

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00446 vom 24. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00446 du 24 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00446 del 24 marzo 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1963, war als Lagerist bei der AA. AG, AB., angestellt (Urk. 10/1/ Ziff. 1, Ziff. 3) und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 12. September 2003 (Urk. 10/1) meldete die Arbeitgeberin der SUVA, dass der Versicherte am 9. September 2003 von einer Leiter gefallen sei (Urk. 10/1 Ziff. 4, Ziff. 7) und sich dabei die Schulter links verletzt habe (Urk. 10/1 Ziff. 11).

Am 7. Mai 2004 meldete die Arbeitgeberin der SUVA einen Rückfall (Urk. 10/4). In der Folge wurde beim Versicherten am 29. Juni 2004 eine AC-Gelenksresektion links durchgeführt (Urk. 10/10/4). Wegen persistierender Beschwerden hielt sich der Versicherte vom 28. September bis 19. Oktober 2005 in der Rehaklinik Y. auf (Urk. 10/35/1). Nachdem weiterhin keine Besserung der Beschwerden eingetreten war, wurde der Versicherte am 9. Mai 2006 erneut an der linken Schulter operiert (Urk. 10/64/2).

1.2. Mit Verfügung vom 14. März 2007 stellte die SUVA ihre Leistungen bezüglich der Unfallfolgen per 31. März 2007 ein, wobei sie die analgetische Behandlung weiterhin übernahm (Urk. 10/96 S. 2). Nach durchgeführtem Einspracheverfahren (Urk. 10/100, Urk. 10/106) hielt die SUVA mit Einspracheentscheid vom 11. September 2007 an ihrer Leistungseinstellung per 31. März 2007 fest (Urk. 10/111 = Urk. 2).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 11. September 2007 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 11. Oktober 2007 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Rückweisung der Sache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1.). Eventuell seien ihm eine Invalidenrente, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 16 %, und eine Integritätsentschädigung von 5 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2.). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2007 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), worauf mit Verfügung vom 22. Januar 2008 der Schriftenwechsel geschlossen und dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt wurde (Urk. 11).

E. 3

3.1. Im Bericht vom 25. September 2003 (Urk. 10/3/3) nannte Dr. med. C., Allgemeine Medizin FMH, als Diagnose eine Traumatisierung der linken Schulter bei AC-Gelenksläsion, möglicherweise zum Teil vorbestehend (Urk. 10/3/3 Ziff. 5), nach Sturz am 9. September 2003 auf die linke Schulter (Urk. 10/3/3 Ziff. 2).

Vom 10. bis voraussichtlich 14. September 2003 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig, ab dem 15. September 2003 bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/3/3 Ziff. 7).

Der Beschwerdeführer sei im Juni 2003 wegen Schulterschmerzen links bei ihm in Behandlung gewesen. Eine Sonographie am 26. Juni 2003 habe eine intakte Rotatorenmanschette, einen leichten Reizzustand der bursa subacromialis sowie einen Reizzustand im linken AC-Gelenk bei möglicher alter AC-Verletzung (leichter Claviculahochstand) ergeben (Urk. 10/3/3 Ziff. 3b).

Im Bericht vom 21. Mai 2004 (Urk. 10/6/2) hielt Dr. C. ___ fest, der Beschwerdeführer sei vom 19. April bis 8. Mai 2005 (richtig wohl: 2004) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, seit dem 9. Mai 2004 bis zur geplanten Operation bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/6/2 Ziff. 8)

3.2. Im Bericht vom 15. Juni 2004 (Urk. 10/9/1-2) nannte Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, als Diagnose eine Subluxation acromioclaviculär (Tossy II) links bei anamnestisch Status nach Leitersturz mit Schulterprellung links vor einem Jahr (Urk. 10/9/1 Ziff. 1). Wegen des stagnierenden Verlaufs erfolge eine Überweisung an Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital F. ___, F. ___, zur Evaluation einer operativen Stabilisierung oder AC-Resektion (Urk. 10/9/1 Ziff. 2a).

Der Beschwerdeführer sei ab 6. Mai 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/9/1 Ziff. 4a).

3.3. Am 29. Juni 2004 wurde die diagnostizierte AC-Gelenksarthralgie links bei Tossy II mittels einer AC-Gelenksresektion im F. ___ operativ behandelt (Urk. 10/10/4).

Im Bericht vom 23. August 2004 (Urk. 10/11/2-3) hielt Dr. E. ___, F. ___, fest, der Beschwerdeführer sei extrem leidend in seine Sprechstunde gekommen und habe über persistierende Schmerzen berichtet. Er nehme zur Zeit aber keine entzündungshemmenden Medikamente mehr ein. Auch von der Physiotherapie profitiere er kaum mehr etwas (Urk. 10/11/1). Objektiv gesehen zeige sich ein unproblematischer Verlauf nach AC-Gelenksresektion (Urk. 10/11/2).

Im Bericht vom 14. Oktober 2004 (Urk. 10/14/2) hielt Dr. E. ___, F. ___, fest, der Beschwerdeführer sei mit dem Resultat der Operation alles andere als zufrieden und berichte über massivste Beschwerden bei kleinsten Bewegungen. Er zeige weiterhin eine erhebliche Diskrepanz zwischen den effektiv objektivierbaren Befunden sowie seiner Anamnese. Als Lagerist sei der Beschwerdeführer weiterhin 100%ig arbeitsunfähig (Urk. 10/14/2).

3.4. Im Bericht vom 21. Dezember 2004 (Urk. 10/17) hielt Kreisarzt Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Beschwerdeführer arbeite seit April 2004 nicht mehr an seiner Stelle als Lagerist und glaube auch nicht, dort je wieder einsatzfähig zu werden (Urk. 10/17 S. 2 Ziff. 3).

Der Beschwerdeführer klagte in etwas theatralischer Weise über starke Beschwerden, dies bei objektiv ordentlicher Situation. Die jetzige Situation erlaube einen Einsatz der linken Hand bis Scheitelhöhe, ein Hinübergreifen nach rechts über die rechte

Begrenzung des Rumpfes hinaus masse vermieden werden. Im beschriebenen Rahmen sei ein kräftiger Einsatz des linken Armes und der linken Hand möglich, allerdings seien auf das Schultergelenk wirkende starke Schlolge und Vibrationen zu vermeiden. Obwohl der Beschwerdefahrer gut deutsch spreche, habe er keine befriedigende Auskunft über die Situation am Arbeitsplatz erhalten, weshalb er den Aussendienst bitten werde, dort nachzufragen, ob ein Einsatz unter den geschilderten Rahmenbedingungen möglich sei. Für drei Wochen sehe er einen Halbtageseinsatz vor, danach eine Steigerung in zeitlicher Hinsicht auf voll (Urk. 10/17 S. 3 Ziff. 5).

Falls ein Einsatz beim Arbeitgeber nicht mehr möglich sei, werde man mittels Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) das Potenzial des Beschwerdefahrers abschätzen massen. Er habe den Beschwerdefahrer darauf hingewiesen, dass dieses hoch sei und eine Verwertung in der Arbeitswelt erlaube (Urk. 10/17 S. 3 Ziff. 5).

Angesichts der heute noch unklaren Situation habe er die Arbeitsunfähigkeit bestätigt und darauf hingewiesen, dass dies bald zu ändern sei (Urk. 10/17 S. 3 Ziff. 5).

3.5  Im Bericht vom 8. Februar 2005 zur Arbeitsplatzabklrung (Urk. 10/19) hielt H.____, Kundenbetreuer der SUVA, fest, gemäss Angaben des Arbeitgebers umfasse die angestammte Tätigkeit vor allem das Rasten und Bereitstellen der bestellten Materialien per Lieferschein. Der Beschwerdefahrer masse vorwiegend Kunststoff- und Metallrohre kommissionieren. Er masse die Rohre - je nach Gewicht 1 bis 3 Stück - von Hand auf die Schulter nehmen und dann zu den LKW-Ports tragen. Die Rohre hätten ein Gewicht von 10-25 kg. Im Aussenlager masse der Beschwerdefahrer per Stapler Material rasten, das heisse Materialien aus den Lagerstellen oder den grossen LKW-Containern holen, auf Palette laden und an den LKW-Port fahren. Zur Zeit arbeite man in 2er-Teams. Die Kommissionen massten dann verpackt und an die LKW-Ports verteilt werden. Hier würden Gewichte von 50 Gramm bis 25 kg anfallen (Urk. 10/19 S. 2).

Seit dem 1. Februar 2005 arbeite der Beschwerdefahrer wieder zu 50 %, wobei er bei halber Leistung einen ganzen Tag arbeite (Urk. 10/19 S. 2).

 Am 15. Februar 2005 hielt Dr. G.____ in Ergänzung seines Berichts vom 21. Dezember 2004 fest, dass gemäss Arbeitsplatzabklrung keine Überkopfarbeiten anfallen würden. Die Ansprache am Arbeitsplatz längen in einem Bereich, dem die Schulter des Beschwerdefahrers gewachsen sein sollte, gewisse Beschwerden bei der Arbeit seien verständlich (Urk. 10/20).

 Im kreisrztlichen Bericht vom 13. Juni 2005 (Urk. 10/26) hielt Dr. G.____ fest, der Beschwerdefahrer bringe seine Klagen recht dramatisch vor. Anlässlich der Untersuchung habe sich eine höchstens mässige Einschränkung der Schulterfunktion gezeigt, die geklagten Beschwerden wirkten unproportional, auch zum Verhalten anlässlich der Untersuchung. Er schlage vor, eine Skelett-Szintigrafie durchzuführen. Der Beschwerdefahrer habe inzwischen seine Stelle verloren, es bestehe Grund zur Besorgnis. Die Schmerzklagen seien sicher sehr ausgeprägt, die in der Untersuchungssituation gezeigte Funktion sei aber doch ansprechend, was gegen eine einfache Aggravation spreche (Urk. 10/26 S. 3 Ziff. 5).

Angesichts der noch ausstehenden Abklärungen habe er die volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Urk. 10/26 S. 4).

Am 30. Juni 2005 wurde im F.____ eine Skelettszintigraphie durchgeführt (Urk. 10/28/1 = Urk. 10/29/4). Diese ergab keinen Hinweis für einen aktiven ossären oder artikulären Prozess im Bereich der Schultern, welcher eine Schmerzhaftigkeit in diesem Bereich erklären würde (Urk. 10/28/1).

3.6. Im Bericht vom 10. August 2005 (Urk. 10/29/1) hielt Dr. C.____ fest, die Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers seien nicht sehr präzise, er gebe an, bei jeglichen Belastungen Schmerzen im AC-Bereich links zu verspüren. Eine eigentliche Bewegungseinschränkung finde sich nicht. Die heutige Situation mit Kündigung der Stelle sei sehr ungünstig. Eine Aktivierung mit einer Arbeitstätigkeit sei vordergründig. Eine medikamentöse Schmerzbehandlung werde in dieser Situation kaum etwas bringen. Eine Rehabilitation mit Schmerzausschaltung mittels Infiltrationen und aktiver Therapie könne eher Wirkung zeitigen (Urk. 10/29/1).

3.7. Im Kurzbericht vom 21. Oktober 2005 (Urk. 10/34) wies Dr. med. I.____, Assistenzarzt, Rehaklinik Y.____, wo sich der Beschwerdeführer vom 28. September bis 19. Oktober 2005 stationär aufhielt (Urk. 10/35/1), darauf hin, dass bezüglich der psychischen Problematik der Ausbau der antidepressiven Medikation empfohlen werde. Eine psychiatrische Nachbetreuung sei in der Integrierten Psychiatrie A.____, A.____, organisiert worden, da die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur wichtig erscheine, um das Abdriften des Beschwerdeführers in ein zunehmendes Suchtverhalten zu verhindern (Urk. 10/34 S. 1).

Zusätzlich zur muskuloskelettal bedingten Einschränkung bestehe eine mindestens leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Eine klare Trennung von funktionell-somatisch bedingter Einschränkung und psychiatrisch bedingter Einschränkung sei schwierig. Die Beurteilung der Zumutbarkeit erfolge aus globaler Sicht (Urk. 10/34 S. 1).

Die Tätigkeit als Lagerist sei aktuell nicht zumutbar. Die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit als Lagerist betrage seit 20. Oktober 2005 100 %. Für andere berufliche Tätigkeiten bestehe bis zur Stellungnahme zur Zumutbarkeit durch die Schultersprechstunde der Uniklinik J.____ sowie einer erneuten psychiatrischen Zumutbarkeitsbeurteilung in zirka drei Monaten keine verwertbare Arbeitsleistung auf dem freien Stellenmarkt (Urk. 10/34 S. 1).

Aus rein unfallkausal-somatischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine leichte Arbeit ohne repetitiven Krafteinsatz der linken Schulter und ohne Tätigkeit über Schulterhöhe mit dem linkem Arm ganztags zumutbar (Urk. 10/34 S. 1).

Im Bericht vom 13. Oktober 2005 zum psychosomatischen Konsilium (Urk. 10/36) nannten med. pract. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Rehaklinik Y.____, als Diagnosen eine agitiert-depressive Störung sowie sekundär eine Alkoholproblematik (Urk. 10/36 S. 1).

Zum Hergang des Unfalles habe der Beschwerdeführer angegeben, er habe im Lager ein Kanalisationsrohr in etwa fünf Metern Höhe aus einem Bund auf dem Gestell ziehen wollen. Dabei sei das Rohr blockiert gewesen, er habe es mit einem Ruck weitergezogen und sei auf der mehrere Meter hohen Bockleiter aus dem Gleichgewicht geraten und abgestürzt. Er sei hauptsächlich auf die linke Schulter gefallen (Urk. 10/36 S. 2).

Mit somatisch-mechanistischer Krankheitsüberzeugung hinsichtlich der Lösbarkeit der Schmerzproblematik durch einen erneuten chirurgischen Eingriff, bei gleichzeitigen Vorwürfen bezüglich einer bisherigen falschen Behandlung, einer inneren Agitiertheit, Schlafstörungen und Appetitverminderung mässige von einem agitiert-depressiven Zustandsbild ausgegangen werden. Sekundär habe sich ein Alkoholmissbrauch entwickelt. Der Beschwerdeführer sei in dieser Verfassung ausser Stande, ein geeignetes Schmerz- und Beschwerde-Coping zu finden, zudem dürfte bei der Schmerzproblematik angesichts des schwierigen psychosozialen Hintergrunds auch eine gewisse somatoforme Komponente mitschwingen (Urk. 10/36 S. 3 f.).

Auf der pharmakologischen Ebene sollte eine konsequente antidepressive Behandlung angestrebt werden (Urk. 10/36 S. 4 unten).

Im Austrittsbericht vom 8. November 2005 (Urk. 10/37) nannten Dr. I.____, Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgende Diagnosen (Urk. 10/37 S. 1):

- Unfall vom 9. September 2003: Sturz von Leiter mit AC-Gelenksluxation
- offene Resektion des lateralen Klavikulaendes links am 29. Juni 2004
- chronischer Schulterschmerz links
- agitiert-depressive Störung und sekundäre Alkoholproblematik
- Hautausschlag an linker Schulter im Verlauf (Differenzialdiagnostisch Herpes zoster, Ekzem)

Die Lernbereitschaft für einen optimalen Umgang mit Symptomen und Einschränkungen sei mässig gewesen. Die Leistungsbereitschaft sei vor dem Hintergrund der psychischen Problematik fraglich. Es habe keine Verbesserung der Belastungstoleranz erreicht werden können (Urk. 10/37 S. 2 unten).

Anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, EFL, habe sich der Beschwerdeführer bei einigen Tests unter Angabe von Schmerzen limitiert, bevor die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht worden sei. Es sei somit von einer höheren Belastbarkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer habe während des gesamten Testablaufs ein ausgeprägtes Schmerzgebaren gezeigt (Urk. 10/37 S. 7).

3.8.8.8 Im Bericht vom 7. Februar 2006 (Urk. 10/44) hielt Dr. C.____ fest, bei Resistenz auf Physiotherapie und ungenügendem Ansprechen auf Analgetika liege der Behandlungsschwerpunkt nun auf der psychotherapeutischen und sozialen Begleitung. Diese werde in der A.____ durchgeführt, der Beschwerdeführer werde dort in der Tagesklinik betreut (Urk. 10/44 Ziff. 2a).

Die exakte Trennung zwischen den unfallbedingten Beschwerden und dem nicht durch den Unfall bedingten Anteil der Depression sei sehr schwierig. Mit Operation und postoperativem Verlauf sei der Beschwerdeführer aus dem Arbeitsprozess heraus gefallen und die Chronifizierung sei eingetreten. Dazu beigetragen habe sicherlich auch die psychosoziale Situation. In dieser Zeit habe er sich von seiner Frau, die ebenfalls krank und arbeitsunfähig sei, getrennt. Teilweise könne die Depression wohl dem Unfall angelastet werden. Ohne diesen hätte der Beschwerdeführer sicherlich seine Arbeit nicht aufgeben müssen. Eine prozentuale Zuteilung sei allerdings schwierig (Urk. 10/44 Ziff. 2b).

In ihrem Bericht vom 9. Februar 2006 (Urk. 10/47) nannten Dr. med. O.____, Assistenzarzt, und Dr. med. P.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, A.____, folgende Diagnosen (Urk. 10/47 S. 1):

- Sturz von Leiter mit AC-Gelenksluxation am 9. September 2003
- offene Resektion des lateralen Claviculaendes links am 29. Juni 2004
- chronischer Schulterschmerz links
- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom
- sekundäre Alkoholproblematik

Aus psychiatrischer Sicht sei die Prognose derzeit schwierig festzustellen, da die chronischen Schmerzen die depressive Symptomatik negativ beeinflussten (Urk. 10/47 S. 2).

Der Beschwerdeführer sei in der Tagesklinik angemeldet mit dem Ziel einer Tagesstruktur. Derzeit seien keine gesicherten Angaben zur Behandlungsdauer möglich (Urk. 10/47 S. 2).

3.9. Im Bericht vom 9. März 2006 (Urk. 10/48/2) hielt Dr. E.____, F.____, fest, er habe keine saubere Erklärung für die persistierenden Schmerzen. Therapeutisch könne dem Beschwerdeführer nur eine chirurgische Revision mit Exzision der Narbe angeboten werden. Mit Sicherheit sei die ganze Geschichte massiv psychisch überlagert. Dennoch sei er bereit, einen chirurgischen Versuch zur Verbesserung der Situation durchzuführen. Die Operation sei für den 9. Mai 2006 vorgesehen (Urk. 10/48/2).

Im Bericht vom 4. Mai 2006 (Urk. 10/56) hielt Dr. C.____

fest, am 21. April 2006 sei es zu einer dissoziativen akuten Störung mit einem passageren spastischen Hemisyndrom links gekommen. Im F.____ habe dafür keine somatische Ursache gefunden werden können (Urk. 10/56 Ziff. 2a). Bezüglich der blockierten Rehabilitation spielten im jetzigen Verlauf die psychosozialen Komponenten eine wesentliche Rolle. Inwieweit die Depression und die Schmerzverarbeitungsstörung unfallbedingt seien, könne er nicht entscheiden (Urk. 10/56 Ziff. 2b).

Am 19. Juni 2006 musste der Beschwerdeführer im F.____ notfallmässig ambulant betreut werden (Urk. 10/73). Dr. med. Q.____, Assistenzarzt, und Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, F.____, nannten folgende Diagnosen (Urk. 10/73 S. 1):

- dissoziative Störung bei psychosozialer Belastungssituation
- rezidivierende Episoden mit passagerer Hemisyndromatik rechts
- bekannte Depression
- chronische Schulterschmerzen links
- Status nach Resektionsarthroplastik bei Tossy II im Juni 2004

Der Beschwerdeführer habe am 18. Juni 2006 einen massiven Streit mit dem Sohn gehabt. In der Nacht auf den 19. Juni 2006 sei er wegen Brennen in der rechten Ellenbeuge erwacht. Anschliessend zunehmende Blockierung und Gefühllosigkeit des rechten Armes und im Verlauf Ausbreitung über den Thorax bis zu den Füssen. Dies sei die dritte

Episode dieser Beschwerden gewesen. Erstmals seien diese im April 2006 aufgetreten. Damals sei eine dissoziative Störung bei psychosozialer Belastungssituation mit passagerer Hemisymptomatik diagnostiziert worden (Urk. 10/73 S. 1).

3.10 Im Bericht vom 20. Juni 2006 (Urk. 10/71/2) wies Dr. E. ____, F. ____, darauf hin, der Beschwerdeführer sei wie erwartet mit dem Resultat der Operation vom 9. Mai 2006 (Urk. 10/64/2) nicht sehr zufrieden. Insgesamt mache er einen weniger depressiven Eindruck, bewege die linke obere Extremität unbeobachtet deutlich mehr als bisher. Eine funktionelle Untersuchung des Schultergelenkes sei nicht möglich, die passive Elevation gelinge allerdings problemlos bis 90°, danach spanne der Beschwerdeführer stark dagegen (Urk. 10/71/2).

In einem undatierten Bericht (Urk. 10/72/2) hielt Dr. C. ____ fest, der Heilungsverlauf nach Schulteroperation am 9. Mai 2006 sei normal, aber es sei keinerlei Besserung der Schmerzsymptomatik eingetreten. Ein Gespräch mit dem behandelnden Psychiater habe ergeben, dass der Beschwerdeführer wohl infolge seiner Arbeitsunfähigkeit in eine ausgeprägte Überforderungssituation hinein geraten sei. Die sozialen Strukturen seien zusammengebrochen, Selbstwertgefühl und Tagesstruktur verloren gegangen (Urk. 10/72/2 Ziff. 2a). Ein Auseinanderhalten der Unfallfolgen (auch im indirekten Sinne durch Verlust der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes) und der durch die psychosoziale Situation bedingten Persönlichkeitsveränderung sei sehr schwierig (Urk. 10/72/2 Ziff. 2b).

Seit dem 7. April 2005 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/72/2 Ziff. 4a).

Am 30. Juni 2006 musste der Beschwerdeführer erneut notfallmässig ambulant im F. ____ betreut werden (Urk. 10/74). Wiederum wurde eine dissoziative Störung bei psychosozialer Belastungssituation mit rezidivierenden Episoden mit passagerer Hemisymptomatik rechts sowie eine chronische Depression diagnostiziert (Urk. 10/74).

3.11 Im Bericht vom 12. September 2006 (Urk. 10/75) hielten Dr. P. ____ und Dr. O. ____, A. ____, fest, die Behandlung in der Tagesklinik sei durch die vom Beschwerdeführer als quälend empfundenen Schmerzen geprägt gewesen. Dieser habe sich stets mit dem Gedanken getragen, durch eine weitere Operation von den Schmerzen befreit zu werden. Die depressive Symptomatik habe sich in belastenden Situationen im Zusammenhang mit seinen Söhnen oder der Freundin immer wieder verstärkt. Es seien deshalb mehrere notfallmässige Kurzhospitalisationen erfolgt. Zur bereits bestehenden Depression habe der Beschwerdeführer in der Tagesklinik eine dissoziative Störung entwickelt. Nach heftigen Konflikten mit dem Sohn sei er mehrmals nachts mit ausgeprägten Schmerzen, Parästhesien und deutlichen Schwächen in der rechten Körperhälfte erwacht (Urk. 10/75 S. 2).

Die psychische Störung sei als Reaktion auf den Verlust der Arbeitsfähigkeit zu sehen. Der Beschwerdeführer habe grosse Mühe, diesen Verlust anzunehmen. Dennoch sei ihm aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (Urk. 10/75 S. 2).

Im Bericht vom 21. September 2006 (Urk. 10/76/2) hielt Dr. E. ____, F. ____, fest, nach Ansicht des Beschwerdeführers habe die zweiten Operation überhaupt keinen Effekt gezeigt. Diese Auffassung sei nicht ganz unerwartet. Vordergründig seien sicherlich massive psychische Probleme, die anderweitig behandelt

werden müssten. Aus orthopädischer Sicht könne er dem Beschwerdeführer nichts mehr anbieten (Urk. 10/76/2).

3.12. Im Bericht vom 25. Januar 2007 (Urk. 10/89) nannten Dr. med. S. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, Dr. med. U. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, und Dr. med. T. ____, Assistenzärztin, F. ____, folgende Diagnosen (Urk. 10/89 S. 1):

- psychosomatisches Schmerzsyndrom mit Schulterblockade und -schmerzen links bei:
- Status nach offener Resektionsarthroplastik am 29. Juni 2004
- Status nach offener AC-Gelenksrevision links am 9. Mai 2005 bei persistierenden AC-Gelenksarthralgien
- psychiatrischer Behandlung

Als Nebendiagnosen nannten sie eine dissoziative Störung bei psychosozialer Belastungssituation, eine bekannte Depression, einen Benzodiazepinabusus, sowie einen Status nach lumbaler Diskushernie (Urk. 10/89 S. 1).

Der Beschwerdeführer habe seit 3 Tagen Schmerzen in der linken Schulter. Am 5. Januar 2007 habe er morgens plötzlich ein Blockadefühl gehabt, sei unfähig gewesen, die Schulter zu bewegen, und hätte Parästhesien im gesamten linken Arm gehabt (Urk. 10/89 S. 1).

Nach Rücksprache mit Dr. E. ____, sei ein rheumatologisches sowie ein anästhesiologisches Konsilium erfolgt. Die Untersuchung durch Dr. med. V. ____, Rheumatologie, habe keine Anzeichen für eine Capsulitis/Frozen shoulder ergeben. Es zeige sich ein unklares, undifferenziertes Schmerzsyndrom im Bereich der linken Schulter. Der Versuch einer Infiltration des Nervus Suprascapularis habe wegen starker Schmerzen abgebrochen werden müssen (Urk. 10/89 S. 2).

3.13. Im Bericht vom 19. Februar 2007 (Urk. 10/93) hielt Kreisarzt Dr. B. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, fest, der Beschwerdeführer trage seinen linken Arm wie ein Stück Holz vor dem Körper, unbeobachtet werde die Hand aber eingesetzt (Urk. 10/93 S. 3 Ziff. 3). Die Röntgenbilder der linken Schulter vom 8. Mai 2006 sowie die Kontrollaufnahmen vom 5. Januar 2007 hätten einen unauffälligen Zustand bei Status nach Resektion der lateralen Clavicula gezeigt (Urk. 10/93 S. 5 oben).

Der Beschwerdeführer habe sich heute mit einem funktionslosen linken Arm präsentiert, habe sowohl während des Gesprächs als auch während der Untersuchung in demonstrativ wirkender Art und Weise über dauernde, massive Schulterschmerzen geklagt. Angesichts des Verhaltens des Beschwerdeführers hätten sämtliche Untersuchungsschritte, welche auch nur teilweise dessen Mitarbeit bedurft hätten, nicht sicher beurteilt werden können. Auffällig sei aber eine symmetrisch entwickelte Muskulatur an den Armen und eine Diskrepanz der Armbewegungen zwischen Aufforderung zum Nackengriff und Finger-Nase-Versuch. Letzterer werde sicher durchgeführt (Urk. 10/93 S. 5 Ziff. 5).

Auf somatischer Ebene sei das heutige Bild nicht erklärbar, strukturell bestehe ein unauffälliger Zustand. Theoretisch wäre eine weitgehend volle Belastbarkeit der linken Schulter möglich, einzig eine sehr schwere Belastung (> 30 kg) sowie Arbeiten über Schulterhöhe wären nicht zumutbar. Vom Zumutbarkeitsprofil her wäre der Beschwerdeführer an seinem früheren Arbeitsplatz voll einsetzbar. Der Zustand sei

stabil, weitere therapeutische Bemühungen würden erfolglos bleiben, diesbezüglich teile er die Meinung von Dr. E.____ (Urk. 10/93 S. 6).

Die Hauptproblematik liege heute eindeutig nicht in strukturellen Veränderungen, sondern in der psychopathologischen Entwicklung (Urk. 10/93 S. 6).

Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet. Gemäss Tabelle 5 über die Integritätsentschädigung werde zwar der Zustand nach AC-Gelenksresektion mit 5 % bewertet, bei einem im Ultraschall vor dem Unfall dokumentierten Reizzustand und einer Instabilität im AC-Gelenk sei aber mindestens die Hälfte der Ursache dem Vorzustand anzulasten. Folglich erreiche der unfallbedingt bestehende Schaden die Erheblichkeitsgrenze von 5 % nicht (Urk. 10/93 S. 6).

3.14 Am 14. April 2008 erstatteten Dr. med. W.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. AC.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. AD.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Z.____, ein Gutachten zu Handen der Invalidenversicherung (Urk. 13/2). Darin nannten sie folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/2 S. 29 Ziff. 6.1):

- chronisches Schmerzsyndrom der linken oberen Extremität mit/bei:
- Status nach Sturz mit AC-Gelenksluxation Tossy Grad II am 9. September 2003
- Status nach offener AC-Gelenksresektion links mit Resektionsarthroplastik am 29. Juni 2004
- Status nach offener AC-Gelenksrevision links am 9. Mai 2006

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein dysfunktionales Krankheitsverhalten sowie einen Verdacht auf arterielle Hypertonie (Urk. 13/2 S. 29 Ziff. 6.2).

Bei der rheumatologischen Untersuchung habe eine erhebliche Selbstlimitierung und Inkonsistenz imponiert. Die beklagten Beschwerden sowie die teilweise massiven Bewegungsverminderungen, insbesondere im Bereich des linken Schultergelenkes, seien deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Weder in der klinischen noch in der bildgebenden Diagnostik finde sich ein für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden objektivierbares pathologisches anatomisches Korrelat. Zusammengefasst bestehe aus rheuma-orthopädischer Sicht eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Einschränkungen. Als einziger die Arbeitsfähigkeit limitierender Gesundheitsschaden bestehe die eingeschränkte Belastbarkeit des linken Schultergelenks bei Status nach offener AC-Gelenksresektion links. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter mit häufigem Kopfarbeiten und Tragen und Heben von Lasten bis zu 30 kg sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, ohne das gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus und ohne repetitive Lastbelastung der linken Schulter, bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 13/2 S. 32 f.).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeschilderungen einen katastrophisierenden und appellativen Charakter hätten und eine Tendenz zur Aggravation deutlich werde. Weiter imponierten dysfunktionale

Bewältigungsmechanismen mit einer ausgeprägten Selbstlimitierung. Relevant akzentuierte Persönlichkeitszüge ändern sich nicht. Es müsse von einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten ausgegangen werden. Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung oder einer depressiven Störung gemäß ICD-Klassifikation würden vom Beschwerdeführer nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 13/2 S. 33). Die persistierende Arbeitsunfähigkeit würde auf unverändert schwierigen psychosozialen Umständen (Arbeitslosigkeit, Scheidung, fehlende Tagesstruktur, Inaktivität, Wohnsituation) basieren (Urk. 13/2 S. 35 Ziff. 2).

Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit der ersten Schulteroperation vom 29. Juni 2004. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe spätestens seit dem Zeitpunkt der heutigen Begutachtung eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit (Urk. 13/2 S. 35 Ziff. 3.).

3.15 Im Bericht vom 31. Juli 2008 (Urk. 19) nannten Dr. med. AE.____, Oberarzt, und Dr. med. AF.____, Assistenzarzt, A.____, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 19 S. 3 Ziff. 2.1):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Erstdiagnose im Juli 2007
- mittelgradige depressive Episode, bestehend seit Oktober 2005
- dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, bestehend seit 2006
- Benzodiazepinabhängigkeit, bestehend seit 2005
- akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 19 S. 1 Ziff. 1.3, S. 3 Ziff. 3).

Bislang seien das Schmerzverhalten und die Schmerzwahrnehmung gegenüber psychiatrischen Interventionen resistent gewesen, hätten jedoch zu verschiedenen somatischen Interventionen geführt, die ebenfalls erfolglos geblieben seien. Die Schmerzstörung trete im Zusammenhang mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf, wobei es im Verlauf der Erkrankung zu einer zunehmend komplexen Interaktion der Dimensionen Schmerzstörung und psychosoziale Situation gekommen sei, die eine dezidierte Kausalzuordnung verunmöglichliche. Der Beschwerdeführer habe sich bereits im Zeitpunkt des Unfalls in einer schwierigen psychosozialen Situation befunden, die als ursächlicher und aufrechterhaltender Faktor der Schmerzstörung gelten könne (Urk. 19 S. 2 oben).

Ferner zeige sich beim Beschwerdeführer neben der somatoformen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Störung als komorbide Erkrankung (Urk. 19 S. 2 Mitte). Die dissoziative Störung habe sich 2006 in Form einer Hemisymptomatik sehr deutlich gezeigt und bestehe aktuell in Form eher subtiler dissoziativer Symptome (Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Depersonalisationserleben) weiter. Zudem ändern sich Hinweise für eine Persönlichkeitsstruktur mit narzisstischen Anteilen. Eine Funktionalität der Symptomatik im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns und zur Unterstreichung eines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung könne nicht völlig ausgeschlossen werden (Urk. 19 S. 2 unten).

E. 4

für den Beschwerdeführer subjektiv eindrücklich war, genügt dies nicht, um das entsprechende Kriterium zu erfüllen. Ob eine besondere Eindrücklichkeit vorliegt, beurteilt sich vielmehr objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc; Urteile U 503/06 vom 7. November 2007, Erw. 7.1, und U 67/06 vom 31. Januar 2007, Erw. 5.2).

Der Sturz von der Leiter mochte folglich zwar eine gewisse Eindrücklichkeit aufweisen, das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfallereignisses ist vorliegend aber nicht erfüllt, da vom äusseren Geschehensablauf her eine besondere Eindrücklichkeit zu verneinen ist.

4.4 Die vom Beschwerdeführer anlässlich des Sturzes erlittene AC-Gelenksluxation ist weder eine ausgesprochen schwere Verletzung noch ist diese erfahrungsgemäss geeignet, psychische Fehlentwicklungen zu begünstigen. Das entsprechende Kriterium (vgl. vorstehende Erw. 1.2) ist demnach ebenfalls nicht erfüllt.

4.5 Bezüglich des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (vgl. vorstehende Erw. 1.2) ist die Art und Intensität der Behandlung von Bedeutung, sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist und ob von einer kontinuierlichen, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichteten, ärztlichen Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gesprochen werden kann (Entscheid des EVG vom 20. Oktober 2006 i.S. B. Erw. 3.2.3, U 488/05, mit Hinweisen).

Der Unfall ereignete sich am 9. September 2003, worauf sich der Beschwerdeführer am 11. September 2003 in die Behandlung zu Dr. C. begab (Urk. 10/3/3). Die nächste Behandlung erfolgte dann rund ein halbes Jahr später, als sich der Beschwerdeführer am 1. März 2004 erneut in Behandlung zu Dr. C. begab (Urk. 10/6/2). Es folgten Abklärungen bei Dr. D., welcher den Beschwerdeführer analgetisch sowie mittels einer AC-Gelenksinfiltration behandelte und an Dr. E. überwies (Urk. 10/9/1 Ziff. 3). Dieser führte am 29. Juni 2004 eine erste operative Behandlung durch (Urk. 10/4). Bereits im Bericht vom 23. August 2004 hielt Dr. E. fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, keine entzündungshemmenden Medikamente mehr zu nehmen (Urk. 10/11/2), was dieser anlässlich einer weiteren Untersuchung am 1. Oktober 2004 erneut bestätigte (Urk. 10/14/2). Auch anlässlich der Untersuchung beim Kreisarzt Dr. G. vom 21. Dezember 2004 führte der Beschwerdeführer aus, abgesehen von Schlaftabletten keine weiteren Medikamente einzunehmen und auch die Physiotherapie hätte er nur kurze Zeit durchgeführt (Urk. 10/17 S. 2 Ziff. 3). Dasselbe gab er gegenüber Dr. G. anlässlich der Untersuchung vom 13. Juni 2005 an (Urk. 10/26 S. 2 Ziff. 3).

Vom 28. September bis 19. Oktober 2005 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik Y. auf (Urk. 10/35/1). Am 9. Mai 2006 wurde eine zweite Operation durchgeführt, wobei Dr. E. im Bericht vom 15. Mai 2006 bereits darauf hinwies, dass die Indikation zur Revision psychiatrisch bedingt sei (Urk. 10/64/2).

Aufgrund der Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Schulterbeschwerden regelmässig Ärzte aufsuchte. Zwar umfasst die Zeitspanne zwischen dem Unfall im September 2003 und der zweiten Operation im Mai 2006 rund zweidreiviertel Jahre. Kontinuierliche ärztliche Behandlungen des Leidens liegen aber nur bedingt vor. So finden sich diesbezüglich in den Akten lediglich eine Infiltration, zwei

Operationen sowie ein dreiwöchiger stationärer Aufenthalt. Die medikamentöse sowie physiotherapeutische Behandlung der Schulterbeschwerden wurde dagegen nur während kurzer Zeit ausgeführt, wie dies der Beschwerdeführer selber den behandelnden Ärzten gegenüber ausgeführt hatte. Angesichts dessen kann aufgrund der für das diagnostizierte Leiden doch ziemlich langen Behandlungsdauer das Kriterium als knapp erfüllt erachtet werden.

4.6 Nach seinem Unfall war der Beschwerdeführer aus somatischen Gründen zunächst vom 10. bis 14. September 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/3/3 Ziff. 8). Nachdem er bis April 2004 wieder gearbeitet hatte, attestierte ihm Dr. C. ___ vom 19. April bis 8. Mai 2004 eine 100%ige und danach seit dem 9. Mai 2004 bis zur geplanten Operation eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/6/2 Ziff. 8). Dr. D. ___ bescheinigte dem Beschwerdeführer ab dem 6. Mai 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Nachdem am 29. Juni 2004 die AC-Gelenksresektion durchgeführt worden war, attestierte Dr. E. ___ dem Beschwerdeführer weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit als Lagerist (Urk. 10/14/2), wobei sich in seinem Bericht vom 23. August 2004 bereits erste Anhaltspunkte für eine möglicherweise beginnende psychische Überlagerung fanden, war darin doch die Rede davon, dass weder die medikamentöse noch die physiotherapeutische Behandlungen etwas gebracht hätten (Urk. 10/11/2). Angesichts der damals noch unklaren Situation der Belastung am Arbeitsplatz des Beschwerdeführers, attestierte der Kreisarzt Dr. G. ___ diesem am 21. Dezember 2004 weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/17 S. 3 Ziff. 5).

Im Bericht vom 13. Juni 2005 wies Dr. G. ___ dann darauf hin, dass es dem Beschwerdeführer mit seiner Schulter sehr schlecht gehe, wobei allerdings nur eine höchstens mässige Einschränkung der Schulterfunktion feststellbar sei. Der Kreisarzt hielt aber fest, der Beschwerdeführer habe inzwischen seine Stelle verloren, was Grund zur Besorgnis gebe (Urk. 10/26 S. 3 Ziff. 5). Wegen anstehender weiterer Abklärungen - insbesondere bezüglich einer psychologisch orientierten Schmerzbehandlung - attestierte er dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/26 S. 3 Ziff. 5). Auch Dr. C. ___ wies darauf hin, dass die Situation mit der Kündigung der Arbeitsstelle sehr ungünstig sei (Urk. 10/29/1). Im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik Y. ___ vom 28. September bis 19. Oktober 2005 wurde dann erstmals ausdrücklich eine psychiatrische Diagnose genannt und darauf hingewiesen, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei (Urk. 10/34 S. 1). In der Folge konzentrierte sich die Behandlung des Beschwerdeführers in erster Linie auf die psychischen Beschwerden (Urk. 10/36 S. 4, Urk. 10/44 Ziff. 2a).

Aus den weiteren Akten ergibt sich sodann, dass insbesondere der Verlust der Arbeitsfähigkeit sowie die psychosoziale Situation (Trennung von der Ehefrau, Konflikte mit den Söhnen) eine entscheidende Rolle bezüglich des Krankheitsverlaufs spielten (Urk. 10/44 Ziff. 2b, Urk. 10/56 Ziff. 2b, Urk. 10/73 S. 2, Urk. 10/72/2 Ziff. 2a, Urk. 10/74, Urk. 10/75 S. 2, Urk. 10/76/2).

Aufgrund der Akten kann somit gesagt werden, dass bereits nach der ersten Operation am 29. Juni 2004 infolge der Resistenz gegenüber jeglicher Behandlung erste Anhaltspunkte für eine möglicherweise psychische Überlagerung bestanden. Die weiteren Akten ergeben, dass die ursprünglich somatisch bedingten Beschwerden des

Beschwerdeführers aufgrund des Stellenverlustes sowie weiterer, schwieriger psychosozialer Umstände wie die Scheidung von der Ehefrau, die Trennung von der Freundin, eine fehlende Tagesstruktur und die angespannte Beziehung zu den Söhnen zunehmend durch psychische Beschwerden überlagert wurden. Spätestens im Zeitpunkt der stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Y. ____, mit Empfehlung einer intensiven psychiatrischen Betreuung, ist von einem erheblichen Anteil der psychischen Beschwerden an der Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Von diesem Zeitpunkt an bis zum streitigen Zeitpunkt überlagerte die psychische Problematik die somatische immer mehr, so dass ein immer erheblicherer Teil der attestierten Arbeitsunfähigkeit psychisch begründet war.

Entscheidend ist jedoch nicht die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sondern die physisch bedingte (vgl. vorstehende Erw. 1.2). Da diese aber bereits kurze Zeit nach dem ersten operativen Eingriff durch eine spätestens seit dem Verlust der Arbeitsstelle im Frühjahr 2005 beginnende und im Verlauf immer deutlicher werdende psychische Problematik überlagert wurde, kann vorliegend das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt erachtet werden.

4.7.4.4 Zwar klagte der Beschwerdeführer seit seinem Unfall über persistierende Schmerzen in der linken Schulter. Aufgrund der medizinischen Akten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass diese zunächst aufgrund der diagnostizierten AC-Gelenksarthralgie erklärbar waren. Nach zweimaligem operativem Eingriff findet sich dagegen keine somatische Erklärung mehr für die vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Schmerzen. Diese mögen zwar vorhanden sein, sind aber hauptsächlich psychisch bedingt, weshalb das Kriterium der Dauerschmerzen vorliegend ebenfalls nicht erfüllt ist.

4.8.4.4 Für die Bejahung des Kriteriums eines schwierigen Heilungsverlauf und erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Entscheid des EVG vom 24. August 2007 i.S. A. Erw. 4.3.2, U 297/06, mit Hinweisen; Entscheide vom 21. September 2005 i.S. H. Erw. 5.3.6, U 141/05, vom 31. Mai 2005 i.S. P. Erw. 3.3.6, U 329/03, vom 7. Juni 2004 i.S. B. Erw. 3.2.6, U 69/04, vom 10. September 2003 i.S. F. Erw. 4.3, U 343/02, vom 7. August 2002 i.S. B. Erw. 2.3, U 313/01).

Vorliegend sind keine solchen ersichtlich. So hielt Dr. E. ____ nach dem ersten operativen Eingriff fest, der Beschwerdeführer zeige objektiv gesehen einen unproblematischen Verlauf und auch Dr. G. ____ wies darauf hin, dass eine objektiv ordentliche Situation bestehe (Urk. 10/17 S. 3 Ziff. 5). In den Akten finden sich zudem keine Anhaltspunkte für besondere Komplikationen oder einen schwierigen Heilungsverlauf nach der zweiten Operation im Mai 2006. Folglich ist dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt.

4.9.4.4 Eine ärztliche Fehlbehandlung nach dem Unfall ist aus den Akten nicht ersichtlich und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

4.10.4.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass lediglich das Kriterium der lange dauernden Behandlung als knapp erfüllt erachtet werden kann. Dies genügt in Anbetracht der mittleren Schwere des Unfallereignisses vom 9. September 2003 (vorstehende Erw. 4.2) nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz des Beschwerdeführers und der geltend gemachten Beschwerden ab April 2007 zu

begründen.

Somit ist die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen den Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2007) und dem am 9. September 2003 erlittenen Unfall zu verneinen. Infolgedessen hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. März 2007 eingestellt.

E. 5

5.1 Neben der Adäquanz der geklagten Beschwerden ist auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung umstritten.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG 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.

5.2 Kreisarzt Dr. G. hielt bereits nach der ersten Operation im Bericht vom 21. Dezember 2004 fest, dem Beschwerdeführer sei der Einsatz der linken Hand bis Scheitellhöhe zumutbar, ein Hinübergreifen nach rechts über die rechte Begrenzung des Rumpfes hinaus müsse vermieden werden. Im beschriebenen Rahmen sei ein kräftiger Einsatz des linken Armes und der linken Hand möglich (Urk. 10/17 S. 3 Ziff. 5). Dem Austrittsbericht der Rehaklinik Y. ist zu entnehmen, dem Beschwerdeführer seien leichte Arbeiten ganztags zumutbar, wobei als spezielle Einschränkungen angeführt wurde, dass dieser keine Tätigkeiten über Schulterhöhe ausüben dürfe (Urk. 10/37 S. 2 oben). Dr. B. hielt sodann in seinem Bericht vom 19. Februar 2007 fest, dem Beschwerdeführer sei eine weitgehend volle Belastbarkeit der linken Schulter möglich, wobei einzig sehr schwere Beanspruchungen (Gewichte über 30 kg), sowie Arbeiten über Schulterhöhe nicht zumutbar seien (Urk. 10/93 S. 5 Ziff. 5). Im Übrigen wurde auch anlässlich der Begutachtung im Z. davon ausgegangen, dass beim Beschwerdeführer in einer Tätigkeit ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus und ohne repetitive Lastbelastung der linken Schulter eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 13/2 S. 33 oben).

5.3 Das Gutachten des Z. geht wohl, was die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Lagerist betrifft, von dessen Angaben zur Arbeitssituation aus. Dies ergibt sich aus dem Hinweis im Gutachten, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter mit häufigem Überkopparbeiten sowie Tragen und Heben von Lasten bis zu 30 kg nicht mehr arbeitsfähig sei. Aus den Akten ergibt sich jedoch, dass die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Stelle keineswegs den von den Gutachtern des Z. angenommenen Anforderungen entsprach.

Die Beschwerdegegnerin liess eine konkrete Arbeitsplatzabklärung durchführen, welche ergab, dass der Beschwerdeführer bei seiner Stelle Gewichtsbelastungen zwischen 50 Gramm und maximal 25 kg ausgesetzt war und insbesondere keine Überkopparbeiten ausühen musste (Urk. 10/19 S.2). In einem Fall wie dem vorliegenden, wo die Umstände der angestammten Tätigkeit von einem Versicherer genau abgeklärt worden sind, ist dieser Umschreibung des Arbeitsprofils Vorzug zu geben vor den weniger sachverhaltsnahen generellen Überlegungen der Gutachter des Z., auch wenn diese zu Gunsten des Beschwerdeführers ausgefallen sein mögen.

Sämtliche Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/17 S.3 Ziff. 5, Urk. 10/34 S. 1, Urk. 10/93 S. 6, Urk. 13/2 S. 33). Da die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers zugleich eine seinem Gesundheitsschaden angepasste Tätigkeit ist, ist die Beschwerdegegnerin aus somatischer Sicht zu Recht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen.

Da es vorliegend an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 9. September 2003 und den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers fehlt, ist nicht näher auf die Diskrepanzen zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht durch die Gutachter des Z.____ sowie derjenigen durch die Ärzte des A.____ einzugehen.

Die angestammte Tätigkeit entspricht folglich der zumutbaren, so dass auch kein Raum für einen behinderungsbedingten Abzug besteht.

5.4 Die Würdigung der Akten hat folglich ergeben, dass der Beschwerdeführer trotz seines Gesundheitsschadens seine bisherige Tätigkeit weiterhin in einem vollen Pensum ausüben konnte. Da er infolgedessen keine versicherungsrechtlich relevante Einkommenseinbusse erleidet, hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint.

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer machte geltend, ihm stehe, basierend auf einem unfallbedingtem Integritätsschaden von 5 %, eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 1 S. 7 Ziff. 6).

6.2 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

6.3 Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach

dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätserschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

6.4 Gemäss Ziff. 1 Abs. 3 Anhang 3 UVV geben Integritätsentschädigungen, welche 5 % nicht erreichen, keinen Anspruch auf Entschädigung (vgl. vorstehend Erw. 6.3). Diese Erheblichkeitsgrenze bezüglich einer Schädigung ist die eine, die Kürzung des Entschädigungsanspruches nach Art. 36 Abs. 2 UVG infolge eines mitwirkenden Vorzustandes hingegen die andere, so dass ein Anspruch auf Integritätsentschädigung auch dann besteht, wenn die Entschädigung infolge Kürzung nach Art. 36 Abs. 2 UVG unter 5 % sinkt (Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und Art. 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1998, S. 128).

6.5 Anlässlich der Erstuntersuchung des Beschwerdeführers nach dem Sturzereignis wies Dr. C. im Bericht vom 25. September 2003 (Urk. 10/3/3) darauf hin, dass eine Sonografie der betroffenen linken Schulter vom 26. Juni 2003, mithin also vor dem Unfall, einen leichten Reizzustand der bursa subacromialis sowie einen Reizzustand im linken AC-Gelenk bei möglicher alter AC-Verletzung (leichter Claviculahochstand) gezeigt hätte (Urk. 10/3/3 Ziff. 3b). Die Beurteilung des Integritätsschadens erfolgt aus medizinischer Sicht und obliegt dem Arzt. Der Kreisarzt Dr. B. hielt in seinem Bericht vom 19. Februar 2007 (Urk. 10/93) fest, gemäss Tabelle 5 über die Integritätsentschädigung werde zwar der Zustand nach AC-Gelenkresektion mit 5 % bewertet, infolge des vor dem Unfall dokumentierten Vorzustandes sei jedoch mindestens die Hälfte davon diesem anzurechnen (Urk. 10/93 S. 6).

Die Würdigung der Akten ergibt folglich, dass in der linken Schulter des Beschwerdeführers bereits vor dem Unfall gewisse Befunde vorlagen. Aufgrund des ausgewiesenen Vorzustandes ist die Integritätsentschädigung deshalb, der Einschätzung durch Dr. B. folgend, nach Art. 36 Abs. 2 UVG um die Hälfte zu reduzieren, so dass dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 2.5 % zuzusprechen ist.

E. 6.6

Diesbezüglich ist somit die Beschwerde, wie nunmehr auch von der Beschwerdegegnerin beantragt (Urk. 28), teilweise gutzuheissen.

7.1

7.1.1 Das Verfahren ist kostenlos.

7.2 Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) beziehungsweise nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Sodann richtet sich die Höhe der Prozessentschädigung nach Massgabe des Obsiegens, dem Zeitaufwand und den getätigten Barauslagen (§§ 8 und

9 der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen).

Unter Berücksichtigung der dargelegten Kriterien, insbesondere angesichts des Umstandes, dass die Beschwerde in grossen Teilen abzuweisen und lediglich betreffend die Integritätsentschädigung teilweise gutzuheissen ist, erscheint es angemessen, dem Beschwerdeführer eine auf einen Sechstel reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen.

Mit Verfügung vom 22. Januar 2008 wurde Rechtsanwalt Daniel Christe als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt (Urk. 11).

Am 9. Februar 2009 reichte dieser seine Honorarnote ein und machte einen Aufwand sowie Barauslagen von insgesamt Fr. 2'144.85 (inkl. MWSt) geltend (Urk. 25).

Zufolge des teilweisen Obsiegens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine auf einen Sechstel reduzierte, gerundete Prozessentschädigung von Fr. 360.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang sind Rechtsanwalt Daniel Christe zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse Fr. 1'784.85 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu entrichten. Der Beschwerdeführer ist auf Art. 92 ZPO hinzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird dahingehend teilweise gutgeheissen und der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, SUVA, vom 11. September 2007 insoweit aufgehoben, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 2.5 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, eine auf einen Sechstel gekürzte Prozessentschädigung von gerundet Fr. 360.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, mit Fr. 1'784.85 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Christe, unter Beilage einer Kopie von Urk. 28
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- 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).

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