

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00022

vom 23. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00022 du 23 décembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00022 del 23 dicembre 2022

Erwägungen

E. 1

2. Juli 2021 (Urk. 12/334/1-5) erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 6. Januar 2022 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

UV170760 Übergangsrecht UVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2017 09.2019 Am 1. Januar 2017 sind die 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). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 15. März 2002 ereignet, wes halb die bis 31. Dezember

2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuweisung 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).

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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 9. Februar 2022 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Weiterausrichtung einer UVG-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 12 %. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Bestellung ihrer Rechtsvertreterin als unentgeltliche Rechtsbeiständin (Urk. 1 S. 2). Die Suva schloss am 17. Mai 2022 (Urk. 11) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 9. Juni 2022 (Urk. 16) wurde dem Antrag auf unentgeltliche Rechtsvertretung entsprochen. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest (Urk. 19 und Urk. 22), was ihnen zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20 und Urk. 23).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenaufhebung damit, dass es zu einer wesentlichen Verbesserung des unfallkausalen Gesundheitszustandes gekommen und die Beschwerdeführerin in einer näher bezeichneten angepassten Tätigkeit ganztägig arbeitsfähig sei. Damit resultiere neu ein Invaliditätsgrad von unter 10 %, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2 Ziff. 3.2, Ziff.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dagegen, die Funktionalität der linken Schulter habe sich seit der Zusprache der UVG-Rente nicht verbessert. Seit dem Unfall von 2002 und den drei Operationen leide sie unter erheblichen chronischen Schmerzen mit Therapieassistenten in der linken Schulter. Die aktuell berichteten Beschwerdesymptome seien bereits früher festgestellt worden, insofern ergebe sich seit der Zusprache der UVG-Rente keine Verbesserung der unfallbedingten Schultereinschränkung (Urk. 1 Ziff. 13).

E. 3

Chronischer Schulterbeschmerz links mit schmerzhaft eingeschränkter Schulterfunktion - Status nach Sturz und Schulterkontusion links -

Status nach offener Spornabtragung links Clavicula, AC-Resektion, offene Acromioplastik -

Status nach Untersuchung in Narkose, Schulterarthroskopie links, Débridement oberes Labrum, Bursotomie und Reacromioplastik -

Offene Défilée-Erweiterung und Acromion-Aufrichterosteotomie nach Resektion des AC-Gelenks, Doppelung der Supraspinatussehne und Längsspaltung derselben, Biceps-Tenotomie und Schlüsselochtenodese der langen Bicepssehne im Sulcus

intertubercularis und Footprint - Fixation des apicalen

Infraspinatussehnenansatzes

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter:

E. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 12. August 2011 (Urk. 12/187) basierte auf dem Gutachten von Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 18. Mai 2010 (Urk. 12/130/2-16). Diese diagnostizierte (1) einen Status nach Claviculafraktur links mit nachfolgendem Impingementsyndrom und dreimaliger Schulteroperation mit deutlicher Bewegungseinschränkung des linken Armes, (2) ein cervikales vertebrales Schmerzsyndrom ohne Hinweis auf Wurzelreizsyndrom sowie (3) ein beginnendes Impingementsyndrom rechts bei Acromiontyp

E. 3.2

Die revisionsweise Bestätigung der 12%igen Invalidenrente stütze sich auf das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten des

D.____

vom 15. August 2013 (Urk. 12/221/2-66). Die Ärzte stellten folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 60 f.): 1.

Mittelgradig depressive Episode ohne psychotische Symptome 2.

Lumbovertebralsyndrom mit rechtsbetonter ischialgiformer Schmerzsymptomatik beidseits mit beim Gehen vorwiegend

bergab

zunehmenden Bein schmerzen, vereinbar mit einer Claudicatio spinalis. Zusätzlich bestehen auch tendomyogen bedingte Beinschmerzen. Kernspintomografisch Nachweis einer deutlichen zentralen Spinalkanalstenose auf Höhe LWK 4/5

E. 3.3.1

Die Ärzte der MEDAS A.____ stellten in ihrem Gutachten vom 30. September 2020 (Urk. 12/314) zu Händen der Invalidenversicherung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): -

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit fraglicher pseudoradikulärer Symptomatik

bei Zustand nach bilateraler erweiterter Fenestration L4/5, Recessotomie und Foraminotomie

sowie Nukleotomie von links zur Dekompression des Spinalkanals und der Wurzel L 5 beiderseits

am 06.09.2013 -

Chronisches Schulter-Arm-Syndrom links bei Zustand nach drei operativen Eingriffen mit offener Defilee-Erweiterung und

Akromion-Aufrichteosteotomie, Nachresektion des AC-Gelenkes, Doppelung der Supraspinatussehne

nach Längsspalten derselben, Bicepstenotomie und Schlüsselloch-Tenodese der langen Bicepssehne im Sulcus

intertubercularis und Footprint-Fixation des apikalen Infraspinatussehnen - Ansatzes mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen mit einem guten postoperativen

Ergebnis.

Unter dem Titel «mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» findet sich unter dem Hinweis «Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» Folgendes: -

Deutliche Fehllage der Wirbelsäule bei einem teilfixierten Rundrücken und Hohlkreuz mit

deutlicher muskulärer Dysbalance -

Beginnende Fersenspornbildung rechts -

Zustand nach Schlüsselbeinfraktur links 15.03.2002 mit knöcherner Konsolidierung -

Zustand nach zweimaliger Ganglion-Operation mit Nachoperation am Handgelenk links 2001 und

2003. -

Zustand nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma ohne nachfolgende strukturelle radiologische Veränderungen am 02.12.2011

Explizit als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende Diagnosen: -

Adipositas Grad I (BMI 30.1) -

arterielle Hypertonie -

behandelt, tiefe Compliance -

gut eingestellt -

St. n. Hemithyreoidektomie links am 13.10.2010 -

keine Substitution nötig -

Euthyreose -

Presbyakusis beidseits aktenanamnestisch (Hörgeräte beidseits) -

Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1 (Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von Belastungsreaktionen) -

Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen

Die Experten hielten in Bezug auf die vorliegend interessierenden orthopädischen Befunde fest, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte, teilweise auch mit teilschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 12 kg in rückenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 12 kg, ausserhalb des Körperlotes, Vibrationen sowie Erschütterungen, ständiges Heben des linken Armes über Schulter- und Kopfhöhe sowie ruckartige Bewegungsmuster. Die Beschwerdeführerin sollte keiner Kälte, Nässe und Zugluft ausgesetzt werden (S.

7). In der angestammten Tätigkeit gingen die Gutachter von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % aus orthopädischen Gründen aus, in einer angepassten Tätigkeit attestierten sie ab 1. Juli 2020 eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Einschränkungen begründeten sie vorwiegend aus orthopädischer Sicht unter Hinweis auf die verminderte Rücken- und Schulter-Arm-Belastbarkeit (S. 9).

E. 3.3.2

Kreisärztin med. pract. B. ____

hielt in ihrer Aktenbeurteilung vom 7. Dezember 2020 (Urk. 12/304) zur Thematik einer allfälligen Verbesserung der Unfallfolgen der linken Schulter fest, im orthopädischen Gutachten der Orthopädie E. ____

vom 18. Mai 2010 (E. 3.1) sei der folgende klinische

Befund betreffend obere Extremitäten/Schulter links dokumentiert (vgl. auch Urk. 12/130/2-16 S.

7

f.):

« Asymmetrischer Schulterstand, Atrophie der Schultermuskulatur links. Kreuz- und Nackengriff links

nicht durchführbar. Der Muskelaufbau an Unter- und Oberarm zeigt eine geringe Atrophie der Oberarmmuskulatur

links. Lokalbefund linke Schulter: Deutliche hyperkloide Narben im Bereich des AC-Gelenkes. Die ganze Schulter ist stark druckschmerzhaft. Im Bereich der Narbe drückt ein Knochen sporn

nach oben, was der Patientin starke Beschwerden macht. Hyperkloide Narben nach Schulterarthroskopie von ventraler, lateraler und dorsaler Stichinzision.

Beweglichkeit der Schultergelenke (Neutral-0-Methode) rechts

links

Ab-/Adduktion

180-0-40 °

80-0-40°

Anteversion/Retroversion

170-0-60 °

80-0-0°

Innen-/Aussenrotation am hängenden Arm

90-0-60 °

90-0-10° »

Im polydisziplinären Gutachten vom 30. September 2020 (E. 3.3.1) sei der klinische Befund der Schultergelenke folgend beschrieben worden (vgl. auch Urk. 12/314/86) :

« Rechtes Schultergelenk: Es Gelenkspiel ist altersentsprechend frei. Sie zeigt leichte Gegenspannungen

bei der palpatorischen Untersuchung. Es wird ein leichter Druckschmerz im Bereich des Supraspinatus

angegeben. Es zeigt sich kein Ansatzschmerz. Sie zeigt leichte Gegenspannungen bei der Funktionsprüfung. Passiv wie aktiv zeigt sich eine altersentsprechende freie Funktion. Die Funktionsgriffe

können im rechten Schultergelenk ohne Probleme ausgeführt werden.

Linkes Schultergelenk: Die Operationsnarbe von ca. 10 cm Länge ist reizlos und auf der Unterlage

relativ gut verschieblich. Aktiv zeigt sie unter erheblichen Schmerzangaben und Stöhnen eine deutliche

Einschränkung der Seitbewegung, eine relativ deutliche Einschränkung in der Aussendrehung

und Rückwärtsführung. Sie ist nicht in der Lage den Arm über die Horizontale zu heben. Das Gelenkspiel

ist nur minimal reduziert. Es zeigt sich kein Springen, passiv kann bei Ablenkung und mit vorsichtiger Ausübung eine weitgehend freie Funktion im linken Schultergelenk ohne harten Anschlag

erreicht werden. Hierbei werden teilweise gar keine Beschwerden geäußert. Beide Eckgelenke

sind druckempfindlich. Das Relief im linken Gelenk ist ganz gering vermindert. Das Spiel ist

reduziert. Beider Sternoklavikulargelenke sind schmerzfrei. Sie zeigen keine Stufen oder Entzündungen. »

Zur Veränderung befragt hielt sie fest, im Vergleich des klinischen Befunds im Gutachten von 2010 mit dem aktuellen Gutachten könne festgestellt werden, dass im aktuellen Gutachten keine Muskelatrophie mehr beschrieben

worde sei, was auf eine Erholung der Schultermuskulatur mit aktuell normaler Ausprägung

der Muskulatur hindeute. Unter Verweis auf die Befundbeschreibung (vgl. E. 4.2) konstatierte sie eine Verbesserung, auch wenn eine Messung nach der Neutral-O-Methode nicht explizit angegeben worden sei; es sei von einer verbesserten Schulterbeweglichkeit mit einer aktiven Anteversion und Abduktion von mindestens 90° auszugehen. Zusammenfassend habe sich der aktuelle klinische Befund im Vergleich mit 2010 verändert.

Insofern könne die aktuelle orthopädisch fest gelegte Zumutbarkeit ohne zeitliche Einschränkung nachvollzogen werden. 4.

E. 3.4
und Ziff. 4.2).

E. 4
Sonstige somatoforme Störungen mit generalisiertem Schmerzsyndrom

E. 4.1
Massgebender Zeitpunkt für die Prüfung einer Veränderung der einzig interessierenden unfallkausalen Pathologie (Schulter) bildet die Rentenbestätigung vom 28. November 2017 (Urk. 12/265), welche auf einer umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführer in (seitens der Invalidenversicherung) mit namentlich Einholen eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 12/221) basierte.

E. 4.2
Die damalige Befunderhebung durch den untersuchenden Arzt ergab eine deutlich herabgesetzte aktive und passive Beweglichkeit der linken Schulter mit Werten von 80-0-20° (Abduktion/Adduktion), 100-0-80° respektive 40-0-30° (Innen-Aussenrotation passiv respektive aktiv), 70-0-30° respektive 50-0-10° (Vorwärtselevation-Extension passiv respektive aktiv), wobei die Beschwerdeführerin bei der Funktionsprüfung oftmals laut geschrien habe (Urk. 12/221/56). Der Gutachter schilderte sodann ein auffallendes Ausmass der Schmerzangaben im Sinne eines generalisierten Schmerzsyndroms. Als objektivierbare klinische sowie bildgebende Veränderungen schilderte er eine schmerzhaft eingeschränkte passive und aktive Beweglichkeit der linken Schulter mit einer beginnenden Atrophie der Deltoideus-Muskulatur und einer diffusen Druckempfindlichkeit der linken Schulter. Beim Aus- und Ankleiden sei die linke obere Extremität nicht eingesetzt worden (Urk. 12/221/58-59). Zur Arbeitsfähigkeit verwies der Gutachter im Wesentlichen auf die Einschätzung von

Dr. C.____ aus dem Jahr 2010 und erachtete die damals attestierte Einschränkung von 20 % in angepasster Tätigkeit als nachvollziehbar (Urk. 12/221/59-60).

Anlässlich der neusten Begutachtung wurden keine Beweglichkeitsmessungen durchgeführt. Der Experte führte zur Befunderhebung der Schulter links aus, die Operationsnarbe von ca. 10 cm Länge sei reizlos und auf der Unterlage relativ gut verschieblich. Aktiv zeige die Beschwerdeführerin unter erheblichen Schmerzangaben

und Stöhnen eine deutliche Einschränkung der Seitbewegung, eine relativ deutliche Einschränkung in der Aussendrehung und Rückwärtsführung. Sie sei nicht in der Lage, den Arm über die Horizontale zu heben. Das Gelenkspiel sei nur minimal reduziert. Es zeige sich kein Springen, passiv könne bei Ablenkung und mit vorsichtiger Ausübung eine weitgehend freie Funktion im

linken Schultergelenk ohne harten Anschlag erreicht werden. Hierbei würden teilweise gar keine Beschwerden geäußert. Beide Eckgelenke seien druckunempfindlich. Das Relief im linken Gelenk sei ganz gering vermindert. Das Spiel sei reduziert. Beide Sternoclavikulargelenke seien schmerzfrei, sie zeigten keine Stufe oder Entzündungszeichen (Urk. 12/314/86).

E. 4.3

Der Vergleich dieser Schilderungen lässt höchstens auf minimale Veränderungen schließen. Der Beschwerdeführerin war es im Jahr 2013 noch möglich, den Arm nach aussen bis 80° zu heben, nach vorne nur bis 50° (aktiv) respektive 70° (passiv). Neu wurde nun ein Heben über die Horizontale und damit über 90° als nicht möglich beschrieben, wobei unklar bleibt, ob die Bewegung nach aussen oder nach vorne untersucht wurde. Ob mit «Horizontalen» tatsächlich der exakte Winkel von 90° gemeint war oder dies nicht vielmehr einer approximativen Schätzung entsprach, ist fraglich und damit auch, ob diesbezüglich überhaupt eine Veränderung eingetreten ist.

Die übrigen Angaben zur Schulterbeweglichkeit ergeben auch keine eindrucklichen Veränderungen: Das Gelenkspiel ist aktuell minimal reduziert, dass dieses früher stärker eingeschränkt war, ergibt sich nicht aus den Akten. Aus dem Umstand, dass früher eine schmerzhaft eingeschränkte passive und aktive Beweglichkeit der linken Schulter vorlag, kann jedenfalls nicht auf eine Verbesserung des Gelenkspiels geschlossen werden. Denn auch aktuell klagte die Beschwerdeführerin über Bewegungsschmerzen und eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit.

Die von der Beschwerdegegnerin thematisierte und in den Vordergrund gestellte aktuell fehlende Beschreibung der bisher vorliegenden Muskelatrophie vermag für sich keine Veränderung zu belegen. Zutreffend ist, dass im Gutachten vom Jahr 2018 eine beginnende Atrophie der Deltoideus-Muskulatur beschrieben wurde. Im Jahr 2013 war eine gut entwickelte Armmuskulatur mit Ausnahme der Deltoideus-Muskulatur links festgehalten worden mit abgeschwächten Konturen gegenüber rechts (Urk. 12/221/56). Der Befund war demnach bereits früher nicht eindrucklich. Im aktuellen Gutachten findet sich keine Befundung der Muskulatur. Ob dies der Fall ist, weil sich die Muskulatur erholt hat oder aber nach wie vor lediglich geringe Defizite vorliegen, welche den Fachgutachter nicht zur Niederschrift bewegen haben, lässt sich nicht eruieren. Dies wäre im vorliegenden Zusammenhang indes zu fordern gewesen, ist es doch Sache der beweispflichtigen Beschwerdegegnerin, eine Veränderung des Gesundheitszustandes nachzuweisen und genügt das - nicht von ihr in Auftrag gegebene - Gutachten in diesem Punkt der praxisgemässen Anforderung nicht, dass sich in Revisionsverfahren eingeholte Gutachten über allfällige Veränderungen aussprechen müssen und nicht bloss den aktuellen Zustand festhalten dürfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September

2013 E. 4.4.3). Der Hinweis des Orthopäden, die Beschwerdeführerin zeige (aktuell) keine Muskelminderung, die Hinweis auf eine Schonung vor allem des linken Armes gebe (Urk. 12/314/92), impliziert gerade, dass eine Muskelminderung besteht, einfach keine

eindrückliche. Damit ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht erstellt.

Die aktuellen MR-Bilder der linken Schulter zeigten weitgehend regelrechte post operative Verhältnisse mit leicht alterierter ansatznaher Supraspinatussehne ohne Hinweise auf eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette, weitgehend regel rechte Verhältnisse nach AC-Gelenk-Resektion ohne Hinweise auf eine retraktile

Kapsulitis (Urk. 12/314/88). Dies unterscheidet sich nicht wesentlich von den älteren Bildern. Im Gutachten vom Jahr 2013 wurde auf Bilder aus dem Jahr 2011 verwie sen, auf welchen ein Fa denanker und eine Schraubenoste osynthese zu sehen waren (welches Material 2012 entfernt wurde), die Strukturen waren sonst unauffällig (Urk. 12/221/57). Damit ist eine Verbesserung nicht rechtsgenügend erstellt.

Soweit die Beschwerdegegnerin schliesslich auf die nicht nachvollziehbaren Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin verwies (Urk.

E. 4.4

Zusammenfassend ist erstellt, dass die Beschwerdegegnerin nicht mit dem not wendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin darlegen konnte. Die Proble matik liegt denn offenkundig auch vielmehr darin begründet, dass die Schmerz schilderungen angezweifelt werden und die Akten durchaus gewisse Anhalts punkte dafür liefern, dass die Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht vollumfänglich objektivierbar sind. Indessen war dies bereits bei der letzten Rentenrevis ion der Fall, weshalb sich keine Änderung ergeben hat. Es steht der Beschwerdegegnerin frei, die gutachterlich vorgeschlagenen Therapien (intensive Physiotherapie, Schwimmen [Urk. 12/314/92 oben]) mittels Auferlegung einer Schadenminderungspflicht durchzusetzen und hernach die Sachlage neu zu über prüfen.

E. 4.5

Da zudem in erwerblicher Hinsicht keine Änderungen aktenkundig oder behaupt et wurden, hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass keine veränderte Sachlage vorliegt. Damit konnte die laufende Rente nicht revidiert werden, wes halb der Beschwerdeführerin weiterhin die bisherige Rente zusteht. Die Beschwer de ist entsprechend gutzuheissen. 5.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die unentgelt liche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zu entschädigen. Die Entschädi gung ist in Anwendung von § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversiche rungsgericht (GSVGer) auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen . Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Suva vom 6. Januar 2022 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Erwerb s unfäh i gkeitsrente von 12 % hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, eine Prozessentschädi gung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Rechtsanwältin Nadine Berchtold-Suter - 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 Gräub-Fonti

E. 5

Occipital betonte Kopfschmerzen von drückendem Charakter, vereinbar mit cervikogenen Kopfschmerzen

E. 6

Cervicocephales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion (2. Dezember 2011) -
HWS klinisch unauffällig

E. 7

Status nach zweimaliger Ganglionoperation linkes Handgelenk

E. 8

Status nach Teilstrumectomie

E. 9

Arterielle Hypertonie

Die Experten kamen gesamtmedizinisch zum Schluss, dass in
der angestammten Tätigkeit seit Februar

2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. In einer adaptierten Tätigkeit gingen sie ab
September 2010 - unter Verweis auf das Gutachten von Dr. C. ___ - von einer 80%igen und
ab dem 24. Mai

2011 (MRI Befund der LWS) von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit aus. Aus psychischen
Gründen bestehe ab März 2013 nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 64).

E. 11

S. 6 f.) , ist zu konstatieren, dass im aktuellen Gutachten wohl ein widersprüchliches
Verhalten geschildert wurde (Urk. 12/314/92) unter Hinweis auf Gegenspannungen und
gezeigte Funktionseinschränkungen, die in dieser Form nicht nachvollzogen werden
konnten. Die Beschwerdeführerin stöhnte teilweise, konnte indes beim An

und Ausziehen auch den linken Arm einsetzen, musste sich allerdings insgesamt abstützen.
Auf der Untersuchungsliege konnte sie auf dem Bauch auch den linken Arm über
Schulterhöhe an den Kopf lagern. Allerdings wurde bereits im Gutachten im Jahre 2013

festgestellt, dass das Ausmass der Schmerzangaben auffallend war. Auch damals stöhnte die Beschwerdeführerin laut und die Untersuchung wurde immer wieder erschwert durch starke Gegeninnervationen (Urk. 12/221/78). Bei dieser Ausgangslage und fehlender Darlegung einer veränderten Sachlage im aktuellen Gutachten ist eine Verbesserung nicht mit dem notwendigen Beweisgrad erstellt.

Anzufügen bleibt, dass die passiv bessere Beweglichkeit noch nicht heissen muss, dass die Beschwerdeführerin ihre aktive Bewegung bewusst einschränkt, wird doch das Gelenk bei aktiver Beweglichkeit anders belastet als bei passiver. Somit verbleibt als einziger (genügend) dokumentierter Gesichtspunkt das mögliche Anheben des Armes in liegender Position. Indessen fehlt auch hier ein Vergleich zum bisherigen Zustand, eine Messung in liegender Position im Vergleichszeitpunkt ist nicht aktenkundig.

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