

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00375 vom 13. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00375

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00375 du 13 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00375 del 13 marzo 2012

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 1. Januar 2006 rutschte die Beschwerdeführerin auf Eis aus und stürzte (Urk. 9/1 Ziff. 1-6); dabei zog sie sich eine Kontusion der Halswirbelsäule (HWS) und der rechten Schulter zu (Urk. 9/M3 Ziff. 6).

3.2 Ein MR der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS) vom 10. Januar 2006 ergab einen regelrechten postoperativen Status bei C5/6 - wo am 16. Juni 2005 eine Versteifungsoperation erfolgt war (vgl. Urk. 9/M5 Ziff. 1) - sowie vom craniocervikalen Übergang bis einschliesslich der gesamten BWS weite intraspinale Verhältnisse und keine eingengten Foramina (Urk. 9/M11).

3.3 Ein Arthro-MRI der rechten Schulter vom 25. Januar 2006 ergab den Nachweis einer leichtgradigen AC-Gelenksarthrose und keine Zeichen einer Tendopathie der Rotatorenmanschettensehne (Urk. 9/M9).

3.4 Am 8. Juni 2006 operierte Dr. med. Z., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die Beschwerdeführerin an der rechten Schulter; im Operationsbericht führte er aus, es habe sich der typische Mechanismus der antero-lateralen Supraspinatus-Ruptur gezeigt. Es habe wenig gebraucht, um bei einem Sturz beim Hochschlagen der Schulter ein Loch in der Rotatorenmanschette zu verursachen; dieses sei eindeutig vorhanden gewesen (Urk. 9/M2).

3.5 Am 31. Oktober 2007 nahm Dr. med. A., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine Arthroskopie der rechten Schulter mit Reacromioplastik und eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sowie Revision und Reinsertion des M. deltoideus vor (Urk. 9/M18).

3.6 Am 10. April 2008 berichtete Dr. A., nach erheblicher Belastung in einer Physiotherapie am 25. März 2008 seien zunehmende massive Schmerzen aufgetreten; es bestehe der dringende Verdacht auf eine erneute laterale Deltoidinsuffizienz mit Abriss des Deltoids nach primärem günstigem Verlauf (Urk. 9/M24). Am 14. April 2008 empfahl er ein operatives Vorgehen (Urk. 9/M25).

3.7 Die entsprechende Operation erfolgte am 13. Juni 2008, wobei als Diagnose ein knöcherner Defekt des Acromion rechts bei Status nach Acromioplastik mit Deltoidinsuffizienz genannt wurde; intraoperativ zeigte sich kein erneuter Abriss des Deltoids (Urk. 9/M30).

3.8 In der Folge berichtete Dr. A. über den Heilungsverlauf (Urk. 9/M31-M40), wobei er am 31. Juli 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk.

9/M32) und am 27. November 2008 berichtete, die Beschwerdeführerin sei zwei Stunden täglich in einem Arbeitsprogramm (Urk. 9/M34).

Am 12. Januar 2009 attestierte Dr. A.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % ab 1. Februar 2009 (Urk. 9/M35). Am 12. Januar 2009 berichtete er, nach einer erneuten Kontrolle am 23. März 2009 erfolge voraussichtlich eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit; aufgrund des nun günstigen Verlaufs sei mit einer voraussichtlich vollen Arbeitsfähigkeit im Beruf als Sekretärin zu rechnen (Urk. 9/M36).

Am 18. Mai 2009 berichtete Dr. A.____, unter Berücksichtigung des derzeitigen Reizzustandes, der voraussichtlich wieder regredient sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 % ab 1. Juni 2009 (Urk. 9/M40).

Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit begründete sich mit der schmerzhaften Pseudoparese der rechten Schulter. In Anbetracht der komplexen Vorgeschichte erscheine ihm, obwohl die letzte Operation ein Jahr zurückliege, im weiteren Verlauf noch eine Verbesserungsmöglichkeit zu bestehen. In einer Tätigkeit ohne Gebrauch des rechten Arms wäre prinzipiell eine Arbeitsfähigkeit möglich; eine solche scheine ihm für die Beschwerdeführerin nicht zumutbar (Urk. 9/M41).

Am 17. August 2009 führte Dr. A.____ aus, aufgrund des Befundes würde er die Arbeitsfähigkeit als Sekretärin auf 40 % eines Vollzeitpensums bemessen (Urk. 9/M42).

Am 16. November 2009 attestierte Dr. A.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 1. Januar 2010 (Urk. 9/M44). Dies bestätigte er am 15. Februar 2010 (Urk. 9/M48).

3.7

3.7.1 Am 21. April 2010 erstatteten Dr. med. B.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, PD Dr. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, und D.____, Physiotherapeutin, Zentrum E.____ (E.____), ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/M51).

Sie stützten sich dabei auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 5 f.), und die im Rahmen ihrer Untersuchungen und einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) am 25./26. Februar 2010 erhobenen Befunde (S. 6 ff.).

3.7.2 Die Beschwerdeführerin berichtete, sie bewältige den Haushalt zusammen mit ihrem Lebenspartner; er erledige die schwereren Tätigkeiten, sie die leichteren Haushaltarbeiten, die unterhalb Schulter- und Brusthöhe zu verrichten seien (S. 5 Ziff. 1.3). Als Beschwerden nannte sie in Ruhe nur minime, bewegungsabhängig vermehrte Schmerzen im Schulterbereich vorn mit Ausstrahlung, die immer wieder nach stärkeren körperlichen Belastungen auftraten (S. 6 Ziff. 2).

3.7.3 Gutachterin und Gutachter stellten die folgenden Diagnosen (S. 9 f.):

- schmerzbedingte Kraftminderung (Pseudoparese) der Schulter rechts bei / mit:
- Status nach Sturz mit Prellung der Schulter rechts am 1. Januar 2006
- Status nach Supraspinatussehnennaht am 8. Juni 2006

- Status nach Rekonstruktion Rotatorenmanschette sowie Revision und Reinsertion M. deltoideus am 31. Oktober 2007
- Status nach Revision, lateraler Clavicularesektion und Defektplastik mit autologem Knochenspan aus resezierter lateraler Clavicula; Osteosynthese mit zwei HCS-Schrauben, Deltoidreinsertion Schulter rechts am 13. Juni 2008
- sonographisch (August 2009) nachgewiesene Deltoidnarbe lateral (Rotatorenmanschette, reinsertierte M. deltoideus Portion-Kontinuität erhalten)
- Status nach Spondylodese C5/6 nach Cloward Robinson 2005
- anamnestisch Zervikobrachialgie rechts November 2009 (anamnestisch fraglich intermittierend auftretende Zervikobrachialgie rechts)

3.7.4.1.1 Das arbeitsbezogen relevante Problem bestehe in einer schmerzhaft verminderten Belastungstoleranz der rechten Schulter (Status nach Schulteroperation) und der Halswirbelsäule (Status nach Versteifung C5/6). Dadurch ergäben sich Einschränkungen bei statischen Positionen wie längeres Arbeiten am PC, beim Hantieren der Gewichte und Arbeit über Schulterhöhe. Aufgrund des Schon- und Angstvermeidungsverhaltens (insbesondere betreffend Halswirbelsäule) habe sich die Beschwerdeführerin in einigen Tests selbst limitiert, ohne dass eine funktionelle Limite habe eruiert werden können. Die Leistungsbereitschaft sei zuverlässig gewesen, die Konsistenz gut. Die Belastbarkeit liege allgemein im Minimum bei einer leichten Tätigkeit (S. 10 Ziff. 4.1).

3.7.5.1 Die von der Beschwerdeführerin beschriebene Tätigkeit als Sachbearbeiterin Wertschriften entspreche aufgrund der vorkommenden Gewichtsbelastung einer leichten Arbeit, die vor allem sitzend ausgeführt werde. Mithin bereiteten der Beschwerdeführerin aktuell das permanente Arbeiten an der Tastatur. Um den Schulterbeschwerden keinen Vorschub zu leisten, sei es empfehlenswert, die muskulären Defizite insbesondere im Schulter- und gesamten Rumpfbereich mittels intensiver Trainingstherapie noch weiter zu reduzieren. Möglich sei ein Pensum von 50 % mit einer schrittweisen Steigerung innerhalb von drei Monaten auf ein Pensum von 75 % (S. 10 Ziff. 4.1.2).

3.7.5.2 In der angestammten Tätigkeit als Wertschriften-Sachbearbeiterin, welche einer sitzenden leichten Tätigkeit mit guter ergonomischer Einrichtung entsprochen habe, sei die Beschwerdeführerin bei ganztägiger Präsenz und vermehrten Pausen zu 75 % arbeitsfähig. Die vermehrten Pausen begründeten sich durch die Möglichkeit zur Entlastung der Schultern bei Auftreten von etwas zunehmenden Schmerzen bei Einnahme einer statisch die Schultern belastenden Arbeitsposition am PC. Insgesamt seien über den Tag verteilt 2 Stunden ausreichend, um diese Entlastungsmomente zu gewährleisten (S. 11 Ziff. 5.1).

3.7.6.1 Zur Arbeitsfähigkeit in anderen beruflichen Tätigkeiten wurde ausgeführt, die Belastbarkeit liege allgemein im Minimum im Bereich einer leichten Tätigkeit. Möglich seien: Heben vom Boden zu Taillenhöhe bis mindestens 10 kg, Heben von Taille zu Kopfhöhe bis maximal 7.5 kg, Heben horizontal bis maximal 15 kg, Tragen rechte Hand bis mindestens 7.5 kg und Tragen linke Hand bis mindestens 10 kg. Arbeit über Schulterhöhe sollte lediglich manchmal (das heisst maximal 3 Stunden pro Tag) vorkommen und längeres Sitzen sollte unterbrochen werden können (S. 10 f. Ziff.

Möglichkeit zur Entlastung der Schultern bei Auftreten von etwas zunehmenden Schmerzen bei Einnahme einer statisch die Schultern belastenden Arbeitsposition am PC schaffen sollen. Dieser erhöhte Pausenbedarf entspricht der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (bei ganztägiger Präsenz) von 25 % .

Die damit attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % basiert mithin auf einer sehr differenzierten und umfassenden Abklärung der sich aus der Schulterproblematik ergebenden Einschränkungen, wobei der erhöhte Pausenbedarf überdies als recht entgegenkommend bemessen zu bezeichnen ist.

Dies gilt auch angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben (vorstehend E. 3.7.2) durchaus in der Lage ist, die unterhalb von Schulter- und Brusthöhe anfallenden Haushaltsarbeiten zu verrichten, und dass die Schmerzen im Schulterbereich - ebenfalls gemäss ihren Angaben - hauptsächlich nach stärkeren körperlichen Belastungen auftreten, mithin Beanspruchungen, die in einer üblichen Brotkäsebereitung gar nicht vorkommen.

Die Beschwerdeführerin machte geltend, der sie behandelnde Dr. A. hätte auch angefragt werden sollen (Urk. 1 S. 1, Urk. 11 S. 2 unten).

Welche zusätzlichen Erkenntnisse aus einer solchen Anfrage zu gewinnen (gewesen) wären, ist nicht ersichtlich. Dr. A. hat mehrfach schriftlich berichtet und auch zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen (vorstehend E. 3.6, E. 3.8). Im Januar 2009 attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und führte aus, aufgrund des nun günstigen Verlaufs sei mit einer voraussichtlich vollen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf zu rechnen. Ab Juni 2009 attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 40 % und ab Januar 2010 eine solche von 50 % ; im August 2010 führte er dann aus, eine Steigerung auf über 60 % erscheine ihm wenig realistisch. Zur Begründung führte er aus, die meisten Tätigkeiten als Sekretärin erfolgten mit dem zirka 50-60° angehobenen Arm, deshalb bestehe seiner Einschätzung nach doch eine deutlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, die er mit 50 % beurteilte.

Im Vergleich zu den im Rahmen der E.-Begutachtung getätigten Abklärungen, insbesondere der durchgeführten EFL, und den entsprechend differenzierten und präzisen Angaben zum verbleibenden Belastungsprofil im E.-Gutachten erscheinen die Ausführungen von Dr. A. zur von ihm postulierten Arbeitsunfähigkeit rudimentär und ausgesprochen pauschal. Es ist zwar bis zu einem gewissen Grad nachvollziehbar, dass er aus der Sicht des behandelnden Arztes den jeweiligen Angaben der Beschwerdeführerin über vorübergehend verstärkt aufgetretene Beschwerden ein grosses Gewicht beigemessen und gestützt darauf die Arbeitsunfähigkeit pauschal und sozusagen auf der sicheren Seite eher grosszügig bemessen hat. Umso deutlicher ist der Kontrast zum E.-Gutachten bezüglich Begründungsdichte und Nachvollziehbarkeit, und es ist bemerkenswert, dass Dr. A. auf dieses keinerlei Bezug genommen hat. Entweder wurde es ihm nicht unterbreitet und seine Beurteilung erfolgte auf entsprechend schmaler Akten- und Faktenbasis. Oder aber er hat vom E.-Gutachten Kenntnis gehabt; diesfalls fiel die fehlende Auseinandersetzung mit dem Gutachten umso schwerer ins Gewicht.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Angaben von Dr. A. zur Arbeitsfähigkeit nicht geeignet sind, die im E.-Gutachten erfolgte Beurteilung umzustossen.

4.4. Somit ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten im Bürobereich bei voller Präsenz 75 % beträgt.

Zur weiteren, von diesem Wert ausgehenden Invaliditätsbemessung und Rentenfestsetzung wurden beschwerdeweise keine Einwände erhoben. Sie ist nicht strittig und nicht zu beanstanden, weshalb sich dazu Weiterungen erübrigen.

Somit erweist sich die Zusprache einer Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 25 % als rechtens und die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

E. 5

5.1. Betreffend den Anspruch auf Heilbehandlung ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin weitere Therapien in dem laut E.____-Gutachten zur Erlangung der attestierten Arbeitsfähigkeit empfohlenen Umfang mit dem angefochtenen Entscheid zugesprochen hat.

Der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG ist somit - was auch in der erfolgten Rentenzusprache zum Ausdruck kommt - erreicht.

Dass die Beschwerdeführerin die Meinung vertritt, sie benötige weitere Heilbehandlung (Urk. 11 S. 2), ändert an diesem Faktum nichts, sondern beschlägt die Frage, ob ein Anspruch auf Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente im Sinne von Art. 21 UVG besteht.

Dazu machte die Beschwerdeführerin geltend, weil die Kostenübernahme für spätere Heilbehandlung von der Prüfung durch die Beschwerdegegnerin abhängt, könnte es sein, dass sie diese über die Krankenkasse abrechnen und somit Selbstbehalt und Franchise selber bezahlen müsste (Urk. 1 S. 1, Urk. 11 S. 1). Diese Feststellung ist als solche zutreffend. Entscheidend daran ist jedoch, dass es der gesetzlichen Ordnung entspricht, dass die Beschwerdegegnerin prüft, ob die Voraussetzungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG erfüllt sind oder nicht (vorstehend E. 1.2). Dass die entsprechende Anspruchsprüfung im Einzelfall zum Nachteil der Beschwerdeführerin ausfallen könnte, ändert nichts daran, dass sie im Gesetz vorgesehen und deshalb für die Beschwerdegegnerin, für das urteilende Gericht und auch für die Beschwerdeführerin verbindlich ist.

Dazu kommt, dass die Beschwerdegegnerin noch gar nicht über entsprechende Kostenvergütungsgesuche der Beschwerdeführerin entschieden hat. Die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage ist deshalb gar nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids und kann dementsprechend auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sein.

In diesem Punkt ist somit auf die erhobene Beschwerde nicht einzutreten.

5.2. Schliesslich beantragte die Beschwerdeführerin die Kostenübernahme für eine von ihr absolvierte Umschulung (Urk. 1 S. 1, Urk. 11 S. 3).

Eine gesetzliche Leistungspflicht des Unfallversicherers (vgl. vorstehend E. 1.1) besteht für Massnahmen zur Behebung oder Linderung des unfallbedingten Gesundheitsschadens (Heilbehandlung) und zum Ausgleich der unfallbedingten Erwerbseinbusse (Taggeld, Invalidenrente). Keine Leistungspflicht besteht

für Massnahmen der beruflichen Eingliederung.

Die Übernahme der Kosten für das erfolgreiche Casemanagement durch die Beschwerdegegnerin erfolgte nicht in Erfüllung einer gesetzlichen Leistungspflicht, sondern aus Kulanz. Ein gesetzlicher Anspruch auf noch weitergehende Leistungen dieser Art - wie namentlich die angeblich zugesagte Kostenübernahme für eine absolvierte Ausbildung (wofür sich in den Akten kein Beleg findet) - besteht nicht.

Diesbezüglich ist auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Entscheid zu verweisen (Urk. 2 S. 6 f. Ziff. 2.5), und soweit die Beschwerde abermals diesen Punkt beschlügt, ist auf sie nicht einzutreten.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerde betreffend Invalidenrente abzuweisen und in den übrigen Punkten nicht auf sie einzutreten ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- AXA Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

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.