

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2001.00140 vom 27. Oktober 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2001.00140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2001.00140)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2001.00140 du 27 octobre 2003

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2001.00140 del 27 ottobre 2003

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

2.2. Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 Satz 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung aller 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. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 Erw. 2a und b, vgl. auch BGE 114 V 313 Erw. 3a).

### E. 2.3

2.3.1. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es

genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

2.3.3.1 Bei der Beurteilung der Adäquanz unfallbedingter psychischer Störungen wird zwischen leichten, mittelschweren und schweren Unfällen unterschieden. Dabei ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;

- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

2.4.4.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge

einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

### 3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich was folgt:

3.2.1.1.1.1 Am 1. Juli 1999 stürzte der Versicherte während der Arbeit aus ca. drei Metern Höhe von einer Leiter auf die linke Schulter (Urk. 14/2). Am 17. August 1999 wurde ein MRI durchgeführt, welches eine wahrscheinliche Tendinopathie der langen Bizepssehne, einen Reizerguss im Schultergelenk und eine mässiggradige Arthrose ergab (Urk. 14/3). Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, diagnostizierte am 24. September 1999 eine stumpfe Läsion der Rotatorenmanschette der linken Schulter sowie eine posttraumatische Tendinopathie der 1. Sehne des Musculus Bizeps links und empfahl eine 6-8 wöchige Physiotherapiebehandlung (Urk. 14/4). Eine kreisärztliche Untersuchung am 5. Oktober 1999 ergab eine volle Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Hilfeelektriker, bei der praktisch ausschliesslich Überkopfarbeiten auszuführen waren (Urk. 14/6, Urk. 14/7).

3.3.1.1.1.1 Vom 20. Oktober bis am 17. November 1999 begab sich der Versicherte deshalb zur stationären Therapie in die Bäderklinik zum Schiff, Baden. Das während dieser Zeit durchgeführte psychosomatische Konsilium in der Rehaklinik Bellikon vom 5. November 1997 ergab keine Hinweise auf eine psychische Erkrankung. Zeichen für eine Symptomausweitung seien vorhanden, der Versicherte betone auch im Gespräch seine Beschwerden deutlich, er wirke dabei jedoch nicht theatralisch. Spezifische depressive Symptome seien nicht vorhanden (Bericht vom 17. November 1999; Urk. 14/15/1). Bei Austritt aus der Bäderklinik zum Schiff, wo sich der Beschwerdeführer verschiedenen Therapiemassnahmen unterzogen hatte, wurde er für schwere körperliche Arbeiten als Hilfsarbeiter auf dem Bau noch als vollständig arbeitsunfähig erachtet. Für leichte, leidensangepasste Arbeiten sei er ganztags einsetzbar. Die Wiederaufnahme dieser Tätigkeit sollte schrittweise erfolgen. Ab dem 22. November bis am 30. November 1999 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, und ab dem 1. Dezember 1999 betrage die Arbeitsfähigkeit in der erwähnten Tätigkeit mit den beschriebenen

Einschränkungen wieder 100 %. Gegenüber den Ärzten klagte der Versicherte über Schmerzen im Arm, die bis in den Kopf ausstrahlten und auch den Schlaf stark störten (Urk. 14/15/1 S. 2). Die Ärzte legten ihrer Beurteilung die Diagnose einer therapieresistenten Periarthropathia humero-scapularis links zu Grunde, wobei sie gleichzeitig darauf hinwiesen, dass der Versicherte eine demonstrative Schonhaltung zeige (Urk. 14/15/2).

3.4 Die Orthopädische Universitätsklinik Balgrist diagnostizierte anlässlich der Schulersprechstunde vom 23. Februar 2000 eine Frozen shoulder posttraumatisch mit Partial-Ruptur der Subscapularis-Sehne im cranialen Anteil und Luxation der Bizepssehne. Diese Diagnose stellte sie aufgrund eines MRI vom 7. Januar 2000, auch klinisch imponiere das Bild einer Frozen shoulder. Die Ärzte diskutierten ein operatives Vorgehen, das nach weiteren physiotherapeutischen Behandlungen in Betracht zu ziehen sei. Ihrer Ansicht nach bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 14/20). Kreisärztlicherseits wurde aufgrund dieser Diagnose von einer neuen diagnostischen Situation gesprochen (Urk. 14/21), und die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde von der SUVA übernommen, was zu weiteren Taggeldzahlungen in diesem Umfang führte (Urk. 14/22). Die weiteren Verlaufskontrollen in der Klinik Balgrist ergaben keine Besserungen der gesundheitlichen Situation. Weiterhin zeigten sich Atrophien im Bereich der linken Schulter, Druckdolenzen im Bereich der ganzen Schulterregion und eine eingeschränkte Beweglichkeit des Schultergelenks (Urk. 14/27, 14/28). Deshalb wurde der Versicherte anlässlich eines stationären Aufenthaltes in der Klinik Balgrist (3.-13. Mai 2000; vgl. Urk. 8/29) am 4. Mai 2000 operativ versorgt (Schulterarthroskopie links mit Bicepstenomie, Capsulotomie, Rotatorenmanschetten-Débridement und Bursoskopie; Operationsbericht vom 25. Mai 2000, Urk. 14/30). Am 3. Juli 2000 berichtete die Klinik Balgrist der SUVA von einer objektiven Verbesserung des Bewegungsumfanges. Der Versicherte klagte jedoch weiterhin über starke Schmerzen in der Schulter mit Ausstrahlung bis in die Finger, wobei die Schmerzen auch nachts vorhanden seien. Der Versicherte nehme weiterhin viele Schmerzmittel ein. Die Ärzte attestierten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 14/31).

3.5 Vom 31. Juli bis am 13. September 2000 begab sich D. \_\_\_ zur stationären Rehabilitation in die Rehaklinik Bellikon. Im Austrittsbericht vom 11. September 2000 erhob die Rehaklinik bewegungs- und belastungsabhängige myofasziale Oberarm-/Schulterbeschwerden links (mit Bewegungseinschränkungen im linken Schultergelenk, vor allem der Abduktion, mit einer mässiggradigen Atrophie des Deltoideus, Supra- und Infraspinatus links, mit einer Ausstrahlung der Symptomatik linksseitig in den Nacken und Kopf mit mässiggradiger schmerzhafter HWS-Beweglichkeitseinschränkung sowie einem verminderten Kraftfaustschluss links [adominante Seite], ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei einem Status nach Rotatorenmanschettenrevision links bei posttraumatischer Frozen shoulder am 4. Mai 2000 sowie einem Status nach Schulterkontusion links am 1. Juli 1999). Weiter erwähnten die Ärzte den schon früher von ihnen festgehaltenen Verdacht auf eine Symptomausweitung. Trotz intensiver und sorgsam geführter Physiotherapie sei es nicht gelungen, das Schmerz- und Funktionsbild wesentlich zu beeinflussen. Die schwierige Kooperation seitens des Versicherten sei ein limitierender Faktor gewesen, indem dieser nicht bereit gewesen sei, seinen Arm auch nur für leichteste Belastungen vermehrt einzusetzen. Er habe unter Therapie regelmässig über verstärkte Beschwerden, vor

allem über Kopfbeschwerden geklagt, bei welchen es sich vor allem um myofasciale Beschwerden im linken Nacken-/Schultergürtelbereich gehandelt habe. Man werde noch eine Zeit lang ambulante Therapie betreiben, um die Schulterfunktion zu verbessern. Es sei mit einer bleibenden Behinderung zu rechnen, so dass der Arm in Zukunft lediglich für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten einsetzbar sein werde. Als Hilfsarbeiter auf dem Bau werde der Versicherte nicht mehr arbeiten können. Bei Austritt aus der Klinik bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 14/36).

3.6 Am 30. Oktober 2000 hielt die Klinik Balgrist fest, dass durch die Physiotherapie eine praktisch symmetrische Bewegungsfähigkeit des Armes, allerdings noch bei leichtem Schmerz, habe erreicht werden können. Da eine weitere Verbesserung durch Physiotherapie nicht mehr erreicht werden könne, finde am 1. November 2000 die letzte Physiotherapiesitzung statt. Die weitere Arbeitsunfähigkeit müsse die SUVA festlegen (Urk. 14/38+39). Am 13. November 2000 attestierte die Klinik Balgrist dem Versicherten aber weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für weitere sechs Wochen, während denen Physiotherapie durchgeführt werde. In der Folge empfehle man einen Arbeitsversuch (Urk. 14/40).

3.7 Dr. C. gegenüber, der den Versicherten am 20. Dezember 2000 für die SUVA untersuchte, klagte der Beschwerdeführer über enorme Schlafprobleme, Schmerzen in den Augen, Kopf- und Nackenschmerzen sowie über im Vordergrund stehende Schmerzen im linken Arm. Er könne den linken Arm nicht mehr gebrauchen (Urk. 14/42 S. 2). Der Arzt stellte auf der linken Seite ein deutliches Absinken des linken Schultergürtels und eine am linken Arm verschmälerte und vermindert tonisierte Muskulatur fest. Die Beweglichkeitsprüfung ergab aktiv erhebliche Einschränkungen, während passiv die Beweglichkeit besser war. Dr. C. führte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2000 aus, unter Berücksichtigung der gesamten Problematik könne nicht erwartet werden, dass der Versicherte seinen linken Arm für eine berufliche Tätigkeit einsetzen könne. Reduziert auf rein somatisch erklärbare Befunde wäre eine Tätigkeit unterhalb Schulterhöhe vollschichtig zumutbar, sofern der linke Arm nicht für kraftfordernde Abduktions- und Flexionsbewegungen im Schultergelenk eingesetzt werden müsste. Er könne aber für Haltefunktionen und auch für feinmotorische Einsätze der linken Hand gebraucht werden. Schaufeln und Pickeln sei nicht zumutbar, Gerüstklettern mit Haltefunktionen des hochgehobenen linken Armes sei ebenfalls nicht sinnvoll. Ungünstig sei auch das Tragen schwerer Lasten mit dem linken Arm. Sämtliche Tätigkeiten mit der rechten oberen, dominanten Extremität seien unbeschränkt möglich (Urk. 14/42). Dr. C. ging sodann bei der Beurteilung des Integritätsschadens davon aus, der Beschwerdeführer leide an einer postkontusionellen schmerzhaften Schultersteife mit Symptomausweitung ohne eindeutiges unfallkausales somatisches Korrelat. Die Behinderung könne aufgrund der Gesamtsituation nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als dauernd und erheblich bezeichnet werden. Die Beurteilung des Integritätsschadens sei in ca. ein bis zwei Jahren vorzunehmen, da dies aktuell nicht möglich sei (Urk. 14/43).

3.8 Dr. med. E., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, explorierte den Versicherten am 3. Juli 2001 zuhause der IV-Stelle und diagnostizierte eine psychoreaktive depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige depressive Episode) mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11). Vom psychischen Zustand her sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen. Dies gelte sowohl für die bisherige

Tätigkeit als auch für alle anderen dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeiten. Der Beginn der depressiven Entwicklung müsse ab Herbst 2000 eingesetzt haben (Gutachten vom 3. Juli 2001; Urk. 14/64).

#### 4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Aufgrund der Akten steht zunächst fest, dass der Versicherte bereits aus somatischen Gründen nicht mehr in der Lage ist, in seinen angestammten Beruf als Hilfselektriker zurückzukehren. Streitig und durch das Gericht zu prüfen ist dagegen die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht und ob auch die durch Dr. E. \_\_\_ attestierte psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Umfang von 50 % seit Herbst 2000 eine natürliche und adäquat kausale Folge des am 1. Juli 1999 erlittenen Unfalls ist (Urk. 1 S. 6; Urk. 2).

#### 4.2.1.1.1.1

4.2.1.1.1.1 Die SUVA geht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, dem von Dr. C. \_\_\_ genannten Profil entsprechenden Tätigkeit und - bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'256.-- sowie einem Invalideneinkommen von Fr. 36'800.-- - von einem Invaliditätsgrad von 33,33 % aus. Was die von Dr. E. \_\_\_ erhobenen psychischen Leiden anbelangt, verneinte die SUVA bereits die Adäquanz zum Unfallgeschehen, weshalb sie von ergänzenden Abklärungen betreffend die natürliche Kausalität absah (Urk. 2).

4.2.2.1.1.1 Der Beschwerdeführer beantragt demgegenüber eine höhere Rente bei einem Invaliditätsgrad von 70 bis 80 %. Er anerkennt das dem Entscheid zugrunde gelegte Valideneinkommen von Fr. 54'256.--, erachtet jedoch die Berechnung des Invalideneinkommens als unrichtig, zumal bereits die Restarbeitsfähigkeit falsch beurteilt worden sei: Ebenfalls gestützt auf die Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ sei von einer funktionellen Einmündigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 7 f.). Es sei dem Kreisarzt darin beizupflichten, dass er, der Versicherte, seinen linken Arm für irgendwelche Kraft erfordernden Bewegungen nicht mehr einsetzen könne. Die geklagten Kopf-, Augen- und Nackenschmerzen seien keiner psychosomatischen Symptomausweitung zuzuschreiben, sondern seien unmittelbar unfallkausal (Urk. 18 S. 4). Sodann könne die natürliche und adäquate Kausalität der psychischen Unfallfolgen nicht verneint werden (Urk. 1; Urk. 18).

#### 5.1.1.1.1.1

#### 5.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1 Auf den Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 21. Dezember 2000, auf den sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der unfallkausalen Restarbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht zur Hauptsache abstützt, kann insoweit nicht abgestellt werden, als er den Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit als noch zu 100 % arbeitsfähig einstuft. Zunächst stellt Dr. C. \_\_\_ massgeblich auf die Beurteilung der Bäderklinik zum Schiff vom 29. November 1999, wonach bereits ab dem 1. Dezember 1999 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden habe, ab. Diese Einschätzung erwies sich jedoch offensichtlich als zu optimistisch, gingen in der Folge doch sowohl die Klinik Balgrist im Februar, April und Juli 2000 als auch die Rehaklinik Bellikon im September und Oktober 2000 weiterhin von einer vollständigen

Arbeitsunfähigkeit des Versicherten aus. Dementsprechend hatte die SUVA über den 1. Dezember 1999 hinaus Unfalltaggelder ausgerichtet. Denn wie seitens der Baderklinik zum Schiff verkannt und erst Anfang 2000 durch die Ärzte der Klinik Balgrist zunächst vermutet worden war und wie sich anlässlich der Arthroskopie dann bewahrheitet hatte, bestanden tatsächlich Rupturen im Bereich der Rotatorenmanschetten, zudem zeigte sich die Gelenkkapsel stellenweise verdickt und entzündet (Urk. 14/30). Die von der Klinik Balgrist diagnostizierte Frozen shoulder brachten diese Ärzte denn auch zwanglos in den kausalen Zusammenhang zum Unfall und zu dieser Diagnose, und sie erwähnten kein auffälliges Verhalten des Versicherten während der bei ihnen ausgeführten zahlreichen Therapien. Demgegenüber scheint Dr. C. in seinem Bericht der Diagnose der Frozen shoulder skeptisch gegenüber zu stehen, indem er sie als fraglich teilweise inaktivitätsbedingt bezeichnete und er bei der Beurteilung des Integritätsschadens darauf hinwies, dass seiner Ansicht nach kein unfallkausales somatisches Korrelat vorhanden sei (Urk. 14/43). Offensichtlich liess er sich bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit entscheidend von der seiner Ansicht nach vorhandenen und für das Ausmass der Funktionsbeeinträchtigungen vor allem verantwortlichen somatoformen Schmerzstörung mit Symptomausweitung leiten, die anscheinend seiner Meinung nach schon bald vorgelegen haben muss. Diese Diagnose war jedoch Ende 1999 nur als Verdacht formuliert worden und damit in einem Zeitpunkt, als der volle Umfang der Verletzung noch nicht bekannt gewesen war (Urk. 14/15/1). Sie wurde vom Facharzt Dr. E. in der Folge nicht bestätigt, vielmehr ist seinen Ausführungen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer - jedoch erst seit Herbst 2000 - an einer reaktiven depressiven Störung leidet (Urk. 14/64). Ob aus somatischen Gründen nach der immer wieder sowohl von den Ärzten der Klinik Balgrist wie schliesslich auch von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon (Urk. 14/36) gestellten Diagnose der Frozen shoulder ein ganzjähriger erwerbsmässiger Einsatz mit dem linken Arm zumutbar ist, erscheint nach dem Gesagten als fraglich. Unklar ist auch, ob dem Beschwerdeführer eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit nur unter Einnahme von Schmerzmitteln zuzumuten ist. Dr. E. zeigte er eine Vielzahl von Medikamenten, worunter sich durchaus Medikamente zur Behandlung des somatischen Leidens und der Schmerzen und nicht zur Behandlung der Depression befanden (Urk. 14/64 S. 2 f.). Dr. C. hatte sich darüber kein Bild gemacht. Sodann vermag die pauschale und wenig erklärte Einschätzung des Chirurgen, dass die linksseitigen Kopf- und Nackenschmerzen nicht unfallkausal seien, dem medizinischen Laien bei der manifesten linken Schulterproblematik des Versicherten nicht ohne Weiteres einzuleuchten, zumal dieser schon bald über ausstrahlende Schmerzen berichtet hatte.

Der interne Abschlussbericht von Dr. C. erweist sich nach dem Gesagten für die Fragen der unfallkausalen somatischen Restbefunde und deren Bedeutung für die Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als nicht hinreichend zuverlässig angesichts der Bedeutung, den der Bericht für die Fallerledigung hat. Es drängen sich daher weitere abklärende Massnahmen zu diesen Fragen auf.

5.1.2 Die medizinischen Akten sprechen sich überdies nicht darüber aus, ob das von Dr. E. am 4. Juli 2001 attestierte, unbestrittene psychische Leiden des Versicherten auf das Unfallgeschehen zurückzuführen ist. Dr. E. äussert sich nicht explizit zur Ursache der psychischen Störung (Urk. 14/64). Entgegen der offenbaren Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 12 S. 7) spricht auch die Tatsache, dass anlässlich des psychosomatischen Konsiliums vom 5. November 1999 noch kein psychisches Leiden

erhoben worden war (Urk. 14/15/1), nicht gegen das Vorliegen einer natürlichen Kausalität, da ein unfallkausales psychisches Leiden auch erst eine gewisse Zeit nach dem eigentlichen Unfallgeschehen entstehen kann; darin ist dem Beschwerdeführer beizupflichten (Urk. 18 S. 6).

Eine ergänzende Abklärung in psychiatrischer Hinsicht kann auch nicht von vornherein mit der Feststellung unterbleiben, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der diagnostizierten Depression nicht gegeben sei. Sollte sich im Rahmen der zu veranlassenden somatischen Begutachtung, die auch eine Verlaufsbetrachtung zu beinhalten hat, ergeben, dass die diagnostizierte Frozen shoulder als somatisch erklärbare Komplikation der ursprünglichen Schulterläsion zu betrachten ist, die zudem zu einer weitgehenden Funktionseinschränkung des linken Armes und zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt hat, könnte der adäquate Kausalzusammenhang zwischen diesem mittelschweren Unfall und der erhobenen reaktiven Depression nicht ohne weiteres verneint werden.

5.2.1 Die Sache ist an die SUVA zurückzuweisen, damit diese die erwähnten offenen Fragen in somatischer wie psychiatrischer Hinsicht klären lasse. In der Folge wird die Beschwerdegegnerin, insbesondere nach der Adäquanzbeurteilung allfälliger unfallkausaler psychischer Leiden (vgl. vorne Erw. 2.3.3), über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben.

6.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), weshalb der mit Verfolgung vom 31. Januar 2002 (Urk. 15) zum unentgeltlichen Rechtsbeistand bestellte Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat sich mit Kostennote vom 19. Juni 2003 über einen Aufwand von 1040 Minuten (was 17,33 Stunden oder 17 Stunden 20 Minuten entspricht) sowie Barauslagen von Fr. 79.10 ausgewiesen (Urk. 27). Dies hält im Hinblick auf die massgebenden Kriterien einer Angemessenheitsprüfung stand, weshalb die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, dem unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- eine Prozessentschädigung von Fr. 3'815.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

Das Gericht erkennt:

1.1.1 In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 2. August 2001 aufgehoben, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu befinde.

2.1.1 Das Verfahren ist kostenlos.

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel, eine

Prozessentschädigung von Fr. 3'815.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel
- Rechtsanwalt lic. iur. Mathias Birrer
- Bundesamt für Sozialversicherung

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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