



Fall-Nr.: UV 2009/32
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 27.04.2020
Entscheiddatum: 26.11.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 26.11.2009

Art. 6 UVG: Die Einstellung der Versicherungsleistungen erfolgte zu Recht, nachdem der Status quo sine nach einer Schulterkontusion infolge eines Treppensturzes wieder erreicht worden war (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2009, UV 2009/32).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; a.o. Gerichtsschreiberin Natalie Morgenegg

Entscheid vom 26. November 2009

in Sachen

C.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Poststrasse 6, Postfach 239,
9443 Widnau,

gegen

SWICA Versicherungen, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a Die 1951 geborene C.____ war als Betriebsangestellte Lingerie im Spital A.____ tätig und bei der SWICA Gesundheitsorganisation (nachfolgend: Swica) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 31. Januar 2003 meldete das Spital A.____ der Swica, dass die Versicherte am 23. Januar 2003 beim Verlassen des Restaurants B.____ die Treppenstufe nicht beachtet habe, deshalb gestürzt sei und sich verletzt habe (UV-act. 1).

A.b Mit Arztzeugnis UVG vom 17. Februar 2003 gab der Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, an, die Versicherte sei am 23. Januar 2003 auf Glatteis gestürzt und mit dem Becken, der linken Schulter und dem linken Knie aufgeschlagen. Als Diagnose hielt er eine Kontusion des Beckens und des linken Knies sowie eine Schulterkontusion mit schwerer Abduktionshemmung und ebenfalls schmerzbedingter Ante- und Retroversion fest. Dabei sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 24. Januar 2003 eingetreten (UV-act. 2). Zuvor hatte die Radiologie-Abteilung des Spitals A.____ am 11. Februar 2003 dem Hausarzt der Versicherten Bericht erstattet: Zusammenfassend zeige sich im Bereich des Tuberculum majus eine intraossäre, wahrscheinlich degenerative zystoide Formation. Unmittelbar davorliegend befinde sich, wahrscheinlich extraossär, eine weitere kleinere zystische Formation. Ansonsten bestehe der Verdacht auf deutlichere tendinopathische Veränderungen, möglicherweise auch ältere narbige Residuen. Eine frische, insbesondere komplette Rissbildung mit Muskelretraktion stelle sich nicht dar (UV-act. 89).

A.c Mit Verfügung vom 25. Februar 2003 anerkannte die Swica einen Leistungsanspruch der Versicherten für die Folgen des Sturzes vom 23. Januar 2003 und sprach ihr ein Taggeld von Fr. 49.20 zu (UV-act. 5).

A.d Im ärztlichen Zwischenbericht vom 29. März 2003 hielt Dr. D.____ als Diagnose eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion an der linken Schulter fest. Der Heilungsverlauf sei unter intensiver Physiotherapie und Diprophosinfiltration an der Schulter sehr schleppend. Die Versicherte werde im Ärztehaus K.____ betreut. Die Arbeit



könne von ihr nicht wieder aufgenommen werden (UV-act. 13). Am 25. April 2003 gab Dr. med. E.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom Ärztehaus K.____ im ärztlichen Zwischenbericht an die Swica die Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis links, posttraumatisch an. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei noch nicht absehbar (UV-act. 14).

A.e In der Stellungnahme vom 11. Juli 2003 vermerkte Dr. E.____ eine protrahierte postkontusionelle Periarthropathia humeroscapularis links. Der Zustand habe sich nur leicht verbessert. Die Versicherte solle demnächst wieder zwei Stunden pro Tag in ihrer angestammten Tätigkeit zu arbeiten versuchen. Zur Beurteilung der allgemeinen Belastbarkeit in Tätigkeiten, unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor dem Unfall, empfahl Dr. E.____ eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (UV-act. 20).

A.f Im Arztbericht vom 22. Dezember 2003 gab Dr. med. F.____, Chirurgie FMH, Spital A.____ als Diagnose einen Schulterschmerz links und den Verdacht auf ein outlet-Impingement mit/bei Acromionsporn und subacromialer Bursitis an. Da die Beschwerden persistierten, müsste eine Acromioplastik durchgeführt werden, wobei er aufgrund der Persönlichkeit der Versicherten noch davor zurückschrecke. Der subacromiale Sporn könnte die verzögerte Rehabilitation erklären. Er sei sicherlich vorbestehend gewesen, aber bis zum Sturz asymptomatisch. Es sei jedoch nicht gesichert, dass dieser Sporn das Beschwerdebild unterhalte. Seiner Meinung nach könne die Versicherte ab Januar 2004 aber ihr Teilpensum wieder zu 100% leisten. Dabei sollten Arbeiten über Kopf und das Tragen schwerer Lasten vermieden werden. Arbeiten unterhalb der Schulterhöhe seien zumutbar, insbesondere wenn grössere Bewegungen im Schultergelenk vermieden werden könnten (UV-act. 26).

A.g Am 2. Juni 2004 bestätigte Dr. F.____ die Diagnose des Impingement-Syndroms der Schulter links nach arthroskopischer subacromialer Dekompression am 13. Februar 2004. Vier Monate nach der Operation müsse festgestellt werden, dass diese nicht viel gebracht habe. Das linke Schultergelenk bleibe vermindert belastbar. Auch rechts komme es nun zu ähnlichen Beschwerden, da die Versicherte vermehrt Arbeiten mit rechts ausüben müsse. Trotzdem habe er sie ab dem 7. Juni 2004 wieder zu 100% arbeitsfähig geschrieben. Die Vorgesetzte der Versicherten werde versuchen, eine Arbeit zu finden, bei welcher sie die Schulter wenig belasten müsse. Ansonsten müsste



St.Galler Gerichte

ihr wohl eine Kündigung ausgesprochen werden (UV-act. 30). Dem Operationsbericht vom 13. Februar 2004 kann entnommen werden, dass die Rotatorenmanschette bei der Arthroskopie keine Läsion aufwies. Die glenohumeralen Bänder und Sehnen seien intakt. Das posteriosuperiore Labrum sei diskret ausgefranst (UV-act. 88).

A.h Mit Arztbericht vom 13. Dezember 2004 gab Dr. E.____ als Diagnose einen Status nach Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter (traumatisch) am 23. Januar [2003] mit Status nach Schulteroperation am 13. Februar [2004] sowie eine Kettentendinose am rechten Arm mit möglicher rheumatisch-entzündlicher Komponente (positive ANA) an. Obwohl die Problematik initial klar mechanisch gewesen sei, scheine wegen der hartnäckigen Therapieresistenz und positiven ANA doch eine entzündliche rheumatische Komponente präsent zu sein (UV-act. 35). Am 2. Mai 2005 führte Dr. E.____ mit Arztbericht an, beide Schultern der Versicherten zeigten schmerzlos symmetrische Kraft und gute passive Beweglichkeit. Die aktive Beweglichkeit beidseits sei aber schmerzhaft, vor allem bei der Abduktion links (UV-act. 40).

A.i In der Folge veranlasste der zuständige Unfallversicherer eine neurologische, psychologische und rheumatologische Begutachtung der Versicherten, die am 8. August 2005 durchgeführt wurde. Im Gutachten vom 10. August 2005 hielt Dr. med. G.____, Rheumatologie und Rehabilitation FMH, als Diagnosen eine chronische Periarthropathia humeroscapularis links bei Status nach Operation am 13. Februar 2004 wegen einer Rotatorenmanschettenruptur am 23. Januar 2003, eine chronische Epikondylopathia humeri radialis rechts sowie ein Lumbovertebralsyndrom fest. Anhaltspunkte für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen fehlten (UV-act. 52-2). Im Gutachten vom 3. September 2005 führte Dr. med. H.____, Neurologie FMH, als Diagnosen einen Status nach Sturz vom 23. Januar 2003 mit Kontusion der Schulter links, des Beckens und des Knies sowie einen Status nach Rotatorenmanschettenruptur mit operativer Sanierung am 13. Februar 2004 an. Neurologisch sei die Versicherte unauffällig. Die Ursache der festgestellten Störung bilde einzig der Unfall. Insgesamt ergebe sich ein Integritätsschaden von 15% (UV-act. 53-8ff.).



A.j Mit Verfügung vom 7. März 2007 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente (UV-act. 60). Im darauffolgenden Beschwerdeverfahren kam das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 3. Dezember 2008 zum Schluss, dass auf die beiden Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ zur Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Versicherten nicht abgestellt werden könne, da nicht alle erforderlichen Akten beigezogen worden und keine aktuellen bildgebenden Untersuchungen erfolgt seien. Deshalb habe sich ein Obergutachten mit der Frage der Arbeitsfähigkeit zu beschäftigen (act. G1.1.10-12).

A.k Am 19. September 2008 ordnete der Unfallversicherer eine weitere medizinische Begutachtung bei Dr. med. I.____, Allgemein- und Unfallchirurgie FMH, Spital J.____, an (UV-act. 75). Im Gutachten vom 1. Oktober 2008 hielt Dr. I.____ als Diagnosen eine diffuse Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparats mit fehlender klinischer Objektivierbarkeit und Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, einen Status nach Schulterkontusion links und einen Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression am 13. Februar 2004 bei Verdacht auf subacromiales Impingement sowie Verdacht auf eine entzündlich-rheumatologische Erkrankung fest. Zu den vom Gutachten zu beantwortenden Fragen gab er an, der Unfall vom 23. Januar 2003 stehe seines Erachtens nicht mehr ursächlich im Zusammenhang mit der jetzigen Symptomatik. Bei diesem Unfall sei es lediglich zu einer Kontusion der linken Schulter gekommen, im Anschluss daran möglicherweise zu einer Bursitis subacromialis, unterhalten auch durch einen vorbestehenden Acromionsporn. Da die adäquate Therapie aber keinen wesentlichen Erfolg gebracht habe, müsse man davon ausgehen, dass die Symptomatik nicht auf dieses Problem zurückgehe. Morphologisch lägen auch keine Veränderungen an dieser linken Schulter vor, insbesondere keine Rotatorenmanschettenruptur, wie dies fälschlicherweise von vorangehenden Ärzten festgehalten worden sei. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Gesundheitsstörungen früher oder später auch ohne den Unfall im heutigen Ausmass aufgetreten wären. Deshalb sei spätestens vier Monate nach dem operativen Eingriff, d.h. spätestens Ende Juni 2004, der Status quo sine erreicht gewesen. Rein unfallbedingt liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Zur genauen Evaluation der allgemeinen Arbeitsfähigkeit müsste eine funktionelle Leistungsfähigkeitsprüfung durchgeführt werden (UV-act. 78).



St.Galler Gerichte

A.I Mit Verfügung vom 11. Dezember 2008 schloss der Unfallversicherer den Leistungsfall der Versicherten per 30. Juni 2004 mit der Begründung ab, die Unfallfolgen seien gemäss Gutachten von Dr. I.____ spätestens Ende Juni 2004 als abgeheilt zu betrachten (UV-act. 93).

B.

B.a Mit Einsprache vom 27. Januar 2009 beantragte der Rechtsvertreter der Versicherten, RA lic.iur. Adrian Fiechter, Widnau, die Verfügung vom 11. Dezember 2008 sei aufzuheben, der Versicherten seien ab dem 1. Juli 2004 weiterhin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeldleistungen in der Höhe von Fr. 49.20, auszurichten und es seien die entsprechenden Heilungskosten zu übernehmen. Zudem beantragte er die Ausrichtung einer angemessenen Rente ab dem 3. September 2005 sowie einer Integritätsentschädigung von mindestens 15%. Die rechtserhebliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Gesundheitsschäden der Versicherten sei gegeben. Die Versicherte sei vor dem Unfall vom 23. Januar 2003 gesund bzw. beschwerdefrei und zu 100% arbeitsfähig gewesen. Es könne nicht einzig auf das Gutachten von Dr. I.____ abgestellt werden (UV-act. 99).

B.b Der Unfallversicherer wies die Einsprache mit Entscheid vom 9. Februar 2009 ab. Dabei hielt er fest, das Gutachten von Dr. I.____ erfülle die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ein schlüssiges Gutachten vollumfänglich. Deshalb seien die Leistungseinstellung per 30. Juni 2004 aufgrund des Erreichens des Status quo sine und somit die Verfügung vom 11. Dezember 2008 korrekt (UV-act. 102).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid richtet sich die am 16. März 2009 eingereichte Beschwerde (act. G1). Darin beantragt die Beschwerdeführerin die Verfügung vom 11. Dezember 2008 sowie der Einspracheentscheid vom 9. Februar 2009 seien aufzuheben. Ferner seien auch für die Zeit ab dem 1. Juli 2004 die gemäss UVG vorgesehenen Leistungen zu erbringen. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weiterhin Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit von 100% auszurichten und die entsprechenden Heilungskosten zu übernehmen. Im Weiteren



beantragt die Beschwerdeführerin eine ganze Rente ab dem 3. September 2005 sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 15%. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auch für die nach Eintritt der Invalidität anfallenden Kosten für die Heilbehandlung aufzukommen, soweit diese zum Erhalt des Gesundheitszustandes erforderlich seien. Eventualiter sei ein Obergutachten zur Bestimmung des Invaliditätsgrads sowie der Höhe des Anspruchs auf Integritätsentschädigung einzuholen. Zudem sei ihr für das Einspracheverfahren eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- auszurichten. Zur Begründung führt die Beschwerdeführerin an, sie sei vor dem Unfall am 23. Januar 2003 gesund bzw. beschwerdefrei und zu 100% arbeitsfähig gewesen. Im Weiteren sei erstellt, dass alle behandelnden Ärzte und auch die Gutachter Dr. G.____ und Dr. H.____ zumindest von teilweise unfallkausalen Beschwerden ausgingen. Das Gutachten von Dr. I.____, welches die Unfallkausalität verneine, stehe dazu diametral im Widerspruch. Deshalb seien die Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ demjenigen von Dr. I.____ vorzuziehen. Gemäss Entscheid des angerufenen Gerichts vom 3. Dezember 2008, wonach den Gutachten G.____ und H.____ keine genügende Beweiskraft zukomme, fehle es auch dem Gutachten I.____ an der erforderlichen Grundlage zur Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Aus diesem Grund sei das vom Gericht im IV-Verfahren angeordnete Obergutachten um die Frage nach der Unfallkausalität der verbliebenen gesundheitlichen Beschwerden und nach dem Zeitpunkt der Stabilisierung des Gesundheitszustandes zu ergänzen.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2009 (act. G3) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin verkenne, dass die Frage der aktuellen Arbeitsfähigkeit für das vorliegende Verfahren nicht relevant sei. Darüberhinaus erläutere Dr. I.____ eingehend, weshalb er in Bezug auf die Diagnosestellung und Unfallkausalität eine abweichende Meinung vertrete. Da die Gesundheitsstörungen der Beschwerdeführerin früher oder später auch ohne das Unfallereignis vom 23. Januar 2003 im heutigen Masse aufgetreten wären, seien die anhaltende Behandlungsbedürftigkeit und die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr unfallbedingt. Der Status quo sine sei Ende Juni 2004 erreicht gewesen.

C.c Mit Replik am 10. Juni 2009 hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den gestellten Rechtsbegehren fest (act. G7). Ergänzend begründet er, dass für die bis



heute persistierenden Gesundheitsprobleme gemäss Stellungnahme von Dr. E.____ vom 22. Mai 2009 eine Krankheits- sowie Unfallsymptomatik bestehe. Dr. E.____ habe ausserdem festgehalten, dass auch ohne Rotatorenmanschettenruptur unfallkausale Beschwerden bestehen könnten. Im Gutachten von Dr. I.____ fehlten überdies jegliche Erwägungen, weshalb die Unfallkausalität per Ende Juni 2004 zu verneinen sei, wo sie doch bis zu jenem Zeitpunkt offensichtlich zu bejahen sei. Die Festlegung dieses Zeitpunkts erscheine willkürlich. Angesichts des beschwerdefreien Zustands der Beschwerdeführerin vor dem Unfall erscheine ferner dringend klärungsbedürftig, ob nicht als Folge des Unfalls rheumatische Beschwerden aufgetreten seien. Deshalb werde das Gericht ersucht, ein ärztliches Gutachten einzuholen, mit welchem geklärt werden soll, ob ohne den Unfall ebenfalls Beschwerden im vorliegenden Ausmass bestehen würden.

C.d Mit Duplik vom 29. Juni 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und macht geltend, das Gutachten von Dr. I.____ gehe dem Bericht von Dr. E.____ vom 22. Mai 2009 ohne weiteres vor (act. G9).

Erwägungen:

1.

Streitig ist vorliegend, ob die bei der Beschwerdeführerin über den 30. Juni 2004 (Datum der Leistungseinstellung) bestehenden Beschwerden noch natürliche und adäquate Folge des Unfalls vom 23. Januar 2003 darstellen.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht



zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 337 f. E. 1). 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 Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Aufgabe des Arztes ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines



Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, beispielsweise Krankheit oder degenerative Veränderungen, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. Januar 2006, i/S. C., E. 2 mit Hinweisen [U 320/05]).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in



Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei vor dem Unfallereignis am 23. Januar 2003 gesund bzw. beschwerdefrei und zu 100% arbeitsfähig gewesen. Auch die behandelnden Ärzte gingen alle zumindest von teilweise unfallkausalen Beschwerden aus. Dem Gutachten von Dr. I.____ vom 1. Oktober 2008, welches den Status quo sine Ende Juni 2004 festlege, könne keine volle Beweiskraft zukommen. Die Beschwerdegegnerin hält dagegen das Gutachten von Dr. I.____ für verwertbar. Es erläutere eingehend, weshalb der Arzt in Bezug auf die Diagnosestellung und Unfallkausalität eine von den vorhergehenden Gutachten abweichende Meinung vertrete.

3.2

3.2.1 Im Gutachten vom 1. Oktober 2008 führt Dr. I.____ aus, die Beschwerdeführerin leide an einer diffusen Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparats mit fehlender klinischer Objektivierbarkeit. Zudem bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Als Diagnosen gibt er einen Status nach Schulterkontusion links und einen Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression am 13. Februar 2004 bei Verdacht auf subacromiales Impingement sowie Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung an. In der Anamnese führt er darüberhinaus aus, die Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur, welche von Dr. D.____, Dr. E.____ und Dr. G.____ angegeben worden sei, sei falsch. Woher diese Diagnose komme, sei unklar. Die Beschwerdeführerin weise keine Rotatorenmanschettenruptur auf und sei dafür auch nicht an der Schulter operiert worden. Es sei lediglich eine subacromiale Dekompression durchgeführt worden. Insgesamt sei die Prognose ungünstig, da sich die Symptomatik chronifiziert habe. Seines Erachtens sei die jetzige Symptomatik auch nicht mehr unfallkausal. Beim Unfall sei es nämlich lediglich zu einer Kontusion der linken Schulter gekommen, im Anschluss daran möglicherweise zu einer Bursitis subacromialis, unterhalten auch durch einen vorbestehenden Acromionsporn. Da die adäquate Therapie mit



arthroskopischer Dekompression keinen wesentlichen Erfolg gebracht habe, könne man davon ausgehen, dass die Symptomatik der Beschwerdeführerin nicht auf dieses Problem zurückzuführen gewesen sei. Deshalb sei spätestens vier Monate nach dem operativen Eingriff an der linken Schulter, d.h. spätestens Ende Juni 2004, der Status quo sine erreicht gewesen. Im Weiteren sei allenfalls nochmals eine rheumatologische Beurteilung vorzunehmen, da in den vorangehenden Arztberichten widersprüchliche Beurteilungen vorliegen würden. Wenn ein Leiden des rheumatologischen Formenkreises ausgeschlossen werden könne, spreche dies für die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung.

3.2.2 In den UV-Akten finden sich drei Berichte, welche anhand bildgebender Untersuchungen erstellt und deren Befunde dokumentiert wurden. Der Radiologiebericht des Spitals A.____ vom 11. Februar 2003 an den Hausarzt Dr. D.____ hält 19 Tage nach dem Unfall vom 23. Januar 2003 fest, eine frische, insbesondere komplette Rissbildung mit Muskelretraktion stelle sich nicht dar. Im Weiteren zeige sich im Bereich des Tuberculum majus eine intraossäre, wahrscheinlich degenerative zystoide Formation sowie, wahrscheinlich extraossär, eine weitere kleinere zystische Formation. Ansonsten bestehe der Verdacht auf deutlichere tendinopathische Veränderungen, möglicherweise auch ältere narbige Residuen (UV-act. 89). Dr. F.____ gibt mit Arztbericht vom 22. Dezember 2003 an, radiologisch zeige sich eine diskrete Spornbildung an der Acromionunterkante. Zudem habe das MRI vom 11. Februar 2003 eine Bursitis subacromialis dargestellt. Die Supraspinatussehne sei etwas aufgetrieben, aber ohne Rupturzeichen (UV-act. 26). Auch im Operationsbericht des Spitals A.____ vom 13. Februar 2004 wird aufgeführt, dass die Rotatorenmanschette keine Läsion aufweise. Die glenohumeralen Bänder und Sehnen seien intakt. Das posteriosuperiore Labrum sei diskret ausgefranst (UV-act. 88). Diese drei Arztberichte sind umfassend und schlüssig formuliert. Sie wurden zeitlich nahe am Unfall erstellt und haben eine mögliche Rotatorenmanschettenläsion genügend abgeklärt bzw. verneint. Ferner finden sich in den UV-Akten aber auch Arztberichte, welche die Diagnose einer Rotatorenmanschettenläsion festhalten. Am 29. April 2003 gab Dr. D.____ als Diagnose der Beschwerdeführerin eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion an der linken Schulter an (UV-act. 13). Im weiteren Verlauf hielt er diese Diagnose wiederholt fest. Auch Dr. E.____ führte im Arztbericht vom 13. Dezember 2004 den Status nach Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter an (UV-act. 35). In den Gutachten von



Dr. G.____ und Dr. H.____ wurde sodann die Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur unbesehen übernommen. Weshalb diese Diagnosen aufgeführt wurden, bleibt unklar. Es finden sich nämlich keine Hinweise, welche das Vorliegen einer Läsion bzw. Ruptur der Rotatorenmanschette belegen würden. Die Berichte über eine Rotatorenmanschettenläsion stützen sich ausserdem jeweils lediglich auf äussere physiologische Untersuchungen. Es muss daher aufgrund der aussagekräftigen bildgebenden Erhebungen und insbesondere auch aufgrund des Operationsberichts des Spitals A.____ vom 13. Februar 2004 (UV-act. 88), worin Dr. F.____ eine Rotatorenmanschettenläsion ausdrücklich verneint, als erstellt erachtet werden, dass bei der Beschwerdeführerin keine Rotatorenmanschettenruptur vorgelegen hat.

3.2.3 Bei der Beschwerdeführerin wurden durch die vorhergehenden Ärzte auch weitere Diagnosen gestellt. Mit Arztzeugnis UVG vom 17. Februar 2003 gab Dr. D.____ an, die Beschwerdeführerin habe eine Kontusion des Beckens und des linken Knies sowie eine Schulterkontusion mit schwerer Abduktionshemmung und ebenfalls schmerzbedingter Ante- und Retroversion erlitten (UV-act. 2). Im weiteren Verlauf hielt Dr. E.____ als Diagnose eine Periarthropathia humeroscapularis links, posttraumatisch fest (UV-act. 14 und 20). Am 22. Dezember 2003 gab Dr. F.____ mit Arztbericht den Verdacht auf ein Impingement-Syndrom mit Acromionsporn und subacromialer Bursitis an, welcher sich mit Arztbericht vom 2. Juni 2004 bestätigte. Zur Behandlung des Impingement war am 13. Februar 2004 eine arthroskopische subacromiale Dekompression durchgeführt worden (UV-act. 26 und 30). Dr. E.____ führte mit Bericht vom 13. Dezember 2004 als weitere Diagnose eine Kettentendinose rechts mit einer möglichen rheumatisch-entzündlichen Komponente (positive ANA) an (UV-act. 35). Am 4. April 2005 hielt Dr. D.____ bei der Beschwerdeführerin ein deutlich ausgeprägtes Schulter-/Armsyndrom rechts mit einer Supraspinatusentzündung und Kettentendinose aufgrund der vermehrten Belastung der rechten Schulter fest (UV-act. 39).

3.2.4 Das Gutachten von Dr. I.____ vom 1. Oktober 2008 setzt sich mit sämtlichen Vorakten auseinander. Dabei legt dieser Arzt nachvollziehbar dar, auf welche Erhebungen er die gezogenen Schlussfolgerungen stützt. Die von ihm gestellten Diagnosen weichen sodann auch nicht wesentlich von den begründeten Befunden der vorangehenden Arztberichte ab. Vor dem operativen Eingriff an der linken Schulter führten Dr. D.____, Dr. E.____ und Dr. F.____ als Diagnosen der Beschwerdeführerin



allgemeine Funktionseinschränkungen der linken Schulter an. Die genannte Periarthropathia humeroscapularis gilt als Sammelbezeichnung für verschiedene degenerative Prozesse im Bereich des Schultergelenks, die zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung führen (Pschyrembel, Medizinisches Wörterbuch, Berlin 2004, S. 1389). Als subacromiale Bursitis wird eine Schleimbeutelentzündung im Gelenkbereich unterhalb des Schulterdachs bezeichnet (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 275). Dr. F.____ bestätigte im weiteren Verlauf, dass bei der Beschwerdeführerin ein Impingement-Syndrom in der linken Schulter vorliege. Darunter ist eine Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenks durch chronische Überlastung zu verstehen (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 855), wobei sich das Impingement-Syndrom, die Periarthropathia humeroscapularis sowie eine subacromiale Bursitis gegenseitig bedingen können (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1389f.). Dr. I.____ führte in seinem Gutachten u.a. die Diagnosen einer diffusen Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparats mit fehlender klinischer Objektivierbarkeit und den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung auf. Diese werden wiederum durch die erhobenen Befunde umfassend und schlüssig begründet. Da die zuvor angeführten Veränderungen im linken Schultergelenk vor dem operativen Eingriff diagnostiziert worden sind, kann in der genannten Diagnose von Dr. I.____ kein Widerspruch erkannt werden. Nach dem operativen Eingriff am 13. Februar 2004 wurden im Weiteren von den behandelnden Ärzten eine Kettentendinose rechts mit einer möglichen rheumatisch-entzündlichen Komponente sowie eine Supraspinatusentzündung als Diagnosen festgehalten. Die von Dr. I.____ im Gutachten angegebenen Diagnosen des Verdachts auf eine entzündlich rheumatologische Erkrankung sowie des Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression bei Verdacht auf Impingement stimmen somit mit den vorangehenden Erhebungen überein.

3.2.5 Als wesentliche Neuerung wird im Gutachten von Dr. I.____ das Erreichen des Status quo sine postuliert. Dabei wird festgehalten, dass der Unfall vom 23. Januar 2003 nicht mehr ursächlich mit der jetzigen Symptomatik im Zusammenhang stehe. Da die adäquate Therapie mit arthroskopischer subacromialer Dekompression keinen wesentlichen Erfolg gebracht habe, müsse man davon ausgehen, dass die Gesundheitsstörung nicht auf die gedachte Problematik zurückzuführen gewesen sei. Nach dem Unfall am 23. Januar 2003 wurden von den behandelnden Ärzten Funktionseinschränkungen der linken Schulter diagnostiziert. Im weiteren Verlauf



bestätigte sich ein Impingement-Syndrom im linken Schultergelenk mit Acromionsporn. Aufgrund dieser Diagnose führte Dr. F.____ am 13. Februar 2004 eine arthroskopische subacromiale Dekompression durch. Im Arztbericht vom 2. Juni 2004 hielt er daraufhin fest, vier Monate nach dem operativen Eingriff habe sich keine wesentliche Verbesserung eingestellt. Normalerweise kann bei einem Impingement-Syndrom infolge Kontusion einer gesunden Schulter, bei adäquater Behandlung mit einer wesentlichen Besserung oder Heilung gerechnet werden. Dabei sollte nach vier Monaten eine wesentliche Besserung eingetreten sein (vgl. Dr. med. Walter Selig, Schulterimpingement-Syndrom, http://www.hirslanden.com/images/Publ_Impingement.pdf; Daniel Rikli, Impingement ohne Riss der Rotatorenmanschette, <http://www.danielrikli.ch/praxis/patienteninformation/behandlungsspektrum/obereextremitaet/schulter/rotatorenmanschette/impingement-ohne-riss.html>). Da der operative Eingriff vorliegend nicht viel gebracht hat, kann der Einschätzung von Dr. I.____ gefolgt werden, wonach die eigentliche Ursache der gesundheitlichen Störung der Beschwerdeführerin nicht (nur) im nach dem Unfall diagnostizierten Befund gelegen hat. Am 27. November 2003 wurde darüberhinaus bei den radiologischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin eine diskrete Spornbildung an der Acromionunterkante festgestellt (UV-act. 26). Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass die funktionelle Beeinträchtigung des linken Schultergelenks durch den vorbestehenden Acromionsporn unterhalten wurde. Auch die im weiteren Verlauf erfolgte Ausweitung der Symptome auf die rechte Schulter sowie das Vorfinden entzündlich-rheumatischer Komponenten deuten eher auf eine degenerative oder autoimmune Erkrankung, denn auf unfallbedingte Beschwerden hin. Es kann daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die heute bestehenden Gesundheitsstörungen der Beschwerdeführerin ursächlich auf den Unfall am 23. Januar 2003 zurückzuführen sind.

3.3 Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. I.____ die Voraussetzungen der Rechtsprechung hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a). Das allgemeinmedizinische Gutachten vom 1. Oktober 2008 ist umfassend, medizinisch fundiert und schlüssig begründet. Es wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Beachtung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Aufgrund der bereits umfangreich erhobenen Aktenlage und eigener Untersuchungen war es Dr. I.____ möglich, objektiv nachvollziehbare Diagnosen zu stellen. In der Anamnese sowie in der



Stellungnahme zu den von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen, begründet er zudem hinreichend, weshalb und inwiefern sein Gutachten von den vorhergehenden Arztberichten abweicht. Dementsprechend kann das Gutachten als beweiskräftig gelten. Es stellt denn auch eine aktuelle Erhebung des Zustands der Beschwerdeführerin sowie ihrer Arbeitsfähigkeit für das UV-Verfahren dar. Zur Berechnung des Invaliditätsgrads im UV-Verfahren kann dagegen nicht direkt auf die Gutachten im IV-Verfahren abgestellt werden. Denn die Ermittlung des jeweiligen Invaliditätsgrads stützt sich auf unterschiedliche Faktoren. Die Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ aus dem IV-Verfahren können vorliegend zudem nicht als Grundlage herangezogen werden, da sie mit Entscheid des hiesigen Gerichts vom 3. Dezember 2008 (IV 2007/171) als mangelhaft und damit als nicht genügend beweiskräftig qualifiziert wurden.

3.4 Im Sinn des Gutachtens von Dr. I.____ gilt damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt, dass die jetzige Symptomatik der Beschwerdeführerin früher oder später auch ohne den Unfall am 23. Januar 2003 aufgetreten wäre. Die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens haben somit ihre kausale Bedeutung verloren. Deshalb ist spätestens vier Monate nach dem operativen Eingriff am 13. Februar 2004 das Erreichen des Status quo sine anzunehmen. Somit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungen per 30. Juni 2004 eingestellt.

4. Gemäss Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG wird im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen. Die Formulierung wurde so gewählt, um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu ermöglichen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 52 ATSG N. 28). Die Beschwerdeführerin hat im Einspracheverfahren kein Begehren um eine unentgeltliche Rechtsverteidigung gestellt. Im Beschwerdeverfahren kann also nur ein möglicher Anspruch auf eine reguläre Parteientschädigung für das Einspracheverfahren zur Diskussion stehen. Selbst wenn es zulässig wäre, unter besonderen Umständen ausserhalb der unentgeltlichen Rechtsverteidigung eine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Ueli Kieser, a.a.O., Art. 52 ATSG N. 28), was angesichts der höchstrichterlichen Rechtsprechung kaum zutreffen dürfte, bestehen doch vorliegend keine derartigen Umstände. Denn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hatte im Einspracheverfahren keine übermässigen Aufwendungen zu tätigen. Der Fall bot weder



St.Galler Gerichte

in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht besondere Schwierigkeiten (vgl. BGE 130 V 570 E. 2.2ff.). Dementsprechend konnte auch die Einspracheschrift des Rechtsvertreters mit vier übersichtlichen Seiten knapp und verständlich gehalten werden. Die Zahl der involvierten Parteien entspricht vorliegend einem durchschnittlichen UV-Verfahren mit Beschwerdeführerin, Beschwerdegegnerin sowie behandelnden und begutachtenden Ärzten. Weder darin noch in der teilweisen Parallelität des IV- und UV-Verfahrens kann eine ungewöhnliche Komplexität erkannt werden. Das entsprechende Beschwerdebegehren ist deshalb abzuweisen.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 9. Februar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.