komponenten würden aktuell nicht vorliegen. Sodann könnte von einem posttraumatischen Stresssyndrom sowie einer Anpassungsstörung nach all diesen Jahren ebenfalls nicht mehr gesprochen werden ( Urk. 10/M4 S. 39 ff. ).

Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung konnten alsdann keine validen Testergebnisse erhoben werden. Gemäss den Gutachtern lasse die Zusammenstellung der Befunde auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbilden würden. Ein Leidensdruck sei sodann nicht wirklich spürbar gewesen. Aus neuropsychologischer Sicht konnte deshalb keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden

( Urk. 10/M4 S. 35 ff.

und S. 50).

#### **E. 4.1**

Das Gutachten des C. \_\_\_ vom 16. Januar 2013 ( Urk. 10/M4) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.3). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Sie legten unter Hinweis auf diverse Diskrepanzen zwischen beklagten Schmerzen und Einschränkungen einerseits und klinischem Eindruck beziehungsweise fehlenden objektiven Zeichen einer namhaften Limitation andererseits (sehr hohe nicht nachvollziehbare Schmerzbewertung, diffuse nicht nachvollziehbare Beschwerdeschilderungen, erfolglose Therapien über Jahrzehnte ohne Änderung des Beschwerdecharakters [ S. 49], vage Angaben [S. 17], kein spürbarer

Leidensdruck [ S. 20, 35 ], keine schmerzbedingten Positionswechsel [ S. 20, 25 ], verschiedene Aktivitäten im Alltag [ S. 14 f. ], Führen eines Motorfahrzeuges [ S. 14 ], Verdeutlichung von Schmerzen und Aggravation [ S. 21, 38 ] )

schlüssig dar, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit, unter Berücksichtigung der rheumatologischen Vorgaben

in qualitativer Hinsicht, nicht eingeschränkt ist ( S. 51 ).

#### **E. 4.2**

Ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht seit der Rentenzusprache im Jahr 1998 wesentlich verändert hat, muss nicht abschliessend geklärt werden,

zeigt sich doch jedenfalls, dass sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht bis ins Jahr 2012/2013 wesentlich verbessert hat:

So stellte die psychiatrische Gutachterin des C.\_\_\_\_ fest, dass bei der Beschwerdeführerin bis auf eine selbstlimitierende demonstrative Darstellungsweise ein nahezu unauffälliger Befundstatus habe festgestellt werden können. Folgerichtig verneinte sie sowohl das Vorliegen einer depressiven, Anpassungs-, Angst- als auch einer schmerzassoziierten Störung. Es konnten lediglich histrionische Persönlichkeitszüge sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit ohne eigenständigen Krankheitswert diagnostiziert werden ( Urk. 10/M4 S. 39 ).

Diese Beurteilung ist angesichts der genannten Befunde sowie der dazugehörigen Erläuterungen einleuchtend und plausibel. Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 S.

#### **E. 4.3**

.5

Sodann beklagt die Beschwerdeführerin Beschwerden an beiden Schultern, wobei die Beschwerden vor allem rechtsbetont imponierten (vgl. Urk. 24/1, 34/1 und 34/2). Während an der linken Schulter im Anschluss an das Unfallereignis gemäss Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_

vom 30. August 1995 ( Urk. 10/ M 1 S. 8 ) kein pathologischer Zustand erhoben werden konnte, wurde der Zustand an der rechten Schulter als unfallkausal bezeichnet. Es zeigte sich eine Vorwölbung über dem Schlüsselbein nach Osteosynthese desselben, welche sich als stark druckempfindlich im Sinne einer sogenannten „Frozen

shoulder“ ( Capsulitis

adhaesiva mit Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes) erwies. Es wurde konstatiert, dass Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten Schultergelenkes verbleiben würden ( Urk. 10/ M 1 S. 8 f f . ). Das Gutachten des C.\_\_\_\_

vom 16. Januar 2013 bestätigte denn auch eine gewisse Funktionseinschränkung glenohumeral rechts, wies aber darauf hin, dass bei ausgeprägter Schmerzausweitung und nicht organischem Krankheitsverhalten

nicht adäquat untersucht werden können. Insbesondere habe unter entsprechender Ablenkung die Beweglichkeit in diesem Gelenk für Seitелеvation bis 80° und Rotationen

aus Neutralstellung problemlos durchgeführt werden können. Radiologisch hätten am 14. November 2012 im Übrigen gering beginnende degenerative Veränderungen festgestellt werden können. Weiter wurde festgehalten, dass der Verlauf mit erfolglosen ambulanten und stationären Therapien über Jahrzehnte ohne Änderung des Beschwerdecharakters nicht begründbar und nicht nachvollziehbar sei. Vielmehr sei eine Wiederaufnahme einer adaptierten Verweistätigkeit nach der Re-Osteosynthese der rechten Clavicula mit Beckenkammspan nach einer angepassten Heilphase von einem halben Jahr ab Sommer 1994 rein somatisch zumutbar gewesen (Urk. 10/M4 S. 27 f.

und S. 51). Vor diesem Hintergrund sowie angesichts dessen, dass sich die Situation an der rechten Schulter während fast zweier Jahrzehnte stabil zeigte, im Jahr 2012 anlässlich der Begutachtung degenerative Veränderung bildgebend erhoben und den damit einhergehenden Beeinträchtigung im Rahmen des Belastbarkeitsprofils Rechnung getragen wurde (vgl. Urk. 10/M4 S. 29, wonach Belastungen über Schulterhöhe oder repetitive Belastungen rotatorischer Art zu vermeiden seien), vermögen die im Nachgang zur Begutachtung aufgelegten Berichte auch hinsichtlich Schulterproblematik eine vom Gutachten des C.\_\_\_\_ abweichende Einschätzung nicht zu begründen. Dies umso weniger, als die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Untersuchung durch den rheumatologischen Gutachter eine aktive Bewegung der rechten Schulter nicht durchführte, unter Ablenkung Seitelation und Rotation demgegenüber durchaus möglich waren (vgl. vorstehend). Sodann wurde in den aktuellen Berichten eine Operationsindikation seitens der Schulter verneint und gleichzeitig auf soziale Faktoren hingewiesen, welche die (komplexe)

Beschwerdesymptomatik beeinflussten (Urk. 34/1). Mithin ist aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht nicht von einer erheblich veränderten Befundlage auszugehen und wäre eine allfällige Verschlechterung 26 Jahre nach dem fraglichen Unfallereignis jedenfalls nicht mehr als unfallkausal zu werten. 4. 4

Demnach ging die Beschwerdegegnerin zu Recht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache im Jahr 1998 massgeblich verbessert haben und der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 10. September 2019 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit möglich ist. Für weitere medizinische Abklärungen besteht kein Anlass, zumal davon keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). Eine von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Urk. 1 S. 7) liegt mithin nicht vor. Sodann gibt die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2019 vorgenommene, von der Beschwerdeführerin unbestritten gebliebene Invaliditätsschätzung, die unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % einen Invaliditätsgrad von 10 % ergab (Urk. 10/G9), keinen Anlass zur Beanstandung.

An diesem Ergebnis ändert entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 9, S. 11) im Übrigen nichts, dass die IV-Stelle des Kantons Zürich nach wie vor eine ganze Rente ausrichtet (Urk. 30/2). Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung

(BGE 131 V 362).

Die IV-Stellen und die Unfallversicherer haben die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vorzunehmen. Sie dürfen sich ohne weitere eigene Prüfung nicht mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des Unfallversicherers oder der IV-Stelle begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1

).

Die Abweichung von dem von der IV-Stelle festgelegten Invaliditätsgrad liegt vorliegend nur schon darin begründet, dass der Unfallversicherer einen grossen

Teil der geltend gemachten Beschwerden – zu Recht - als unfallfremd betrachtete und im Gegensatz zur IV-Stelle auch keine Eingliederungsmassnahmen durchzuführen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2018 vom 21. Februar 2019 E. 9) . 5.

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben.

Das Bundesgericht hat mit dem BGE 145 V 141

betreffend die Revision einer Invalidenrente der Unfallversicherung nach Art. 17 Abs.

1 ATSG

entschieden, dass bei einer Meldepflichtverletzung (Art.

3

1 Abs.

1 ATSG)

die rückwirkende Leistungsanpassung beziehungsweise die Rückerstattungspflicht ab dem Zeitpunkt der Verwirklichung des pflichtwidrig nicht gemeldeten Revisionstatbestandes zu erfolgen hat. Der massgebende Zeitpunkt entspricht jenem von Art. 88

bis

A

bs. 2

lit

.

b der

Verordnung über die Invaliden

versicherung (IVV)

.

Vorliegendenfalls steht allerdings keine Meldepflichtverletzung im Raum und eine solche wird von der Beschwerdegegnerin auch nicht geltend gemacht. Zudem war der Beschwerdegegnerin bekannt, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2012 von der IV-Stelle Zürich begutachtet wurde (vgl. Urk. 12/RE28 und 12/RE 29). Dennoch hat sie erst im Jahr 2019 Einsicht in die Akten der IV-Stelle genommen. Folglich kann die Rente der Beschwerdeführerin nicht rückwirkend angepasst und allfällige Rentenbeträge

zurückgefordert werden . Vielmehr ist die Anpassung auf den Verfügungszeitpunkt beziehungsweise per 1. August 2019 zu vollziehen .

Die Beschwerdegegnerin passte mit Verfügung vom 18. Juli 2019 ( Urk. 10/G9) beziehungsweise mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 10. September 2019 ( Urk. 2) die Rente revisionsweise per 1. Dezember 2012 an, hielt aber fest, dass die erste Auszahlung der reduzierten Rente erst per 1. August 2019 erfolge und auf die Rückforderung der zu viel erbrachten Rentenleistungen unpräjudiziell verzichtet werde . Damit erweist sich das Dispositiv der Verfügung beziehungsweise der angefochtene Entscheid - auch wenn sich am Ergebnis faktisch nichts ändert

- als nicht korrekt, weshalb die Beschwerde teilweise gutzu heissen und der Zeitpunkt der Rentenreduktion anzupassen ist . 6.

Folglich ist

der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. September 2019 ( Urk. 2) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde abzuändern und es ist festzu stellen, dass die Invalidenrente der Unfallversicherung per 1. August 2019 auf eine auf einem

Invaliditätsgrad von 10 % basierende Rente herabgesetzt wird . Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7. 7.1

Das Verfahren ist kostenlos. 7.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens , bei welchem sich trotz teilweiser Gut heissung am Zeitpunkt der faktischen Rentenreduktion nichts ändert, steht der Beschwerdeführer in k eine Prozessentschädigung zu.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. September 2019 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Invaliden rente der Unfallversicherung per 1. August 2019 auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 10 % basierende Rente herabgesetzt wird .

Im Übrigen wird die Beschwerde abge wiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - Unfallversicherung Stadt Zürich , unter Beilage der Doppel von Urk. 29 und Urk. 33 sowie je einer Kopie von Urk. 30/1-2 und Urk. 34/1-2 - 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelSchilling

## **E. 9**

ff. ) handelt es sich dabei nicht bloss um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unver ändert gebliebenen Gesundheitszustandes.

Während Dr. E.\_\_\_\_ noch eine verzweifelt-bedrückt-erschöpft wirkende Stimmungslage, eine vorhandene Affektlabilität sowie Bio rhythmusstörungen und Angstzustände feststellte und deshalb eine stärker ausgeprägte agitierte Depression mit Biorhythmusstörungen und Somatisierungstendenz ,

im Sinne eines bisher therapieresistenten psychiatrischen Krankheitsbildes im engeren Sinne und explizit nicht eines rein funktionellen Verhaltens , diagnostizierte ( Urk. 10/M21 S. 6 ff. ) - ebenso Dr. G.\_\_\_\_ vom Fehlen jeglicher Aktivitäten, einem grossen Gewichtsverlust, einem wenig gepflegten Zustand sowie einem «Bild des Elends» berichtete und eine Depression, ein Schmerzsyndrom und ein posttraumatisches Stresssyndrom feststellte ( Urk. 12/M44 S. 4 ff. ) sowie die F.\_\_\_\_ ein postcommotionelles Syndrom sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion attestierte ( Urk. 12/M45) - konnten im Rahmen der Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ keine derartigen Befunde mehr erhoben und folglich auch keine entsprechenden Diagnosen gestellt werden.

Zudem gilt zu berücksichtigen, dass eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse rechtsprechungsge mäss selbst bei gleich gebliebenen Diagnosen anzunehmen wäre, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit oder in einer verbesserten Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung

verändert hat (vgl. E. 1.2). Zumindest davon wäre im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung des Aktivitätsniveaus und der Ressourcen der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ auszugehen: So war sie offensichtlich wieder in der Lage, gute Kontakte zu ihrer Familie, Freunden und einer Nachbarin zu pflegen, eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten, in die Ferien zu verreisen , regelmässig Auto zu fahren, zu kochen, sich um ihren Enkelsohn und zeitweise um einen Hund zu kümmern ( Urk. 10/M4 S.

## **E. 14**

f. , S. 41 f. ) .

Insofern die Beschwerdeführerin ausführt, dass sie bereits vor der Rentenzusage durch ihr klagend-hysterisches Verhalten und die stark agitierte Grundhaltung aufgefallen sei ( Urk. 1 S. 5) , ändert sich an dieser Einschätzung nichts, ist dieses Verhalten doch auf die auffälligen Persönlichkeitszüge im Sinne eines regressiven histrionischen und theatralischen Gebarens

zurückzuführen, dem allerdings kein Krankheitswert zukommt ( Urk. 10/M4 S. 50) .

Die Veränderung im psychiatrischen Gesundheitszustand begründet sich - wie oben ausgeführt

-

anderweitig .

Alsdann die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten geltend macht, dass die Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ auch retrospektiv und somit seit der Rentenzusprache

gelte ( Urk. 1 S. 9), ist ihr eben falls nicht zu folgen. Zwar wird in der psychiatrischen Einschätzung das Vorliegen einer erheblich krankheitswertigen affektiven Störung mit Behandlungsbedürftigkeit mit anhaltendem Charakter retrospektiv in Frage gestellt , allerdings mit dem Hinweis «zumindest für die nähere Vergangenheit» ( Urk. 10/M4 S. 42). Bei einem Vergleichszeitraum von annähernd 20 Jahren kann aus dieser Formulierung nicht geschlossen werden, dass bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_

in den Jahren

1994 und 1995 - entgegen deren echtzeitlichen Einschätzung - keine affektive Störung vorgelegen habe, zumal sich im Gutachten keine in diese Richtung weisenden Bemerkungen finden. Viel mehr führte die Gutachterin aus, allfällig in der Vergangenheit vorgelegene depressive Tendenzen seien als vollständig remittiert zu werten (Urk. 10/M4 S. 42). 4. 3

Abstellend auf das Gutachten des C.\_\_\_\_ ist damit im Zeitpunkt der Begutachtung eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung ausgewiesen und der Beschwerdeführerin eine leidensangepasste Tätigkeit wieder in einem 100%- Pensum zumutbar, woran auch die nach der Begutachtung erstellten ärztlichen Berichte nichts zu ändern vermögen:

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