

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00177

vom 5. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00177

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00177 du 5 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00177 del 5 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges 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 objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 13. Juli 2015 (Urk. 2) hielt die Beschwerde gegnerin zunächst fest, ein Sturz in eine ungesicherte Öffnung im Boden aus einer Höhe von 1.40 m könne höchstens als mittlerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten klassifiziert werden. Die erlittene Verletzung sei eine dislozierte mehrfragmentäre Tuber c ulum

majus -Fraktur, welche mittels Osteosynthese behandelt worden sei. Eine radiologische Kontrolle elf Monate später habe stationäre Stellungsverhältnisse, keine Lockerungszeichen und eine vollständige Konsolidation der Frakturspalten gezeigt (S. 5 Ziff. 2.6). Von den nach der Rechtsprechung für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien könne keines als erfüllt gelten, auf jeden Fall nicht in ausgeprägter Weise. Die psy chischen Beschwerden könnten nicht rechtsgenügend auf den Unfall vom 26. November 2012 zurückgeführt werden und die Leistungseinstellung sei zu Recht erfolgt (S. 6).

In der Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2015 (Urk. 11) wiederholte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die bereits gemachten Ausführungen.

Am 16. März 2016 machte die Beschwerdegegnerin weiter geltend, im vor liegenden Verfahren gehe es ausschliesslich um die Prüfung der Adäquanz der psychischen Beschwerden mit Bezug zum Unfall vom 26. November 201 2.

Dabei handle es sich um eine Rechtsfrage, welche vom Rechtsanwender geprüft werde. Ein orthopädisches Gutachten oder eine EFL-Abklärung sei en somit nicht von Bedeutung (Urk. 29).

In ihrer Stellungnahme vom 30. März 2016 (Urk. 32) verwies die Beschwerde gegnerin sodann auf das im Auftrag der Invalidenversicherung erstellte poly disziplinäre Gutachten des A.____ vom 12. August 2015 und ging gestützt darauf davon aus, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeit einzig durch ORL-Beschwerden begründet werde; die diagnostizierte posttraumatische Schultersteife rechts sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit. Die Begutachtung bestätige die Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und der subjektiven Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (S. 1). Da der Beschwerdeführer somit bereits ausführlich orthopädisch begutachtet worden sei, entfalle eine nochmalige diesbezügliche Beurteilung. Auch werde bestätigt, dass der Beschwerdeführer seinen rechten Arm vollständig schonen ; ein verwertbares Profil habe nicht erstellt werden können. Unter diesen Umständen könne folglich auch auf eine EFL-Abklärung verzichtet werden (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, das Unfallereignis sei richtigerweise als mittlerer Unfall qualifiziert worden, wobei der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12-13). Die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände, der erhebliche n Schwere der erlitte nen Verletzungen, der belastenden

ärztlichen Behandlung, der erheblichen Beschwerden, des schwierigen Heilungsverlaufes sowie der erheblichen Arbeits unfähigkeit seien erfüllt (S. 5 f. Ziff. 14-20).

In seiner Stellungnahme vom 25. April 2016 (Urk. 36) führte der Beschwerdeführer sodann aus, das Gutachten de s

A.____ vom 12. August 2015 sei nicht verwertbar. Das Verhalten der neurologischen Gutachterin, welche ihn geduzt und beim Händeschütteln mutwillig verletzt habe, sei erschreckend (S. 2). Der behandelnde Psychiater habe ausgeführt, dass das A.____ bei der Befunderhebung, der Interpretation der Befunde und Diagnostik gravierende Fehler gemacht habe und er bereits aus psychischen Gründen als zu 100 % arbeitsunfähig gelten müsse. Bereits im Jahre 2006 sei eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden, es überzeuge demnach nicht, wenn der A.____ -Gutachter ausführe, die Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers seien nicht krankheitswertig (S. 4). Der Orthopäde Dr. B.____ halte fest, dass das A.____ -Gutachten schlicht nicht brauchbar sei. Bei der angestammten beruflichen Tätigkeit handle es sich sodann nicht um eine reine Bürotätigkeit, die administrative Tätigkeit in seinem Kleinstunternehmen sei zwangsläufig mit der manuellen Tätigkeit bei der Getränkeauslieferung kombiniert. Aufgrund seiner Sprachkenntnisse und seiner Ausbildung habe er für einen kaufmännischen Beruf nicht die geringste Chance auf eine Anstellung (S. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob für die Beurteilung des Leistungsanspruches nebst einer orthopädischen auch eine psychiatrische Begutachtung notwendig ist beziehungsweise ob psychische Beschwerden vorliegen, die in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 26. November 2012 stehen . 3. 3.1

Soweit in den nachfolgenden Erwägungen die Klinik für Unfallchirurgie, das Institut für Anästhesiologie, die Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie sowie die Klinik für Rheumatologie erwähnt werden, handelt es sich dabei durchwegs um Abteilungen des C.____ . 3. 2

Nach dem Unfall am 26. November 2012 war der Beschwerdeführer vom 27. November bis 2. Dezember 2012 in der Klinik für Unfallchirurgie hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 4. Dezember 2012 (Urk. 12/8) diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte eine Schulterluxation rechts nach ventrokaudal mit Abrissfraktur des Tuberculum

majus und minus (S. 1). Nach problemlosem intra- und postoperativem Verlauf habe die Redondrainage zeitgerecht entfernt werden können. Der Patient sei während des gesamten stationären Aufenthaltes gut schmerz kompensiert gewesen und mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen worden (S. 2).

Mit Bericht vom 12. Februar 2013 berichteten die Ärzte, es sei eine Schulterreposition und operative Versorgung mittels periartikulärer und proximaler Humerusplatte vorgenommen worden. Für insgesamt sechs Wochen postoperativ dürfe die Schulter nicht belastet werden (Urk. 12/14 Ziff. 7). Bis 22. Januar 2013 sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig (Ziff. 8).

Am 26. Februar 2013 hielten die Ärzte bei Status nach Osteosynthese fest, der Patient berichte weiterhin über eine nahezu funktionslose Schulter aufgrund der Schmerzen. Aktuell sei es nicht möglich, im Berufsleben teilzunehmen, er betreibe weiterhin Physiotherapie (Urk. 12/17 S. 1).

Sechs Monate nach der Operation diagnostizierten die Ärzte in ihrem Bericht vom 21. Mai 2013 eine posttraumatische- / postoperative Schultersteife rechts. Der Beschwerdeführer besuche zwei- bis dreimal wöchentlich Physiotherapie, wodurch die Beschwerdesymptomatik verbessert werde. Im rechten Schultergelenk bestünden jedoch persistierende belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen mit Bewegungseinschränkung. Die Rehabilitation könne bekannter Weise bis zu zwei Jahre dauern, mindestens ein Jahr posttraumatisch/postoperativ könne eine Kapsulotomie in Frage gestellt werden (Urk. 12/26 S. 1). 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte am 29. August 2013 aus, zwischen Februar und Mai 2013 habe sich der Zustand der rechten Schulter eindeutig verbessert. Die Anteversion habe von 70° auf 110° gesteigert werden können. Seines Erachtens könne im Mai bei einer so guten Anteversion nicht mehr von einer Schultersteife gesprochen werden. Es wäre erstaunlich, wenn die Rehabilitation zwei Jahre dauern sollte. Acht Monate nach der Operation scheine eine volle Einsatzfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gegeben (Urk. 12/43). 3.4

In seinem Bericht vom 13. September 2013 hielt der verantwortliche Arzt der Klinik für Unfallchirurgie

fest, im Mai 2013 habe der Patient zwar eine deutliche Besserung der Schulterflexion auf 110° gezeigt, jedoch sei die Aussenrotation immer noch auf maximal 10°

passive Beweglichkeit in Neutralstellung beschränkt gewesen. Dieser pathognomische Befund spreche relativ klar für eine adhäsive Kapsulitis im Spätstadium. Ob die diagnostizierte posttraumatische/postoperative Schultersteife wirklich volle zwei Jahre andauern werde, sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht absehbar (Urk. 12/50).

Am 8. Oktober 2013 führten die Ärzte bei unveränderter Diagnose aus, der Beschwerdeführer berichte weiterhin über starke Schmerzen, Bewegungseinschränkung sowie Kraftverlust im rechten Arm. Des Weiteren gebe er eine Sensibilitätsstörung im Bereich des proximo-lateralen Oberarms sowie des Klein- und Ringfingers an. Derzeit sei er als Kaufmann noch zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/59). 3.5

Nach einer elektrodiagnostischen Untersuchung hielten die Ärzte der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am 5. November 2013 fest, in den untersuchten Muskeln könne man keine akut oder chronisch neurogenen Veränderungen sehen, wie dies bei einer Schädigung des Plexus brachialis der Fall wäre. Hingegen zeige sich der Befund einer verminderten Aktivierung, was bereits klinisch dokumentiert und am ehesten schmerzbedingt zu erklären sei. Dass es im Rahmen des Unfallereignisses zu einer Kontusion respektive Irritation des Plexus brachialis gekommen sei, sei im Bereich des Möglichen, könne durch die aktuelle elektrodiagnostische Untersuchung aber nicht objektiviert werden. Am ehesten müsse von einer Überlagerungssymptomatik im Rahmen eines chronischen Schmerzzustandes ausgegangen werden (Urk. 12/62 S. 2). 3.6

Am 28. November 2013 empfahl der Facharzt der Klinik für Unfallchirurgie bei elektrophysiologisch unauffälligen Befunden und nach Rücksprache mit der betreuenden Physiotherapeutin ein interdisziplinäres Vorgehen, nachdem sich basierend auf der posttraumatischen/postoperativen Schultersteife die Schmerzsymptomatik klar chronifiziert und ausgeweitet zu haben scheine (Urk. 12/69 S. 2). 3.

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden

soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 7

Der verantwortliche Arzt des Instituts für Anästhesiologie nannte in seinem Bericht vom 27. Januar 2014 folgende Diagnosen (Urk. 12/79 S. 1): - Schulter-Arm-Syndrom rechts - depressives Zustandsbild mit Angstkomponente

Der Beschwerdeführer leide unter persistierenden posttraumatischen Schulter- und Armschmerzen rechts. Auffallend sei eine mutmasslich posttraumatische Schultersteife mit ausgeprägter Schonhaltung und Kraftminderung im gesamten Arm und auch an der Hand. Im Rahmen der klinischen Untersuchung sei eine Hypästhesie im Bereich des gesamten rechten Arms aufgefallen (S. 1). Er empfehle die Weiterführung der bereits laufenden physiotherapeutischen, medikamentösen sowie psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (S. 2). 3.

E. 7.1

mit Hinweisen). 5.2

Offensichtlich nicht erfüllt sind das Kriterium besonders dramatischer Begleitumstände oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls, das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, und das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Dass für den Beschwerdeführer als früheres Folteropfer ein solcher Sturz ein dramatisches Ereignis sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 14), kann nicht bestätigt werden, nachdem sich die besonders dramatischen Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit nach objektiven Kriterien und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens oder Angstgefühls beurteilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_372/2013 vom 28. Oktober 2013, E. 7 mit Hinweisen). Ebenso ist die erlittene Schulterverletzung keine besondere oder schwere Verletzung (Urk. 1 S. 5 Ziff. 15) im Sinne des entsprechenden Kriteriums. Dass die Schulter zunächst lediglich

eingekugelt

worden war und das Spital den Beschwerdeführer wenige Stunden nach der Entlassung wieder zurückgerufen hatte, macht die Behandlung sodann noch nicht zu einer Fehlbehandlung (Urk. 1 S. 6 Ziff. 18), insbesondere da in den weiteren Unterlagen keine Hinweise darauf zu finden sind, dass der Heilungsverlauf anders verlaufen wäre, wenn die Erstbehandlung anders durchgeführt worden wäre.

Bezüglich der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist vorweg festzuhalten, dass die Ärzte des C.____ im Februar 2013 darauf hinwiesen, die Rehabilitation könne bis zu zwei Jahren dauern (E. 3.2). Im Juli 2014 stellten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie fest, die Schulterbeweglichkeit sei etwas besser geworden, die Schmerzen seien regredient (E. 3.1 4) und weitere Nachkontrollen in der Klinik für Unfallchirurgie

waren nicht mehr geplant (E. 3.1 3) . Anfang Dezember 2014 - mithin zwei Jahre nach dem Unfall - wurde sodann auch die anästhesiologisch-schmerztherapeutische Behandlung sistiert, nachdem sich keine weiteren diagnostisch-therapeutischen Optionen mehr anboten (E. 3.1 7) .

Die Physiotherapie wird lediglich zur Erhaltung der Restbeweglichkeit weitergeführt. Insgesamt wurde damit die ärztliche Behandlung der Schulterbeschwerden innerhalb der angekündigten üblichen Rehabilitationsdauer von zwei Jahren abgeschlossen, eine ungewöhnlich lange Dauer fällt damit ausser Betracht. Ebenso ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufes und erheblicher Komplikationen zu verneinen.

Als erfüllt zu betrachten sein dürfte das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen, allerdings angesichts der erheblichen sie unterhaltenden und verstärkenden psychischen Faktoren klar nicht in ausgeprägter Weise.

Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des erlittenen Unfalls sind insofern nicht einfach zu bestimmen, als sich in den medizinischen Akten nur sehr wenig verwertbare Angaben hierzu finden und bereits ab April 2013 auch psychische Beeinträchtigungen eine namhafte Rolle gespielt haben (vgl. E. 3.10) . Vor diesem Hintergrund kann das Kriterium als erfüllt gelten, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise.

5.3
Zusammenfassend sind damit lediglich zwei Beurteilungskriterien erfüllt, und beide nicht in besonders ausgeprägter Weise. Der als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten eingestufte Sturz durch eine geöffnete und ungesicherte Bodenplatte und die dadurch erlittene Schulterverletzung ist demnach grundsätzlich nicht geeignet, eine psychische Gesundheitsstörung herbeizuführen .

E in möglicher adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 26. November 2012 ist zu verneinen.

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Kosten der Behandlung der psychischen Beschwerden verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juli 2015 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft AG - 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, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannKübler-Zillig

E. 8

Am 26.

Februar 2014 hielten die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie bei unver änderten Diagnosen (Urk. 12/83 S. 1) fest, klinisch zeige sich eine leicht gebesserte Schultersteife auf der rechten Seite bei schmerzgeplagtem und funk tionell eingeschränktem Patienten. Er sei intensiv an die schmerztherapeutische Sprechstunde angebunden und permanent auf Schmerzmedikamente und physi otherapeutische Beübungen angewiesen (S. 2). 3.

E. 9

Die Ärzte des Institut für Anästhesiologie

diagnostizierten in ihrem Bericht vom 18. März 2014 ein Schulter-Arm-Syndrom rechts und nannten als Fremddiagnosen folgende (Urk. 12/85 S. 1): - Anpassungsstörung mit Angst, Depression, Anspannung und Wut (F43.23) - narzisstisch paranoide Persönlichkeit (F61.0) - Verdacht auf dissoziative Z ustände nach traumatisierenden Belastungen Differentialdiagnose (DD) posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - chronisch asthmoide Bronchitis bei langjährigem Nikotinabusus

Insgesamt würden die Physiotherapie und Medikation die Schmerzen des Beschwerdeführers n icht zufriedenstellend abdecken . Aufgrund der Beurteilung, des bisherigen Behandlungsverlaufs und einer interdisziplinären Betrachtung erachteten die Ärzte eine stationäre Rehabilitation mit besonderem Fokus auf Schmerz- und Angstbehandlung für indiziert (S. 2). 3.

E. 10

Der den Beschwerdeführer seit April 2013 behandelnde Psychiater Dr. med. F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 8. Mai 2014 (Urk. 12/93) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - Anpassungsstörung mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F43.23) bei anhaltender psychosozialer Belastung - n arzisstische und paranoide Persönlichkeitsstruktur (F61.0) - anamnestisch Status nach traumatisierenden Belastungen mit Differentialdiagnosen Reaktivierung einer posttraumatischen Sympto matik mit veränderter Schmerzwahrnehmung, vegetativer Dysregulation, erhöhter innerer Anspannung, Schreckhaftigkeit und Lärmempfindlich keit

Der Beschwerdeführer sei einer eigentlichen Psychotherapie im ambulanten Rahmen bisher nicht zugänglich. Da schon längere Zeit das Schmerzerleben den Tagesablauf bestimme, sei das Errichten einer Tagesstruktur im ambulanten Rahmen bisher nicht möglich. Auch die Angst vor Psychopharmaka führe sehr schnell zu unspezifischen Stressreaktionen mit Verstärkung von Schmerz und Missempfinden , wodurch eine geregelte Medikamenteneinnahme kaum noch möglich sei und zu einem Absetzen der Medikation führe. Er halte daher bei diesem traumatisierten Patienten eine interdisziplinäre stationäre Schmerzthera pie für indiziert (S. 2 Mitte).

Aufgrund des schmerzbedingten körperlichen Schonverhaltens sowie der ängstlich depressiven Regression sei der Beschwerdeführer derzeit mit der Bewältigung des Alltags überfordert. Die Aufnahme einer Arbeitsfähigkeit sei derzeit nicht vorstellbar (S. 3 Ziff. 4). Seit Aufnahme der Behandlung im April 2013 sei der Beschwerdeführer für keinerlei Tätigkeiten arbeitsfähig gewesen (S. 3 Ziff. 5). Von ärztlich psychiatrischer Seite sei davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer im April 2013 ohne den Unfall vom 26. November 2012, mit dessen Folgen für sein Leben, nicht in psychiatrische Behandlung gegeben hätte. Das Unfallereignis mit den psychosozialen Folgeerscheinungen könne als Auslöser der psychischen Dekompensation betrachtet werden. Der Beschwerdeführer habe bereits von März 2006 bis August 2007 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung gestanden. Bereits damals habe er eine narzisstisch-paranoide Persönlichkeitsstruktur und aufgrund einer psychosozial sehr belasteten Situation eine Anpassungsstörung mit Angst, Depression, Anspannung und Wut diagnostiziert und differentialdiagnostisch dissoziative Zustände nach traumatisierenden Belastungen in Betracht gezogen (S. 3 Ziff. 6). 3.1 1

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie,

führte am 9. Mai 2014 aus, in der Zusammenfassung der klinischen Befunde bestehe eine postoperative Schulterereinstellung rechts mit Bewegungsdefiziten bei der Abduktion und Außenrotation. Aus seiner Sicht sei die Materialentfernung im Bereich der rechten Schulter zu empfehlen. Vorangehend in der gleichen Operation sollte eine Schulterarthroskopie durchgeführt werden um die Kapselverhältnisse und den Bizepsanker des rechten Schultergelenkes zu beurteilen. Auch könne dabei die Rotatorenmanschette untersucht werden. Die Physiotherapie des rechten Schultergelenkes sei weiterzuführen (Urk. 12/94 Ziff. 3). 3.1 2

Die Ärzte des Institut für Anästhesiologie

baten in ihrem Bericht vom 13. Juni 2014 (Urk. 12/98a) bei unveränderten Diagnosen (S. 1) um eine schulterchirurgische Reevaluation und empfahlen trotz ausbleibender Erfolge die Weiterführung der physiotherapeutischen Behandlung (S. 2). Das psychometrische Screening vom 16. Januar 2014 habe Hinweise für eine depressive Entwicklung mit einer deutlichen Angstkomponente ergeben (S. 6). 3.1 3

Am 2. Juli 2014 führte der Leitende Arzt der Klinik für Unfallchirurgie bei unveränderten Diagnosen aus, die intensive krankengymnastische Übungsbehandlung habe nicht zum erhofften Erfolg geführt, der Beschwerdeführer sei jedoch durch das Physiotherapie-Programm sowie die medikamentöse Einstellung bezüglich Allgemeinzustand und Lokalbefund kompensiert eingestellt. Die vorgeschlagene Osteosynthesematerialentfernung lehne der Beschwerdeführer komplett ab. Eine weitere ambulante Nachkontrolle sei nicht geplant (Urk. 12/101 S. 2). 3.1 4

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie nannten in ihrem Bericht vom 10. Juli 2014 im Wesentlichen folgende Diagnosen (Urk. 12/102 S. 1): - posttraumatische Frozen

Shoulder rechts - aktuell Bewegungseinschränkung mit „kapsulärem Muster“, mögliche chronische Bursitis subacromialis / subdeltoidea, ausgeprägte myofasziale Befunde im Bereich der dorsalen Schultermuskulatur, Schulterprotraktion und Impingementsymptomatik - progredientes zervikospodylogenes Schmerzsyndrom rechts - Anpassungsstörung mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F 43.2)

Beim Beschwerdeführer bestehe eine Frozen

Shoulder rechts, welche post traumatisch in der Folge der anteroventralen Schulterluxation mit Abrissfrakturen des Tuberculum

majus und minus aufgetreten sei. Trotz operativer Sanierung und unmittelbarer physiotherapeutischer Mobilisation sei es im weiteren Verlauf zu einer zunehmenden Einschränkung der Beweglichkeit und weiterhin persistierenden Schmerzen gekommen. In den letzten Monaten sei die Schulterbeweglichkeit etwas besser geworden, die Schmerzen seien langsam regredient. Durch die chronische Fehlhaltung und Schonhaltung trete zunehmend ein progredientes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts betont auf mit ausgeprägten myofaszialen Befunden der Nackenmuskulatur und dorsalen Schulterpartie. Hier würden auch deutliche Triggerpunkte bestehen, welche die Schmerzausstrahlung bis in die Finger IV und V der Hand rechts auslösten. Zum aktuellen Zeitpunkt sei eine Sonographie der Schulter rechts indiziert, im Verlauf der Folge

Shoulder sei nach 24 Monaten eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit und Schmerzsymptomatik zu erwarten (S. 3) . 3.1 5

Mit Schreiben vom 22. Juli 2014 bedauerte Dr. D.____ die Ablehnung der vorge schlagenen Operation durch den Beschwerdeführer, insbesondere, weil die Diskrepanz zwischen aktiver und passiver Mobilität der Schulter nicht erklärbar bleibe und alle durchgeführten Abklärungen negativ ausgefallen seien. Eine Mobilisation unter Narkose, ob mit oder ohne Arthroskopie, sei eine eher atraumatische Operation und hätte den aktuellen Zustand besser verstehen lassen. Da der Beschwerdeführer den Vorschlag nicht annehmen wolle, könne davon ausgegangen werden, dass sein Zustand subjektiv und objektiv gar nicht so schlecht sei. Aufgrund der beruhigenden Ergebnisse aller Untersuchungen, der im Vordergrund stehenden Fremddiagnosen mit Schmerzerweiterung und Überlagerungssymptomatik empfehle er, den Patienten aus orthopädischer Sicht ab sofort als voll arbeitsfähig zu betrachten (Urk. 12/105). 3.1 6

Dr. F.____

nannte in seinem Bericht vom 23. September 2014 im Wesentlichen folgende Diagnosen (Urk. 12/114 S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradig ängstlich depressive Störung, im Rahmen einer depressiven Entwicklung posttraumatisch/postoperativ seit 26. November 2012, mit mittelgradig seit Sommer 2014 (F32.1) - rezidivierende Anpassungsstörungen mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F43.23) - chronisch multilokuläres Schmerzsyndrom - narzisstische und paranoide Persönlichkeitsstruktur bei Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0)

Für den Patienten sei bereits der Verlust seines Ansehens, seiner Firma, seiner Funktionsfähigkeit und Autonomie eine riesige Kränkung, was es ihm bisher verunmöglicht habe, sich als Patient anzunehmen und in kleinen Schritten auf therapeutische Interventionen einzulassen. Er habe riesige Ängste vor Kliniken, Institutionen, geschlossenen oder gar dunklen Räumen und Menschen gruppierungen und insbesondere vor einer Psychiatrisierung. Dies alles stehe einer adäquaten Behandlung im Wege. Der Beschwerdeführer leide unter einem schweren chronifizierten Krankheitsbild, welches bereits vor dem Unfall labil, jedoch jahrelang kompensiert gewesen sei.

Aufgrund des bisherigen therapeutischen Verlaufes gehe er von einer schlechten Prognose aus. Der Beschwerdeführer müsse zuerst aus dem Stress und den existenziellen Ängsten herauskommen und sich auf geeignete Behandlungen einlassen können, damit später, bei

günstigem Verlauf, an berufliche Massnahmen gedacht werden könne (S. 3 f. Ziff. 1.4). Aufgrund der Schmerzsymptomatik, der Antriebs- und Energielosigkeit, Kraftlosigkeit, der fehlenden Stressresistenz, geringen Belastbarkeit, emotionalen Labilität mit Konzentrationsstörungen sei der Beschwerdeführer bereits mit der Alltagsbewältigung und Tagesstrukturierung überfordert (S. 4 Ziff. 1.7). Seit dem 29. April 2013 sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Inhaber einer Getränkehandelsfirma vollständig arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.6). Vorderhand könne nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (S. 5 Ziff. 1.9). 3.1 7

In ihrem Bericht vom 2. Dezember 2014 (Urk. 12/121) hielten die Ärzte des Institut für Anästhesiologie

bei unveränderten Diagnosen (S. 1 f.) fest, es seien derzeit keine weiteren Kontrollen geplant. Aus anästhesiologisch-schmerztherapeutischer Sicht würden sich derzeit keine weiteren diagnostisch-therapeutischen Optionen anbieten, so dass die Behandlung vorerst sistiert werde (S. 3). 3.1 8

Nach einem Vorgespräch für einen stationären Aufenthalt nannte die verantwortliche Ärztin der Klinik H.____ in ihrem Bericht vom 29. Januar 2015 (Urk. 12/122)

folgende Diagnosen (S. 1) : - schwere Anpassungsstörung mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F43.23) mit/bei: - narzisstisch und paranoider Persönlichkeitsstruktur - posttraumatischen Symptomen, differentialdiagnostisch subsyndromales PTSD - chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (F45.41) - chronisch e

asthmoide Bronchitis

Die Ziele des Beschwerdeführers seien idealerweise die Schmerzreduktion und wieder aktiver zu werden. Im Vordergrund stehe die Distanzierung vom häuslichen Umfeld, die Erarbeitung von weiteren hilfreichen Strategien im Umgang mit seinen Beschwerden, Stärkung von Ressourcen und wenn möglich Erarbeitung von Zukunftsperspektiven. Sie seien so verblieben, dass er einen Versuch mache, bei Verschlechterung jedoch ein vorzeitiger Austritt in Betracht gezogen werden müsse (S. 3) . 3. 19

Am 15. September 2015 teilten die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie mit, die intensive physiotherapeutische Beübung

seit dem letzten Kontrolltermin im Juli 2014 habe aufgrund der anamnestischen und klinischen Erhebung offenbar nicht zum erhofften Erfolg geführt. Dennoch werde die Fortführung der Physiotherapie zur Erhaltung der Restbeweglichkeit empfohlen. Ansonsten seien die Behandlungsmöglichkeiten aus unfallchirurgischer Sicht leider ausgeschöpft (Urk. 12/137 S. 2). 3.2 0

An fünf Tagen im März sowie April 2015 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens durch die Ärzte des A.____ polydisziplinär begutachtet. In ihrem Gutachten vom 12. August 2015 (Urk. 33/158) nannten die Ärzte folgende, hier verkürzt angeführte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 lit . F.1.1-2): - kombinierte Schwerhörigkeit rechts - dekompensierter chronischer Tinnitus aurium rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann (S. 24 lit . F.2.3-10): - posttraumatische Schultersteife rechts mit/bei - Status nach Sturzverletzung

und Traumatisierung der rechten Schulter, traumatische Schulterluxation, osteosynthetisch versorgte mehr fragmentäre

Humeruskopffraktur, einbezüglich mehrfacher Frakturen im Bereich des Tuberculum

majus und Tuberculum minus - verbliebene mässige Atrophie der Deltamuskulatur - ausgeprägte Schultersteife - im aktuellen Arthro-MRI beschriebene AC-Gelenksarthrose sowie Ausdünnung der Supraspinatus - und der Infraspinatussehne - beginnende Hüftgelenksarthrose beidseits mit Beeinträchtigung der Innendrehfähigkeit ab jeweils 10°, röntgenologisch kleinere Ossikel im Bereich des Acetabulums ohne korrelierende Klinik - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(F45.41) - akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen - Anpassungsstörung

(F43.2) - chronische Atemwegserkrankung - arterielle Hypertonie - Adipositas

Der orthopädische Gutachter Dr. med. I. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Teilgutachten vom 16. März 2015 aus, der Beschwerdeführer leide seit einer Schultertraumatisierung rechts vom 26. November 2012 an einer im Dossier unterschiedlich beschriebenen, überwiegend jedoch als posttraumatische Schultersteife interpretierten rechtsseitigen Schulterpathologie. Eine messbare beispielsweise schonungsbedingte Minderung der Ober- und Unterarmmuskulatur am dominanten rechten Arm bestehe nicht, es finde sich lediglich eine geringe Minderung der schulterdeckenden Deltamuskulatur. Auch bei einer forcierten Bewegungsprüfung habe kein verwertbares Profil der rechten Schulter infolge massiver Schmerzbekundungen des Beschwerdeführers erstellt werden können. Im aktuellen Verlaufs- Arthro-MRI der rechten Schulter sei eine leicht gradige AC-Gelenkarthrose und eine Ausdünnung der Supraspinatus - und der Infraspinatussehne beschrieben worden. Diese bildgebenden Befunde würden den massiven Schmerzzustand und die assoziierte massive Bewegungseinschränkung der rechten Schulter nicht hinreichend erklären (S. 37 Ziff. 5).

Beim Versuch einer versicherungsmedizinischen Bewertung der Unfallfolgen der rechten Schulter verbleibe es bei einer anteiligen Unsicherheit bezüglich der Objektivität der mitgeteilten Schmerzen und der vorgeführten Bewegungsdefizite einerseits und der beispielsweise im Arthro-MRI beschriebenen objektiven Befunde. Von einer zumindest graduellen Einschränkung der Funktion der rechten Schulter sei auszugehen, so dass beim Beschwerdeführer von einer eingeschränkten Belastbarkeit der rechten oberen Extremität ausgegangen werden müsse (S. 38).

Der Beschwerdeführer sei für alle Tätigkeiten geeignet, welche keinen uneingeschränkten Einsatz der dominanten rechten oberen Extremität voraussetzten. Schwere Tätigkeiten mit Einsatz der rechten Schulter ab Nabelhöhe würden hingegen derzeit nicht realisierbar erscheinen. Als selbständiger Kaufmann sei der Beschwerdeführer im Rahmen der Behinderung der rechten oberen Extremität uneingeschränkt arbeitsfähig. Administrative und kaufmännische Tätigkeiten könnten geleistet werden. Der Versicherte sei auch in der Lage, mit dem dominanten rechten Arm die Tastatur eines Computers zu bedienen oder handschriftliche Arbeiten rechtshändig auszuführen (S. 38). Auch Verweistätigkeiten, welche mit dem vorbeschriebenen Profil korrelierten, seien auf einem 100% Niveau zumutbar. Rein hypothetisch sei die Ausübung einer kaufmännischen und administrativen Tätigkeiten durchgehend seit dem Jahre 2005 bis über das Jahr 2013 hinausgehend auf

einem 100 %-Niveau zumutbar gewesen. Somit bestehe eine durchgehende 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit einem unfall- und operationsbedingten Unterbruch wegen des Ereignisses vom 26. November 2012. Über die tatsächliche unfallbeziehungswise operationsbedingte Arbeitsfähigkeit sei im Dossier nichts Wertbares dokumentiert. Auf dem Wege einer Schätzung sollte spätestens nach Ablauf von einem Jahr nach dem Ereignis vom 26. November 2012, somit ab 26. November 2013, die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und auch in qualitativ angepassten Tätigkeiten auf einem 100 %-Niveau wieder eingetreten sein (S. 39). 3.2 1

Nach einer Hospitalisation vom 16. Juli bis 12. August 2015 in der Klinik H. ___ nannten die Ärzte in ihrem Austrittsbericht vom 9. September 2015 im Wesentlichen folgende Diagnosen (Urk. 37/2 S. 1): - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.23) - chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (F45.41) - chronisch obstruktive Lungenerkrankung GOLD Stadium 2 - Vitamin D-Mangel

Der Hauptfokus der psychotherapeutischen Behandlung habe auf einer psychischen Stabilisierung, der Unterstützung in der Schmerzbehandlung sowie der Stärkung der Ressourcen gelegen. Der Beschwerdeführer habe motiviert am Therapieprogramm teilgenommen, körperorientierte und kreative Therapien besucht und die Bewegungs-/Physiotherapie genutzt (S. 3). Er habe in einem stabilisierten und weniger angespannten Zustand entlassen werden können. Für die Zeit des stationären Aufenthaltes sowie für weitere zwei Wochen sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig gewesen. Danach müsse die Arbeitsfähigkeit durch die nachbehandelnden Ärzte beurteilt werden (S. 4). 3.2 2

Am 4. April 2016 wies Dr. B. ___ darauf hin, das orthopädisch- traumatologische Teilgutachten des

A. ___ sei nicht brauchbar, nachdem ein sauberer Schulterstatus, wie dies heute üblich sei, nicht erhoben worden sei, die relevanten Röntgenbefunde einfach kopiert beziehungsweise abgeschrieben und als eigene ausgegeben worden seien, die aus dem nicht erhobenen, sauberen orthopädischen Befund gestellte Diagnose und die weitere Beurteilung bezüglich der Arbeitsfähigkeit nicht verwertbar seien und die heute gültigen Kriterien für ein polydisziplinäres Gutachten nicht erfüllt seien (Urk. 37/4 S. 3 f.). 4. 4.1

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 133 E. 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 E.

3b; BGE 115 V 133 E.

7 mit Hinweis). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 4.2

Der vorliegend zu beurteilende Unfall vom 26. November 2012 wurde von bei den Parteien übereinstimmend als im weiteren Sinne mittelschwer eingestuft (vgl. E. 2.1-2). Fraglich und zu beurteilen ist, wo im mittleren Bereich der Unfall anzusiedeln ist.

Den polizeilichen Einvernahmen ist zu entnehmen, dass sich der Unfall im Sicherungsraum eines Restaurants ereignete, in welchem eine Bodenplatte entfernt worden war, um einen Wasserschaden im darunterliegenden Zwischenboden zu beheben. Die Tiefe des Zwischenbodens betrug 1.4 Meter, das Licht im Raum brannte nicht und die Öffnung im Boden war nicht gesichert (Urk. 12/2 S. 4 und 10). Der Beschwerdeführer öffnete die Tür des Raumes, machte einen Schritt in den Raum und fiel mit dem rechten Bein in das Loch (Urk. 12/2 S. 10). Mit dem linken Bein und dem linken Arm versuchte er, sich zu halten. Er konnte im Loch nicht stehen und wusste nicht, was unten im Loch war (Urk. 12/30c S. 5). Der Beschwerdeführer fiel demnach nicht durch das Loch in den Zwischenboden hinunter, sondern blieb in der Öffnung stecken.

Ein Vergleich mit den in der Rechtsprechung beschriebenen Fällen zeigt, dass der Unfall vom 26. November 2012 höchstens als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren ist. So stufte das Bundesgericht den Fall einer Person, welcher eine Schrägleiter wegrutschte, wodurch sie aus drei Metern Höhe auf den Boden gefallen war, wobei sie sich mit beiden Armen auffangen konnte, als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen ein (Alexandra Rumo-Jungo /André Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 64 f.). Ebenfalls mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurden angenommen bei einem schweren Sturz auf den Rücken (BGE 123 V 141 E. 3d), bei einem Ausgleiten beim Hinuntersteigen von einer Böschung mit anschliessendem heftigem Aufschlagen mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden (BGE 115 V 144 E. 11a-b), bei einem Sturz von einem 1.2 Meter hohen Gerüst mit einer Calcaneusfraktur (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449), bei einem Sturz in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies (Urteil U 232/02 vom 5. August 2003) und bei einem Treppensturz (Urteil 8C_798/2007 vom 3. Juli 2008).

Hingegen geht das Bundesgericht bei Stürzen aus einer Höhe zwischen etwa zwei und etwa vier Metern in die Tiefe von mittelschweren Unfällen im engeren Sinn aus (Rumo-Jungo /Holzer, a.a.O., S. 66 f.).

4.3

Insgesamt ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Unfall innerhalb des mittleren Bereichs an der Grenze zu den leichten Unfällen einstuft. 5. 5.1

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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa) : - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit 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 .

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 zum Beispiel 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 andern 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).

Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile, deren hinreichender Zusammenhang mit dem Unfall Gegenstand der Prüfung bildet, ausgeklammert bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_92/2008 vom 4. August 2008 E.

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