

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00353 vom 10. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00353](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00353)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00353 du 10 juillet 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00353 del 10 luglio 2009

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist einzig, ob der Beschwerdeführer für die Zeit ab 1. Januar 2006 weiterhin Anspruch auf Taggeldzahlungen durch die Beschwerdegegnerin hat. Diese Frage hängt von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab diesem Zeitpunkt ab. Praxisgemäss hat sich die richterliche Prüfung auf den Sachverhalt zu beschränken, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides (19. Juni 2007) entwickelt hat (BGE 116 V 248 Erw. 1a mit Hinweisen).

Es ergibt sich aus den Akten und ist zwischen den Parteien unbestritten, dass der Endzustand im Bereich der rechten Schulter des Beschwerdeführers in diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht war, weshalb weiterhin ein Anspruch auf Heilbehandlung bestand (Urk. 8/156 und Urk. 2).

Die Beschwerdegegnerin begründet die Einstellung der Taggeldleistungen damit, dass der Beschwerdeführer gestützt auf die Beurteilungen von Dr. D. \_\_\_ in einer leidensangepassten Tätigkeit ab 1. Januar 2006 voll arbeitsfähig sei. Da der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden in der Lage wäre, ein jährliches Einkommen von Fr. 53'830.-- beziehungsweise in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein solches von Fr. 63'222.50 pro Jahr zu erzielen, ergebe sich keine Erwerbseinbusse, weshalb per 1. Januar 2006 auch kein Anspruch auf Taggelder mehr bestehe (Urk. 2 und Urk. 7).

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer geltend machen, dass die Beschwerdegegnerin mangels Beweistauglichkeit nicht auf die Beurteilungen von Dr. D. \_\_\_ hätte abstellen dürfen (Urk. 1, Urk. 11 und Urk. 32).

### E. 3

3.1. Die medizinische Situation stellte sich ab dem Zeitpunkt des erneuten Eintritts der Arbeitsunfähigkeit am 9. Februar 2005 wie folgt dar:

3.1.1. PD Dr. Z. \_\_\_ erstellte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2005 (Urk. 8/90) die Diagnose einer posttraumatischen leichten Omarthrose sowie unklarer Schulterschmerzen rechts bei einem Status nach einer Akromionfraktur, Coracoidfraktur und Fraktur des vorderen Glenoidrandes Schulter rechts am 27. April 2000 und einem Status nach Osteosynthese Materialentfernung am vorderen Glenoidrand rechts am 15. August 2003. Da die subakromiale Infiltration die Beschwerden nur wenig hätten beeinflussen können, scheine das subakromiale Problem nicht im Vordergrund zu stehen. Entweder sei die Omarthrose für die Beschwerden verantwortlich oder ein anderes

Problem. Zur Klärung der Frage nach einer Kompression des Nervus suprascapularis sei eine CT-Untersuchung anzuordnen. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig.

3.1.2. Die am 4. März 2005 durch PD Dr. med. K. \_\_\_\_, Leitender Arzt, Radiologie, Klinik U. \_\_\_\_, angefertigten CTs der rechten Schulter mit 2D- und 3D-Rekonstruktion ergaben eine leichtgradige statische dorsale Subluxation des Humeruskopfes, eine etwas unregelmässige Gelenkfläche am Glenoid, eine nadelartige, sich nach cranial ausdehnende Ossifikation, jedoch ein freier Verlauf des Nervus suprascapularis und eine freie Scapula-notch bei guter Muskeltrophik.

3.1.3. In seinem Bericht an die Allianz vom 24. März 2005 hielt PD Dr. Z. \_\_\_\_ - ergäbnzt mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer auch an einem subakromialen Impingement leide - an seiner Diagnose gemäss Bericht vom 15. Februar 2005 fest (Urk. 8/95). Im Weiteren führte er aus, dass grundsätzlich eine komplexe Situation vorliege mit einerseits glenohumeraler leicht bis mässiger Arthrose und teilweisem Ansprechen auf Infiltration, andererseits fänden sich Anzeichen eines subakromialen Impingements. Schliesslich seien noch diese ossären Ausziehungen im Schulterbereich, deren Bedeutung nicht ganz klar sei. Der Beschwerdeführer habe keine Ruheschmerzen, könne aber den Arm nicht ganz belasten. Während der Belastung habe er wenig Beschwerden, diese würden erst nachher auftreten. Er könne sein Kind kaum aufheben und sei durch die Beschwerden deutlich behindert. Therapeutisch sei die Situation komplex. Der Leidensdruck sei hoch. Es bestehe die Möglichkeit einer Schulterarthroskopie mit dem Ziel, das subakromiale Impingement zu behandeln.

3.1.4. Laut Bericht von PD Dr. Z. \_\_\_\_ an Dr. E. \_\_\_\_ vom 28. April 2005 (Urk. 8/104) fanden sich in der anlässlich der Schulterarthroskopie entnommenen Gewebeprobe ein Low-grade Infekt mit Propionibacterium acnes, was seiner Ansicht nach die Schmerzhaftigkeit und die chronischen Beschwerden erklärten.

3.1.5. Dr. D. \_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 28. Juni 2005 (Urk. 8/114) folgende Diagnosen:

"- Posttraumatische Glenohumeral-Arthrose rechts bei/mit St. n. Glenoid- und Akromionfraktur vom 27.04.00 - Akromionfraktur vom 27.04.00 - St. n. Rekonstruktion des vorderen Glenoidrandes 02.05.00 - St. n. Osteosynthesematerial-Entfernung vorderer Glenoidrand rechts am 15.08.03 - St. n. Schulterarthroskopie, glenohumeralem Döbriment, Synovektomie, Bicepstenotomie, Bursektomie und Akromionplastik am 14.05.05 - Filiforme Verkalkung im Supraspinatus rechts - St. n. Low-grade Infekt mit Propionibacterium acnes - St. n. Linkskonvexe langbogige Thorakolumbalskoliose (unfallfremd)"

Unter dem Titel "Arbeitsunfähigkeit" führte der Gutachter aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen den Befunden der Untersuchung einerseits und den erfolgreich absolvierten Arbeitsversuchen andererseits. Jedoch könne er zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend Stellung nehmen, da er Einsicht in die Unterlagen der Q.\_\_\_\_ haben müsste. Als Chauffeur sei der Beschwerdeführer durch die Folgen des Unfalles bleibend eingeschränkt. Als Privatchauffeur, nicht aber als Auftrags-Chauffeur sei er noch einsatzfähig. Falls nur das Lenken des Fahrzeuges und das Öffnen einer Tür erforderlich wären, dürfte dem Beschwerdeführer mindestens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren sein. Die Beeinträchtigungen wirkten sich beim Heben, Bewegen und Bearbeiten von Gegenständen über oder auf Niveau der rechten Schulter aus. Es müsse mit einem jahrelangen Verlauf gerechnet werden. Verlässliche Angaben dazu seien ohne weitere Angaben aber nicht möglich.

3.1.6 In der Ergänzung zum Gutachten vom 28. Juni 2005 hat Dr. D.\_\_\_\_ am 8. September 2005 ausgeführt (Urk. 8/121), dass dem Beschwerdeführer Arbeiten als Chauffeur in einem Gewerbebetrieb, bei denen er Lasten ein- und auszuladen habe, nicht mehr zumutbar seien. Jedoch seien ihm Tätigkeiten als Fahrer eines Privatwagens etwa im Rahmen eines privaten Chauffeurdienstes oder dergleichen durchaus möglich. Dafür sei von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Tätigkeiten mit einem Armeinsatz auf der rechten Seite über Schulterniveau (90°, parallel zum Boden) oder darüber hinaus seien ihm nicht mehr zumutbar. Ferner könne er keinen Krafteinsatz von erheblichem Ausmass über Schulterhöhe erbringen. Gemäss Schlussbericht der Q.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2005 bestehe zwischen dem, was dem Beschwerdeführer aufgrund der objektivierbaren Beschwerden zuzumuten sei, und dem, was er tatsächlich leiste, eine relevante Differenz. Darüber hinaus gebe es gemäss glaubhaften Eindrücken aus dem Appisberg Hinweise darauf, dass die Leistungsbereitschaft wesentlich von den somatischen Faktoren abhängige. In Anlehnung an den ausführlichen Expertenbericht könne unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Situation und den erhobenen Abklärungsresultaten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Mögliche Arbeiten seien etwa Sortier- und Montagearbeiten. Ferner seien ihm auch feinmanuelle Tätigkeiten wie etwa Gravuren und dergleichen mehr zumutbar.

3.1.7 Anlässlich der Besprechung der Allianz mit Dr. D.\_\_\_\_ am 23. September 2005 (Urk. 8/124) führte Letzterer auf die entsprechende Frage aus, dass der Beschwerdeführer nach dem Eingriff vom 14. April 2005 medizinisch-theoretisch für circa zwei Monate zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei. Aufgrund der bevorstehenden Operation vom 28. September 2005 wurde jedoch von einer Bestimmung der Arbeitsfähigkeit für diese Zeit abgesehen.

3.1.8 Im Nachtrag zum Gutachten vom 28. Juni 2005 und dessen Ergänzung vom 8. September 2005 hat Dr. D.\_\_\_\_ am 3. November 2005 (Urk. 8/130) ausgeführt, dass die auf den Fotodokumenten der Schulterarthroskopie vom 30. September 2005 abgebildeten Knorpel nach dem Grading der International Cartilage Repair Society (ICRS-Grading) einen Zustand Normal oder Nearly Normal zeigten. Hinweise für entzündliche Veränderungen oder für Synovitis fehlten. Der Beschwerdeführer sei drei Monate nach der Operation vom 30. September 2005, das heisst ab 1. Januar 2006, in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Nach wie vor sei der medizinische Endzustand nicht erreicht.

3.1.9 Mit Schreiben an Rechtsanwalt Christoph Hüberli vom 21. November 2005 (Urk. 8/135) führte PD Dr. Z. \_\_\_ aus, dass er den Beschwerdeführer für überhaupt nicht arbeitsfähig halte. Belastende Tätigkeiten im Bereich der rechten Schulter seien seiner Meinung nach nicht möglich. Die Infektion sei mit Sicherheit auf den Unfall beziehungsweise die Folgeoperationen zurückzuführen.

3.1.10 In seinem Bericht an Dr. E. \_\_\_ vom 24. Januar 2006 (Urk. 8/141) hielt PD Dr. Z. \_\_\_ fest, dass es dem Beschwerdeführer nicht besser gehe. Er habe im Vergleich zur der letzten Operation eher mehr Schmerzen. Vor der Operation habe er vor allem Schmerzen im dorsalen Schulterbereich gehabt. Jetzt klage er über Beschwerden dorsal, lateral und auch ventral. Seit einem Monat seien zunehmend auch Nackenbeschwerden rechtsseitig vorhanden und seit einer Woche zunehmend auch eine Hypästhesie und Anästhesie im Dig. I rechts. Grundsätzlich habe er im Schulterbereich in Ruhe leichte und bei Bewegung starke Beschwerden. Nachts habe er Mühe mit Schlafen. Es bestehe Verdacht auf Persistenz des low-grade Infektes. Der Beschwerdeführer habe nun während drei Monaten Dalacin genommen. Es sei daher der weitere Verlauf abzuwarten. Hinsichtlich der Nackenbeschwerden und der Gefühlsstörungen habe er je eine Überweisung an einen Spezialisten in die Wege geleitet. Die Beurteilung durch Dr. D. \_\_\_ sei nicht verständlich. Da drei von vier Gewebeproben, entnommen anlässlich der letzten Arthroskopie, positiv gewesen seien, bestehe kein Zweifel am Vorhandensein des Infektes. Zudem hätten sich bei der Arthroskopie im Bereich des Humeruskopfes Chondromalazieanteile Grad III und in den übrigen Anteilen solche von Grad II gezeigt. Auch am zentralen Anteil des Glenoids sei eine deutliche Schädigung vorhanden gewesen. Grundsätzlich bestätigen relevante Befunde, welche die Beschwerden vollumfänglich erklärten.

3.1.11 Dr. F. \_\_\_ hielt in seinem Bericht an PD Dr. Z. \_\_\_ vom 10. Februar 2006 (Urk. 8/147) fest, dass beim Beschwerdeführer gemäss der elektrodiagnostisch erhobenen Befunde Hinweise auf eine akut neurogene Läsion im Musculus biceps und weniger ausgeprägt auch im Musculus brachii radialis vorhanden seien. Bei dieser komplexen Situation müsse eine radikale Läsion ausgeschlossen werden. Daher habe er den Beschwerdeführer für ein MRI der HWS angemeldet.

3.1.12 Auf dem MRI der HWS vom 13. Februar 2006 waren gemäss Dr. med. G. \_\_\_, eine leichte Einengung des Foramens C5/C6 rechts durch unkarthrotische Zacken und eine kleine intraforaminäre Hernie ersichtlich. Dabei handle es sich um die einzige Stelle, bei der eine leichte radikale rechtsseitige Kompression möglich sei. Insgesamt sei nur eine relativ leichte zervikale Degeneration, wenig betont bei C5/C6 vorhanden. Anhand der linksseitigen schrumpfen Schichten sei ein kleiner Defekt (alter Infarkt) cerebellär links möglich (Urk. 8/148).

3.1.13 Dr. F. \_\_\_ hielt in seinem Schreiben an PD Dr. Z. \_\_\_ vom 2. März 2006 (Urk. 8/150) fest, dass beim Beschwerdeführer für die klinisch und elektrodiagnostisch nachgewiesene C6-Läsion rechts eine entsprechende Pathologie im Bereich der HWS gefunden worden sei. Prinzipiell bestehe in dieser Situation eine Operationsindikation. Da im Moment die Kraftverhältnisse im rechten Arm relativ stabil seien, bestehe keine sehr grosse Dringlichkeit bezüglich einer Dekompression.

3.1.14 In Kenntnis dieser Läsion hielt Dr. D. \_\_\_ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. März 2006 (Urk. 8/153) an seiner Beurteilung vom 3. November 2005 fest, mithin an der Zumutbarkeit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer

leidensangepassten Tätigkeit ab 1. Januar 2006. Dazu führte er aus, dass die Infektion im Rahmen der unfallbedingten Behandlung entstanden sei. Jedoch sei zweifelhaft, ob diese infektiösen Veränderungen den behaupteten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Klar sei die Situation bei den neurologischen Störungen. Das C6-Wurzelreizsyndrom sei degenerativ bedingt und damit unfallfremd. Auch der behandelnde Chirurg, PD Dr. Z.\_\_\_\_, habe die Hauptschmerzursache am 6. März 2006 im unfallfremden C6-Wurzelsyndrom rechts erblickt. Folgerichtig habe er den Beschwerdeführer an den Wirbelsäulenchirurgen zur Beurteilung und Therapie verwiesen. Eine Kontrolle sei erst wieder nach Behandlung des Nackens vorgesehen. Diese Umstände liessen den Schluss zu, dass an der Schulter derzeit keine behandlungsbedingten, posttraumatischen Befunde mehr beständen.

3.1.15 Dr. H.\_\_\_\_ ging in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 20. März 2006 (Urk. 8/154) davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine C6-Radikulopathie rechts vorliege. Zwar spreche die Klinik nicht eindeutig dafür. So seien die Dysästhesien im Daumen rechts die einzige Symptomatik, welche auf die Radikulopathie zurückzuführen sei. Ansonsten ständen die Schulterschmerzen rechts im Vordergrund.

3.1.16 Dr. D.\_\_\_\_ erachtete in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 29. August 2006 (Urk. 6/174) zwischen der Gelenksinfektion und der Unfallbehandlung ein Zusammenhang als sicher. Bei dem hier vorliegenden Bakterium handle es sich um einen Keim mit schwacher Pathogenität. Das heisst, der befallene Patient habe nur selten schwere klinische Manifestationen. Im vorliegenden Fall datierten die letzten verwertbaren klinischen Angaben aus der Untersuchung von PD Dr. Z.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2006. Dabei sei eine Schulterflexion rechts von aktiv 95°, eine Abduktion von 85°, eine Aussenrotation von 40° und eine Innenrotation bis auf Th12 beschrieben worden. Dies entspreche etwa zur Hälfte einer normalen Beweglichkeit. Eine eher summarische Angabe zum klinischen Verlauf sei letztmals am 2. Juni 2006 gemacht worden. Der Krankengeschichte sei zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer im Moment wieder schlechter gehe. Er habe Schulterschmerzen und auch Rücken- sowie Nackenschmerzen. Im Vergleich zur Befunderhebung, welche er anlässlich der Begutachtung des Beschwerdeführers gemacht habe, sei festzustellen, dass sich der Bewegungsumfang in diesem Zeitraum eher verbessert habe. Aus diesem Grund halte er auch an seiner ursprünglichen Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit fest. Beachtenswert sei aber, dass der Beschwerdeführer stets und zunehmend auch über Rücken- und Nackenschmerzen klage. Diese Beschwerden seien jedoch nicht unfallkausal. Der aktuellen medizinischen Literatur sei zu entnehmen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Gelenkskontaminationen mit dem vorliegenden Erreger mittel- bis langfristig gute Resultate erzielt würden. Beim Erreger handle es sich allerdings um einen eher seltenen Keim in der orthopädischen Chirurgie, so dass gegebenenfalls die Beurteilung eines Infektiologen nützlich sein könnte.

3.1.17 In seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2007 (Urk. 8/182) führte Prof. I.\_\_\_\_ unter dem Titel "Diagnose" aus, dass beim Beschwerdeführer wiederholt der Nachweis von Propionibacterium acnes im Schultergelenk rechts mit klinischer Symptomatik, welche mit einer low-grade-Infektion der rechten Schulter vereinbar sei, habe erbracht werden können. Aufgrund dieser Beurteilung sei ab dem 12. Juni 2006 ein erneuter Zyklus einer antibiotischen Therapie durchgeführt worden. Laut

Angaben des Beschwerdeführers und dessen Ehefrau sei das Medikament konsequent und ohne Lücken eingenommen worden. Trotzdem sei der klinische Verlauf unbefriedigend gewesen. Anlässlich der Konsultation vom 2. Oktober 2006 habe der Beschwerdeführer von keiner Besserung berichtet. Mangels Besserung trotz antibiotischer Therapie müsse die Diagnose der Infektion angezweifelt werden. Aus diesem Grund habe er PD Dr. Z.\_\_\_\_ empfohlen, den Beschwerdeführer einem Rheumatologen vorzustellen. Seither habe er den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen. Ob die aktuellen Beschwerden als Unfallfolgen zu qualifizieren seien, könne er im jetzigen Zeitpunkt nicht sagen. Die genaue Ursache der Beschwerden sei unklar. Es bestehe die Möglichkeit, dass die Beschwerden auf den Infekt zurückzuführen seien. Jedoch könnten diese auch durch einen degenerativen Prozess, welcher gleichermäÙig unfallkausal sei, verursacht werden. Da er den Beschwerdeführer seit Oktober 2006 nicht mehr gesehen habe, könne er zum jetzigen Zeitpunkt keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit nehmen.

3.1.18 Aus dem Gutachten der S.\_\_\_\_ zuhanden der IV-Stelle vom 26. September 2008 (Urk. 17) geht die folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hervor:

1. Septische und posttraumatische Omarthrose rechts - Zustand nach Glenoidfraktur und Akromionfraktur vom 02.05.2000, anschliessend multiple Operationen (initial Rekonstruktion, Osteosynthesematerialentfernung, mehrere Schulterarthroskopien mit D brident, Synovektomie, Bizepstenotomie, Akromioplastik und Spülungen) - glenohumerale Dysfunktion und muskuläre Dysbalance (sekundär)  
2. Chronisches zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom - pseudoradikuläre Begleitsensationen muskuläre Dysbalance (sekundär bei Diagnose 1)  
3. Chronisches Lumbovertebralsyndrom - Flachrcken und leichte Wirbelsulenfehlform - muskuläre Dysbalance leichte Spondylarthrose der LWS - pseudoradikuläre Begleitsensationen"

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Auslieferkraft für einen Kleinimbiss- und Bäckereibetrieb könnten sie das effektive Belastungsprofil für einen oberen Extremitäten und den Nacken zu wenig beurteilen. Jedoch sei dem

Beschwerdeführer in einer geeigneten Verweisungstätigkeit aus rheumatologischer Sicht ein Arbeitspensum von 60 % zumutbar. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit setzte sich zum einen aus der Reduktion des zeitlichen Pensums um 20 % und zum anderen aus einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % zusammen. Relevant für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei insbesondere Diagnose 1 und dabei insbesondere die septische Situation. Des Weiteren sei davon auszugehen, dass zur Sicherstellung des Ausheilens des Infektes bewusste Ruhephasen für die Schulter und die obere Extremität rechts erfolgen sollten. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit werde mit einem vermehrten Pausenbedarf und auch einer Verlangsamung des Arbeitstempos begründet. Der Pausenbedarf richte sich hier zusätzlich auch auf die Diagnose 2, welche die Möglichkeit von Lockerungs- und Gymnastikübungen erforderlich mache. Aus rheumatologischer Sicht stehe die interdisziplinär geführte Behandlung des chronischen Infekts in der rechten Schulter im Zentrum. Zur Zeit vereitle die septische Situation auch die Behandlung mittels Schulterprothese. Angesichts der sekundären Omarthrose stehe eine solche durchaus zur Diskussion. Denkbar sei auch, dass ein wesentlicher Teil vor allem der belastungsabhängigen Schulterbeschwerden auf die Infektion zurückzuführen sei. Somit seien hier auch Einschränkungen in der Ausschöpfung von konservativen Therapien gegeben. Der Einsatz von nicht-steroidalen Antirheumatika oder auch vorübergehend ergänzt mit Opioid-Spezialitäten sei in der jetzigen Situation gerechtfertigt. Bezüglich der Rückenprobleme wäre die Instruktion in rückenergonomisch richtigem Verhalten sowie der Einsatz von nicht-steroidalen Antirheumatika sinnvoll. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei mit all diesen Massnahmen möglich, jedoch nicht mit Sicherheit zu erwarten. Erläuternd führten sie dazu aus, dass das geklagte Beschwerdebild in der Schulter und in der rechten oberen Extremität aus Sicht der Rheumatologen überwiegend durch die heutige manifeste septische Omarthrose erklärbar sei. Die erfasste glenohumerale Dysfunktion und die muskuläre Dysbalance im Nacken-Schultergürtel könnten ebenfalls als sekundäre Begleitsymptomatik angesehen werden. Die überdies vorhandene habituell bestehende Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung könne höchstens möglicherweise zum Teil für die Beschwerden im oberen Nacken und Schultergürtel rechtsbetont mittragend sein. Heute könne nun manifest im Sinne der zweiten Diagnose ein entstandenes zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom beschrieben werden. Die lumbalen Rückenbeschwerden seien überwiegend isoliert und nicht mehr hauptsächlich auf das Ereignis vom 2. Mai 2000 zurückzuführen. Hier stehe eine muskuläre Dysbalance bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform im Vordergrund. Zu den klinischen Befunden konklusiv sei in der radiologischen Bildgebung auch eine beginnende Spondylarthrose beschrieben, was zumindest die lumbalen Rückenbeschwerden inklusiv die pseudoradikulären Begleitsensationen zum Teil erklärten.

#### 4.1.1.1

##### 4.1

4.1.1.1 Bei der Würdigung der medizinischen Akten fällt auf, dass sie hinsichtlich der Diagnosen im Wesentlichen übereinstimmen. Demnach litt der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen per Ende Dezember 2005 an einer posttraumatischen und damit unfallkausalen Glenohumeral-Arthrose rechts mit/bei einem Status nach einer Glenoid- und Akromionfraktur vom 27. April 2000, einem Status nach einer Rekonstruktion des vorderen Glenoidrandes vom 2. Mai 2000, einem Status nach



mit symmetrischer Darstellung der Gelenkfacetten beidseits. Es bestanden keine Hinweise für traumatische oder posttraumatische Läsionen (Urk. 17, Beilage 2 S. 6). Ferner vermochte der rheumatologische Gutachter auch keine direkten oder indirekten Zeichen für radikuläre Reiz- oder Ausfallprobleme festzustellen. Er fand keine Hinweise für eine zervikale Myelopathie (Urk. 17, Beilage 2 S. 7). Angesichts dieser Aktenlage ist zum einen die Diagnose einer C6-Radikulopathie nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Zum anderen ist nur schon aufgrund der fast sechsjährigen Latenzzeit auszuschliessen, dass die im Zeitpunkt der Einstellung der Taggelderleistungen allenfalls vorhandene Stenose C5/6 rechts und die kleine intraforaminäre Hernie mit bloss möglicher radikulärer Reizung (Urk. 8/148) unfallkausal sind. Diese Schlussfolgerung stimmt denn auch mit der Beurteilung der Gutachter des asim überein. So führen diese die Beschwerden im Nacken nebst einer muskulären Dysbalance auf pseudoradikuläre Begleitsensationen zurück (Urk. 17 S.19) und erachten sie bloss die muskuläre Dysbalance als unfallkausal.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides im Juni 2007 nur geringe degenerative Veränderungen an der HWS aufwies. Abgesehen von der muskulären Dysbalance sind demnach im Bereich des Nackens keine unfallbedingten Beeinträchtigungen vorhanden. Wenn sich nunmehr aus dem Bericht von Dr. H. \_\_\_ an die Beschwerdegegnerin vom 13. November 2008 (Urk. 28/214) aufgrund des MRIs vom 14. August 2008 im Vergleich zu den Voraufnahmen neu eine parazentrale Diskushernie C6/C7 mit leichtgradiger Kompression des zervikalen Myelons, jedoch keine Myelopathie, zeigt, gilt das Gleiche, ganz abgesehen davon, dass diese neu festgestellte Gesundheitsbeeinträchtigung ohnehin nicht mehr in den vorliegenden Beurteilungszeitraum fällt.

4.1.2. Ä Ä Streitig und zu präfen ist ferner, ob die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. \_\_\_ vom 8. September 2005 (Urk. 8/121), bestätigt in den entsprechenden Stellungnahmen vom 3. November 2005 (Urk. 8/130) und vom 13. März 2006 (Urk. 8/153), beweistauglich ist. Zur Begründung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wonach dieser in einer leidensangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sein soll, stützte sich Dr. D. \_\_\_ auf den Schlussbericht der Q. \_\_\_ vom 1. Februar 2005, worin eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Möglichkeiten und dem tatsächlich Geleisteten beschrieben werde (Urk. 8/121). Darüber hinaus gebe es gemäss glaubhaften Eindrücken aus dem Appisberg Hinweise darauf, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers erheblich von nicht somatischen Faktoren abhänge. Im Zeitpunkt des Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Q. \_\_\_ im Februar 2005 war die Diagnose des low-grade Infektes noch nicht gestellt, mithin beruhte die Einschätzung im Schlussbericht der Q. \_\_\_ und damit auch diejenige von Dr. D. \_\_\_ auf einer unvollständigen medizinischen Grundlage, weshalb sie nicht als beweistauglich gelten kann. Seine Einschätzung bestätigte Dr. D. \_\_\_ nochmals in seiner Stellungnahme vom 3. November 2005 (Urk. 8/130). Zur Begründung führte er diesmal aus, dass die auf dem Fotomaterial des Gelenkbinnenbefundes der Arthroskopie vom 30. September 2005 abgebildeten Knorpel einen Zustand Normal bis Nearly Normal nach ICRS-Grading zeigten. Dieser Beurteilung widersprechen zum einen die Befunde, welche PD Dr. Z. \_\_\_ anlässlich der von ihm am 18. April 2004, am 30. September 2005 sowie am 21. Mai 2006 durchgeführten Schulterarthroskopien rechts erhoben hat (vgl. die jeweiligen Operationsberichte [Urk.

8/99, Urk. 8/125 und Urk. 8/164]). Zum anderen hat Dr. D. \_\_\_ selber in seinem Gutachten vom 28. Juni 2005 beim Beschwerdeführer eine posttraumatische Glenohumeral-Arthrose diagnostiziert (Urk. 8/114), mithin ging dieser - gleich wie der behandelnde orthopädische Chirurg und die Gutachter des S. \_\_\_ - von einem Gelenkverschleiss durch Knorpelabrieb in der Schulter aus. Zur Begründung führten die Experten des S. \_\_\_ aus, dass sowohl der Zustand nach Trauma und entsprechenden chirurgischen Eingriffen sowie das Vorliegen des Infekts in der rechten Schulter die Diagnose einer sekundären Omarthrose rechtfertigen würden. Das geklagte Beschwerdebild in der rechten Schulter und der rechten oberen Extremität sei aus Sicht des Rheumatologen überwiegend durch die septische Omarthrose, welche denn auch hauptsächlich für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verantwortlich sei, erklärbar (Urk. 17 S. 19 und 22).

Da das Gutachten der S. \_\_\_ für die erheblichen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Anamnese und der Vorakten abgegeben wurde, in Bezug auf die medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und begründete Schlussfolgerungen enthält, ist es als beweistauglich zu qualifizieren. Die Vorbringen der Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 10. März 2009 (Urk. 27 S. 7 f.) vermögen daran nichts zu ändern.

So führte sie zum einen an, die Gutachter hätten weder die Stenose C5/C6 noch die parazentrale Diskushernie C6/C7 berücksichtigt, mithin sei es nicht vollständig. Dazu ist festzuhalten, dass die Nackenbeschwerden im Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen - wie bereits dargelegt (Erw. 4.2.1) - bloss als nicht unfallkausale pseudoradikuläre Begleiterscheinungen zu qualifizieren waren, weshalb sie bei der Beantwortung der Frage nach der unfallbedingten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers keine Rolle spielen. Die Gutachter begründeten die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorwiegend mit der Omarthrose. Demgegenüber fand die unfallkausale muskuläre Dysbalance Eingang in die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, war aber nicht ausschlaggebend. Sie hielten auch hinsichtlich dieser Beschwerden die Durchführung von Lockerungs- und Gymnastikübungen für notwendig, was den erhobenen Pausenbedarf rechtfertige (Urk. 17 S. 22). Im Weiteren bringt die Beschwerdegegnerin vor, dass der low-grade Infekt keine nennenswerten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt habe. Dabei stützt sie sich auf Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ vom 13. März 2006 (Urk. 8/153), worin dieser Zweifel geussert hat, ob die infektiösen Veränderungen den behaupteten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. Das Gutachten geht ebenfalls davon aus, dass die septische Situation in erster Linie die Ausschöpfung der konservativen Therapie einschränkt und nur möglicherweise ein Teil vor allem der belastungsbedingten Schulterschmerzen auf die Infektion zurückzuführen ist (Urk. 17 S. 18 und S. 20). Dies erscheint schlüssig. Im Weiteren tut die Beschwerdegegnerin dar, dass sich auch nach Ausheilung des Infektes die Schulterschmerzen nicht gebessert hätten (Urk. 27 S. 7). Diese Behauptung steht im Widerspruch zur medizinischen Aktenlage. Aktenkundig ist, dass sich der low-grade Infekt anhand der im Rahmen der Arthroskopie vom 4. September 2008 entnommenen Gewebeprobe nicht mehr nachweisen liess, so dass seither von dessen Ausheilung ausgegangen werden kann (Urk. 28/207 und Urk. 28/211). Dementsprechend kann dem

Bericht von PD Dr. Z.\_\_\_\_ an Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2008 (Urk. 28/205) entnommen werden, dass sich die Schulterbeschwerden etwas gebessert hätten. So gab der Beschwerdeführer an, dass er im Schulterbereich zwar noch immer zum Teil starke Schmerzen habe, vor allem nach Belastung. Besser seien die Beschwerden aber in Ruhe. Wenn er den Arm ruhig halte, habe er keine Schmerzen mehr. Auch die ausstrahlenden Schmerzen habe er nicht mehr. Nachts wache er etwa noch zweimal auf. Ferner bringt die Beschwerdegegnerin in der Duplik selber vor, dass mittlerweile die von der Halswirbelsäule ausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung im Vordergrund stehe (Urk. 27 S. 7), wobei sie sich wohl auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ an PD Dr. Z.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2008 (Urk. 2/218) gestützt haben muss. Darin hat Ersterer ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer initial die Schulterbeschwerden im Vorder- und die Nackenschmerzen im Hintergrund gestanden seien. Im Verlauf der letzten zwei Jahre hätten nun die Nackenschmerzen linksbetont deutlich zugenommen. Dieser Umstand korreliert denn auch mit den im Nacken offenbar fortschreitenden degenerativen Verhältnissen (Urk. 28/214). Vor diesem Hintergrund ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der low-grade Infekt zusammen mit der Omarthrose im Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen per Ende 2005 nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt hat. Die Schlussfolgerung im Gutachten, wonach hauptsächlich die septische sekundäre Omarthrose für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich ist, wird durch die Einschätzung von Prof. Dr. I.\_\_\_\_ nicht widerlegt. So ging auch dieser in seinem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2007 (Urk. 8/182) davon aus, dass die Schulterbeschwerden entweder durch die Infektion oder einen degenerativen Prozess, der möglicherweise Folge eines Unfalles sein könnte, verursacht würden, auch wenn er selber die Diagnose der Infektion in Zweifel zog.

Demnach kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer insbesondere wegen der Omarthrose mit sekundärer glenohumeraler Dysfunktion und muskulärer Dysbalance im Nacken-Schultergürtel in dem hier fraglichen Zeitpunkt - ab 1. Januar 2006 - in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig war.

#### 4.2

4.2.1. Angesichts des Zwecks der Taggeldleistungen nach UVG, den unfallbedingten Einkommensverlust zu kompensieren, ist zur Ermittlung einer Arbeitsunfähigkeit nach Verlust der Arbeitsstelle ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2.2. Laut Arbeitsvertrag des Beschwerdeführers mit der W.\_\_\_\_ GmbH hat der Beschwerdeführer im Jahr 2002 einen Lohn von Fr. 4'400.-- pro Monat verdient (Urk. 8/44). Da kein 13. Monatslohn vereinbart gewesen war, ist für das Jahr 2002 von einem Jahresverdienst von Fr. 52'800.-- auszugehen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern von 81 Punkten (2002: 1933 Punkte; 2006: 2014 Punkte; Die Volkswirtschaft 5-2009 Tab. B10.3 S. 95) resultiert ein Jahreseinkommen 2006 von rund Fr. 55'013.--. Davon ist als Valideneinkommen auszugehen.

4.2.3. Zur Ermittlung des mit der Behinderung im Jahre 2006 erzielbaren Lohnes (hypothetisches Invalideneinkommen) ist auf die Tabellenreihe abzustellen, welche vor allem dann beizuziehen sind, wenn die Versicherten nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihnen an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen

haben (BGE 124 V 322 Erw. 3b/aa mit Hinweisen). Laut der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung 2006 des Bundesamtes für Statistik (LSE) betrug der Zentralwert für die dem Versicherten offenstehenden einfachen und repetitiven Tätigkeiten im privaten Sektor bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'732.--, was unter einer betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 5-2009 Tabelle B9.2 S. 94) ein monatliches Gehalt von Fr. 4'933.11 oder ein jährliches Gehalt von rund Fr. 59'197.-- ergibt. Bei einem Arbeitspensum von 60 % resultiert ein Jahreslohn von Fr. 35'518.--.

4.2.4.4 Die für die Ermittlung des Invalideneinkommens von Versicherten, welche wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben können, herangezogenen Tabellen ohne können praxisgemäss um bis zu 25 % gekürzt werden; damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Versicherten in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau der entsprechenden gesunden Hilfsarbeiter nicht erreichen. Dabei kommt der Abzug von 25 % nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss (BGE 126 V 75 ff.).

Die Vorliegend rechtfertigt sich ein Abzug von 10 %. Der Beschwerdeführer kann keine schweren Tätigkeiten mehr ausüben und ist auch bei leichten Tätigkeiten nur noch teilweise einsetzbar, weshalb er gegenüber seinen Mitkonkurrenten noch zusätzlich benachteiligt ist. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von rund Fr. 31'966.--. Bezogen auf ein Valideneinkommen von Fr. 55'013.-- resultiert hieraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'047.-- beziehungsweise 41,89 %. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Taggelder auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer eine Anpassungsfrist von anderthalb Monaten, mithin stellte sie dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. November 2005 (Urk. 8/134) die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Dezember 2005 in Aussicht, woran sie mit Verfügung vom 21. März 2006 (Urk. 8/156) und Einspracheentscheid vom 19. Juni 2007 (Urk. 2) festhielt. Dies widerspricht der höchstgerichtlichen Praxis (Erw. 1.7). Infolge Auflösung des Arbeitsverhältnisses kann der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht mehr an seinem angestammten Arbeitsplatz verwerten. Es sind ihm jedoch leidensangepasste Tätigkeiten mit einem Pensum bzw. Leistungsfähigkeit von 60 % zumutbar. Erfahrungsgemäss sollte sich der Beschwerdeführer innerhalb von einer Zeitspanne von höchstens fünf Monaten in eine dem Gesundheitszustand angepasste, körperlich leichte Tätigkeit einfügen können.

Vor diesem Hintergrund ist die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Dezember 2005 zu Unrecht erfolgt und hat der Beschwerdeführer Anspruch auf die Ausrichtung von Taggeldleistungen auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 31. März 2006. Ab 1. April 2006 rechtfertigt sich eine Herabsetzung des Taggeldanspruches auf die Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit. Der Einspracheentscheid vom 19. Juni 2007 (Urk. 2) ist daher aufzuheben und die Beschwerde gutzuheissen.

## E. 5

5.1 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

5.2 Rechtsanwalt Christoph Hüberli hat mit Eingabe vom 12. Juni 2009 (Urk. 35) Aufwendungen von total 15,3 Stunden und Auslagen von Fr. 154.70 geltend gemacht (Urk. 34). Dieser Aufwand erscheint angemessen, weshalb dem unentgeltlichen Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren eine Prozessentschädigung von Fr. 3'437.50 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen ist (§ 28 GSVGer in Verbindung mit § 89 Abs. 1 ZPO).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 19. Juni 2007 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Januar 2006 bis 31. März 2006 Anspruch auf Taggelder auf der Basis einer 100%igen und ab 1. April 2006 auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Christoph Hüberli, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'437.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christoph Hüberli
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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, C.\_\_\_\_hofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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