

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00087

vom 19. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00087

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00087 du 19 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00087 del 19 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Un fallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusamm enhang besteht. Ursachen im Sin ne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Um stände, ohne deren Vor handensein der eingetretene Erfolg nicht als einge treten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht wer den kann. Entspre chend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des na türli chen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die al leinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schä di gende Ereignis zu sammen mit anderen Bedingungen die kör perliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beein trächtigt hat, der Unfall mit an dern Wor ten nicht wegge dacht werden kann, ohne dass auch die ein getretene gesund heitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesund heitlichen Störung ei n natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht übli chen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloss e Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinwei sen).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kau salzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem ge wöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebens erfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Er folges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Un falles 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 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 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 gehäufte 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 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 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 E. 2).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 25. Februar 2013 (Urk. 2) erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. April 2013 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die

SUVA zu verpflichten, ihm sowohl eine Integritätsentschädigung als auch eine Rente auszurichten (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2013 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 31. Mai 2013 wies das Gericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung (vgl. Urk.

1 S.

2) ab (Urk. 11). Mit Replik vom 23. September 2013 (Urk.

18) beziehungsweise Duplik vom 21. Oktober 2013 (Urk. 22) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Das Bundesgericht hat mit Urteil vom 17. November 2009 (Urk. 9/103) die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese eine interdisziplinäre medizinische Begutachtung durchführe und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. Falls dies er an organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden leide, die auf eine unfallbedingte Heilbehandlung oder unfallbedingte körperliche Fehllhaltung zurückzuführen seien, sei die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig, wenn die übrigen anspruchsbegründenden Voraussetzungen erfüllt seien (E.5.5). Das psychische Leiden des Beschwerdeführers sei gestützt auf die Zusammenfassung der Rehaklinik B.____ vom 20. Februar 2007 und das Gutachten des Instituts C.____ vom 26. Juni 2008 überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal auf den Unfall vom 2. Mai 2003 zurückzuführen. Nach Klärung der Frage, ob (noch) organisch-objektiv ausgewiesene Unfallfolgen beständen, werde die Beschwerdegegnerin zu den Adäquanzkriterien unbesrittenermassen nach BGE 115 V 133 E. 6c/aa, Stellung zu nehmen und über den Leistungsanspruch in psychischer Hinsicht neu zu befinden haben (E. 6).

E. 2.2

Im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass gemäss Gutachten von

Dr.

Z.____ und Dr.

A.____ vom 1. Februar 2011 unfallbedingte beziehungsweise auf die Operation vom 22. Januar 2004 zurückzuführende Schädigungen mit einem organischen Substrat einzig betreffend das linke dominante Schlüsselbein vorlägen. Offen bleibe hingegen, wie viel der geltend gemachten Schmerzen vom Osteosynthesematerial insbesondere durch die beiden zu langen Schrauben ausgelöst beziehungsweise unterhalten werde. Ein nachweisbares, umfassend erklärendes organisches Substrat für die geklagte linksseitige Schultersteife fehle hingegen (S. 5 E. 2c). Dem Gutachten könne weiter entnommen werden, dass nur die nachweislich geheilte Schlüsselbeinfraktur möglicherweise als unfallkausale Teilursache für die lokalen Beschwerden im mittleren Teil des Schlüsselbeins gelte. Betreffend die somatisch nachweisbaren Unfallfolgen am ausgeheilten linken Schlüsselbein beständen derzeit keine funktionellen Einschränkungen, weshalb sich ein natürlicher Kausalzusammenhang nicht mehr rechtsgenügend nachweisen lasse (S. 5). Zum adäquaten Kausalzusammenhang äusserte sich die Beschwerdegegnerin nicht.

E. 2.3

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, er leide seit der operativen Versorgung der Clavicula-Fraktur, die er sich beim Unfall zugezogen habe, an einer Frozen Shoulder. Diese sei orthopädisch festgestellt und organisch bedingt (S. 5). Sodann übte er Kritik am interdisziplinären Gutachten von Dr. Z. ___ und Dr.

A. ___ (S. 6 ff.). Zur Adäquanz führte der Beschwerdeführer in der Replik (Urk. 5) aus, es seien sämtliche Kriterien erfüllt (S. 6 ff.). 3. 3.1 3.1.1

Als Diagnose nannten

Dr. Z. ___ und Dr. A. ___

im Gutachten vom 1. Februar 2012 (Urk.

9/146 S. 41) einen Status nach Verkehrsunfall am 2. Mai 2003 mit/bei - Claviculafraktur links - Verdacht auf HWS-Distorsion - Schädelhirntrauma (gemäss Aktenlage Schädelhirntrauma, SHT; mild traumatic brain injury, MTBI) - Kontusion Thorax

Als orthopädische Diagnosen führten sie auf (S. 41) : - Status nach primär konservativer Therapie der Claviculafraktur mit/bei - Pseudoarthrose - operative Revision (Osteosynthese mit trikortikalem Span) am 22. Januar 2004 - Überlänge von zwei Schrauben mit Verdacht auf lokale Weichteilreizung - Frozen Shoulder links (postoperativ, dominant) mit/bei - Distraction des Acromioclaviculargelenkes (Toski I) - Acromioclaviculargelenk-Degeneration - Verdacht auf ein subacromiales Impingement bei Acromion Typ I-II nach Bigliani

Als neurologische Diagnosen erhoben sie (S. 41): - chronifiziertes Schmerzsyndrom - unspezifischer Nacken- und LWS-Beschwerden mit/bei - Schon- und Fehlhaltung - Muskulärer Dysbalance - residuell: Cervico-brachiales Syndrom links - chronisches cervico-spondylogenes und lumbovertebrales Syndrom links - chronische cervico-radikuläre oder lumbo-radikuläre Reiz- und Ausfallssymptome - Fehlhaltung und Schonhaltung, muskuläre Dysbalance mit Muskelinsuffizienz - chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - selten Migräne ohne Aura - Verdacht auf Analgetika-induzierte Triggerung der Kopfschmerzen Der Beschwerdeführer sei am 2. Mai 2003 mit dem Auto verunfallt. Dabei habe er sich eine Fraktur der linken Clavicula (dominante Seite) zugezogen. Gleichzeitig habe er sich eine Commotio cerebri, eine Kontusion am Thorax und eine Commotio spinalis der HWS zugezogen (S. 42). Die Claviculafraktur

sei primär konservativ behandelt worden und als die Konsolidation nicht eingetreten sei, gleichzeitig aber die Schmerzproblematik und die Funktionseinschränkung persistiert hätten, sei eine Osteosynthese mit einem cortikospongiösen Span aus dem linken Beckenkamm durchgeführt worden. Das Osteosynthesematerial sei noch in situ (S. 42). Trotz der klinisch und radiologisch nachgewiesenen Konsolidation der Fraktur mit ossärem Einbau des cortikospongiösen Spans persistiere eine subjektiv derart invalidisierend empfundene und geltend gemachte Schmerzhaftigkeit, dass heute klinisch der Eindruck einer somatisch bedingten Frozen Shoulder bestehe, obwohl bildgebend ein erklärendes Korrelat oder ein erklärender Hinweis vollständig fehlten und auch keine muskuläre Atrophie der linken Armmuskulatur vorliege (S. 43). Der anhaltende Schmerz am Beckenkamm links sei trotz der dort erfolgten Spanentnahme weder aus orthopädisch-traumatologischer noch aus neurologischer Sicht klar (S. 43). An der Schulter rechts sei radiologisch eine beginnende ACG-Arthrose zwar nachgewiesen, falle aber aus

orthopädischer Sicht als Ursache für die ebendort angegebenen Schmerzen im angegebenen Ausmass ausser Betracht und sei unfallfremd (S. 43) . Die HWS-Beschwerden betreffend sei in den Akten zwar eine durchgehende Brückensymptomatik festzustellen, indem bereits bei den ersten Untersuchungen an der Klinik D. ___ von einer ebendortigen Schmerzhaftigkeit und in der Folge auch von muskulären Verspannungen und sogar dem Verdacht auf Armplexus- oder Wurzelsion links gesprochen worden sei. Dann habe aber mittels spezifischer Untersuchungen eine relevante Pathologie ausgeschlossen werden können und es sei somit zeitnahe keine behandlungsbedürftige Problematik erkannt worden (S. 43) . Der linke Arm werde im Alltag anamnestisch weniger oder kaum eingesetzt und es werde eine Schonhaltung eingenommen (die funktionellen Griffe zum Nacken und Rücken seien in der Untersuchung nicht ausgeführt worden). Dies würde trotz Rechtshändigkeit bedeuten, dass eine relevante Einschränkung im Alltag bestehen müsste (S. 46) . Eine klinische oder radiologische Erklärung für das Phänomen der negierten Schulter respektive der Frozen Shoulder links finde sich aus fachärztlicher Sicht nicht ,

dies weder orthopädisch-traumatologisch noch neurologisch

(S. 46). Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sei, in Übereinstimmung mit den neurologischen Befunden und Interpretationen , eindeutig festzuhalten, dass die unbedingbar respektive obligatorisch zu erwartende Atrophie der linken Armmuskulatur wegen der anamnestisch angeblichen Inaktivität des linken Armes seit dem Unfall vollständig ausgeblieben sei. Auch sei keine Verminderung der links seitigen Handbeschwielung gegenüber rechts festzustellen, was nur dadurch erklärbar sei, dass ein regelmässiger symmetrischer Einsatz beider Hände statt finde , sicher aber eine deutliche Minderbenutzung der linken Hand nicht statt finde (S. 46 f.) . Das hier zu beurteilende Krankheitsbild der Schultersteife werde durch Synonymie wie adhäsive Kapsulitis oder Frozen Shoulder beschrieben. Es handle sich da bei grundsätzlich um eine benigne, eigenständige Erkrankung mit regelmässigem Ablauf. Der führende klinische Befund sei die Reduktion der aktiven und passiven Beweglichkeit, welche stadienabhängig von starken Schmerzen begleitet sein könne.

Die Diagnose werde klinisch gestellt. Unterschieden würden primäre und sekundäre Formen. Bei der primären Schultersteife sei die Ätiologie unbekannt und Häufungen in Verbindung mit Stoffwechselerkrankungen seien beschrieben. Bei den sekundären Formen seien Verletzungen oder Operationen der Schultersteife vorausgegangen (S. 47) . Die Frozen Shoulder sei und bleibe jedoch eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Neben der idiopathischen Form könne die Erkrankung durch Traumen, Entzündungen, Infektionen, Tumore, ionisierende Strahlen, systemische und lokale Stoffwechselstörungen ausgelöst werden. Pathologisch-anatomisch sei der gemeinsame Nenner die entzündliche Gefässproliferation, gefolgt von einer Verdickung und später von einer narbigen Retraktion der Gelenkkapsel (S. 48) . Es gelte in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer kein stadienhafter Verlauf vorliege, sondern die geltend gemachten Einschränkungen und Beschwerden seit Jahren die gleichen seien. Beispielsweise fehle die Regredienz der Schmerzen (ab Stadium II), und es liege auch keine Atrophie der betroffenen Muskulatur vor. Bildgebend sei eine retraktile Gelenkkapsel nicht vorhanden. Hieraus sei abzuleiten, dass nicht eine Frozen Shoulder (mindestens nicht eine typische Form), sondern eine, weder neurologisch noch orthopädisch-traumatologisch erklärbare , Funktionsstörung der linken Schulter unklarer Ätiologie bestehen müsse (S. 49) .

Als weitere Behandlung schlugen die Gutachter aus orthopädisch-traumatologischer Sicht eine Metallentfernung an der Clavicula als notwendig und zumutbar vor. Die mögliche Ursache einer Teilschmerzhaftigkeit im Bereich der Clavicula im Zusammenhang mit der Überlänge von zwei Schrauben entfiel dadurch vollständig. Da organisch/somatisch weder klinisch noch radiologisch erklärende Hinweise für die Frozen Shoulder vorlägen, erachteten die Gutachter es als sinnvoll, gleichzeitig die Beurteilung der effektiv möglichen Beweglichkeit durchzuführen (Beweglichkeitstestung in Narkose). Unter der nicht sehr wahrscheinlichen Hypothese, dass sich die Schultersteife effektiv im angegebenen oder relevanten Ausmass bestätigen sollte, könnte eine Narkosemobilisation erfolgen, was nur durchgeführt werden dürfe, weil kein somatisch-ausschliessendes Substrat vorliege, das eine derartige Therapie verbieten würde

(S. 51 f.). 3.1.2

Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. A.____ vom 6. Oktober 2010 (Urk. 9/145) kann entnommen werden, dass die aktuelle neurologische Untersuchung in der Interpretation erschwert sei ; bei einer Schon- und Fehlhaltung seien die Untersuchungsbefunde teilweise wechselnd. Der linke Arm werde im Alltag weniger oder kaum eingesetzt, es komme zu einer Schonhaltung. So würden die funktionellen Griffe zum Nacken und Rücken in der Untersuchung nicht ausgeführt. Dies bedeute eine relevante Einschränkung im Alltag bei allerdings vorliegender Rechtshändigkeit. Trotz der Schonhaltung und häufiger Vermeidung von Bewegungen im linken Arm seien keine fokalen Atrophien nachweisbar (S.

9) . Der linke Arm und auch der linke Schultergürtel würden kaum oder nur wenig aktiviert, wobei aber eine spontane Bewegung im Rahmen eines kleinen Bewegungsradius der Schulter möglich sei und sich selten auch zeige. Nach der Clavicula-Operation sei es zu einer Frozen Shoulder gekommen. Zudem sei eine Fehlhaltung vorhanden mit einer aktiven Schulter-Elevation rechts, so dass (visuell) der Eindruck einer schweren Parese im linken Schultergürtel entstehe. Bei der klinischen Untersuchung aber fehlten sichere fokale Paresen und es fehlten im Weiteren auch radikuläre (sensiblen und motorische) Ausfälle oder sichere Hinweise für ein myeläres Ausfallssyndrom. Die sensiblen Störungen im linken Schultergürtel und im linken Arm seien in wechselnder Lokalisation angegeben worden und seien nicht auf eine periphere Nervenläsion, da nicht übereinstimmend mit der Begrenzung, zurückzuführen (S. 9 f.) . Es fehlten insgesamt sichere Hinweise für eine organische Läsion von Nervenstrukturen im peripheren oder zentralen Nervensystem, da das Ausfallsmuster bei der Untersuchung wechselnd und topographisch anatomisch nicht übereinstimme. Dies werde bereits in den früheren neurologischen Untersuchungen festgehalten. Die ergänzend durchgeführten Neurographien mit Medianus- und Ulnarisneurographie links zeigten weiterhin weitgehend normale Befunde. Ein Sulcus ulnaris Rinnensyndrom und eine Polyneuropathie lägen nicht vor (S. 10 oben) . 3.2

Dr. med. E.____ , Oberarzt, und Dr. med. F.____ , Assistenzarzt , Klinik D.____ berichteten am 13. Dezember 2011 (Urk. 9/173), es sei vorerst nicht abschätzbar, ob eine Metallentfernung für den Beschwerdeführer tatsächlich gewinnbringend sein werde. Die Ärzte wollten daher nachmals die Schmerzsymptomatik genauer lokalisieren und vereinbarten eine sequenzielle diagnostische und therapeutische Infiltration subacromial im AC-Gelenk und glenohumeral sowie die Anfertigung von konventionellen Röntgenbildern. 3.3

Am 25. Januar 2012 (Urk. 9/175) berichteten Dr. med. G.____, Oberarzt, und Dr. med. H.____, Assistenzarzt,

Klinik

D.____, der Beschwerdeführer äusserte sich gegen eine Plattenentfernung an der Clavicula, einerseits aus Angst vor der Anästhesie, andererseits aber auch aufgrund der geringen bis unsicheren Erfolgsaussichten. Auch sie (die Ärzte) könnten keine genaue Prognose stellen, ob und um wie viel die Metallentfernung eine Schmerzlinderung erbringen würde, insbesondere deshalb, weil der Beschwerdeführer über der Platte keine Druckdolenz angebe. Aufgrund der heutigen Untersuchung sei es eher unwahrscheinlich, dass eine Metallentfernung wirklich eine relevante Schmerzlinderung bewirke. Gegen seinen Willen werde der Beschwerdeführer nicht operiert. 4.4.1.

Dr. Z.____ und Dr.

A.____

kamen in ihrem Gutachten vom 1. Februar 2011

(E. 3.1)

zum Schluss, dass die Claviculafraktur klinisch und radiologisch nachgewiesenermassen konsolidiert sei. Trotzdem entstehe klinisch der Eindruck einer so massig bedingten Frozen Shoulder. Bildgebend fehle indessen ein erklärendes Korrelat oder ein erklärender Hinweis vollständig. Damit gehen die Gutachter davon aus, dass die Frozen Shoulder nicht auf ein organisches Substrat zurückzuführen ist. Als unfallkausale Folge bezeichneten sie die geheilte Claviculafraktur, welche möglicherweise teilsächlich für einen Teil der lokalen Beschwerden im mittleren Drittel der Clavicula, nicht aber der Schulter, sei. Die konsolidierte Claviculafraktur bewirke keine Arbeitsunfähigkeit und keine Einschränkung in irgendwelchen Funktionen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das Gutachten ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Die Gutachter berücksichtigen die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Schliesslich wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten erstellt, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet. Es erfüllt daher die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.2

Was der Beschwerdeführer dagegen einwendet, verfährt nicht: 4.2.1

Insoweit der Beschwerdeführer zur Untermauerung seines Rechtsbegehrens immer wieder das Gutachten des Instituts C.____ vom 26. Juni 2008 heranzieht, ist ihm entgegengehalten, dass das Bundesgericht im Entscheid vom 17. November 2009 (Urk. 9/103) gerade dieses Gutachten als nicht genügend erachtet und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung zurückgewiesen hat. 4.2.2

Der Beschwerdeführer moniert, die neurologischen Befunde deckten sich wortwörtlich in Haupt- und Teilgutachten und es könne nicht klar unterschieden werden, was die Untersuchung von Dr. A.____ hergebe und welches die Untersuchung von Dr. Z.____ war. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass es sich beim Gutachten von Dr. Z.____ und Dr.

A.____ um ein bidisziplinäres Gutachten handelt, wobei die Federführung bei Dr. Z.____ lag. Dies wird im Gutachten auch so deklariert (S.1 erster Satz). Die Würdigung des medizinischen Sachverhalts und die Fragenbeantwortung erfolgten im Konsens und das Gutachten ist auch von beiden Medizinern unterzeichnet (S. 57). Es ist sehr wohl erkennbar, welche Überlegungen von Dr. A.____ stammen, liegt doch das neurologische Teilgutachten vom 5. Oktober 2010 (Ur k. 9/145) in den Akten. Dass die neurologische Beurteilung im Gesamtgutachten wortwörtlich übernommen worden ist, liegt in der Natur des bidisziplinären Gutachtens, alles andere wäre wohl umgekehrt vom Beschwerdeführer gerügt worden . 4.2.3

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, Dr. Z.____ habe die geklagten Beschwerden übergangen und erkläre deren Ursache nicht. Mit dieser Argumentation verkennt er, dass es bei der Begutachtung nicht darum geht, die Kausalität der Beschwerden zu erklären, sondern lediglich zu eruieren, ob es da für eine organische Erklärung gebe, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen zurückzuführen ist oder nicht. Dass psychische Beschwerden vorliegen, die natürlich kausal zum Unfallgeschehen sind, wurde bereits vom Bundesgericht bestätigt, weshalb eine psychiatrische Untersuchung nicht mehr erforderlich war. Anzuführen bleibt, dass die medizinischen Experten das Schmerzempfinden des Beschwerdeführers nicht in Abrede stellen, sich aber auf den Standpunkt stellen, dass sich die Schmerzen im geklagten Ausmass organisch – orthopädisch und neurologisch - nicht erklären lassen. 4.2.4

Der Beschwerdeführer rügt des Weiteren, die Vorakten seien im Gutachten wohl zitiert worden, aber nicht vollständig. Insbesondere im Zusammenhang mit der Operation vom 22. Januar 2004 sei es für die Beurteilung wichtig, dass es gemäss damaligen Berichten zu dieser wegen in die Schultern ausstrahlender Schmerzen sowie einer ausgeprägten Druckdolenz über dem AC-Gelenk gekommen sei. Dem ist einerseits entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration selber sagte, die Schulterbeschwerden seien erst nach der Operation aufgetreten (S. 22). Andererseits lässt sich aufgrund der Schmerzen allein – unabhängig davon,

in welchem Stadium sie aufgetreten sind – nicht auf eine organische Ursache der Schulterbeschwerden schliessen. 4.2.5

Der Beschwerdeführer moniert, dass die Beurteilung der medizinischen Untersuchungen nicht nachvollziehbar sei und für einen Laien unverständlich sei, ohne jedoch genau darzulegen, was an der Beurteilung unverständlich sein soll. Fest zu halten ist, dass die Experten das Krankheitsbild „Frozen Shoulder“ erklärt haben und begründet haben, weshalb sie das Vorliegen einer organischen bedingten Funktionsstörung der linken Schulter verneinen. 4.2.6

Schliesslich ist auch der Einwand, eine regelkonforme Auseinandersetzung und kritische Würdigung insbesondere mit der abweichenden Meinung des Instituts C.____ habe nicht stattgefunden, nicht zu hören. Was das Gutachten des Instituts C.____ betrifft, hat das Bundesgericht – wie bereits oben dargelegt - dieses für die Beantwortung der strittigen Fragen als nicht ausreichend befunden und ergänzende Abklärungen gefordert. Diese wurden durch Dr. Z.____ und Dr.

A.____ durchgeführt, welche kein organisches Substrat – weder orthopädisch noch neurologisch - gefunden haben. Inwiefern die Meinung von Dr. A.____ von derjenigen von Dr. Z.____ abweichen soll, legt der Beschwerdeführer nicht dar, und dem Gutachten der

beiden

Experten, kann eine solche Abweichung nicht entnommen werden. Insbesondere wies Dr. A.____ in ihrem Teilgutachten (E. 3.1.2) darauf hin, dass keine sicheren Hinweise für eine organische Läsion von Nervenstrukturen im peripheren oder zentralen Nervensystem vorliegen. 4.2.7

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die Gutachter zwar die Entfernung des Osteosynthesematerials empfohlen haben, um eine mögliche Weichteilreizung durch zu lange Schrauben auszuschliessen. Die Weichteilreizung erachteten sie lediglich als mögliche Ursache einer Teilschmerzhaftigkeit im Bereich der Clavicula. 4.3

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem 2003 erlittenen Unfall und den Beschwerden höchstens im Bereich der Clavicula mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein objektivierbares Substrat zurückzuführen sind. Diesbezüglich bestehen indessen keine funktionellen Einschränkungen mehr. Deshalb ist es auch unerheblich, dass sich der Beschwerdeführer nun doch entschieden hat, das Osteosynthesematerial zu entfernen. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt die Adäquanz des psychischen Leidens, welches unbestrittenermassen überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal auf den Unfall vom 2. Mai 2003 zurückzuführen ist. Das Bundesgericht hat im Urteil vom 17. November 2009

(Urk. 9/103) erwogen, dass der vom Beschwerdeführer erlittene Unfall als noch im engeren Sinne mittelschwer zu qualifizieren sei (E. 7.2) weshalb die adäquate Kausalität nur zu bejahen sei, wenn eines der in BGE 115 V 133 E.6c/aa angeführten Adäquanzkriterien besonders ausgeprägt vorliege oder die Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt seien. Es erachtete überdies das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder einer besonderen Eindrücklichkeit als nicht erfüllt, auch wenn dem Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit und dramatische Begleitumstände wohl nicht abzusprechen seien (E. 7.2). 5.2 5.2.1

Wie oben dargelegt, liegt als organische Unfallfolge lediglich eine konsolidierte Claviculafraktur vor. Hierbei handelt es sich nicht um eine schwere Verletzung oder um eine solche, die erfahrungsgemäss geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Das entsprechende Kriterium ist damit nicht erfüllt. 5.2.2

Auch wenn sich nicht zuverlässig bestimmen lässt, inwiefern und bis wann die stattgefundenen ärztlichen Behandlungen noch durch die Claviculafraktur bedingt war oder aber infolge der psychischen Fehlentwicklung erforderlich gewesen ist, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass bei Abschluss des zweiten Rehabilitationsaufenthalts aufgrund der Claviculafraktur allein keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich war. Eine Behandlungsdauer von rund 3 1/2 Jahren kann doch als eher ungewöhnlich lang bezeichnet werden, so dass das entsprechende Kriterium, allerdings nicht in besonders ausgeprägter Weise, erfüllt ist (vgl. Urk. 9/98 E. 4.4). 5.2.3

Dr. Z.____ und Dr.

A.____

gaben in ihrem Gutachten (E. 3.1) zu bedenken, dass bei der gegebenen Dislokation/Schlusslage der Fragmente eine konservative Behandlung der Claviculafraktur nicht zum Ziel führen können, sei nicht erst retrospektiv zu erkennen, und der Eingriff

hätte früher erfolgen müssen. Auch gehen die Experten davon aus, dass die mittleren beiden Schrauben im distalen „Vier-er-Block“ zu lang sind. Allerdings haben sich dadurch die Unfallfolgen nicht erheblich verschlimmert, wurde die Fraktur

schliesslich am 22. Januar 2004 operativ versorgt. Bereits in der orthopädischen Stellungnahme der Rehaklinik B.____ vom 30. Januar 2007 wurde erwähnt, dass diese klinisch und radiologisch stabil und die Fraktur konsolidiert sei (vgl. Urk. 9/98 E. 3.7). Das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist demnach nicht erfüllt. 5.2.4

Die Kriterien des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 359

E. 7b S. 369; Urteil des Bundesgerichts U 348/03 vom 7. Juli 2004, E. 4.2). Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden - welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerbeschwerden) zu berücksichtigen sind - darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf dafür besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts U 265/05 vom 21. Juni 2006, E. 3.2.1).

Solche Gründe sind nicht gegeben. Der Heilungsverlauf in Bezug auf die Claviculafraktur als solcher kann zwar als zögerlich, nicht aber auch als schwierig bezeichnet werden. Für erhebliche Komplikationen sodann gibt es keine Anhaltspunkte. Soweit die psychischen Beschwerden, welche bereits seit November 2003 behandelt wurden, zu einem protrahierten Verlauf führten, kann dies im Rahmen der Adäquanzprüfung (der psychischen Beschwerden) nicht berücksichtigt werden. 5.2.5

Das hiesige Gericht hat im Urteil vom 14. Mai 2009 in Sachen der Parteien erwogen, hinsichtlich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sei es nicht ganz einfach, den Zeitpunkt zu bestimmen, ab welchem die Arbeitsunfähigkeit als Ausdruck der psychischen Problematik zu erachten sei. Einerseits sei aus somatischer Sicht bis zum ersten Rehabilitationsaufenthalt im April/Mai 2005, also während rund zwei Jahren, eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, andererseits habe sich der Beschwerdeführer bereits ab November 2003 in psychiatrischer Behandlung, wo ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % attestiert worden sei, befunden. Angesichts der ab November 2003 bereits mitwirkenden psychischen Faktoren könne das Kriterium als nicht in ausgeprägter Weise erfüllt erachtet werden. Hieran ist auch nach Vorliegen des Gutachtens von Dr. Z.____ und Dr. A.____ (E. 3.1) festzuhalten. 5.3

Zusammenfassend ergibt sich, dass von den massgebenden Kriterien zwei, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt sind. Alle übrigen Kriterien sind nicht erfüllt.

Dies genügt nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden zu bejahen. Ein solcher ist vielmehr zu verneinen, womit die Beschwerdegegnerin für die Folgen der psychischen Beschwerden keine Leistungspflicht trifft.

Somit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana -
Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

E. 8

ATSG), so hat sie Anspruch

auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

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