

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/38 vom 26. Mai 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_38

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/38 du 26 mai 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/38 del 26 maggio 2010

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem Velo-Sturz. Abklärung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Mai 2010, UV 2009/38). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2010.

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, ob beim Beschwerdeführer die Heilkosten-Leistungen von der Beschwerdegegnerin zu Recht auf den 31. Juli 2007 eingestellt wurden oder ob auch nach diesem Zeitpunkt von adäquat-kausalen Folgen des Unfallereignisses vom 8. September 1999 auszugehen ist. Die Unfalltaggeldleistungen wurden bis zum 6. Juni 2001 ausgerichtet. Die Beantwortung der Frage, ob die Taggelder für die Folgezeit zu Recht eingestellt blieben, hängt vorab vom Ausgang der Kausalitätsprüfung ab. - Ist die Unfallkausalität einmal anerkannt, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch auf unfallfremden Tatsachen beruht. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f Erw. 3b).

1.2 Der Beschwerdeführer stand vor dem streitigen Unfall vom 8. September 1999 wegen HWS- und BWS-Beschwerden in chiropraktischer Behandlung (UV-act. ZM5). Dr. med. B. ___ bestätigte im Bericht vom 2. Oktober 1999 als Diagnose eine subacromiale Impingementsymptomatik bei Tendinosis calcarea Schulter links. Als Rettungssanitäter bestehe aktuell eine volle Arbeitsunfähigkeit; eine Bürotätigkeit wäre allerdings möglich (UV-act. ZM2). Vom Medizinischen Radiologischen Zentrum, St. Gallen, waren im Bericht vom 20. September 1999 Anhaltspunkte für eine Glenoidfraktur verneint worden (UV-act. ZM4). Im Nachgang zur ersten Schulteroperation hielt Dr. med. C. ___, Kantonsspital Heiden, im Bericht vom 19. April 2000 als Diagnosen eine Arthralgie Schulter links mit Knorpelläsion im Bereich des Glenoides caudal und freiem Gelenkkörper, eine Labrumläsion/anterocranial (Differentialdiagnose) und eine subacromiale Impingementsymptomatik mit Bursitis subacromialis/subdeltoidea fest (UV-act. ZM6). Eine Kernspintomographie der linken Schulter vom 30. Mai 2000 ergab einen vollständigen Abriss des vorderen Labrums vom cranialen Anteil beginnend bis etwa Mitte des Glenoids reichend, mit Verplumpung und vermehrtem Signal auch im

ventro-caudalen Anteil sowie ein vermehrtes Signal im dorso-cranialen Anteil mit Abrundung des hinteren Labrums (UV-act. ZM8). Am 2. Juni 2000 führte Dr. C.____ eine zweite Schulteroperation durch (UV-act. ZM9, ZM10). Der Neurologe Dr. med. D.____ bestätigte am 15. August 2000 die Diagnose einer Schulterkontusion links sowie eine eventuelle HWS-Distorsion (September 1999) mit therapieresistenten Schmerzen der ganzen linken oberen Extremität unklarer Ursache sowie ein ausgeprägtes Cervicocephal- und Lumbovertebralsyndrom (UV-act. ZM11). Im Bericht vom 13. März 2001 hielt Prof. Dr. med. K.____, Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen unter anderem fest, nach mehrfachen Eingriffen an der linken Schulter sei jetzt ein Thoracic-outlet-Syndrom symptomatisch geworden (UV-act. ZM24). Dr. med. D.____, Röntgenfacharzt, berichtete am 14. März 2001 über eine Röntgen- und Sonographieabklärung (UV-act. ZM25). Eine multidisziplinäre Begutachtung in der Klinik Valens ergab gemäss Gutachten vom 9. August 2001 die Diagnosen einer primär nozizeptiv begründbaren Empfindungs- und Bewegungsstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren (dysfunktionales Coping-Verhalten bei schizoidem Persönlichkeitsstil), eines Opioid-Abhängigkeitssyndroms, eines Sedativa-Abhängigkeitssyndroms und eines Status nach Schulterkontusion vom 8. September 1999 mit vollständigem Abriss des vorderen Labrums, Verkalkungen der Supraspinatussehne, Entwicklung einer Neuralgie des Plexus zervikalis und brachialis links (DD: atypisches Thoracic-outlet-Syndrom, sympathische Reflexdystrophie) und Status nach akuter myelotischer Leukämie 1991. Für die zur Zeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei das Unfallereignis vom 8. September 1999 als Teilursache (conditio sine qua non) anzusehen. Die unfallfremden Faktoren (dysfunktionales Coping-Verhalten bei schizoidem Persönlichkeitsstil) wirkten mindestens mit möglicher Wahrscheinlichkeit an den derzeitigen gesundheitlichen Störungen mit. Der Status quo sine/ante sei noch nicht erreicht. Es sei eine psychotherapeutische Behandlung nötig. Die Erfahrung habe gezeigt, dass durch die operativen Massnahmen das Beschwerdebild eher verschlechtert worden sei. Dem Patienten sei eine Tätigkeit im logistischen Bereich (Organisation/Administration) im Umfeld von Rettungswesen und Medizin zu 50 % zumutbar. Der Verlauf werde zeigen, ob diese Arbeitsfähigkeit praktisch durchzusetzen sei, da beim Patienten grosse Widerstände gegenüber dieser Beurteilung bestünden. Die körperliche und geistige Integrität sei durch den Unfall nicht beeinträchtigt (UV-act. ZM29).

1.3 Im Bericht vom 18. April 2002 hielt Prof. Dr. med. E.____, Klinik für Orthopädie am Kantonsspital St. Gallen, unter anderem fest, aufgrund der langen Krankheitsgeschichte sei für das Beschwerdebild wohl das Thoracic-outlet-Syndrom anzuschuldigen, weshalb er dem Patienten zu einem operativen Eingriff (Rippenresektion und Plexus brachialis) geraten habe (UV-act. ZM34). Dieser Eingriff wurde in der Folge durchgeführt (UV-act. ZM39). Im psychiatrischen Gutachten vom 6. Mai 2003 kam Dr. med. F.____ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine gewisse Arbeitsfähigkeit bestehe, er diese jedoch im gegenwärtigen Zeitpunkt wegen seines psychischen Leidens (schizoide Persönlichkeit) nicht umsetzen könne (UV-act. ZM40). Eine ärztliche Begutachtung zuhanden der deutschen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vom 5. Mai 2004 ergab unter anderem, dass es sich beim vorliegenden Schmerzbild nicht um ein chronisches Schmerzsyndrom im psychiatrischen Sinn handle. Es sei ein Unfall vorausgegangen mit Verletzung des Armplexus, in deren Folge sich eine Allodynie herausgebildet habe (UV-act. Z132 Beilage). In der Expertise vom 1. Februar 2005 stellte Prof. Dr. G.____, Universitätsspital Bern, Inselspital, folgende Diagnosen: ein chronisches,

komplexes, kausalgiformes, regionales Schmerzsyndrom der linken oberen Extremität mit Allodyniecharakter (1), eine schmerzhaftige Beweglichkeitseinbusse des linken Schultergelenks (2), eine positionsabhängige Engnis der Thoraxaperturen beidseits, links stärker als rechts (keine eigentlichen Thoracic-outlet oder -inlet Symptome) (3), eine globale Funktionsschwäche der linken Hand und der linken oberen Extremität funktioneller Genese (4), ein Abhängigkeitssyndrom auf Opioiden und Sedativa (5), Rückenbeschwerden bei vermutlich degenerativen Veränderungen der LWS seit August 1999 (6) sowie ein Zustand nach akuter myeloischer Leukämie (7). Als Behandlungsvorschläge nannte er die Weiterführung der psychiatrischen Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie und medizinischen Trainingstherapie, die schrittweise Reduktion und Entwöhnung von Opiaten und Sedativa, eine berufliche Rehabilitation und den Verzicht auf weiterreichende chirurgische Massnahmen. Der Unfall vom 8. September 1999 habe möglicherweise eine Schädigung im kaudalen Labrubereich und am inferioren Gelenkknorpel des linken Schultergelenks gesetzt. Zweifelsfrei habe er vorbestehende, zuvor aber stumme dysplastische/degenerative Veränderungen dieses Gelenks aktiviert. Die Diagnose (2) gehe somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilweise (etwa zur Hälfte) auf den Unfall zurück. Die Diagnose (1) stehe zwar zeitlich in Zusammenhang mit der Behandlung der Unfallfolgen. Dass sie aber durch den Unfall oder Folgen davon hervorgerufen worden sei, erscheine unwahrscheinlich. Die Ausprägung des Krankheitsbildes unter Diagnose (1) werde durch unfallfremde, vorbestehende, anlagebedingte und erworbene psychische Faktoren, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Störung der Verarbeitung an sich banaler posttraumatischer Schmerzen und die Verschlimmerung durch Medikamentenabhängigkeit dominiert. Der Unfall habe hauptsächlich als Auslöser, nicht als Verursacher der Diagnose (1) gewirkt. Die Diagnose (5) sei als Folge der Diagnose (1) aufzufassen. Bei den Diagnosen (1) und (5) seien Unfallfolgen nur noch randständig (etwa ein Zehntel) aktiv beteiligt. Die Diagnosen (3), (4) und (6) und selbstverständlich die klar unfallfremden Diagnosen (7) und (8) hätten mit dem Unfall nichts mehr zu tun. Rückenbeschwerden gemäss Diagnose (6) hätten nachweislich vorbestanden und seien durch den Unfall nicht richtungsweisend verschlimmert worden. Der Endzustand sei insgesamt nicht erreicht. Als Ausbilder im Rettungsdienst wäre der Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsstörungen zu mindestens 50 % eines vollen zeitlichen Pensums einsetzbar. Als Rettungssanitäter im aktiven Einsatz sei er nicht arbeitsfähig. Als Leiter einer Einsatzzentrale wäre er auch nicht einzusetzen, weil er der Verantwortung dieses Einsatzes beim Opiatekonsum juristisch nicht gerecht werden könnte. Der unfallbedingte Integritätsschaden sei aktuell auf 15 % zu beziffern. Nach faktischem Erreichen des Endzustands sei dieser Wert unter Umständen zu korrigieren (UV-act. ZM46). 1.4 Dr. med. H. ____, Facharzt für Neurologie, Allgemeine Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 9. November 2005 über die Behandlung des Beschwerdeführers (UV-act. ZM48). Eine interdisziplinäre Begutachtung im Medizinischen Zentrum Z. ____, ergab gemäss Bericht vom 30. Januar 2007 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gemischte dissoziative Störungen der Bewegungen und der Empfindungen mit Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit schizoiden Zügen (als unfallfremd bezeichnet). Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde die als teilweise unfallkausal bezeichnete Diagnose einer chronifizierten Schmerzsymptomatik und Hyperpathie im Bereich des linken oberen Quadranten ohne nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat, sowie der als unfallfremd bezeichnete intermittierende Opiatmissbrauch angeführt. Aus orthopädisch-chirurgischer und rheumatologischer Sicht

sei die Arbeitsfähigkeit im Beruf als Rettungssanitäter bzw. Instruktor nicht eingeschränkt. Das neurologische Teilgutachten ergebe gesamthaft einen unauffälligen klinischen Befund. Das psychiatrische Krankheitsgeschehen habe sich vor und unabhängig vom Unfallereignis vom 8. September 1999 entwickelt; es sei gänzlich als unfallfremd zu beurteilen. Das psychiatrische Krankheitsgeschehen rechtfertige insgesamt eine (unfallfremde) 50 %ige Arbeitsunfähigkeit. Die Fortführung der psychiatrischen Behandlung sei indiziert. Das freie Intervall zwischen dem Unfall vom 8. September 1999 und der Niederlegung der Berufsarbeit am 18. April 2000 weise darauf hin, dass bereits damals das subjektive Klagebild durch eine psychische Störung unterhalten worden sei und - angesichts der Geringfügigkeit des Körperschadens - der Status quo ante bereits damals erreicht gewesen sei. Ein unfallkausaler Integritätsschaden lasse sich nicht objektivieren (UV-act. ZM49). Im Schreiben vom 12. Juli 2007 äusserten sich die Z.____-Gutachter auf Anfrage der Beschwerdegegnerin zu einem Schreiben von Dr. H.____ vom 1. Mai 2007, worin dieser das neurologische Teilgutachten als qualitativ ungenügend qualifizierte hatte (UV-act. Z196 Beilage). Sie hielten fest, aufgrund der neurologischen gutachterlichen Feststellungen sei eine Armplexusläsion nicht überwiegend wahrscheinlich, womit die Frage der Unfallkausalität beantwortet sei. Für die neuropathisch anmutenden Schmerzklagen lasse sich kein pathologisch-anatomisches Substrat finden. Es lägen keine unmittelbaren oder mittelbaren körperlichen Spätschäden vor. Die im neurologischen Teilgutachten gemachten Feststellungen hätten im Hauptgutachten (S. 33) hinreichende Berücksichtigung gefunden (UV-act. ZM50). 1.5 In einer weiteren Stellungnahme vom 24. Januar 2008 äusserte sich der Chefarzt des Z.____ zu einem Bericht von Dr. H.____ vom 28. September 2007 und bestätigte die Kausalitätsbeurteilung des Gutachtens. Die Argumentation von Dr. H.____ erfolge aus Sicht des Therapeuten und nicht des Versicherungsmediziners. Der Beschwerdeführer sei nicht wegen Unfallfolgen operiert worden, sondern wegen einer Impingementsymptomatik aufgrund einer vorbestehenden Tendinitis calcarea (Arthro-MRI-Bericht vom 20. September 1999), die nicht als posttraumatisch gewertet werden könne, sondern krankheitsbedingt sei. Die neuropathischen Schmerzen hätten sich erst im Verlauf der verschiedenen operativen Eingriffe an der linken Schulter entwickelt. Sie seien demzufolge nicht als unfallkausal zu werten, ebenso wenig die Opiatbehandlung und deren Konsequenzen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dass sich Prof. E.____ (vgl. Bericht vom 27. November 2007; UV-act. ZM54 Beilage 3) durch ihre Beurteilung angegriffen fühle, erstaune nicht. Trotzdem müsse festgehalten werden, dass präoperativ keine Kompressionszeichen neuraler oder arterieller Strukturen objektiviert werden konnten. In einem Schreiben vom 10. Dezember 2007 berichte der Neurologe Dr. med. I.____ (UV-act. ZM54 Beilage 4), dass er weder klinisch noch elektroenzephalographisch oder bildgebend einen pathologischen Befund erheben konnte. Seine Beurteilung eines neuropathischen Schmerzsyndroms basiere ausschliesslich auf der Beschreibung von Schmerzen im Bereich der linken Schulter. Dies decke sich mit den Feststellungen des Z.____-Neurologen, der ebenfalls keine objektivierbare Nervenläsion habe nachweisen können. Die einzig plausible Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit sei auf psychiatrischem Fachgebiet zu begründen (UV-act. ZM51). Dr. H.____ nahm hierzu am 28. April 2008 erneut Stellung und bestätigte dabei den Standpunkt, dass beim Beschwerdeführer kein psychogenes Schmerzsyndrom vorliege. Dies bzw. das Bestehen eines neuropathischen Schmerzsyndroms erkenne nunmehr auch das Z.____ in der Stellungnahme vom 24. Januar 2008 an. Damit sei zwingend eine körperliche Ursache oder zumindest eine Teilursache des chronischen Schmerzsyndroms gegeben. Wenn neu

vorgetragen werde, der Beschwerdeführer sei von Anfang an nicht wegen der Unfallfolgen behandelt (operiert) worden, sondern wegen krankheitsbedingter Beschwerden, werde das gesamte bisherige Versicherungsverfahren insofern für falsch erklärt, als dann die Unfallversicherung von Anfang an keine Leistungen hätte erbringen dürfen. Zwischen seiner Beurteilung und jener des Z.____ bestehe insofern vollständige Übereinstimmung, als einerseits ein neuropathisches Schmerzsyndrom und andererseits eine psychische Komponente bejaht würden (UV-act. ZM52).

E. 2

2.1 Vorliegend besteht Einigkeit unter den begutachtenden und behandelnden Ärzten, dass beim Beschwerdeführer von einem neuropathischen Schmerzsyndrom im Bereich der linken Schulter auszugehen ist (UV-act. Z53 S. 5, ZM29, ZM46, ZM51, ZM52, ZM54 Beilage 2; Beilagen zu UV-act. Z132 [diverse Berichte des Kantonsspitals St. Gallen]). Sodann anerkennen sämtliche involvierten Ärzte und Gutachter, dass dieses seine natürlich-kausale Ursache mindestens teilweise im Unfall vom 8. September 1999 hat und sich aufgrund der operativen Eingriffe vom April 2000 und Juni 2000 sowie vom Juli 2002 jedenfalls keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung der Schmerzsituation im Bereich der linken Schulter ergab (UV-act. ZM29, Z132 Beilage [Gutachten zuhanden der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte], ZM46, ZM49, ZM54 Beilagen 2 und 4). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die erwähnten Operationen wegen der Folgen des Unfalls vom 8. September 1999 vorgenommen und entsprechend von der Beschwerdegegnerin auch übernommen wurden (vgl. UV-act. ZM6, ZM9, ZM10, ZM39). Wenn sich nun die Z.____-Gutachter auf den Standpunkt stellten, dass der Beschwerdeführer nicht wegen der Unfallfolgen operiert worden sei bzw. die neuropathischen Schmerzen sich durch die verschiedenen Eingriffe an der linken Schulter entwickelt hätten und demgemäss nicht als unfallkausal zu werten seien (UV-act. ZM51), so sind diese Einwände insofern nicht von Belang, als die Beschwerdegegnerin auch für allfällige unerwünschte Folgen der von ihr übernommenen Eingriffe aufzukommen hat (Art. 6 Abs. 3 UVG).

2.2 Zur weiteren Frage, ob es sich beim neuropathischen Schmerzsyndrom um ein ausschliesslich psychisches Geschehen oder um eines mit somatischem Anteil handelt, ist vorab festzuhalten, dass sich selbst der Z.____-Neurologe nicht auf den Standpunkt stellte, das neuropathische Syndrom habe einen ausschliesslich psychischen Hintergrund. Vielmehr stellte er einfach fest, aufgrund des klinischen Eindrucks schein eine nicht unerhebliche psychogene Komponente zu bestehen (UV-act. ZM53 S. 5). Laut Roche Lexikon Medizin (S. 1540) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen, wie unter anderem Schmerzen, wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierendes Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es jedoch auch anerkannte unfallkausale organische Schmerzsyndrome wie das CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom), die eintreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 695 ff.). Im Bericht des Paraplegiker Zentrums Nottwil vom 16. Februar 2009 (act. G 1.5) wird ein neuropathisches Schmerzsyndrom der linken Schulter und des linken Arms unklarer Zuordnung, aktuell

ohne Hinweis für ein CRPS, diagnostiziert. Prof. G.____ bescheinigte demgegenüber im Jahr 2005 ein chronisches, komplexes regionales Schmerzsyndrom der linken oberen Extremität mit Allodyniecharakter (UV-act. ZM46). Die später durch den Z.____-Neurologen abgegebene Beurteilung eines neuropathischen Schmerzes spricht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen das Vorliegen unfallkausaler organischer Restfolgen. Wenn die Z.____-Ärzte im interdisziplinären Gutachten einerseits zum Schluss kamen, dass ein nicht unfallkausales psychiatrisches Geschehen vorliege, andererseits jedoch die teilweise Unfallkausalität der chronifizierten Schmerzsymptomatik und Hyperpathie im Bereich des linken oberen Quadranten bescheinigten (UV-act. ZM49), so gingen auch sie offenbar von einem unfallbedingten, vom psychiatrischen Geschehen unabhängigen Befund mit einem - wie auch immer gearteten - somatischen Hintergrund aus. Bereits im Gutachten der Klinik Valens vom 9. August 2001 wurden in diesem Zusammenhang somatische in Verbindung mit psychischen Aspekten vermerkt (UV-act. ZM29 S. 39f und psychiatrisches Gutachten S. 15). Die Feststellung von Dr. H.____, dass das neuropathische Schmerzsyndrom zumindest eine körperliche Teilursache beinhalten müsse (UV-act. ZM52), erscheint vor dem geschilderten Hintergrund nachvollziehbar und plausibel. Aber selbst wenn entgegen den vorstehenden Darlegungen nicht von einem unfallbedingten somatischen Anteil der Schulterschmerzen ausgegangen werden könnte, müsste - wie nachstehend zu zeigen sein wird - deren Adäquanz unter dem Titel "psychischen Beschwerden" bejaht werden.

E. 3

3.1 Der Unfall vom 8. September 1999 ist aufgrund des Geschehensablaufs - der Beschwerdeführer stürzte mit dem Fahrrad auf dem Radweg von St. Gallen nach Rorschach in einen Graben - und der erlittenen Verletzungen den mittelschweren Unfällen, und dort am ehesten denjenigen im mittleren Bereich, zuzuordnen. Damit müssen die weiteren unfallbezogenen Zusatzkriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (BGE 115 V 133 Erw. 6c).

3.2 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls lassen sich vorliegend den Akten (UV-act. Z1) nicht entnehmen. Zur Diskussion steht jedoch eine ärztliche Fehlbehandlung. Prof. G.____ hielt im Gutachten vom 1. Februar 2005 diesbezüglich fest, obwohl er mit vielen ärztlichen Entscheidungen der Krankengeschichte des Exploranden nicht einverstanden sei, erkenne er nirgends eine relevante Verletzung der Sorgfaltspflicht im Sinn eines ärztlichen Kunstfehlers (UV-act. ZM46). Dazu ist vorweg festzuhalten, dass im Rahmen von Art. 6 Abs. 3 UVG der Unfallversicherer für Schäden einzustehen hat, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass die behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen muss (BGE 118 V 286). Auch im vorliegenden Zusammenhang ist für die Bejahung des Kriteriums einer ärztlichen Fehlbehandlung kein Kunstfehler oder ein strafrechtlich relevantes Verhalten der behandelnden Person vorausgesetzt. Im Gutachten der Klinik Valens von 2001 wurde vermerkt, durch die operativen Massnahmen sei das Beschwerdebild eher verschlechtert worden (UV-act. ZM29). Auch die Z.____-Gutachter hielten in diesem Zusammenhang fest, obschon bereits im Bericht der Klinik Valens vom 9. August 2001 eine psychiatrische Auffälligkeit im Sinne eines dysfunktionalen Copingverhaltens mit schizoidem Persönlichkeitsstil sowie ein Opiatabhängigkeitssyndrom diagnostiziert worden seien (was eine eindeutige Kontraindikation für einen nochmaligen operativen Eingriff darstelle), sei man im Juli 2002 aufgrund des therapierefraktären Verlaufs zur Neurolyse des Plexus brachialis und zur

Resektion der ersten Rippe links geschritten. Indessen habe auch diese Massnahme keine Linderung der subjektiven Schmerzsymptomatik gebracht (UV-act. ZM51). Eine ärztliche Fehlbehandlung und eine dadurch bewirkte gewisse Verschlimmerung der Unfallfolgen im oben erwähnten Sinn lässt sich somit nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Zusätzlich ist für die Bejahung des Kriteriums aber vorausgesetzt, dass die ärztliche Fehlbehandlung die Unfallfolgen erheblich verschlimmert (BGE 115 V 133 Erw. 6c). Dies lässt sich den medizinischen Akten nicht entnehmen. Das Kriterium kann daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erfüllt gelten.

3.3 Die anfänglich objektivierbare somatische Verletzung aufgrund der Kontusion der linken Schulter ist nicht als besonders schwer zu bezeichnen. Prof. G.____ legte allerdings dar, dass der Unfall zuvor inaperzepte konstitutionelle/degenerative/überlastungsbedingte Gelenksveränderungen in Erscheinung treten liess. Primäre oder sekundäre neurologische Störungen seien nicht erzeugt worden. Heftige linksseitige Schulter-Armschmerzen seien begreiflicherweise auf die morphologischen Veränderungen der linken Schulter zurückgeführt und mittels Arthroskopie behandelt worden; niemand habe zum damaligen Zeitpunkt (April 2000) die Entstehung eines Schmerzsyndroms voraussehen können. Seit diesem Zeitpunkt, und verstärkt im weiteren Verlauf, habe sich ein psychosomatisch gefärbtes neuralgisches Schmerzsyndrom entwickelt. Dieses habe sich wie ein Chamäleon verhalten: Vordergründig habe es auf posttraumatischen Veränderungen beruht; im Hintergrund sei es durch vorbestehende psychische Faktoren, eine posttraumatische Anpassungsstörung und eine langfristig verkannte Störung der Schmerzinterpretation und -verarbeitung unterhalten worden. In der Folge seien alle somatischen Behandlungsinterventionen bis hin zur Schulterarthroskopie, einer zunehmend ausufernden Schmerztherapie, der freizügigen Gabe von Opioiden und Sedativa und der Resektion der ersten Rippe (so wohlgemeint sie auch gewesen seien) letztlich kontraproduktiv gewesen und hätten nur zur Perpetuierung, wenn nicht gar zur Verschlimmerung des Zustands geführt. Der Gutachter stellte unter anderem die Diagnose eines chronischen komplexen regionalen Schmerzsyndroms der linken oberen Extremität mit Allodyniecharakter (UV-act. ZM46 S. 28). Dass dieses Schmerzsyndrom seine Ursache teilweise im streitigen Unfall hat, stellen auch die Z.____-Gutachter nicht in Abrede (UV-act. ZM49). In diesem Zusammenhang ist nun aber zu beachten, dass in Fällen, in denen beispielsweise in Folge eines nachgewiesenen Morbus Sudeck bzw. eines CRPS sekundäre psychische Störungen hinzutreten, diesen Gesundheitsschädigungen die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, grundsätzlich zugebilligt wird (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 27. Juli 2007 i/S G.V. [2006/89] und vom 18. Oktober 2005 i/S K.M. [UV 2005/28]). Konkret lassen sich beim geschilderten medizinischen Hergang somit eine besondere Art der Verletzung und die Eignung derselben, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, nicht per se verneinen. Da aber vorbestehende psychische und somatische Gegebenheiten eine grosse Rolle gespielt haben dürften, kann das Kriterium höchstens in geringem Umfang als erfüllt gelten.

3.4 Die Gutachter der Klinik Valens gingen im August 2001 vom Nichtvorliegen des Status quo sine/ante aus (UV-act. ZM29). Auch Prof. G.____ bescheinigte im Gutachten vom 1. Februar 2005, dass der Endzustand noch nicht erreicht sei, wobei er - unter Bejahung einer teilweisen Unfallkausalität - neben Psychotherapie die Weiterführung der Physiotherapie, Ergotherapie und medizinischen Trainingstherapie empfahl (UV-act. ZM46). Die Schlussfolgerung der Z.____-Gutachter, dass der Status quo ante auf den 18. April 2000 anzusetzen sei (UV-act. ZM49), überzeugt schon deshalb nicht, weil nach diesem Zeitpunkt mit Hinweis auf Unfallfolgen noch die drei Operationen und weitere Behandlungen

vorgenommen wurden. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung fordert keine besondere Schwere hinsichtlich Art und Weise der Behandlung, sondern einzig hinsichtlich deren Dauer. Nach einer mindestens fünf Jahre andauernden ärztlichen Behandlung muss das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der Behandlung von (unter anderem) somatischen Unfallfolgen als (ausgeprägt) erfüllt betrachtet werden. Hinzu kommt, dass die Behandlung langwierig und für den Beschwerdeführer - weil therapierefraktär - frustrierend war und sich schliesslich ein neuropathisches Schmerzsyndrom entwickelte. Das von den Z.____-Gutachtern vermerkte "freie Intervall" vom 8. September 1999 bis 18. April 2000 (UV-act. ZM49) - gemeint war wohl eine Beschwerdefreiheit/Behandlungsfreiheit - stellt der Beschwerdeführer in Abrede (act. G 1 S. 3) und kann auch nicht als belegt gelten (vgl. UV-act. ZM29 S. 17; ZM46 S. 27f). Sodann lassen sich auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen - unter anderem bei drei Operationen, die keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung brachten (vgl. UV-act. ZM29 S. 41, ZM46 S. 28) - nicht verneinen. Die Frage, ob körperliche Dauerschmerzen vorliegen, lässt sich aufgrund der Akten nicht mit letzter Klarheit beantworten. Die Akten lassen auch den Schluss auf beschwerdefreie Phasen zu (vgl. UV-act. UV-act. ZM 53 S. 2 und ZM54 Beilage 2 und Beilage 4; act. G 1.5 S. 7f). Das Kriterium dürfte damit insgesamt nicht bzw. höchstens geringgradig erfüllt sein, zumal beim neuralgischen Schmerzsyndrom wie dargelegt neben somatisch-unfallbedingten (bzw. unfallbehandlungsbedingten) auch psychosomatische und unfallfremde Aspekte mitspielen.

3.5 Was das Kriterium von Grad und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, bescheinigten die Gutachter der Klinik Valens schon im August 2001, aktuell könne der Patient reine Rettungsdienst-Tätigkeiten ausser Haus aus somatischen und somatopsychischen Gründen nicht durchführen. Für rein administrative Tätigkeiten im medizinischen Fachbereich bestehe eine Teilzeit-Arbeitsfähigkeit, von vorerst 25 % mit genügend Ruhepausen-Intervallen. Administrative Tätigkeiten im Rahmen des Rettungsdienstes seien zu 50 % zumutbar (UV-act. ZM29). Prof. G.____ bestätigte im Februar 2005, dass für die Tätigkeit als Ausbilder von Sanitätsrettungskräften, rein bezogen auf die Unfallfolgen, volle Arbeitsunfähigkeit vom Unfall bis zum 31. Dezember 1999 und vom 13. April 2000 bis zum 31. Dezember 2002 bestanden habe. Danach sei von einer 50 %igen Einsatzfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer könnte (nicht nur bezogen auf die Unfallfolgen) in vielen Berufen zumindest als funktioneller Einhänder, wahrscheinlich aber als funktioneller Beidhänder arbeiten (sitzend, gehend, stehend oder gemischt, ohne Arbeiten über Kopf mit Belastungslimite von 25 kg). Die berufliche Rehabilitation würde längerfristig zur Reduktion des Schmerzsyndroms, zur besseren sozialen Integration und zum Wohlbefinden beitragen. Beginnend mit einem Arbeitseinsatz von 50 % könnte mittelfristig auf eine Verlängerung des Arbeitseinsatzes tendiert werden (Obergrenze bei 75 % der Zeit). Rein auf die Unfallfolgen bezogen seien weit weniger stringente Bedingungen zu formulieren (UV-act. ZM46). In Beantwortung einer Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hielt Dr. med. J.____, Kantonsspital St. Gallen, im Schreiben vom 16. Oktober 2007 fest, der neuropathische Schmerz sei überwiegend Folge des Fahrradunfalls. Als betreuender Schmerztherapeut erachte er den Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Die Einschränkung der Kognition stehe in ursächlichem Zusammenhang mit der chronischen Schmerzerkrankung oder der daraus folgenden zwingenden Opioidtherapie. Die körperlichen Tätigkeiten würden durch die Opioidtherapie verbessert (UV-act. ZM54 Beilage 2). Angesichts dieser medizinischen Überlegungen hat jedenfalls

eine teilkausale Arbeitsunfähigkeit während vielen Jahren als belegt zu gelten, so dass das erwähnte Kriterium - wenn auch angesichts der unfallfremden Aspekte in nicht sehr ausgeprägtem Umfang - zu bejahen ist. 3.6 Damit sind vier der erforderlichen Adäquanzkriterien erfüllt (wovon zwei geringgradig und eines ausgeprägt), weshalb der adäquate Kausalzusammenhang als überwiegend wahrscheinlich gegeben zu betrachten ist. Unter diesen Umständen kommt dem Unfallereignis vom 8. September 1999 massgebende Bedeutung für die in der Folge eingetretenen psychischen Probleme bzw. für das Schmerzsyndrom in der linken Schulter sowie der damit zusammenhängenden Arbeitsunfähigkeit zu. Die Beschwerdegegnerin hat demnach ihre Leistungspflicht hinsichtlich der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers ab dem 31. Juli 2007 zu Unrecht verneint. Nachdem die Heilbehandlung offenbar andauert, eine unfallbedingte teilweise Erwerbsunfähigkeit mit Leistungsrelevanz (gesetzlicher Minimalumfang 10 %; Art. 18 Abs. 1 UVG) sich nicht ohne weiteres ausschliessen lässt und mit Bezug auf das Bestehen eines Integritätsschadens gegensätzliche medizinische Standpunkte von Prof. G.____ (UV-act. ZM46) und der Z.____-Gutachter (UV-act. ZM49) vorliegen, wird die Beschwerdegegnerin die diesbezüglichen Leistungsansprüche noch im Einzelnen abzuklären haben.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 11. März 2009 in dem Sinn gutzuheissen, dass die Beschwerdegegnerin angewiesen wird, den Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Zeit nach dem 31. Juli 2007 zu prüfen und zu verfügen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese - wie in vergleichbaren Fällen üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 11. März 2009 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin angewiesen wird, den Leistungsanspruch für die Zeit nach dem 31. Juli 2007 zu prüfen und zu verfügen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.

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