

200 17 62 UV  
FUR/COC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 31. August 2017**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Collatz

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2016 (E 3511/16)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1951 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit Juni 1989 als ... bei der Firma D. \_\_\_\_\_ angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er am 24. Mai 1992 einen Motorradunfall erlitt und sich dabei insbesondere eine Schulterluxation rechts zuzog (Akten der Suva; Antwortbeilage [AB] 2 f.). Die Suva anerkannte für diesen Unfall ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. AB 6, 8, 16).

### **B.**

Nachdem sich der Versicherte im Oktober 1993 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet hatte, sprach ihm die IV-Stelle Bern (IVB) berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung zum KV-Angestellten zu (Verfügungen vom 2. August 1995 und 14. März 1996; AB 25 und 52), wobei die Massnahme erfolglos beendet wurde (AB 75). Im weiteren Verlauf verneinte die IVB mit Verfügung vom 21. Oktober 1999 (AB 100) bei einem Invaliditätsgrad von 24% einen Rentenanspruch.

### **C.**

In der Zwischenzeit hatte die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 12. September 1995 (AB 62) eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 15% zugesprochen. Weiter sprach sie mit Verfügung vom 9. Juli 1997 (AB 87) ab dem 1. August 1996 eine Rente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 25% zu. Die dagegen erhobene Einsprache (AB 92, 95) wurde mit Entscheid vom 5. Februar 1998 (AB 201) abgewiesen, was unangefochten blieb. Diese Rente wurde im weiteren Verlauf revisionsweise bestätigt (Mitteilung vom 26. Juli 2000; AB 122).

**D.**

Am 21. März 2001 stürzte der Versicherte beim Joggen und erlitt dabei Verletzungen an der rechten Hand (AB 217 S. 498). Mit Verfügung vom 23. Juli 2003 (AB 217 S. 413 f.) stellte die Suva die bezüglich dieses Sturzes erbrachten Versicherungsleistungen per 18. August 2003 ein. Dies wurde mit unangefochten gebliebenem Einspracheentscheid vom 24. Februar 2004 bestätigt (AB 217 S. 80 ff.).

**E.**

Bereits am 31. Dezember 2002 hatte sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Juni 2007 (AB 217 S. 51 ff.) einen Rentenanspruch bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 25%. Eine hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 10. Juli 2008, IV 68364 (AB 217 S. 513 ff.), ab.

Im weiteren Verlauf meldete sich der Versicherte am 12. Februar 2014 wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 217 S. 98 ff.). Daraufhin veranlasste die IVB insbesondere eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Fachärzte des E.\_\_\_\_\_ (MEDAS; Gutachten vom 23. Mai 2016 [AB 229 S. 9 ff.]; vgl. auch Stellungnahme vom 29. August 2016 [AB 254 S. 32 f.]). Mit Verfügung vom 22. September 2016 (AB 254 S. 28 ff.) wies die IVB bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 33% das Rentenbegehren ab.

**F.**

Am 28. September 2015 hatte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der rechten Schulter geltend gemacht und die Suva ersucht, ein Revisionsverfahren einzuleiten (AB 209). Daraufhin holte die Suva diverse medizinische Berichte und insbesondere zwei Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein

(AB 220 und 257). Mit Verfügung vom 11. Oktober 2016 (AB 258) hielt die Suva dafür, dass keine Veränderungen ausgewiesen seien, weshalb die Rente unverändert weiter ausgerichtet werde. Ausserdem lehnte sie ihre Leistungspflicht in Bezug auf eine radiologische Untersuchung in der Klinik I. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016 ab. Die hiergegen erhobene Einsprache (AB 262) wies die Suva mit Entscheid vom 6. Dezember 2016 (AB 265) ab.

## **G.**

Hiergegen lässt der Versicherte am 20. Januar 2017 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Der Einspracheentscheid vom 11. November (richtig: 6. Dezember) 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die laufende Invalidenrente rückwirkend ab September 2015 auf 42% zu erhöhen.
2. Eventualiter: Der Einspracheentscheid vom 11. November (richtig: 6. Dezember) 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die laufende Invalidenrente rückwirkend ab September 2015 auf 38% zu erhöhen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2017 lässt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde beantragen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2016 (AB 265). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behand-

lung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.4** 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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Gemäss Art. 22 UVG kann in Abweichung von Art. 17 Abs. 1 ATSG die Rente ab dem Monat, in dem die berechnete Person eine Altersrente der AHV bezieht, spätestens jedoch ab Erreichen des Rentenalters nach Art. 21 AHVG, nicht mehr revidiert werden (vgl. BGE 134 V 131 E. 7.2 S. 136).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu

beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### 3.

**3.1** Der Beschwerdeführer stellte das Revisionsgesuch am 28. September 2015 (AB 209) und damit noch vor Erreichen des AHV-Rentenalters. Es ist weder aktenkundig noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass er in diesem Zeitpunkt bereits eine AHV-Rente bezog, weshalb nachfolgend zu prüfen ist, ob zwischen der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Juli 1997 (AB 87) resp. dem Einspracheentscheid vom 5. Februar 1998 (AB 201) und dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2016 (AB 265) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiavor). Vorliegend ist für den Vergleichszeitpunkt nicht auf die Mitteilung vom 26. Juli 2000 (AB 122) abzustellen, da anlässlich dieser keine materielle Überprüfung des Rentenanspruchs stattfand (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**3.2** Die Verfügung vom 9. Juli 1997 (AB 87) resp. der Einspracheentscheid vom 5. Februar 1998 (AB 201) stützte sich massgebend auf die Berichte der Kreisärzte Dr. med. F. G. \_\_\_\_\_ vom 15. März 1995 (AB 44) und Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 6. Januar 1998 (AB 1).

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 15. März 1995 einen Zustand nach Motorradunfall im Mai 1992 mit vorderer unterer Schulterluxation dominant. Für Büroarbeiten mit hängendem Arm, insbesondere für Maschinenschreiben, Schreibearbeiten, sei der Beschwerdeführer ganztags einsatzfähig. Nicht mehr zumutbar seien Arbeiten mit Anheben des rechten Armes bis zur Horizontalen resp. bis über der Horizontalen. Das Heben von leichteren Lasten vom Boden her bis auf Brusthöhe sei zumutbar. Der

ganztägige Arbeitseinsatz bei entsprechender Tätigkeit dürfe vom Beschwerdeführer gefordert werden (AB 44 S. 3).

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 6. Januar 1998 die bisherige Einschätzung der Invalidität (AB 1 S. 4). Deutlich sei eine aktiv und passiv massiv eingeschränkte globale Schultergelenksbeweglichkeit (S. 3). Das Heben und Tragen von leichten Gewichten bis 5kg und manchmal bis 10kg bis Lendenhöhe sei nicht eingeschränkt. Das Hantieren mit Werkzeugen leichter und feinmotorischer Art in Tischhöhe sei oft möglich. Die Handrotation sei nicht eingeschränkt. Arbeiten im vorgeneigten Sitzen und Stehen verbunden mit Arbeiten in Tischhöhe seien oft möglich. Haltungsprobleme bestünden nicht. Dagegen seien Arbeiten über Kopf ausgeschlossen. Die Fortbewegung sei nicht eingeschränkt, das Besteigen von Leitern sei dagegen aufgrund des defizitären Einsatzes der rechten oberen Extremität nicht sinnvoll. Der Beschwerdeführer könne beidhändig arbeiten (S. 4).

**3.3** Dem nunmehr angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2016 (AB 265) liegen zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand am rechten Schultergelenk seit der Rentenzusprache massgebend verändert hat, insbesondere folgende Berichte zugrunde:

**3.3.1** Im Bericht des Notfallzentrums des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2014 (AB 175) wurde eine Schulterluxation rechts diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei beim Joggen ausgerutscht und auf den ausgestreckten rechten Arm gefallen. Nach radiologischem Nachweis einer Schulterluxation (ohne Hinweis auf eine Fraktur) sei die Reposition erfolgt (S. 1).

**3.3.2** Im Bericht der Orthopädie des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2014 (AB 209 S. 7) wurden persistierende Schmerzen bei Status nach Schulterluxation rechts am 8. Januar 2014 diagnostiziert. Die subacromiale Infiltration habe zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. Aktuell liege ein ausgeprägter AC-Gelenkdruckschmerz vor. Da die letzte bildgebende Untersuchung eine beginnende Degeneration des AC-Gelenks ergeben habe und die heutige Untersuchung für einen Schmerzsprung aus dem AC-Gelenk spreche, werde eine AC-Gelenk-Infiltration empfohlen.

Im Bericht vom 7. Oktober 2014 (AB 213 S. 9 f.) wurde festgehalten, in der bildgebenden Untersuchung vom 3. Oktober 2014 habe sich nahezu ein unveränderter Befund gezeigt. Neun Monate nach ventraler Luxation der rechten Schulter moniere der Beschwerdeführer fortbestehend starke Schmerzen. Klinisch sowie radiologisch finde sich jedoch kein Korrelat, welches die Beschwerden erkläre (S. 9).

**3.3.3** Der Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 19. März 2015 (AB 193) einen Status nach mehrfacher Schulterluxation rechts, erstmalig 1992, letztmalig im Januar 2014 (S. 3). Der Beschwerdeführer demonstriere bei der Untersuchung eine Pseudoparalyse des rechten Armes. Im Verlauf des Gesprächs bzw. der Untersuchung sei allerdings eine Abduktion des Armes durchaus bis 30° möglich. Weder nach der letzten Luxation von Januar 2014 noch nach dem aktuellen Sturz (im Bad vom 8. März 2015) mit Schulterprellung und Kontusion am rechten Unterarm sei ein richtung gebender struktureller Schaden resp. eine strukturelle Läsion nachweisbar gewesen. Medizinisch sei eine Verbesserung des derzeitigen Zustandes, abgesehen von der aktuellen Pseudoparalyse, nicht zu erzielen (S. 4).

Im weiteren Verlauf führte der Kreisarzt im Bericht vom 27. Oktober 2015 (AB 220) aus, vergleiche man die Befunde der bildgebenden Untersuchungen vom 5. Juni 1993 und 3. Oktober 2014, so habe sich der Zustand der Weichteile (Rotatorenmanschette in Form von Supra-, Infra- und Subscapularissehne) nicht richtungsgebend verändert. Eine AC-Gelenk Arthrose sei weder 1995 noch im Oktober 2014 beschrieben. Im Mai 2014 werde radiologisch eine AC-Gelenk Arthrose angenommen, da ein Druckschmerz über dem Schulterreckgelenk bestanden habe. Aufgrund des negativen Befundes im Oktober 2014 müsse allenfalls von einer Entzündung des Gelenkes ausgegangen werden, arthrotische Veränderungen des Schulterreckgelenkes seien im Oktober 2014 nicht vorgelegen. Insofern müsse im Mai 2014 von einer vorübergehenden Verschlimmerung in Form einer Entzündung ausgegangen werden. Funktionell sei ein Vergleich des Bewegungsumfanges der rechten Schulter 1995 und 2015 nur eingeschränkt möglich. Dies insofern, als im März 2015 aufgrund einer Schulterkontusion (Prellung) eine aktive Bewegung des Schultergelenkes nach Angabe des Be-

schwerdeführers nicht möglich gewesen sei. Das passive Bewegungsausmass habe bei Ab- und Adduktion sowie bei Ante- und Retroversion dem von 1995 entsprochen. Lediglich die Innenrotation sei verstärkt eingeschränkt gewesen zugunsten einer verbesserten Aussenrotation. Die Schulterkontusion am 8. März 2015 sei als vorübergehende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes der rechten Schulter anzusehen, welche sich in Form einer Entzündung des AC-Gelenks dargestellt habe. Unter geeigneter konservativer Therapie sei der Vorzustand innerhalb von vier bis sechs Wochen zu erreichen gewesen. Schliesslich kam der Kreisarzt zum Schluss, die Zumutbarkeitsbeurteilung von 1995 könne heute noch übernommen werden. Eine richtunggebende Arthrose sei bisher nicht eingetreten (S. 4).

**3.3.4** Im bidisziplinären (psychiatrischen und orthopädischen) MEDAS-Gutachten vom 23. Mai 2016 (AB 229 S. 9 ff.) wurden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit chronische Nacken-Schulter-Arm-Handbeschwerden der dominanten rechten Seite diagnostiziert (S. 32). Die beklagten Beschwerden in der rechten oberen Extremität liessen sich durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde nicht vollständig begründen. Nachvollziehbar sei eine Einschränkung nach der Schulterluxation bei möglicher persistierender Instabilität und dazu erheblicher Fehlhaltung des Rückens. Das massivst invalidisierend demonstrierte Bild samt vermeintlicher Schonung lasse sich organisch nicht erklären und müsse als funktionell eingeordnet werden. Für leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10kg, ohne Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Brustniveaus, bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Nicht zumutbar seien aufgrund der Schulterprobleme rechts andauernd mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie Arbeiten mit Überkopfvorrichtungen. Dementsprechend sei die ursprünglich gelernte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar (S. 33). Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab April 2016 zu bestätigen. Es gebe allerdings keine Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten jenseits der unfallbezogenen postkontusionellen Rekonvaleszenz von einigen Wochen bis allenfalls Monaten längerfristig und relevant eingeschränkt gewesen sei (S. 34).

**3.3.5** Im Befundbericht der Radiologie des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016 (AB 230) wurde eine leichtgradige AC-Gelenks Arthrose aufgeführt. Es bestünden eine alte Hill-Sachs-Läsion nach Schulterluxation und eine grosse Läsion des Labrums dreiviertel der Zirkumferenz betreffend. Intakt sei das Labrum von superior über anterosuperior nach anterior. Es liege eine leichtgradige Ansatz tendonopathie der Supra- und weniger ausgeprägt der Infraspinatussehne vor.

**3.3.6** Am 29. August 2016 nahmen die MEDAS-Gutachter nochmals zum Gesundheitszustand Stellung (AB 254 S. 32 f.) und bestätigten dabei das im Gutachten vom 23. Mai 2016 erstellte Zumutbarkeitsprofil. Die am 1. Juni 2016 durchgeführte radiologische Verlaufskontrolle habe keine relevanten arthrotischen Veränderungen an der rechten Schulter gezeigt. Aufgrund dessen könne davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich auch mittelfristig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren werde. Zu betonen sei hierbei, dass die klinische Untersuchung keinerlei Hinweise für eine längerdauernde Schonung der rechten Hand ergeben habe (S. 33).

**3.3.7** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, bestätigte gegenüber der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers im Bericht vom 6. September 2016 (AB 255 S. 2), dass die bildgebende Untersuchung vom 1. Juni 2016 zur Beurteilung des Verlaufs und damit der Prognose und Arbeitsfähigkeit durchgeführt worden sei, zumal die Beschwerden und die Bewegungseinschränkung zunehmend seien.

**3.3.8** Der Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 7. Oktober 2016 (AB 257) zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten (unfallbedingten) arthrotischen Veränderungen des AC-Gelenks fest, die Verrenkung der Schulter (Luxation) sei nach vorne unten erfolgt, womit das AC-Gelenk rechts nie in den Unfallmechanismus einbezogen gewesen sei und damit auch nicht habe verletzt werden können. Etwaige Veränderungen im AC-Gelenk seien demzufolge entweder degenerativen Ursprungs oder Folge eines anderen Ereignisses als der Schulterluxationen. Typische Zeichen einer Arthrose, wie die unruhige Konturierung der Gelenkflächen, die osteophytären Randwulstbildungen, die Gelenkspaltverschmälerung und die vermehrte subchondrale Sklerosierung, seien nicht zu erkennen. Lediglich gelenkflächennah finde sich eine kleine zystische Aufhellung an der Ge-

lenkfläche des Acromions. Ohne Zeichen einer Subchondralsklerose und einer Gelenkspaltminderung sei diese zystische Formation nicht zweifelsfrei als sogenannte Geröllzyste, wie sie bei der Arthrose vorkomme, zu identifizieren. Somit könne hier nicht von einer Arthrose im AC-Gelenk gesprochen werden. Selbst wenn bereits beginnende, äusserst diskrete Arthrosezeichen vorlägen, könnten diese nicht mit den geltend gemachten Unfallfolgen in Verbindung gebracht werden, da allein vom Mechanismus her das AC-Gelenk in die zurückliegenden Schulterluxationen nicht eingebunden gewesen sei (S. 2).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid massgeblich auf die Berichte des Kreisarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 (AB 220) und 7. Oktober 2016 (AB 257) gestützt.

Diese Berichte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und überzeugen. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat sich in seinen ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf seine eigene Untersuchung vom 19. März 2015 (AB 193) getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Hinsichtlich der Frage, ob seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Juli 1997 (AB 87) resp. dem Einspracheentscheid vom 5. Februar 1998 (AB 201) aus medizinischer Sicht eine hinsichtlich des Rentenanspruchs relevante Veränderung eingetreten ist, hat der Kreisarzt klar und schlüssig aufgezeigt, dass der Gesundheitszustand seit dem Jahr 1993 weitgehend stationär geblieben ist resp. sich klinisch und bildgebend ein im Wesentlichen unveränderter Befund präsentiert und damit das 1995 erstellte Zumutbarkeitsprofil weiterhin übernommen werden kann (AB 220 S. 4). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig und stringent, sondern sie findet insbesondere im bidisziplinären MEDAS-Gutachten vom 23. Mai 2016 (AB 229. S. 9 ff.) ihren Rückhalt. So kamen die Gutachter zum Schluss, dass für leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10kg, ohne Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Brustniveaus, eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 33), was praktisch dem vom Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. März 1995 (AB 44 S. 3) erstellten – und von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bestätigten (AB 1 S. 4) – Zumutbarkeitsprofil entspricht. Darauf ist abzustellen.

An der schlüssigen Beurteilung des Kreisarztes ändert – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 3 f. Ziff. 1) – nichts, dass im Befundbericht der Radiologie des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016 (AB 230) eine leichtgradige AC-Gelenks Arthrose an der rechten Schulter festgestellt worden ist. Denn der Kreisarzt hat unter Bezugnahme der bildgebenden Untersuchungen einlässlich begründet, warum eine Arthrose im AC-Gelenk gerade nicht vorliegt (AB 220 S. 4 und 257 S. 2). Ferner hat er dargelegt, dass selbst wenn diskrete Arthrosezeichen bestehen sollten, diese auf-

grund des Umstandes, dass das AC-Gelenk nicht in den Unfallmechanismus einbezogen gewesen sei, nicht unfallkausal wären (AB 257 S. 2). Darüber hinaus bestehen dafür, dass sich diese allfälligen Arthrosezeichen auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und insbesondere seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirken könnten, keine Anhaltspunkte. So haben insbesondere die MEDAS-Gutachter in Kenntnis der bildgebenden Untersuchung vom 1. Juni 2016 weiterhin an ihrem im Gutachten vom 23. Mai 2016 erstellten Zumutbarkeitsprofil, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit besteht, festgehalten (AB 254 S. 33).

Soweit in der Beschwerde (S. 3 oben) geltend gemacht wird, dass sich die Schulterbeeinträchtigung durch die zusätzlichen Stürze vom 8. Januar 2014 und 8. März 2015 verschlimmert habe, wird dies durch die vorliegenden medizinischen Akten nicht bestätigt. Im Gegenteil, der Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat im Bericht vom 19. März 2015 (AB 193) dargelegt, dass durch die beiden Stürze kein Richtung gebender struktureller Schaden erfolgt ist (S. 4). An dieser Einschätzung vermag nichts zu ändern, dass Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. September 2016 (AB 255 S. 2) die Beschwerden und Bewegungseinschränkungen als zunehmend beurteilt hat. Denn eine Begründung inwiefern sich die Beschwerden verstärkt haben sollen und ob sich dies auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, fehlt in diesem Bericht vollständig. Zudem haben weder die MEDAS-Gutachter noch die behandelnden Ärzte der Orthopädie des Spitals I. \_\_\_\_\_ die geklagten Beschwerden durch die klinischen oder radiologischen Befunde erklären können (AB 229 S. 33 und 213 S. 9 f.). Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die MEDAS-Gutachter bei der klinischen Untersuchung keine Hinweise für eine längerdauernde Schonung der rechten Hand gefunden haben (AB 254 S. 33), womit zumindest fraglich ist, ob die geltend gemachten Schmerzen resp. bestehenden Beeinträchtigungen an der rechten Schulter tatsächlich in dem vom Beschwerdeführer geschilderten Umfang („eine 1-Liter-Flasche kann bereits nicht mehr sicher gehalten werden oder daraus ein Glas eingeschenkt werden“; Beschwerde S. 4 oben) vorhanden sind.

**3.6** Es ist somit erstellt, dass sich im Vergleich zu 1997 keine wesentliche, mit den versicherten Unfallereignissen im Zusammenhang stehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hat, weshalb kein Revisionsgrund vorliegt. Der Beschwerdeführer ist, wie bereits in der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Juli 1997 (AB 87) resp. dem Einspracheentscheid vom 5. Februar 1998 (AB 201) festgehalten, in einer angepassten Tätigkeit weiterhin vollumfänglich arbeitsfähig.

**3.7** Zu prüfen ist weiter, ob sich in erwerblicher Hinsicht wesentliche Änderungen ergeben haben. Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen in der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Juli 1997 (AB 87) resp. dem Einspracheentscheid vom 5. Februar 1998 (AB 201) gestützt auf die angestammte Tätigkeit als .../-... beim ehemaligen Arbeitgeber des Beschwerdeführer, der Firma D.\_\_\_\_\_, ermittelt (AB 87 S. 2 und 201 S. 6 Ziff. 6; vgl. auch AB 78). Ferner hat sie das Invalideneinkommen ausgehend vom medizinischen Zumutbarkeitsprofil gestützt auf diverse Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) festgelegt (AB 87 S. 2 und 201 S. 6 lit. d; vgl. auch AB 76). Dass sich an dieser Einstufung etwas geändert haben könnte, geht aus den Akten nicht hervor und wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht.

**3.8** Damit ist erstellt, dass weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes (resp. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit) noch der erwerblichen Situation im Sinne eines Revisionsgrundes eingetreten ist. Der Beschwerdeführer hat folglich (weiterhin) einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 25%.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2016 (AB 265) erweist sich damit als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.