

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00172

vom 12. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00172

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00172 du 12 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00172 del 12 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachstehend: Vaudoise) unfallversichert, als er sich am 26. November 2012 bei einem Sturz an der rechten Schulter verletzte. Die Vaudoise verneinte mit Verfügung vom 8. Mai 2015 (Urk. 2/12/127) und Einspracheentscheid vom 13. Juli 2015 (Urk. 2/2) ihre Leistungspflicht für psychische Beschwerden. Dies wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 5. Januar 2017 im Verfahren Nr. UV.2015.00177 bestätigt (Urk. 2/42).

E. 1.1

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen betreffend die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), das Erfordernis des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und den Beweiswert von Arztberichten sind im vorangegangenen Urteil (Urk. 2/42 S. 3 ff. E. 1, S. 18 f. E. 5.1) angeführt. Darauf wird verwiesen.

E. 1.2

Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Praxis gemäss BGE 115 V 133 in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Urteil 8C_170/2015 vom 29. September 2015 E. 5.2).

E. 1.3

Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes „namhaft“ durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteile des Bundesgerichts U 244/04 vom 20. Mai 2005 E. 2 und U 412/00 vom 5. Juli 2001 E. 2a).

In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_142/2017 vom 7. September 2017 E. 4, 8C_285/2016 vom 22. Juli 2016 E. 7.1 und 8C_970/2012 vom 31. Juli 2013 E.

E. 1.4

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). 2.

E. 2

Das Bundesgericht hob mit Urteil vom 13. Juli 2017 (Urk. 1) das kantonale Urteil auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurück (S. 7 Dispositiv Ziff. 1).

Die Vaudoise nahm dazu am 12. September 2017 Stellung (Urk. 6), der Versicherte nahm am 18. September 2017 Stellung (Urk. 7).

E. 2.1

Das Bundesgericht führte in seinem Urteil (Urk. 1) unter anderem aus, das kantonale Gericht habe nicht geprüft, ob neben einem psychischen auch ein anspruchsrelevanter somatischer Gesundheitsschaden bestehe, zumal verschiedentlich eine Schultersteife oder eine Frozen Shoulder - bei der es sich proximal gemäss grundsätzlich um einen organisch objektiv nachweisbaren Gesundheitsschaden handle (Urteile des Bundesgerichts 8C_372/2010 vom 8. September 2010 E. 6.2 und 8C_595/2009 vom 17. November 2009 E. 5.1.2) - diagnostiziert worden sei (S. 5 E. 5.1). Auch habe es sich zum Zeitpunkt der Adäquanzprüfung und damit des Fallabschlusses nicht geäußert (S. 6 E. 5.2). Unter diesen Umständen sei der Sachverhalt auch für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt, hinsichtlich des (bejahten) Kriteriums des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sei bloss pauschal ausgeführt worden, diese seien nicht einfach zu bestimmen (S. 6 E. 5.3).

E. 2.2

In der ursprünglich angefochtenen Verfügung (Urk. 2/12/127) wurde der adäquate Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beeinträchtigungen und dem erlittenen Unfall verneint. Dagegen richtete sich die Einsprache (Urk. 2/12/131), in welcher bezüglich der somatischen Unfallfolgen davon ausgegangen wurde, die Beschwerdegegnerin werde ein separates Gutachten veranlassen (S. 3 oben). Im angefochtenen Entscheid (Urk. 2/2) verneinte die Beschwerdegegnerin abermals - mangels Adäquanz - ihre Leistungspflicht bezüglich psychischer Beschwerden. In der dagegen erhobenen Beschwerde (Urk. 2/1) wurde beantragt, die Beschwerdegegnerin „sei zu verpflichten, nebst der bereits veranlassten orthopädischen Begutachtung auch eine psychiatrische Abklärung zu veranlassen und sodann neu über ihre Leistungspflicht zu entscheiden“ (S. 2 oben Ziff. 2).

E. 2.3

Strittig ist mithin nach wie vor, ob psychische Beschwerden vorliegen, die in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 26. November 2012 stehen, und bejahendenfalls, ob für die Beurteilung des Leistungsanspruches nebst einer orthopädischen auch eine psychiatrische Begutachtung notwendig ist (Urk. 2/42 S. 6 E. 2.3).

Es ist somit in einem ersten Schritt die Frage zu beantworten, ob im Zeitpunkt des Einspracheentscheids (Juli 2015), auf den sich die Adäquanzprüfung bezieht, hinsichtlich der somatischen Beschwerden ein medizinischer Endzustand (vorstehend E. 1.2) erreicht war, und sodann gegebenenfalls die Adäquanz der psychischen Leiden - wozu rechtsprechungsgemäss auch ein allfälliger Tinnitus zählt (BGE 138 V 248) - zu prüfen.

E. 2.4

Zwar hat das Bundesgericht der Rüge des Beschwerdeführers zugestimmt, das hiesige Gericht habe nicht geprüft, ob bei ihm auch ein anspruchsrelevanter somatischer Gesundheitsschaden bestehe (Urk. 1 S. 5 E. 5.1). Darüber, ob ein somatischer Gesundheitsschaden vorliege und entsprechende Ansprüche bestehen könnten, hat die Beschwerdegegnerin jedoch (noch) nicht entschieden; sie hat diesbezüglich weder verfügt noch einen Einspracheentscheid erlassen (vorstehend E. 2.2). In dieser Hinsicht fehlt es - nach wie vor - an einem Anfechtungsgegenstand (vorstehend E. 1.4), darüber kann mithin nicht im vorliegenden Verfahren befunden werden.

E. 3

Das ebenfalls den Beschwerdeführer betreffende Verfahren Nr. IV.2017.00008 wurde mit Urteil vom heutigen Tag abgeschlossen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Am 26. November 2011 stürzte der Beschwerdeführer durch eine ungesicherte Öffnung im Boden (Urk. 2/12/1 Ziff. 4 und 6) und zog sich eine Luxation der rechten Schulter mit Abrissfraktur des Tuberculum majus und minus zu (Urk. 2/12/5 S. 1 Mitte).

Vom 27. November bis 2. Dezember 2012 war er in der Klinik für Unfallchirurgie des Y.____ hospitalisiert und es erfolgte eine Schulterreposition und operative Versorgung mittels periartikulärer und proximaler Humerusplatte (Urk. 2/12/14 Ziff. 7a). Im Austrittsbericht vom 4. Dezember 2012 (Urk. 2/12/8) wurde unter anderem ausgeführt, nach problemlosem intra- und postoperativem Verlauf sei er mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen worden (S. 2 oben), und es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis am 8. Januar 2013 attestiert (S. 2 Mitte).

Im Bericht vom 12. Februar 2013 wurde eine Arbeitsunfähigkeit bis 22. Januar 2013 attestiert und als Datum der Wiederaufnahme der Arbeit der 23. Januar 2013 angegeben (Urk. 2/12/14 Ziff. 8-9).

E. 3.2

Am 26. Februar 2013 hielten die Ärzte des Y.____ fest, der Patient berichte weiter hin über eine nahezu funktionslose Schulter aufgrund der Schmerzen. Aktuell sei es nicht möglich, im Berufsleben teilzunehmen, er betreibe weiterhin Physiotherapie (Urk. 2/12/17 S. 1).

Sechs Monate nach der Operation diagnostizierten die Ärzte in ihrem Bericht vom 21. Mai 2013 (Urk. 2/12/26) 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 bekannterweise bis zu zwei Jahre dauern, mindestens ein Jahr posttraumatisch/postoperativ könne eine Kapsulotomie in Frage gestellt werden (S. 1).

E. 3.3

Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt, Klinik für Unfallchirurgie des Y.____, führte in seinem Bericht vom 13. September 2013 (Urk. 2/12/50) unter anderem aus, ob die diagnostizierte posttraumatische/postoperative Schultersteife wirklich volle zwei Jahre andauern werde, sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht absehbar.

Dr. med. A.____, Assistenzärztin, und Dr. Z.____ nannten in ihrem Bericht vom 8. Oktober 2013 (Urk. 2/12/59) als Diagnose eine posttraumatische/postoperative Schultersteife rechts und führten unter anderem aus, derzeit sei der Patient als Kaufmann noch zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 unten).

E. 3.4

Dr. med. B.____, Oberarzt, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Y.____, nannte mit Bericht vom 5. November 2013 (Urk. 2/12/62) folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - posttraumatische/postoperative Schultersteife rechts - Status nach Osteosynthese proximaler Humerus rechts vom 28. November 2012 - Abriss-Fraktur des Tuberculum majus und minus bei ventro-caudaler Schulterluxation rechts vom 26. November 2012 - Dysästhesien und Minderaktivierung der rechten oberen Extremität im Rahmen eines chronischen Schmerzzustandes

Dr. B.____ führte unter anderem aus, 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 (S. 2 Mitte).

Er empfahl unter anderem eine ergänzende Bildgebung und einen Ausbau der medikamentösen Schmerztherapie (S. 2 unten).

E. 3.5

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.3) empfahl in seinem Bericht vom 28. November 2013 (Urk. 2/12/69) 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 scheint (S. 2).

E. 3.6

Dr. med. C.____, Oberarzt, Schmerzzambulatorium, Institut für Anesthesiologie des Y.____, nannte in seinem Bericht vom 27. Januar 2014 (Urk. 2/12/79) folgende, hier leicht gekürzt angeführte Diagnosen (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).

E. 3.7

Dr. C.____ nannte in seinem Bericht vom 18. März 2014 (Urk. 2/12/85) als Diagnose ein Schulter-Arm-Syndrom rechts sowie folgende Fremddiagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung mit Angst, Depression, Anspannung und Wut (ICD 10 F43.23) - narzisstisch paranoide Persönlichkeit (F61.0) - Verdacht auf dissoziative Zustände nach traumatisierenden Belastungen Differentialdiagnose (DD) posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - chronisch asthmoide Bronchitis bei langjährigem Nikotinabusus

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

Zurzeit seien keine weiteren Kontrollen im Schmerzambulatorium vereinbart (S. 3 oben).

E. 3.8

Der den Beschwerdeführer seit April 2013 behandelnde Psychiater Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 8. Mai 2014 (Urk. 2/12/93) - nebst somatischen - folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - Anpassungsstörung mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F43.23) bei anhaltender psychosozialer Belastung - narzisstische und paranoide Persönlichkeitsstruktur (F61.0) - anamnestisch Status nach traumatisierenden Belastungen mit Differentialdiagnosen Reaktivierung einer posttraumatischen Symptomatik mit veränderter Schmerzwahrnehmung, vegetativer Dysregulation, erhöhter innerer Anspannung, Schreckhaftigkeit und Lärmempfindlichkeit

Aufgrund des schmerzbedingten körperlichen Schonverhaltens sowie der ängstlich depressiven Regression sei der Beschwerdeführer derzeit mit der Bewältigung des Alltags überfordert. Die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit 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). 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).

E. 3.9

Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, führte am 9. Mai 2014 aus, in der Zusammenfassung der klinischen Befunde bestehe eine postoperative Schultersteife 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. 2/12/94 Ziff. 3b).

E. 3.10

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.6) bat in seinem Bericht vom 13. Juni 2014 (Urk. 2/12/98a) bei unveränderten Diagnosen (S. 1) um eine schulterchirurgische Reevaluation und empfahl

trotz ausbleibender Erfolge die Weiterführung der physiotherapeutischen wie auch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (S. 2). Das - wenn auch unvollständige - psychometrische Screening vom 16. Januar 2014 habe Hinweise für eine depressive Entwicklung mit einer deutlichen Angstkomponente ergeben (S. 6 oben).

E. 3.11

Dr. med. F.____, Leitender Arzt, Klinik für Unfallchirurgie des Y.____, führte in seinem Bericht vom 2. Juli 2014 (Urk. 2/12/101) unter anderem aus, der Patient sei durch das Physiotherapie-Programm sowie die medikamentöse Einstellung bezüglich Allgemeinzustand und Lokalbefund kompensiert eingestellt, die vorgeschlagene Osteosynthesematerialentfernung lehne er jedoch komplett ab. Eine weitere ambulante Nachkontrolle sei nicht geplant (S. 2).

E. 3.12

Dr. med. G.____, Assistenzärztin, und Dr. med. H.____, Oberarzt, Klinik für Rheumatologie des Y.____ nannten in ihrem Bericht vom 10. Juli 2014 (Urk. 2/12/102) die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - posttraumatische Frozen Shoulder rechts - aktuell Bewegungseinschränkung mit „kapsulärem Muster“, mögliche chronische Bursitis subacromialis/subdeltoidea, ausgeprägte myofasziale Befunde im Bereich der dorsalen Schultermuskulatur, Schulter protraktion und Impingementsymptomatik - progredientes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - Anpassungsstörung mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F43.2)

Beim Beschwerdeführer bestehe eine Frozen Shoulder rechts, welche posttraumatisch 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 (S. 2 unten). 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 rechtsbeidseitig auf mit ausgeprägten myofaszialen Befunden der Nackenmuskulatur und dorsalen Schulterpartie (S. 2 f.). Im Verlauf der Frozen Shoulder sei nach 24 Monaten eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit und Schmerzsymptomatik zu erwarten (S. 3 oben).

E. 3.13

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, führte am 22. Juli 2014 unter anderem aus, da der Beschwerdeführer den Vorschlag einer Operation (vgl. vorstehend E. 3.9 und E. 3.11) 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. 2/12/105).

E. 3.14

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.8) nannte in seinem Bericht vom 23. September 2014 (Urk. 2/12/114) die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradig ängstlich depressive Störung, im Rahmen einer depressiven Entwicklung

posttraumatisch/postoperativ seit 26. November 2012, mit telgradig 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)

Als Ursache der Arbeitsunfähigkeit nannte er „Krankheit“ (S. 1 Ziff. 1.1).

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).

E. 3.15

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.6) und PD Dr. med. J.____, Oberarzt, Leiter Schmerzambulatorium, Insti tut für Anästhesiologie des Y.____, führten in ihrem Bericht vom 2. Dezember 2014 (Urk. 2/12/121) bei unveränderten Diagnosen (S. 1 f.) aus, 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).

E. 3.16

Nach einem Vorgespräch für einen stationären Aufenthalt nannte die verantwortliche Ärztin der K.____ in ihrem Bericht vom 29. Januar 2015 (Urk. 2/12/122) folgende Diagnosen (S. 1): - schwere Anpassungsstörung mit Anspannung, Angst, Wut und Depression (F43.23) mit/bei: - narzisstisch und paranoide Persönlichkeitsstruktur - posttraumatischen Symptomen, differentialdiagnostisch subsyndromales PTSD - chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (F45.41) - chronische asthmoide Bronchitis

E. 3.17

Dr. med. L.____, Assistenzarzt, und Dr. med. F.____ (vorstehend E. 3.11), nannten in ihrem Bericht vom 15. September 2015 (Urk. 2/12/137 = Urk. 2/8/20) die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - posttraumatische Frozen Shoulder rechts, Erstdiagnose (ED) Mai 2013 - progredientes zervikospindylogenes Schmerzsyndrom rechts - Anpassungsstörung mit Angst, Depression, Anspannung und Wut (ICD 10 F43.23)

Zum Procedere führten sie aus, die intensive Physiotherapie habe 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 (S. 2 unten).

E. 3.18

Am 12. August 2015 erstatteten die Ärzte des M.____ ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 2/33/158). Sie nannten die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 1): - kombinierte Schwerhörigkeit rechts - dekompensierter chronischer Tinnitus aurium rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 24 Ziff. 2 ff.): - 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 Innen drehfähigkeit 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

Die Prognose werde rein somatisch orthopädisch-traumatologisch sowie auch internistisch und neurologisch als günstig eingeschätzt (S. 27).

E. 3.19

Im Austrittsbericht vom 9. September 2015 (Urk. 2/37/2) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. Juli bis 12. August 2015 in der K.____ wurden folgende, hier gekürzt angeführte Diagnosen genannt (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).

E. 3.20

PD Dr. J.____ (vorstehend E. 3.15) nannte in seinem Bericht vom 1. Juli 2016 (Urk. 2/40/1) die schon im Bericht vom 15. September 2015 (vorstehend E. 3.17) angeführten Diagnosen (S. 1 f.). Die Schmerzprobleme seien heute dieselben wie die im Abschlussbericht vom 1. Dezember 2014 (vorstehend E. 3.15) genannten, jedoch habe gemäss Patient die Intensität zugenommen (S. 2 oben).

Er empfahl die Fortsetzung der Physiotherapie, das Weiterführen der analgetischen Medikation mit Lyrica (jedoch regelmässig und weiter aufdosiert), mittel fristig das Ausschleichen des Morphins beziehungsweise Fentanyls und das Weiterführen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch Dr. D.____ einmal wöchentlich (S. 2 unten).

In seinem Bericht vom 12. Juli 2016 (Urk. 2/40/2) über eine gleichentags erfolgte ausserplanmässige Kontrolle gab er vergleichbare Empfehlungen ab (S. 2 unten).

E. 4.1

Zum Behandlungsverlauf ergibt sich aus den verfügbaren ärztlichen Berichten, dass nach der Ende November 2012 erlittenen und operierten Schulterverletzung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, die ursprünglich zirka Ende Januar 2013 terminiert

(vorstehend E. 3.1), dann aber im Mai 2013 wieder festgehalten wurde, in welchem Zeitpunkt auch erstmals eine posttraumatische/postoperative Schultersteife genannt wurde. Eine solche Schultersteife, so wurde mehrfach ausgeführt, könne bis zu zwei Jahre dauern (vorstehend E. 3.2 und 3.12), allenfalls auch weniger (vorstehend E. 3.3).

Im November 2013 wurde angesichts unauffälliger neurologischer Befunde eine Überlagerungssymptomatik vermutet (vorstehend E. 3.54), eine klare Chronifizierung und Ausweitung der Schmerzsymptomatik festgestellt und ein interdisziplinäres Vorgehen empfohlen (vorstehend E. 3.5). Darauf folgte die Weiterbehandlung im Schmerzambulatorium des Y.____, wo im Januar 2014 nebst einem Schulter-Arm-Syndrom ein depressives Zustandsbild als Diagnose genannt wurden (vorstehend E. 3.6). Gleichenorts wurden im März 2014 mehrere psychiatrische Diagnosen angeführt, eine stationäre Rehabilitation mit besonderem Fokus auf Schmerz- und Angstbehandlung empfohlen und die Betreuung oder Behandlung eingestellt (vorstehend E. 3.7).

Im Mai 2014 wurde aus chirurgischer Sicht unter anderem die operative Entfernung des Osteosynthesematerials empfohlen (vorstehend E. 3.9), was indessen der Beschwerdeführer im Juli 2014 dezidiert ablehnte (vorstehend E. 3.11), was wiederum den beratenden Arzt der Beschwerdeführerin ebenfalls im Juli 2014 aus näher genannten Gründen zur Empfehlung veranlasste, den Patienten ab sofort als voll arbeitsfähig zu betrachten, mithin - sinngemäss - den Fall abzu schliessen (vorstehend E. 3.13).

Ebenfalls im Juli 2014 wurde aus unfallchirurgischer Sicht berichtet, der Patient sei bezüglich Allgemeinzustand und Lokalbefund kompensiert eingestellt, eine weitere Nachkontrolle sei nicht geplant (vorstehend E. 3.11).

Im September 2014 attestierte der behandelnde Psychiater weiterhin eine - seit Behandlungsbeginn im April 2013 anhaltende (vorstehend E. 3.8) - vollständige Arbeitsunfähigkeit, als deren Ursache er ausdrücklich Krankheit angab (vorstehend E. 3.14).

Im Dezember 2014 wurden seitens der Ärzte des Schmerzambulatoriums - wie schon im Juni 2014 (vorstehend E. 3.10) - unveränderte Diagnosen angegeben und ausgeführt, mangels weiterer diagnostisch-therapeutischer Optionen werde die Behandlung vorerst sistiert (vorstehend E. 3.15).

E. 4.2

Der soeben zusammengefasst dargestellte Verlauf lässt erkennen, dass aus unfallchirurgischer Sicht im Juli 2014 ein medizinischer Endzustand erreicht war, nachdem eine im Mai 2014 in Erwägung gezogene Materialentfernung als Behandlungsoption mangels Zustimmung des Beschwerdeführers entfallen war. Im September 2014 bezeichnete der behandelnde Psychiater die von ihm attestierte (volle) Arbeitsunfähigkeit als krankheitsbedingt, und im Dezember 2014 wurde die Behandlung im Schmerzambulatorium mangels weiterer therapeutischer Optionen beendet.

Es steht damit fest, dass im Juli 2015 als dem für die Adäquanzprüfung massgebenden Zeitpunkt (vorstehend E. 2.3) von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte (vgl. vorstehend E. 1.2). Die Prüfung der Adäquanz bezogen auf diesen Zeitpunkt war beziehungsweise ist demnach gerechtfertigt.

E. 4.3

Diese prognostisch ausgerichtete Beurteilung erweist sich überdies - auch wenn dies nicht ausschlaggebend ist (vorstehend E. 1.3) - auch retrospektiv als zutreffend: Im September 2015 wurde berichtet, es werde die Fortsetzung der - wenn auch bisher nicht erfolgreichen - Physiotherapie empfohlen, und es wurde abermals festgehalten, aus unfallchirurgischer Sicht seien die Behandlungsmöglichkeiten erschöpft (vorstehend E. 3.17). Gemäss dem im September 2015 erstatteten Bericht diene ein vorangegangener rund vierwöchiger stationärer Aufenthalt der psychotherapeutischen Behandlung mit dem Hauptfokus auf einer psychischen Stabilisierung, der Unterstützung der Schmerzbehandlung und der Stärkung der Ressourcen (vorstehend E. 3.19). Schliesslich wurde im Juli 2016 noch einmal aus unfallchirurgischer Sicht berichtet, die Schmerzprobleme seien die gleichen wie im Dezember 2014, und es wurde - lediglich - eine Fortsetzung der Schmerzmedikation und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen (vorstehend E. 3.20).

E. 5.1

Bei einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich reichen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien aus,

bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen bedarf es dafür des Nachweises von vier Kriterien (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 = SVR 2010 UV Nr. 25, E. 4.5).

Der Unfall vom 26. November 2012 wurde von beiden Parteien übereinstimmend als im weiteren Sinne mittelschwer eingestuft. Aus den im Urteil von 2017 genannten Gründen (Urk. 2/42 S. E. 4.3) ist er - mit der Beschwerdegegnerin - innerhalb des mittleren Bereichs an der Grenze zu den leichten Unfällen einzustufen.

Damit vorliegend die Adäquanz bejaht werden kann, müssen somit mindestens vier Kriterien erfüllt sein.

E. 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.

E. 5.3

Dass für den Beschwerdeführer als früheres Folteropfer ein solcher Sturz ein dramatisches Ereignis sei (Urk. 2/1 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).

Ebenso ist die erlittene Schulterverletzung keine besondere oder schwere Verletzung (Urk. 2/1 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. 2/1 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.

E. 5.4

Bezüglich der Dauer der ärztlichen Behandlung ist massgebend, dass bei einer Schultersteife, wie sie hier im Mai 2013 diagnostiziert wurde, aus medizinischer Sicht davon ausgegangen wird, dass deren Behandlung bis zu zwei Jahre dauern kann (vorstehend E. 4.1). Die unfallchirurgische Behandlung wurde im Juli 2014 abgeschlossen (vorstehend E. 3.11), diejenige im Schmerzzambulatorium im Dezember 2014 (vorstehend E. 3.14). 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.

E. 5.5

Als erfüllt zu betrachten sein dürfte das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen, dies 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. Dies lässt sich auch bei pflichtschuldigster Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes nicht ändern. Letztmals im Oktober 2013 wurde aus somatischer Sicht eine (volle) Arbeitsunfähigkeit attestiert (vorstehend E. 3.3), wobei bereits ab April 2013 auch psychische Beeinträchtigungen eine namhafte Rolle gespielt haben (vorstehend E. 3.8). Wenn vor diesem Hintergrund zugunsten des Beschwerdeführers das Kriterium als erfüllt gelten sollte, dann jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise.

E. 5.6

Zusammenfassend sind damit lediglich und höchstens zwei Beurteilungskriterien erfüllt, und beide nicht in besonders ausgeprägter Weise. Demnach ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (Juli 2015) und dem Unfallereignis vom 26. November 2012 zu verneinen.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 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 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, zuzu stellen.

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 MosimannTiefenbacher

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