

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00300 vom 22. Dezember 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00300

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00300 du 22 décembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00300 del 22 dicembre 2009

Volltext

UV.2008.00300

Sozialversicherungsgericht

des Kantons Zürich

III. Kammer

Sozialversicherungsrichter Spitz, Vorsitzender

Sozialversicherungsrichterin Annaheim

Sozialversicherungsrichterin Daubenmeyer

Gerichtssekretärin Condamin

Urteil vom 22. Dezember 2009

in Sachen

X.____

Beschwerdeführerin

vertreten durch Rechtsanwältin Christine Fleisch

Meier Fingerhuth Fleisch Häberli

Langstrasse 4,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

Rechtsabteilung

Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

Bahnhofstrasse 24, Postfach, 6210 Sursee

Nachdem

die 1964 geborene, bei der SUVA obligatorisch unfallversicherte X.____ am 22. Oktober 2002 als Velofahrerin bei einer Kollision mit einem Personenwagen gestürzt war und sich dabei an der linken Schulter verletzt hatte (Unfallmeldungen UVG vom 31. Oktober und 13. November 2002, Urk. 11/1 und 11/2),

die SUVA, welche ihre Leistungspflicht anerkannt und Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilbehandlung) erbracht hatte, ihre Leistungen dann mit Verfügung vom 26. November 2007 (Urk. 11/156) - bestätigt mit Einspracheentscheid vom 11. Juli 2008 (Urk. 2) - per 31. Januar 2008 eingestellt hatte,

nach Einsicht in die Beschwerde vom 15. September 2008, mit welcher die Zusprechung einer auf einer Erwerbsunfähigkeit von 42 % beruhenden Rente sowie einer Integritätsentschädigung von 15 % beantragt wurde (Urk. 1), und in die auf Abweisung der Beschwerde schliessende Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2008 (Urk. 10) sowie in die übrigen Akten,

unter Hinweis auf die Gerichtsverfügung vom 14. November 2008 (Urk. 13), mit welcher in Bewilligung des Gesuchs vom 15. September 2008 Rechtsanwältin Christine Fleisch als unentgeltliche Rechtsbeiständin für das vorliegende Verfahren bestellt wurde;

in Erwägung, dass

die für die Beurteilung der strittigen Ansprüche auf Unfallversicherungsleistungen nach Gesetz und Rechtsprechung massgebenden Grundlagen im angefochtenen Einspracheentscheid richtig dargestellt werden, worauf verwiesen werden kann,

die SUVA ihre Leistungseinstellung per Ende Januar 2008 damit begründet, dass aus somatischer Sicht keine wesentlichen Unfallfolgen mehr vorlägen und der adäquate Kausalzusammenhang bezüglich der psychischen Problematik zu verneinen sei (Urk. 2),

die Beschwerdeführerin sich mit der Leistungseinstellung sowie der beschwerdegegenerischen Auffassung, wonach es an der Adäquanz der psychischen Beschwerden fehle, ausdrücklich einverstanden erklärt,

sie hingegen unter Hinweis auf objektive Befunde, namentlich im Bereich der linken Schulter ("frozen shoulder"), die Zusprechung einer Rente und einer Integritätsentschädigung verlangt (Urk. 1 S. 7 f.),

in weiterer Erwägung, dass

am Unfalltag vom 22. Oktober 2002 auf der Notfallstation der Chirurgischen Klinik des Spitals Y.____ eine AC-Gelenksluxation Tossy II links diagnostiziert, eine Analgesie sowie Ruhigstellung im Gilchristverband angeordnet und der als Spetterin und Zeitungsausträgerin (Urk. 11/1 und 11/2) tätig gewesenen Versicherten während voraussichtlich drei Wochen eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Arztzeugnis UVG vom 16. Dezember 2002, Urk. 11/4),

eine am 5. März 2003 durchgeführte MRI-Untersuchung der linken Schulter die bekannte AC-Gelenksluxation links mit Ruptur der Gelenkkapsel sowie Hochstand der Clavicula um knapp Schaftbreite zeigte und sich ausserdem ein als postcontusionell beurteiltes Knochenmarkoedem im Akromion und im lateralen Anteil der Clavicula darstellte; die Sehnen der Rotatorenmanschette sowie die lange Bizepssehne jedoch intakt waren und ein Erguss im Schultergelenk nicht nachgewiesen werden konnte (Schreiben des Instituts für Radiologie des Spitals Y.____ vom 7. März 2003, Urk. 11/16.2),

der Leitende Arzt der Chirurgischen Klinik des Spitals Y.____ aufgrund der trotz konservativer Therapie starken persistierenden Schmerzen und der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit eine Stabilisierungsoperation nach Weaver-Dunn empfahl (Berichte vom 19. März und 10. April 2003, Urk. 11/16.1 und 11/20.2),

die Versicherte am 12. Mai 2003 gegenüber Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, nach wie vor Schmerzen in der linken Schulter angab, welche gelegentlich bis in die linke Hand ausstrahlten; anlässlich der klinischen Untersuchung ein praktisch fehlender Einsatz des stets am Thorax angelegt gehaltenen linken Armes auffiel und ferner eine leichte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule mit Spannen zervikal linksseitig, eine zweit- bis drittgradige AC-Gelenksluxation sowie ein wegen Gegenspannen passiv kaum zu mobilisierendes Schultergelenk links bei unauffälliger Trophik zu verzeichnen war (Urk. 11/21.1 und 11/21.2),

Dr. Z.____ die starke Schmerzhaftigkeit der linken Schulter trotz fehlender Hinweise auf Komplikationen aufgrund der Klinik als nicht verständlich bezeichnete, die Versicherte als überängstlich und schmerzempfindlich einschätzte und bei dieser Ausgangslage grosse Zurückhaltung bezüglich operativer Massnahmen anmahnte beziehungsweise die Befürchtung äusserte, dass durch eine chirurgische Intervention die Clavicula wohl stabilisiert, das im Vordergrund stehende Schmerzproblem aber nicht vermindert, sondern akzentuiert würde (Urk. 11/21.1 und 11/21.2),

die Ärzte der Schultersprechstunde der Klinik A.____ - nachdem sie nach insgesamt über sechsmonatiger konservativer Therapie keine Besserung mehr erwarteten - eine operative Stabilisierung empfahlen, im Wissen darum, dass sich "auf Grund der langen Schmerzanamnese ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt haben könnte" (Bericht vom 14. Juli 2003, Urk. 11/29.1 f.),

am 19. Dezember 2003 in der Klinik A.____ eine AC-Stabilisierung nach Weaver-Dunn durchgeführt wurde, wobei die Versicherte postoperativ "bei vorbestehend chronischem Schmerzsyndrom" unter starken Schmerzen litt, so dass noch bei Klinikaustritt Morphinderivate eingesetzt werden mussten (Urk. 11/38.1 und 11/38.2),

der Versicherten in der Folge physiotherapeutische Einzelbehandlungen im Trockenen und im Wasser verordnet und sie dazu angehalten wurde, drei bis vier mal pro Woche selbständig in ein Schwimmbad zu gehen (Urk. 11/40 ff.),

anlässlich der Verlaufskontrolle vom 21. April 2004 nach wie vor erhebliche Schmerzen angegeben wurden, sich klinisch jedoch eine deutliche Besserung der Beweglichkeit zeigte (Flexion und Abduktion nun gut 90°, Aussenrotation 30° gut haltbar, Innenrotation bis LWK 2; Bericht vom 10. Mai 2004, Urk. 11/49),

gemäss Bericht der Klinik A.____ vom 31. August 2004 die Beschwerden nach der Stabilisierungsoperation im Vergleich zum präoperativen Zustand unverändert persistierten, die bisherigen Physiotherapiebehandlungen "nur eine geringe Verbesserung der Beweglichkeit" gezeitigt hatten und klinisch die Schulter ab 110° Flexion und 90° Abduktion einen "kapsulären harten Widerstand" zeigte, weswegen eine weitere Mobilisation des Gelenkes als notwendig erachtet wurde (Urk. 11/61.1),

die Versicherte am 9. Dezember 2004 erneut durch den orthopädischen Chirurgen Dr. Z.____ kreisärztlich untersucht wurde; sie dabei unverändert Schmerzen im Bereich der linken Schulter, auch am Nacken linksseitig, im Bereich des Schulterblattes mit Ausstrahlung bis zum linken Ohr sowie in die linke Hand angab (Bericht vom 10. Dezember 2004, Urk. 11/72.1),

klinisch ein vermindertes Mitschwingen des linken Armes beim Gehen auffiel, aufgrund der ungestörten Trophik jedoch ein zumindest beschränkter Einsatz des linken Armes

angenommen und die geklagte Schmerzhaftigkeit aufgrund der erhobenen Befunde als nur schwierig erklärbar bezeichnet wurde (Urk. 11/72.2 und 11/72.3),

Dr. Z.____ es folglich als notwendig erachtete, die psychiatrische Dimension mit der Frage nach einer somatoformen Schmerzstörung genauer auszuloten (Urk. 11/72.3),

SUVA-Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Versicherte am 21. April 2005 untersuchte, aufgrund der anamnestischen Angaben und unter Berücksichtigung der Akten eine anhaltende schwere Schmerzsymptomatik feststellte und somit diesen Teilaspekt der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung vorfand, die Versicherte jedoch "im Rahmen der erfolgten Exploration keine weiterführenden, erhellenden Angaben zu ihrer persönlichen Situation" machte respektive der "für den hiesig üblichen gesellschaftlichen, zwischenmenschlichen Grad der Offenheit, sich über seine persönliche Situation mitzuteilen", in der vorliegenden Interviewsituation nicht erbracht werden konnte (Urk. 11/82.3),

im Gutachten des Spitals C.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 24. April 2006 (gez. Dr. med. D.____, Urk. 11/118.1), die Diagnose eines ausgedehnten chronischen Schmerzsyndroms des linken Armes (mit/bei Status nach Sturz mit AC-Gelenksluxation Tossy II-III links, Status nach AC-Gelenks-Stabilisierungsoperation nach Weaver-Dunn; "erhaltener Muskeltrophik") gestellt sowie der dringende Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung geäussert wurde (Urk. 11/118.19),

eine MRI-Untersuchung der linken Schulter keine zusätzlichen Hinweise auf eine Rotatorenmanschettenläsion zutage gebracht, die Verlaufsröntgenbilder nach Gelenkstabilisierungsoperation gute postoperative Stellungsverhältnisse ergeben hatten und sich bei der - anlässlich der Begutachtung durchgeführten - Sonographie der linken Schulter eine symmetrische Darstellung der Rotatorenmanschette ohne Muskelatrophiezeichen und ohne Hinweise auf Erguss zeigte (Urk. 11/118.14),

Ergänzungsfragen der SUVA (Urk. 11/125.1) zum Gutachten vom 24. April 2006, weshalb trotz fehlender klinischer und radiologischer Befunde eine Tätigkeit mit isoliertem Einsatz des rechten Armes nur halbtags zumutbar sein sollte, im Wesentlichen dahingehend beantwortet wurden, dass eine Tätigkeit mit ausschliesslichem Einsatz des rechten Armes wohl ganztags möglich wäre, Beispiele für solche Tätigkeiten jedoch nicht bekannt seien, weil bei jeder noch so asymmetrischen Arbeit auch die linke Schulter miteinbezogen werde (Schreiben von Prof. Dr. E.____ vom 28. August 2006, Urk. 11/126.2),

Prof. Dr. E.____ unter dem Titel Bemerkungen (Urk. 11/126.2 f.) relativierend ausführte, dass wie im Gutachten dargelegt eine "grosse Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden und den vorgegebenen Beschwerden" sowie "dem Verhalten" der Versicherten (strenge Schonhaltung des linken Armes) bestehe, weswegen sich ein einwöchiger stationärer Abklärungsaufenthalt empfehle, um eine "genaue Differenzierung der Ursache der Beschwerden" zu eruieren, und sich nur so "die genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für bestimmte Tätigkeiten festlegen" lasse,

in weiterer Erwägung, dass

somit gut sechs Monate nach dem fraglichen Unfall die starke Schmerzhaftigkeit der linken Schulter - bei normaler Trophik der Muskulatur und angesichts fehlender klinischer Hinweise auf Komplikationen - als nicht mehr verständlich (Urk. 11/211, 212) und die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms als möglich erachtet wurde (Urk.

11/291),

die Verlaufskontrolle nach der Stabilisierungsoperation zwar gute Stellungsverhältnisse des ehemaligen AC-Gelenkes und zunächst eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit zeigte (Urk. 11/49),

die Schmerzen in der linken Schulter jedoch - wie von Dr. Z.____ befürchtet (Urk. 11/2.1 und 21.2) - auch noch neun Monate postoperativ persistierten, sich bis in den Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule ausstrahlend präsentierten und aufgrund der klinischen Befunde nur schwer erklärbar waren (Urk. 11/72.2 und 11/72.3),

Ende August 2004 zwar von einem harten kapsulären Widerstand gesprochen wurde (Urk. 11.61.1), ein solcher bei späteren Untersuchungen indes nicht mehr vorgefunden worden ist,

die Ärzte im Herbst 2007 (vgl. hernach, Urk. 11/150.2) ein chronisches myofaszial betontes Schulter-Armsyndrom festgestellt haben, welche Diagnose auf eine funktionelle Störung hindeutet, insbesondere wenn sich die Beschwerden - wie hier - ausgeweitet haben beziehungsweise durch Therapiemassnahmen nicht zu beeinflussen waren (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2007, U 322/05, Erw. 3.2),

der Psychiater Dr. B.____ im April 2005 eine somatoforme Schmerzstörung zwar letztlich weder bejahen noch verneinen, den Teilaspekt einer anhaltenden schweren Schmerzsymptomatik aber klar bestätigen und mögliche psychosoziale Probleme oder emotionale Konflikte (nur) deswegen nicht eruieren konnte, weil die Versicherte anlässlich des Interviews keine erhellenden Angaben zu ihrer persönlichen Situation machte (Urk. 11/82.2 ff.),

die Begutachtung in der Rheumaklinik des Spitals C.____ vom März 2006 zeigte, dass das Ausmass der Schmerzen weit grösser war, als dies die klinischen Befunde erwarten liessen (vgl. Urk. 126.1); aus dieser Diskrepanz heraus eine somatoforme Schmerzstörung als "sehr wahrscheinlich" (Bericht vom 24. April 2006, Urk. 11/118.23) erachtet wurde,

anlässlich des stationären Abklärungsaufenthalts in der gleichen Klinik (vom 24. September bis 2. Oktober 2007) dann wie erwähnt - nebst einer akuten Hepatitis, einer leichten Hypalbuminämie, einem grenzwertigen Vitamin D-Mangel sowie leichter Hypokalzämie und Unterleibsschmerzen bei Uterusmyom - ein chronisches myofaszial betontes Schulter-Armsyndrom links und eine schwere depressive Episode (DD posttraumatische Belastungsstörung) diagnostiziert worden sind (Urk. 11/150.2),

bei der Untersuchung nach wie vor (vgl. Urk. 11/118.1) nur "geringgradige organische Befunde" erhoben werden konnten, welche "allenfalls noch einen somatischen Kern von (geringfügigen) Restbeschwerden erklären könnten" (Urk. 11/150.3),

das Verhalten der Versicherten sich "nur auf dem Hintergrund der oben erwähnten Depression erklären" liess und angesichts der "geringgradigen Schonungszeichen" davon ausgegangen wurde, dass die Versicherte den Arm "im Rahmen des ihr aus psychischen Gründen Möglichen" durchaus noch einsetze; das interdisziplinäre Assessment die Etablierung eines ausgeprägten Angst- und Vermeidungsverhaltens ergab, welches die Versicherte fast jeder Selbständigkeit beraubt und sie praktisch an ihre Wohnung gefesselt habe (Urk. 11/150.3),

danach höchstens noch minimale somatische Behinderungen aus dem Unfallereignis vom 22. Oktober 2002 anzunehmen sind und einleuchtet, wenn Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2007 (Urk. 11/151.1) festhält, dass der "heutige Zustand der Patientin durch das ursprünglich erlittene Trauma nicht erklärbar" sei, die "ausgeprägten psychischen Veränderungen weit im Vordergrund" stünden, "heute keine wesentlichen organischen Unfallfolgen" mehr vorlägen beziehungsweise allfällige Folgen "im Vergleich zur Gesamtsituation zu vernachlässigen" seien und die seit fünf Jahren immer wieder in Angriff genommene Behandlung der Unfallfolgen "zu einer konstanten Verschlechterung der Gesamtsituation" geführt habe, weswegen eine weitere Behandlung aussichtslos erscheine (Urk. 11/151.2), vor diesem Hintergrund die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen richtigerweise eingestellt und die Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung - bei zu Recht ausdrücklich nicht bestrittener fehlender Adäquanz der psychischen Problematik - verneint worden sind, was zur Abweisung der Beschwerde führt,

das Gericht über die Entschädigung an die mit Gerichtsverfügung vom 14. November 2008 (Urk. 13) als unentgeltliche Rechtsbeiständin für das vorliegende Verfahren bestellte Rechtsanwältin Christine Fleisch nach Eingang der Kostennote separat entscheiden wird; erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Christine Fleisch
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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.