

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00135 vom 8. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00135

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00135 du 8 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00135 del 8 settembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1946 geborene X. unterzog sich 1974 einer Meniskusoperation des rechten Knies. Am 3. Januar 1975 wurde er bei einem Bahnübergang von einem Zug erfasst und erlitt verschiedene Verletzungen des rechten Beins. Zu diesem Zeitpunkt war er nicht bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert. Im Jahr 1980 liess er der SUVA, bei welcher er nun obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert war, Knieschmerzen melden. Die SUVA lehnte eine Leistungspflicht jedoch ab (Bericht der SUVA vom 5. April 1982, Urk. 9/12).

1.2. Am 27. Februar 1982 stürzte X. eine Treppe hinunter und erlitt eine Kniekontusion. Die SUVA schloss die Behandlung im Juni 1982 bei voller Arbeitsfähigkeit ab (Urk. 9/7).

1.3. Am 1. September 1986 liess der Versicherte der SUVA melden, er sei am 12. August 1986 beim Rennen in ein Loch getreten und habe sich dabei das rechte Knie verletzt (Urk. 9/1). Am 2. September 1986 wurde eine Arthroskopie mit Abrasio patellae durchgeführt (Bericht des Spitals D. vom 9. September 1986, Urk. 9/10). In der Folge stellte die SUVA ihre Leistungen ein (Urk. 10/4).

1.4. Der SUVA wurde am 3. Oktober 1988 gemeldet, der Versicherte habe sich am 21. September 1988 den Fuss vertreten und sich dabei wiederum das rechte Knie verletzt (Urk. 10/1). Mit Verfügung vom 9. Dezember 1988 lehnte die SUVA für dieses Ereignis eine Leistungspflicht ab (Urk. 10/8).

1.5. Am 19. August 1994 liess der Versicherte der SUVA einen Treppensturz vom 15. August 1994 melden (Urk. 11/1). Es resultierte eine Clavicula-Fraktur links, welche nach konservativer Therapie wegen Pseudarthrosebildung am 9. November 1995 saniert wurde (Operationsbericht der Klinik Y. vom 9. November 1995, Urk. 11/30). Am 2. April 1998 wurde das Osteosynthesematerial entfernt (Operationsbericht der Klinik Y. vom 2. April 1998, Urk. 11/74). Mit Verfügung vom 21. Juli 1999 wurden dem Versicherten für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 15. August 1994 ab 1. August 1999 eine Invalidenrente auf Grund eines Invaliditätsgrades von 20 % sowie eine Integritätsentschädigung von 10 % zugesprochen (Urk. 11/103). Die vom Versicherten am 30. August 1999 erhobene Einsprache (Urk. 11/104) wies die SUVA ebenso ab (Einspracheentscheid vom 29. November 2000, Urk. 11/121) wie das hiesige Gericht die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde (Urteil vom 18. Oktober 2002, Urk. 11/128).

1.6. Der Versicherte rutschte am 18. Dezember 1996 beim Skifahren aus und verdrehte sich dabei das rechte Knie (Unfallmeldung UVG vom 6. Januar 1996 [richtig: 1997], Urk. 12/1). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 28. Juli 1997 stellte sie bezüglich des Unfalls vom 18. Dezember 1996 ihre Versicherungsleistungen ein (Urk. 12/26) und wies die Einsprache des Versicherten vom 4. September 1997 (Urk. 12/27) am 6. Mai 1998 ab (Urk. 12/47). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 17. August 2000 ab (Urk. 11/109).

1.7. Mit Unfallmeldung vom 19. Februar 1998 liess der Versicherte der SUVA mitteilen, er habe sich am 17. Februar 1998 bei der Arbeit an der linken Schulter verletzt (Urk. 13/1). Betreffend diesen Unfall wurde der Beschwerdeführer ab dem 3. April 1998 wieder als voll arbeitsfähig erklärt (Bericht der SUVA vom 22. Mai 1998, Urk. 13/12).

1.8. Am 5. Juni 2002 liess der Versicherte der SUVA melden, er sei am 2. Juni 2002 beim Baden ausgerutscht und habe sich seine linke Schulter verletzt (Unfallmeldung UVG vom 5. Juni 2002, Urk. 14/1a). Die SUVA übernahm die Kosten für die Heilbehandlung. Nach August 2002 sind keine Leistungen der SUVA mehr aktenkundig.

1.9. Wegen Schulterbeschwerden links liess der Versicherte im Februar 2005 einen Rückfall des Unfalls vom 15. August 1994 melden (Bericht der Klinik Y. vom 2. Februar 2005, Urk. 11/131), wofür die SUVA ihre Leistungspflicht anerkannte (Urk. 11/133). Am 22. April 2005 wurde eine Schulter-Arthroskopie links mit Acromioplastik und Resektion des AC-Gelenks durchgeführt (Operationsbericht der Klinik Y. vom 22. April 2005, Urk. 11/137). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2005 verneinte die SUVA einen Anspruch auf Versicherungsleistungen bezüglich der inzwischen aufgetretenen Schwindelbeschwerden mangels eines mindestens wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs (Urk. 11/152). Mit Verfügung vom 7. Dezember 2005 stellte die SUVA ihre Taggeldleistungen per 15. Dezember 2005 ein und hielt fest, dass der Versicherte weiterhin Anspruch auf eine 20%ige SUVA-Rente hat (Urk. 11/161). Hiergegen erhob der Versicherte am 29. Dezember 2005 Einsprache (Urk. 11/163).

1.10. Am 15. Dezember 2005 meldete der Versicherte einen Unfall vom gleichen Tag, bei welchem ein rückwärtsfahrender Lieferwagen mit seinem Auto im Bereich der linken Hinterräder kollidierte. Der Versicherte gab an, sich an der Schulter verletzt zu haben (Urk. 15/1-3). Mit Verfügung vom 30. November 2007 wurde dem Versicherten für den Unfall vom 15. August 1994 eine zusätzliche Integritätsentschädigung in der Höhe von 5 % und für den Unfall vom 15. Dezember 2005 eine Integritätsentschädigung von 4 % wegen Verschlimmerung der Schulterbeschwerden zugesprochen (Urk. 15/61). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 17. Januar 2008 Einsprache (Urk. 15/62).

1.11. Am 19. November 2008 meldete Dr. med. Z., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, als Folge des Unfalls im Jahr 1986 eine posttraumatische Gonarthrose rechts, die der Behandlung mit einer Knie-Totalprothese bedürfe (Urk. 12/52). Mit Verfügung vom 7. Januar 2009 verneinte die SUVA eine Leistungspflicht hierfür (Urk. 12/56). Hiergegen erhob der Versicherte am 9. Februar 2009 Einsprache (Urk. 9/57).

1.12. Mit Einspracheentscheid vom 18. März 2010 wies die SUVA die vom Versicherten gegen die Verfügungen vom 7. Dezember 2005, vom 30. November 2007 und vom 7. Januar 2009 erhobenen Einsprachen ab (Urk. 2).

2. Hiergegen liess der Versicherte am 3. Mai 2010 durch Rechtsanwalt Felix Barmettler Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren erheben:

1. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 18. März 2010 sei aufzuheben.

E. 2

Die SUVA sei zu verpflichten, für die Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese rechts die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen und für die Folgekosten aufzukommen.

E. 2.1

2.1.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht für die Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese rechts in der Verfügung vom 7. Januar 2009 mit der Begründung, die geltend gemachten Beschwerden ständen im Zusammenhang mit dem Unfall aus dem Jahr 1973. Da dieses Ereignis nicht durch sie versichert gewesen sei, sei sie auch für die Folgen davon nicht leistungspflichtig (Urk. 12/56). Nachdem die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 18. März 2010 die Abweisung des Leistungsanspruchs damit begründete, das hiesige Gericht habe mit Urteilen vom 17. August 2000 und 18. Oktober 2002 eine Leistungspflicht für die Kniebeschwerden bereits rechtskräftig verneint (Urk. 2 S. 7), hielt sie in der Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2010 fest, dass diese Urteile einer Leistungspflicht zwar nicht entgegenständen, dass die Kniebeschwerden jedoch auf ein nicht bei ihr versichertes Ereignis der 70er Jahre zurückzuführen seien (Urk. 8 S. 4).

2.1.2 Der Beschwerdeführer wendet hiergegen im Wesentlichen ein, er habe zahlreiche Unfälle, welche durch die SUVA versichert seien, erlitten, bei denen sein Knie beeinträchtigt worden sei. Die Klinik Y. halte sowohl in ihrem Bericht vom 10. September 2008 als auch im Ersuchen um Kostengutsprache fest, dass die Indikation zur Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese unfallkausal sei. Auch Dr. Z. gehe von einer Unfallindikation aus, wobei er gemäss Schreiben vom 19. November 2008 an die Beschwerdegegnerin den erforderlichen Eingriff als Folge des SUVA-versicherten Unfalls im Jahr 1986 beurteile (Urk. 1 S. 9-10).

2.2 Die Beschwerdegegnerin hat die gesetzlichen Bestimmungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Berufs- und Nichtberufsunfällen nach Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sowie bei Rückfällen und Spätfolgen nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) und die von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze zum für eine Leistungsberechtigung erforderlichen Kausalzusammenhang im angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. März 2010 richtig wiedergegeben (Urk. 2). Darauf kann verwiesen werden.

E. 2.3

2.3.1 Dr. Z. teilte der Beschwerdegegnerin am 19. November 2008 mit, beim Beschwerdeführer bestehe als Folge des Unfalls im Jahre 1986 eine posttraumatische Gonarthrose rechts, die der Behandlung mit einer Knie-Totalendoprothese bedürfe. Da es sich um Unfallfolgen handle, sei die Beschwerdegegnerin sowohl für Taggelder als auch für die Operationskosten leistungspflichtig (Urk. 12/52).

2.3.2 Kreisarzt Dr. med. A., Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt mit Bericht vom 11. Dezember 2008 fest, seines Erachtens liege kein Rückfall zu einem versicherten Ereignis vor. Der

Beschwerdeführer habe sich bereits 1974 einer Meniskusoperation am rechten Kniegelenk unterzogen. In den Unterlagen finden sich teilweise Hinweise darauf, dass es ohne Unfall zu dieser Operation gekommen sei, in anderen Dossiers gebe es Hinweise darauf, dass ein Unfall vorausgegangen sei. Dieser allfällige Unfall sei jedenfalls nicht durch die Beschwerdegegnerin versichert gewesen. Am 3. Januar 1975 habe der Beschwerdeführer mehrere Verletzungen am rechten Bein erlitten, wobei auch das rechte Knie genannt werde. Nähere Angaben hiezuhin liegen jedoch nicht vor, möglicherweise sei es hier nochmals zu einer Traumatisierung gekommen, der Beschwerdeführer sei zu diesem Zeitpunkt jedoch ebenfalls noch nicht durch die Beschwerdegegnerin versichert gewesen. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer dann wiederholt Kniebeschwerden ohne Traumatisierung verspürt. Im Rahmen des Unfalls vom 12. August 1986 habe sich der Beschwerdeführer beim Bewältigen eines Vitaparcours das rechte Knie verdreht und zunehmend Beschwerden verspürt. Am 2. September 1986 sei dann eine diagnostische Arthroskopie durchgeführt worden. Diese habe bereits deutliche degenerative Veränderungen ergeben. Im Operationsbericht werde jedoch nichts beschrieben, was auf eine richtungsgebende Verschlechterung durch den Unfall vom 12. August 1986 hinweise. Es finde sich allerdings dort der Hinweis, dass 1980 eine Restmenisektomie rechts medial durchgeführt worden sei. Entsprechend Urk. 9/12 gehe er davon aus, dass bei Ablehnung des Falles diese Restmenisektomie nicht zulasten der Beschwerdegegnerin erfolgt sei. 1988 sei am rechten Kniegelenk nochmals eine Arthroskopie durchgeführt worden, für welche die Beschwerdegegnerin ebenfalls eine Leistungspflicht abgelehnt habe. Die entscheidende und initiale Schädigung, welche nun zu einer Pangenarthrose geführt habe, sei auf die 70er Jahre zurückzuführen, 1974 sei eine mediale Teilmenisektomie erfolgt, 1980 sei wohl der Restmeniskus medial entfernt worden. Die Beschwerdegegnerin sei in diese Fälle nicht involviert gewesen. Bei den vorliegenden Unfällen habe es keine richtungsgebende Verschlechterung des Vorzustandes gegeben. Leistungspflichtig sei entweder die Krankenkasse oder die Unfallversicherung, welche für das Ereignis von 1974 leistungspflichtig gewesen sei (Urk. 12/54).

2.3.3.3. Dr. A. legt in nachvollziehbarer und verständlicher Weise dar, dass die Kniebeschwerden des Beschwerdeführers nicht auf ein durch die Beschwerdegegnerin versichertes Ereignis zurückzuführen ist. Er erklärt insbesondere in nachvollziehbarer Weise, weshalb die Pangenarthrose nicht, wie von Dr. Z. angeführt, auf den Unfall vom 12. August 1986 zurückzuführen ist, sondern auf ein nicht durch die Beschwerdegegnerin versichertes Vorereignis beziehungsweise eine degenerative Veränderung. Dr. Z. seinerseits legt nicht dar, weshalb die Pangenarthrose auf das Unfallereignis vom 12. August 1986 zurückzuführen sei. Die Einschätzung von Dr. A. steht auch nicht im Widerspruch zur Einschätzung der Klinik Y., welche beim Gesuch um Kostengutsprache vom 11. Mai 2009 von Unfallfolgen spricht (Urk. 12/63) und im Bericht vom 10. September 2008 festhält, die Kniegelenkspathologie laufe als Unfallereignis über die SUVA (Urk. 12/51). Die Klinik Y. hält damit lediglich fest, dass die Pangenarthrose durch einen Unfall verursacht ist, zur Frage, ob es sich hierbei jedoch um ein von der Beschwerdegegnerin versichertes Ereignis handelt, macht sie keine Angaben.

2.4. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. A. die Leistungspflicht für die

Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese verneint hat.

3.

3.1. Weiter gilt es zu prüfen, ob der Beschwerdeführer neu nicht nur Anspruch auf eine einem Invaliditätsgrad von 20 %, sondern einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % entsprechende Rente der Beschwerdegegnerin hat (Urk. 1).

3.2. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Person, die eine Rente bezieht, erheblich, so wird die Rente für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 22 Abs. 1 Satz 1 UVG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Demgemäss ist nach den von der Rechtsprechung zu Art. 41 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) entwickelten Grundsätzen, die sinngemäss auch bezüglich Art. 22 UVG gelten (RKUV 1987 Nr. U 32 S. 446), die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen).

Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverföhung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföhung (BGE 112 V 372 Erw. 2b; RKUV 1989 Nr. U 65 S. 71). Wird in späteren Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenverföhung nicht geändert, sondern bestätigt, kommt der entsprechenden Revisionsverföhung keine rechtserhebliche Bedeutung zu (vgl. BGE 109 V 265 Erw. 4a).

E. 3

Dem Versicherten sei eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 80 % mit Wirkung ab 16.12.2007 auszurichten.

E. 3.3

3.3.1. Zu Beurteilung der Frage, inwieweit beim Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, gilt es zunächst zu prüfen, für welche vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden die Beschwerdegegnerin überhaupt leistungspflichtig ist. Hierbei ist insbesondere strittig, ob die Beschwerdegegnerin für das vom Beschwerdeführer geklagte myofasziale Schmerzsyndrom leistungspflichtig ist.

3.3.2. Dr. med. B. ____, Leitender Oberarzt Orthopädie der Klinik Y. ____, hielt mit Bericht vom 6. April 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein bekanntes myofaszielles Schmerzsyndrom des Schultergürtels links bei Status nach Clavicula- und AC-Gelenksoperation. Die Situation sei bis zum Autounfall vom 15. Dezember 2005 einigermaßen erträglich gewesen. Dabei sei dem Beschwerdeführer ein Auto auf die linke Seite in die hintere Türe gefahren. Der Beschwerdeführer habe die Türe geöffnet, der Autofahrer sei weiter gefahren und der Beschwerdeführer habe die Türe ruckartig wieder schliessen lassen und sie sei ihm heftig gegen den linken Schultergürtel gestossen. Dadurch sei das gesamte bekannte Schmerzsyndrom im linken Arm wieder aufgeflammt. Sowohl die Schmerzen in der Schulter als auch die Fingerbeschwerden seien wieder deutlich stärker geworden

(Urk. 15/9).

Am 12. Oktober 2009 hielt Dr. B. ___ fest, der Beschwerdeführer habe in der Zwischenzeit eine Knie-Totalendoprothese am 29. Januar 2009 erhalten. In der Folge sei es dann zu einer länger andauernden Stockentlastungsphase gekommen. Es bestehe nach wie vor ein deutliches Hinken bei persistierenden Knieschmerzen rechts. In der Folge hätten sich dann die Schmerzen im linken unteren Rippenbogen aufgebaut, die in den letzten Wochen exazerbiert hätten. Schmerzen seien tagsüber brennender Natur im linken unteren Rippenbogen mit Ausstrahlung gegen proximal in die Scapula und Richtung Nacken und nachts beim Draufliegen. Als Befunde führte Dr. B. ___ einen Schultertiefstand links mit Rotationsfehlstellung der linken Scapula und eine massive Hypertonie der gesamten periscapulären Muskulatur mit entsprechenden Druckdolenzen an. Der linke untere Rippenbogen zeige eine Druckdolenz jedoch keinen axialen Stossschmerz. Husten und tiefes Einatmen lösten keinen wesentlichen Schmerz aus. Es sei zu einer Exazerbation des bekannten chronischen myofaszialen Schmerzsyndrom des linken Schultergürtels gekommen. Die Stockentlastung könne durchaus als Trigger funktioniert haben (Urk. 12/74).

3.3.3 Das myofasziale Syndrom ist ein Krankheitsbild, welches sich durch regionale oder generalisierte Muskelschmerzen und damit zusammenhängende Beschwerdebilder charakterisiert. Als entscheidendes Kriterium für die Diagnosestellung gilt das Vorliegen sogenannter Triggerpunkte. Dabei handelt es sich um lokale Muskelverspannungen, die einen Übertragungsschmerz (referred pain) in einer für jeden Muskel spezifischen Zone (Reflexzone) auslösen. Im Sinne einer Kettenreaktion können in weiteren Muskeln zusätzliche Triggerpunkte entstehen, welche durch Überlagerung der Referenzonen zu teilweise sehr komplexen Einschränkungen führen können. Triggerpunkte sind durch Palpation klinisch feststellbar und mittels spezifischer Untersuchungsmethoden ansatzweise auch objektivierbar. Nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft fehlt es aber an allgemein anerkannten Kriterien, welche die Existenz von Triggerpunkten und damit auch die Diagnose eines myofaszialen Syndroms objektiv zu belegen vermöchten (Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2007 in Sachen B., U 49/06, Erw. 3.3.1 mit Hinweisen). Insbesondere können auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur und Druckdolenzen für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2010 in Sachen K., 8C 736/2009, Erw. 3.2). Die unfallrechtliche Adäquanz des myofaszialen Schmerzsyndroms ist daher nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Kriterien zu prüfen.

3.3.4 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen,

dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überbetreten 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 Eindringlichkeit 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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 beziehungsweise 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 anderen 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).

3.3.5 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die vom Beschwerdeführer erlittenen Unfälle mit Ausnahme des Unfalls vom 15. August 1994 als leicht beziehungsweise banal (Urk. 2 S. 9). Diese Qualifizierung wird durch den Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt und ist auch nicht zu beanstanden. Da kein Anlass besteht, bei den vom Beschwerdeführer erlittenen einfachen beziehungsweise banalen Unfällen von der Regel, wonach diese nicht geeignet sind, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, abzuweichen, kann für sämtliche Unfälle mit Ausnahme des Unfalls vom 15. August 1994 die Adäquanz ohne Weiteres verneint werden. In Bezug auf den Unfall vom 15. August 1994 führt die Beschwerdegegnerin zutreffend an, dass von den Zusatzkriterien gemäss BGE 134 V 116 lediglich eines, nämlich der schwierige Heilungsverlauf erfüllt ist. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer erlittenen Unfällen und dem geklagten myofaszialen Schmerzsyndrom verneinte.

E. 3.4.1

Die Beschwerdegegnerin ist unbestrittenermassen für die unabhängig vom myofaszialen Schmerzsyndrom bestehenden Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers leistungspflichtig. Zu prüfen bleibt, inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit auch seine Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Schulterbeschwerden seit dem Einspracheentscheid vom 29. November 2000, der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 18. Oktober 2002 bestätigt wurde (Sachverhalt Erw. 1.5), verändert hat.

E. 3.4.2

Das hiesige Gericht ging im Urteil vom 18. Oktober 2002 in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Rheumaklinik des Spitals E.____ vom 26. Juli 2000 (Urk. 11/111) davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, sofern Arbeiten über Kopfhöhe, das Heben von Gewichten über der Horizontalen links, längeres Gehen auf unebenem Gelände sowie das repetitive Treppen- und Leiternsteigen vermieden werden (Urk. 11/128/10). Bei diesem Belastungsprofil waren auch die Kniebeschwerden, welche sowohl damals als auch heute unbeachtlich sind, berücksichtigt.

E. 3.4.3

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, nahm am 11. November 2005 eine kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vor. Er stellte dabei in Bezug auf die linke Schulter eine reizlose Narbe von 11 Zentimeter Länge über dem mittleren

Claviculardrittel und eine reizlos abgeheilte Narbe über dem Deltoideus fest. Es lägen ein Schultergeradstand, eine seitengleiche Trophik, eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk sowie eine Druckdolenz über dem Sulcus deltoideopectoralis vor. Unter alleiniger Berücksichtigung der Beschwerden an der linken Schulter sei eine Arbeit ganztags zumutbar. Leichtere Gewichte bis 10 Kilogramm könnten getragen werden. Überkopfarbeiten seien mit der linken oberen Extremität nicht möglich. Das Gewicht von zu hebenden Lasten bis auf Taillenhöhe sei auf maximal 10 Kilogramm beschränkt, bis auf Brusthöhe auf 5 Kilogramm. Repetitiv weit ausreichende Arbeiten mit der linken oberen Extremität seien nicht zumutbar. Tätigkeiten, die mit Impulswirkungen verbunden seien, wie Arbeiten mit stossenden oder vibrierenden Geräten, seien ungeeignet (Urk. 11/157).

Dr. C.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 17. April 2007 erneut und bestätigte das am 11. November 2005 erstellte Zumutbarkeitsprofil (Urk. 15/41).

Dr. C.____ hielt mit ärztlicher Beurteilung vom 29. November 2007, bei welcher er sich auf den Bericht von Dr. B.____ vom 9. November 2007 stützte, fest, die Situation habe sich einigermaßen stabilisiert, wobei die Schmerzproblematik im Winter regelmässig deutlich schlechter sei. Der Beschwerdeführer könne das tägliche Leben einigermaßen meistern. Dr. B.____ habe bei seiner Untersuchung am 8. November 2007 am linken Schultergelenk eine Abduktion und eine Flexion bis etwa 60° festgestellt. Er selber habe am 17. April 2007 eine Flexion bis 50° und eine Seitwärtsrotation von 80° erhoben. Die Unterschiede seien unerheblich und lägen in der Tagesform des Beschwerdeführers und der Messgenauigkeit des Untersuchers. Die Zumutbarkeitsbeurteilung, wie er sie am 17. April 2007 festgehalten habe, behalte ihre Gültigkeit. Dr. B.____ halte denn auch fest, die Belastungslimiten der zuletzt durchgeführten SUVA-Beurteilung könnten übernommen werden (Urk. 15/60).

3.4.4 Dr. B.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 12. Juni 2006. Er hielt dabei fest, es bestehe ein chronifiziertes myofasiales Schmerzsyndrom mit unangenehmer Schmerzentwicklung und zunehmender Belastungstoleranz. Diese Entwicklung entspreche auch der Beurteilung, die von ihrem Schmerzspezialisten durchgeführt worden sei. Medizinisch interventionell sehe er im Moment keine Möglichkeit, die Situation zu verbessern, Steroid-Infiltrationen brächten bekannterweise nicht viel, und die Physiotherapie bringe eher eine Verstärkung der Schmerzen. Er denke, die Situation sei am schmerzärmsten, wenn sie unter gelegentlicher Schmerzmitteleinnahme in Ruhe gelassen werde. Zusätzlich sei ein leichter Arbeitseinsatz wünschenswert, wobei natürlich ausgedehnte Restriktionen beständen. Eine solche Arbeit würde vor allem aus seiner Tätigkeit mit dem rechten Arm ohne Schlagbelastungen für den linken Arm bestehen. Der linke Arm müsse dabei aufgestellt werden können, und es müsse die Möglichkeit zum Lagewechsel bestehen und es sei höchstens ein Einsatz bei leichten Hilfestellungen möglich. In einer solchen adaptierten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 25 bis 30 % zeitlich gesehen möglich. In seiner angestammten Tätigkeit als Maschinist und Chauffeur bestehe eine definitive 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 15/20).

Mit Bericht vom 9. November 2007 diagnostizierte Dr. B.____ ein chronisches myofasiales Schmerzsyndrom des Schultergürtels links bei Status nach Clavicula- und AC-Gelenksoperation. Es zeige sich ein stabiler Defektzustand mit

chronischen myofaszialen Schmerzen, die jedoch zur Zeit in einem einigermaßen kompensierten Gleichgewicht seien. Chirurgische Möglichkeiten, die Situation zu verbessern, sehe er keine mehr. Die konservativen Therapien müssten dahingehend ausgerichtet werden, den jetzigen Zustand so lang als möglich zu erhalten, was aufgrund des bisherigen Befundes wohl auch möglich sein sollte. Er denke, die Arbeitsfähigkeit von 20 % sei realistisch und sollte auch bis zur Pensionierung durchführbar sein, da der Beschwerdeführer für diese Arbeit auch sehr motiviert sei. Anstehend sei nun eine IV-Beurteilung, diesbezüglich könnten die Belastungslimiten der zuletzt durchgeführten SUVA-Beurteilung sicher übernommen werden (Urk. 15/56).

Am 24. April 2008 hielt Dr. B. fest, die Situation habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung im November 2007 nicht wesentlich verändert. Der Beschwerdeführer leide unter einer chronischen Schmerzproblematik im Bereich der linken Schulter, welche sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft nicht mehr verbessern werde. Allerdings habe sich ein einigermaßen stabiler Defektzustand eingestellt, so dass auch nicht von einer rapiden Verschlechterung auszugehen sei (Urk. 15/65).

3.4.5 Dr. Z. diagnostizierte mit Bericht vom 19. März 2007 persistierende und invalidisierende Schmerzen im linken Schulterbereich nach Kontusion der linken Schulter und Status nach Clavicula- und AC-Gelenkoperation links. Der Verlauf gestaltete sich ausserst langsam und sei gekennzeichnet durch Schmerzen und Bewegungseinschränkung im linken Schulterbereich. Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. September 2006 zu 20 % arbeitsfähig (Urk. 15/42).

E. 3.5

3.5.1 Das von Dr. C. erstellte zumutbare Belastungsprofil entspricht demjenigen, welches das hiesige Gericht bereits im Urteil vom 18. Oktober 2002 festgehalten hatte. Dr. C. hält denn auch keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in Bezug auf die von der SUVA versicherten Schulterbeschwerden fest. Er erstellte das zumutbare Belastungsprofil anhand seiner eigenen Untersuchungen, überprüfte dabei aber auch ausdrücklich die Übereinstimmung mit den Abklärungen von Dr. B. Da die Berichte von Dr. C. schlüssig und nachvollziehbar sind, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin sich auf sein Beurteilungen stützt und keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers feststellen konnte.

3.5.2 Dr. B. attestierte dem Beschwerdeführer im Gegensatz zu Dr. C. lediglich noch eine rund 20%ige Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (Erw. 3.4.4). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt (Urk. 2 S. 13), berücksichtigte Dr. B. bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jedoch auch das geklagte myofasziale Schmerzsyndrom. Wie oben (Erw. 3.3) ausgeführt, ist die Beschwerdegegnerin für eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch das myofasziale Schmerzsyndrom jedoch nicht leistungspflichtig, weshalb dieses auch bei der Frage, ob eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, unberücksichtigt bleiben muss. Eine vom myofaszialen Schmerzsyndrom unabhängige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers geht aus den Berichten von Dr. B. nicht hervor. Die Berichte von Dr. B. stellen somit die Einschränkung von Dr. C.

nicht in Frage. So verweist Dr. B. ___ denn auch ausdrücklich auf das von Dr. C. ___ erstellte Belastungsprofil (Urk. 15/56).

3.5.3.3. Dr. Z. ___ berücksichtigte bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wie Dr. B. ___ ebenfalls das geklagte myofasziale Schmerzsyndrom (Erw. 3.4.5). Dr. Z. ___ hielt zudem in seinen Berichten keine eigenen Befunde fest, so dass auch nicht nachvollziehbar ist, inwieweit er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Ausschluss des myofaszialen Schmerzsyndroms als eingeschränkt erachtet. Die Beurteilung von Dr. Z. ___ vermag daher diejenige von Dr. C. ___ nicht in Frage zu stellen.

3.5.4. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit Dr. C. ___ eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers verneint und daher dem Beschwerdeführer keine höhere als auf einem Invaliditätsgrad von 20 % beruhende Rente zugesprochen hat.

4.

4.1. Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere als eine auf einer Integritätseinbusse von 19 % basierende Integritätsentschädigung hat.

4.2. Dr. C. ___ hielt mit Bericht vom 17. April 2007 betreffend Integritätseinbusse fest, am 15. August 1994 habe sich der Beschwerdeführer eine Clavicula-Fraktur links zugezogen. Nach konservativer Behandlung habe sich eine Pseudarthrose gebildet. Am 9. November 1995 seien eine Pseudarthrosenresektion und eine Plattenosteosynthese mit Spangioplastik erfolgt. Das Arthro-MRI vom 3. Juli 1995 dokumentiere eine intakte Rotatorenmanschette. Gleichzeitig finde man Zeichen eines subacromialen Impingements. Am 14. Juni 1999 sei ein kreisärztlicher Abschlussuntersuch durchgeführt worden. Der Integritätsschaden sei auf 10 % geschätzt worden. Wegen erneuten Beschwerden seien am 2. Februar 2005 in der Klinik Y. ___ subacromiale Infiltrationen vorgenommen worden. Aufgrund des Verdachts auf einen entzündlichen Prozess sei am 28. Februar 2005 eine Skelettszintigraphie gemacht worden. Diese habe keine Hinweise auf eine Hyperämie gezeigt. Schliesslich seien am 22. April 2005 eine Schulterarthroskopie links, eine Acromioplastik und eine AC-Gelenksresektion vorgenommen worden. Als Unfallfolge verbleibe eine erhebliche Funktionseinschränkung. Die Flexion sei aktiv noch bis 50° möglich, die Seitwärtsselevation bis 80°. Massgebend zur Schätzung des Integritätsschadens sei die Feinraster-Tabelle 1.2 Integritätsentschädigung gemäss UVG. Bei einer Beweglichkeit bis zur Horizontalen liege der Referenzwert bei 15 %. Bei einer Beweglichkeit bis 30° über die Horizontale (120°) liege der Referenzwert bei 10 %. Nehme man den Durchschnitt zwischen aktiver Flexion und aktiver Seitwärtsselevation, so ergebe dies 65 %. Aufgrund einer Extrapolation der vorher genannten beiden Referenzwerte dürfte der Integritätsschaden mit 19 % korrekt taxiert sein (Urk. 15/40).

4.3. Die von Dr. C. ___ auf 19 % festgesetzte Integritätseinbusse trägt den Restfolgen der Schädigung der linken Schulter rechtsgenügend Rechnung. Er legte diese in nachvollziehbarer und widerspruchsfreier Weise fest. Dr. C. ___ setzt sich zwar nicht bei der Beurteilung des Integritätsschadens selbst mit der Einschätzung von Dr. B. ___ auseinander, er hielt jedoch in der ärztlichen Beurteilung vom 29. November 2007

ausdrücklich fest (Erw. 3.4.3), dass Dr. B.____ mit der festgestellten Abduktion und Flexion bis 60° zwar leichtgradig andere Befunde erhoben habe, diese Differenz jedoch in der Tagesform des Beschwerdeführers und der Messgenauigkeit des Untersuchers liege. Wie ausgeführt, steht ein allfälliges myofasiales Schmersyndrom nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Unfall und ist daher bei der Ermittlung der Integritätsseinbusse nicht zu berücksichtigen. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind die vom Beschwerdeführer geklagten Kniebeschwerden, da diese nicht auf ein durch die Beschwerdegegnerin versichertes Ereignis zurückzuführen sind. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Integritätsseinbusse in Übereinstimmung mit Dr. C.____ auf 19 % festsetzte.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde in jeder Hinsicht als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist.

E. 4

Dem Versicherten sei eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätsseinbusse von 50 % auszurichten.

E. 5

Dem Versicherten sei die unentgeltliche Rechtsverteisteränderung durch den unterzeichnenden Rechtsanwalt im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht Zürich zu bewilligen.

E. 6

6.1 Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Gutheissung des Gesuchs vom 3. Mai 2010 Rechtsanwalt Felix Barmettler als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

6.2 Rechtsanwalt Felix Barmettler machte mit seiner Honorarnote einen Aufwand von 9.6 Stunden und Barauslagen von Fr. 49.35 geltend (Urk. 17). Der geltend gemachte Aufwand erweist sich im Hinblick auf die Bedeutung der Streitsache, den Schwierigkeiten des Prozesses und im Vergleich zu gleichgelagerten Fällen als angemessen. Die Entschädigung ist bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- auf insgesamt Fr. 2'119.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 3. Mai 2010 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Felix Barmettler, Kässnacht am Rigi, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt,

und Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Felix Barmettler, Kässnacht am Rigi, wird mit Fr. 2'119.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Felix Barmettler
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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.