

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00310 vom 27. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00310

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00310 du 27 février 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00310 del 27 febbraio 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 Nach dem Skiunfall vom 23. Januar 2005 mit Kontusion der rechten Schulter wurde der Beschwerdeführer zunächst konservativ behandelt, wobei er weiterhin im Vollzeitpensum seiner Arbeit als Metzger nachging (Urk. 15, Urk. 20, Urk. 25, Urk. 8/M40 S. 10). Die Arthro-MRI-Bilder der rechten Schulter vom 23. Februar 2005 ergaben den Befund einer Risslücke in der Supraspinatussehne ansatznahe sowie einer Zerrung der Infraspinatussehne bei sonst intaktem Schultergelenk (Urk. 8/M2). Im Anschluss an eine akute Schmerzzunahme im Mai 2005 aufgrund von Arbeiten über Kopfhöhe (vgl. Urk. 8/M6) führte Dr. med. Z. ___, Facharzt für Chirurgie, am 23. Mai 2005 eine diagnostische Schulterarthroskopie rechts und eine offene Akromeoplastik und transossäre Reinsertion der Supra- und Infraspinatussehnen der rechten Schulter durch (Urk. 8/M8). Bis Ende Juli 2005 war der postoperative Verlauf gut mit langsamer Besserung der Beschwerdesituation. Der Beschwerdeführer trug während rund 6 Wochen eine Stützschiene beziehungsweise ein Abduktionskissen mit Verband am rechten Arm (Urk. 8/M8 S. 2, Urk. 8/M40 S. 10, Urk. 8/M43 S. 21). Ab Anfang August nahmen die Beschwerden wieder zu, wobei vom Beschwerdeführer über ausstrahlende, elektrisierende Schmerzen mit Ameisenlaufen bis in die rechte Hand sowie Bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk geklagt wurde (Urk. 8/M9). Rund vier Monate nach der Schulteroperation konnte Dr. Z. ___ dann ein gutes Rehabilitationsresultat vermelden, und der Beschwerdeführer konnte die Arbeit zunächst in einem 50%-Pensum wieder aufnehmen (Urk. 8/M10). Sechs Monate nach der Operation bestand weiterhin eine gute Schulterfunktion, wobei der Beschwerdeführer, der wieder vollzeitig arbeitete, nach einer schweren Arbeit mit beiden Armen über der Horizontalen wieder über vermehrte Schulterschmerzen rechts klagte. Gemäss Verlaufsbericht von Dr. Z. ___ vom 23. November 2005 schollen die rechte Hand und der rechte Vorderarm spontan an (Urk. 8/M11). Mit Verlaufsbericht vom 15. Dezember 2005 meldete Dr. Z. ___ eine weitere Verschlechterung sowohl der Schulterfunktion als auch der Schmerzen, welche vom Hals in den rechten Arm und Ellbogen ausstrahlten (Urk. 8/M12).

3.2 Aufgrund persistierender Schmerzen und des erneuten Sturzes des Beschwerdeführers am 11. Januar 2006 war er ab dem 20. Januar 2006 wieder vollständig arbeitsunfähig. Dr. Z. ___ veranlasste eine erneute Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter (Urk. 8/M13-14), welche am 1. Februar 2006 eine kleine Fissur im Tuberculum majus mit einem Oedem sowie einen engen subacromialen Raum mit möglichem Impingement der im übrigen intakten Rotatorenmanschettennaht ergab (Urk. 8/M15). Am 15. Februar 2006 erfolgte durch Dr.

Z.____ erneut eine Arthroskopie der rechten Schulter mit arthroskopischer Refixation der vorgefundenen anterioren Labrumläsion sowie subacromialem arthroskopischem Debridement mit erneuter Acromioplastik (Urk. 8/M19). Nach der zweiten Schulteroperation vom 15. Februar 2006 war der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. Die rechtsseitigen Schulterschmerzen gingen zunächst zurück (Urk. 8/M20), rund zwei Wochen nach der Operation kam es zu einer verstärkten Beschwerdezunahme, so dass Dr. Z.____ in seinem Verlaufsbericht vom 30. März 2006 festhielt, es bestehe ein postoperatives ausgeprägtes Impingementsyndrom mit Ruheschmerzen und sehr starker Schmerzangabe bei allen Bewegungen im Bereich der Horizontalen. Zudem leide der Beschwerdeführer an einem ausgeprägten Hals-Schulter-Arm-Syndrom mit begleitenden Kopfschmerzen und Schmerzen bis in die rechte Hand sowie gelegentlichem Ameisenlaufen im Bereich des rechten Armes und des Halses (Urk. 8/M22; vgl. auch Urk. 8/M30 S. 1).

Am 6. April 2006 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, begutachtet. Dr. C.____ gegenüber schilderte er eine im Wesentlichen unveränderte Beschwerdesituation im Bereich des rechten Armes und Halses mit vermehrten Kopfschmerzen und gelegentlichen Nackenschmerzen. Dr. C.____ diagnostizierte ein Impingement-Syndrom mit einer sich abzeichnenden Chronifizierung. Die durchgeführte Acromioplastik sei wahrscheinlich insuffizient gewesen und gewährleiste der Rotatorenmanschette nach wie vor zu wenig Platz. Der daraus folgende chronische Reizzustand führe zur fast vollständigen Immobilisierung der rechten Schulter. Anhaltspunkte für eine sudeckoide Entwicklung seien noch nicht vorhanden. Angebracht sei nun eine Beurteilung der Schulter durch eine spezialisierte Klinik und allenfalls eine subacromiale Erweiterungsplastik, andernfalls die Gefahr einer Chronifizierung bestehe. Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Hilfsmetzger eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Unvermögens, schwere Arbeiten und Arbeiten über Kopfhöhe auszuführen. In einer wechselbelastenden, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Arbeiten über Kopfhöhe bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/M23).

In der Folge wurde der Versicherte mit Physiotherapie und Schmerzmedikamenten behandelt. Ein Arbeitsversuch am 2. Mai 2006 mit leichten Arbeiten am angestammten Arbeitsplatz scheiterte. Eine Kortisoninfiltration im Bereich des rechten Schultergelenks brachte nur eine geringgradige kurzzeitige Beschwerdebesserung (Urk. 8/M24-25, Urk. 8/M27). Aufgrund des Verlaufs mit Schmerzen, welche von der rechten Gesichtshälfte, dem Hinterkopf und dem Nackenbereich in beide Schultern und den rechten Arm ausstrahlten und von Kribbelparästhesien von der rechten Schulter bis in die Finger IV und V der rechten Hand begleitet wurden, gelangte Dr. Z.____ am 25. August 2006 zur Einschätzung, dass doch ein Morbus Sudeck beziehungsweise ein Complex regional pain syndrome (CRPS) vorliege (Urk. 8/M28).

Am 18. September sowie 11. Dezember 2006 und am 8. Januar 2007 wurde der Beschwerdeführer von den Schulter-/Ellbogenspezialisten der D.____ untersucht. Dabei berichtete er ein- bis zweimal pro Woche auftretende Dyskollationen und Kaltschweißigkeit der rechten Hand. Die von PD Dr. med. E.____ von der D.____ nach der ersten Untersuchung gestellte Verdachtsdiagnose einer Algodystrophie des rechten Armes wurde nach weiteren Untersuchungen von den Dres. med. F.____, G.____ und H.____ nicht aufrechterhalten, da die passive Schulterbeweglichkeit

akzeptabel war und die Ärzte keine typischen Sudeck'schen Hautveränderungen beobachten konnten. Auch hatte ein Therapieversuch mit dem bei Morbus Sudeck indizierten Miacalcic Nasenspray keine Wirkung gezeigt. Zur Schmerzlokalisierung in der rechten Schulter führten die Ärzte der D. ___ dann diagnostische Infiltrationen des AC-Gelenkes sowie subacromial und glenohumeral durch (Urk. 8/M30-31, Urk. 8/M33 S. 2, Urk. 8/M34 S. 1). In der Verlaufskontrolle vom 8. Januar 2007 erwies sich die diagnostische Infiltration als nicht konklusiv, da lediglich die AC-Gelenksinfiltration eine 20%ige Besserung der Nackenschmerzen bewirkt hatte und ansonsten keine Schmerzreduktion erreicht werden konnte. Im Verlaufsbericht vom 10. Januar 2007 hielten die Ärzte der D. ___ fest, die Schulterbeschwerden seien keiner klaren Pathologie zuzuordnen und könnten durch weitere operative Massnahmen nicht verbessert werden. Auch von einer erneuten diagnostischen Schulterarthroskopie seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der Beschwerdeführer werde in die Schmerzprechstunde geschickt. Als Metzger bleibe er arbeitsunfähig, für Berufe ohne körperliche Tätigkeiten über Bauch- und Brusthöhe sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig (Urk. 8/M32).

Multiple Stellationblockaden durch den Anästhesisten Dr. med. I. ___ brachten keine Besserung (vgl. Urk. 8/M29, Urk. 8/M33). Die Neurologin Dr. med. J. ___ untersuchte den Beschwerdeführer am 18. Dezember 2006. Als subjektive Beschwerden hob sie insbesondere ein Andersempfinden im Bereich der rechten Hals-Schulter-Arm-Region bis in die rechte Gesichtshälfte sowie Kribbeln am IV. und V. Finger hervor. Klinisch und elektrodiagnostisch fand sie Zeichen einer partiellen sensiblen Reiz- und Ausfallssymptomatik bei leichter Druckneuropathie des Nervus ulnaris am Slucus ulnaris, welche nach ihrer Einschätzung das beklagte Kribbeln in den Fingern erklären konnte. Ansonsten konnten keine neurologischen Ausfälle objektiviert werden (Urk. 8/M34). Am 7. Februar 2007 wurde der Beschwerdeführer in der Schmerzprechstunde des Instituts für Anästhesiologie des K. ___ untersucht. Die Spezialisten kamen zum Schluss, dass die ganz stark belastungsabhängigen Schulterschmerzen mit grosser Wahrscheinlichkeit eine neuropathische Schmerzkomponente hätten. Sie empfahlen deshalb eine Umstellung der Schmerzmedikation sowie eine spezifische medikamentöse Therapie der neuropathischen Schmerzkomponente (Urk. 8/M35). Am 15. März 2007 erfolgte aufgrund der Verdachtsdiagnose Morbus Sudeck beziehungsweise CRPS Typ I im L. ___ eine 2-Phasen-Skelettszintigrafie mit Ganzkörperaufnahmen sowie Aufnahmen der Hände. Dabei fand sich kein pathologischer Befund, insbesondere konnte kein Morbus Sudeck im Bereich des rechten Armes nachgewiesen werden (Urk. 8/M36). Auch Röntgenbilder der Halswirbelsäule vom 7. März 2007 zeigten keine pathologischen Veränderungen (Urk. 8/M37). Arthro-MRI-Bilder der rechten Schulter vom 12. April 2007 konnten die geklagten Beschwerden nicht erklären, und es fanden sich keine Hinweise auf eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehnen. Der Untersucher Dr. med. M. ___, Facharzt für Radiologie, wies darauf hin, dass wahrscheinlich narbige Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne beständen, und empfahl eine weitere Abklärung der Halswirbelsäule (Urk. 8/M38). Mit Bericht vom 18. April 2007 gab Dr. Z. ___ unter Hinweis auf die ärztlich erhobenen bildgebenden Befunde bekannt, dass aus chirurgischer Sicht kein weiteres operatives Vorgehen indiziert sei, weshalb er die Behandlung abschliesse. Es sei nun doch wahrscheinlich, dass die Schmerzen eine andere Ursache hätten und deshalb konservativ behandelt werden müssten. Der

Beschwerdeführer sei aufgrund der anhaltenden Beschwerden bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (Urk. 8/M39).

3.3.3.3. Am 7. August 2007 wurde das interdisziplinäre Gutachten des A.____ erstattet, welches auf internistischen, orthopädisch-chirurgischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 2. und 9. Mai 2007 basiert. Der chirurgische Teilgutachter erhob mit Ausnahme einer vermehrten Feuchtigkeit in der rechten Hand volar sowie einer knapp signifikanten muskulären Verschmächtigung des rechten Armes unauffällige klinische Befunde im Bereich des Ellbogens und der Hand rechts und gelangte zur Interpretation, dass Hinweise auf Weichteilveränderungen im Sinne einer Algodystrophie fehlen würden (Urk. 8/M40 S. 12 ff.). Die neurologischen Untersuchungen des chirurgischen und des rheumatologischen Teilgutachters ergaben Hinweise auf ein oberes vorderes sensibles Quadrantensyndrom unter Einbezug der rechten Gesichtshälfte, eine Hyperhidrose der rechten Hand volar sowie eine Hypästhesie am vierten und fünften Finger rechts. Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule und des rechten Schultergelenks ergaben keine strukturelle Pathologie, es zeigten sich einzig geringgradige Sklerosierungen subacromial, am Tuberculum majus sowie am superioren Glenoid nach den beiden chirurgischen Eingriffen. Mit Blick auf die vorliegenden bildgebenden Befunde hielt der rheumatologische Teilgutachter fest, es beständen keine Hinweise für eine relevante strukturelle Pathologie des Schultergelenkes, und die zuvor vermutete Algodystrophie könne praktisch ausgeschlossen werden. Die vom Beschwerdeführer gezeigte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter sei nicht vereinbar mit strukturellen Befunden, seine Schmerzäusserungen bei Bewegung der Schulter seien inadäquat. Die ebenfalls inadäquate Schonhaltung und die neurovegetativen Begleitsymptome liessen in erster Linie an eine Störung der Schmerzverarbeitung denken (Urk. 8/M42 S. 14). Die psychiatrische Teilgutachterin erhob ein subdepressives Zustandsbild sowie eine gewisse Somatisierungstendenz, ohne dass die Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erfüllt waren. Die Gutachter diagnostizierten eine schmerzbedingte Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenks, welche möglicherweise unfallkausal sei, mit radiologisch erfassbaren minimalen Zeichen einer Periarthropathia humeroscapularis sowie einer Symptomausweitung. Die schmerzbedingte Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenks habe zur Folge, dass ein repetitiver Einsatz des rechten dominanten Armes oberhalb der Horizontalen in einem zeitlichen Ausmass von über 50 % der Arbeitszeit unmöglich sei. Dem Beschwerdeführer sei eine wechselbelastende Tätigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne körperliche Schwerarbeit ganztags zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/M40 S. 20 ff.).

3.4.3.4. Der Beschwerdeführer gab beim Handchirurgen Dr. med. B.____ ein Privatgutachten zu Art und Kausalität seiner Beschwerden in Auftrag. Das Gutachten wurde am 21. Dezember 2007 erstattet und basiert auf einer Untersuchung vom 26. November 2007 sowie den zur Verfügung gestellten Akten. Dr. B.____ diagnostizierte im Wesentlichen ein posttraumatisches Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ I) nach dem Unfallereignis vom 23. Januar 2005, welches durch das zweite Trauma vom 11. Januar 2006 eine richtungsweisende Verschlimmerung (Akzentuierung und Ausbreitung) erfahren habe und mit permanenten sensiblen Störungen geprägt als oberes Quadrantensyndrom rechts einhergehe (Urk. 8/M43 S. 37 ff.). Nach Auffassung von Dr. B.____ bilden die beiden Unfälle die alleinige Ursache für die Beschwerden. In der

bisherigen Tätigkeit als Bankmetzger sei der Beschwerdeführer aufgrund der damit verbundenen schweren manuellen Tätigkeiten sowie der Arbeit in gekühlten Arbeitsräumen vollständig arbeitsunfähig. Eine Restarbeitsfähigkeit könne noch in Form sehr leichter manueller Verrichtungen realisiert werden mit Verrichtungen überwiegend mit der linken Hand oder im Rahmen optischer und akustischer Kontrollfunktionen. Einzelnes oder repetitives Greifen und Festhalten mit der rechten Hand sei nicht mehr zumutbar, ebenso wenig das Hochhängen, Tragen und Ziehen schwerer Gewichte. Feinmotorische Tätigkeiten mit der rechten Hand seien nur bedingt zumutbar. In einer solchen, wechselbelastenden Tätigkeit könne der Beschwerdeführer mit Pausen maximal fünf bis sechs Stunden pro Tag arbeiten (Urk. 8/M43).

4.1.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1.1 Sowohl der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. N. ____, als auch der behandelnde Chirurg Dr. Z. ____, sprachen sich klar für eine Unfallkausalität der rechtsseitigen Schulterbeschwerden aus (vgl. Urk. 3/4, Urk. 8/M6-7, Urk. 8/M17-18). Dafür sprechen auch der vom Beschwerdeführer geschilderte Hergang des Skiunfalls vom 23. Januar 2005 mit sofortigen Schmerzen (vgl. Urk. 8/K1-2, Urk. 8/M1, Urk. 8/M2, Urk. 8/M4, Urk. 8/M40 S. 10, Urk. 8/M43 S. 21, Urk. 15) sowie die kurz darauf beanspruchte Therapie (vgl. Urk. 15, Urk. 20, Urk. 25) beziehungsweise die im zeitlichen Verlauf dokumentierten Befunde in der rechten Schulter - die Sonographie der rechten Schulter vom 13. April 2004 hatte noch keine fassbare pathologische Veränderung ergeben (Urk. 8/M1), wogegen die Schulterarthroskopie vom 23. Mai 2005 einen vollständigen Riss der Supraspinatussehne und einen Einriss der Infraspinatussehne sichtbar werden liess (Urk. 8/M8 S. 1, Urk. 8/M19 S. 2) -. Das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 23. Januar 2005 und den Schulterbeschwerden rechts ist entgegen der Auffassung der Metzger-Versicherungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Der Einschätzung der A. ____, Gutachter, dass ein solcher Kausalzusammenhang lediglich möglich und nicht überwiegend wahrscheinlich sei, ist nicht zu folgen. Die A. ____, Gutachter interpretierten den Operationsbericht von Dr. Z. ____, nämlich in einer Art und Weise, mit welcher sich Dr. Z. ____, im Nachhinein in seiner Stellungnahme vom 5. September 2008 (rk. 3/4) ausdrücklich nicht einverstanden erklärte (vgl. Urk. 8/41 S. 26, Urk. 8/M42). Insbesondere wies Dr. Z. ____, dabei in schlüssiger Weise darauf hin, dass die am 23. Mai 2005 operierten Sehnen des Beschwerdeführers mit Ausnahme der gerissenen Stellen kräftig und in einem guten Zustand gewesen seien, weshalb eine degenerative Ursache der Sehnenläsionen nicht plausibel sei (Urk. 3/4; vgl. auch Urk. 8/M8).

1.1.1.1.1.1.1 Da gemäss Art. 9 Abs. 2 lit. f. UVV Sehnenrisse den Unfällen gleichgestellt sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, hätte die Metzger-Versicherungen im Übrigen auch dann für die Folgen der Rupturen der Supra- und Infraspinatussehnen aufzukommen, wenn ein überwiegend wahrscheinlicher natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 23. Januar 2005 verneint würde. Die A. ____, Gutachter konnten die Schulterbeschwerden nämlich auch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine Erkrankung oder eine degenerative Ursache zurückzuführen (vgl. Urk. 8/M40 S. 24 f., Urk. 8/M42).

4.2.1.1.1.1.1 Das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen der Zunahme der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und dem Sturzereignis vom 11.

Januar 2006 braucht nicht abschliessend geklärt zu werden (vgl. zum Unfallablauf Urk. 8/K3-4, Urk. 8/M18, Urk. 8/M40 S. 11, Urk. 8/M43 S. 22). Aufgrund der medizinischen Akten ist nämlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Zunahme der Beschwerden in der rechten Schulter jedenfalls in Zusammenhang mit der stattgehabten Schulterverletzung vom 23. Januar 2005 steht, falls der zweite Unfall vom 11. Januar 2006 hierfür nicht in Frage kommt. Andere, wahrscheinlichere Ursachen für die erneute Exazerbation der rechtsseitigen Schulterbeschwerden scheiden nämlich aus. Eine psychische Erkrankung wurde von den A.____-Gutachtern ausgeschlossen (Urk. 8/M40 S. 23 und 27). Der Einfluss einer somatischen Erkrankung im Sinne der im A.____-Gutachten aufgeführten Periarthropathia humeroscapularis erscheint als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich, zumal diese Diagnose einzig von den A.____-Gutachtern gestellt worden ist (Urk. 8/M40 S. 23), nicht aber von den diversen behandelnden Ärzten und den Gutachtern Dr. C.____ und Dr. B.____. Auch fällt auf, dass die Diagnose Periarthropathia humeroscapularis nicht vom rheumatologischen Teilgutachter des A.____ aufgrund der gutachterlichen Untersuchung vom 2. Mai 2007 gestellt worden ist (vgl. Urk. 8/M40B S. 4), sondern den von diesem gestellten Diagnosen offenbar nachträglich von den übrigen somatischen Teilgutachtern hinzugefügt wurde (Urk. 8/M40 S. 23 ff.). Dies lässt zumindest den Verdacht aufkommen, dass die Gutachter nach ihren Untersuchungen vor dem Problem standen, dass sie glaubhafte Beschwerdesymptome des Beschwerdeführers bei fehlender psychischer Störung diagnostisch nicht einordnen konnten, und es sich bei der diagnostizierten Periarthropathia humeroscapularis um eine Verlegenheitsdiagnose handelt. Der Einfluss einer allfälligen Periarthropathia humeroscapularis ist damit jedenfalls nicht die wahrscheinlichste Erklärung für die verschärften Schulterbeschwerden nach dem Ereignis vom 11. Januar 2006.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser Überlegungen ist auch davon auszugehen, dass die Operation vom 15. Februar 2006 in den Rahmen der Heilbehandlung der Unfallfolgen fällt, weshalb eine allfällige Verletzung organischer Strukturen anlässlich dieser Operation ebenfalls vom Unfallversicherer zu tragen wäre (Art. 6 Abs. 3 UVG).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Zu prägen bleibt, ob nach der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2006 noch Unfallfolgen bestanden, für welche die Metzger-Versicherungen eine Leistungspflicht trifft.

5.2 Ä Ä Ä Ä Beim von Dr. B.____ diagnostizierten Komplexen Regionalen Schmerzsyndrom handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) stellt eine Erkrankung der Extremitäten dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmäñvern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen Y. vom 29. April 2009, 8C_955/2008, Erw. 6 mit Hinweisen).

Die Qualifikation eines CRPS I als Folge eines Unfalls setzt die folgenden drei Kriterien voraus: a) Nachweis eines Körpererschadens nach einem Unfall (beispielsweise in Form eines Hämatoms oder einer Schwellung) oder das Auftreten einer Algodystrophie nach einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation, b) Ausschluss anderer nicht traumatischer, ursächlicher Faktoren sowie c) Kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Algodystrophie (bis maximal sechs bis acht Wochen; vgl. Urteile des Bundesgerichts in Sachen D. vom 6. Juli 2007, U 436/06, Erw. 3.4.2.1 sowie in Sachen B. vom 24. Juli 2008, 8C_150/2008, Erw. 3.2.2).

5.3 Dr. B., welcher in seinem Gutachten ein posttraumatisches CRPS Typ I nach dem Unfallereignis vom 23. Januar 2005 mit richtungsweisender Verschlimmerung durch das zweite Trauma vom 11. Januar 2006 diagnostizierte, erhob beim Beschwerdeführer am 26. November 2007 ausgeprägte Druckdolenzen im Bereich des rechten Schultergürtels, welche er als inadäquaten, ausgeprägten Schmerz im Sinne einer Allodynie und Hyperalgesie mit Ausstrahlung bis in die rechte untere Gesichtshälfte und entlang des ganzen Armes bis hin zum Ring- und Kleinfinger beschrieb. Bei den Schmerzprovokationen traten auch Parästhesien auf. Funktion und Kraft der rechten Extremität waren schmerzbedingt eingeschränkt. Während den Schmerzen provozierenden Bewegungen beobachtete Dr. B. in mehreren Schüben ein verstärktes Schwitzen besonders im Hohlhandbereich und etwas schwächer am ganzen rechten Arm mit einer bläulichen Marmorierung und leicht zyanotischen Verfärbung im Bereich der Hand und des Unterarms und einer messtechnisch erfassbaren Haut-Temperatur-Senkung. Dr. B. stellte weiter eine herabgesetzte oberflächliche Sensibilität (Hypästhesie) im Bereich der rechten oberen Extremität im Sinne eines Quadranten-Syndroms fest, wobei die rechte Gesichtshälfte mitbetroffen war. Auch erhob Dr. B. einen feinschlängigen Tremor der rechten Hand und führte aus, der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber über optische Phänomene im Bereich des rechten Auges (unscharf begrenzte Punkte verstreut über das ganze Gesichtsfeld) sowie über eigenartige dunkle kleine Haarbüschel, welche über dem rechten Schultergürtel wachsen würden und die er sich gezielt ausreissen würde, berichtet. In Würdigung der Befunde kam Dr. B. zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer ein in seiner Charakteristik typisches mittelschweres bis schweres CRPS Typ I vorliege. Bereits nach der ersten Operation sei vor allem ausserhalb des Operationsgebietes im Bereich des Oberarms bis zum Ellbogen ein aussergewöhnlicher Schmerz aufgetreten, und in der Folge seien die anfänglich spärlich vorhandenen und dann zunehmend häufiger und differenzierter werdenden Symptome eines CRPS wie ein roter Faden in den Schilderungen des Beschwerdeführers und den medizinischen Akten aufzufinden. Es sei zu vermuten, dass eine partielle Schädigung sensibler Nervenäste vorliege, welche den Bereich der Schultergürtelmuskulatur und des Gelenkes versorgen würden. Das an der Hautoberfläche nachweisbare Quadrantensyndrom stehe nicht in einem direkten Zusammenhang mit Läsionen oberflächlicher und sensibler Nerven, sondern sei mit grösster Wahrscheinlichkeit Folge eines komplexen Prozesses im Bereich des zentralen Nervensystems (Urk. 8/43 S. 28 ff. und 40 ff.).

5.4 Das Gutachten des Dr. B. beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Dr. B. gab seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet es ein und die Schlussfolgerungen

sind begründet (vgl. Urk. 8/M43). Auf das Gutachten kann mithin abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Die für ein CRPS typischen Symptome (vgl. dazu auch Urk. 8/43 S. 45 f.) wurden erstmals von Dr. B. ___ in einen Gesamtzusammenhang gebracht, in den medizinischen Vorakten finden sich aber zahlreiche Hinweise auf einzelne oder mehrere dieser Symptome. So werden im Verlaufsbericht von Dr. Z. ___ vom 31. August 2005 seit August 2005 bestehende ausstrahlende, elektrisierende Schmerzen mit Ameisenlaufen bis in die rechte Hand sowie bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk erwähnt (Urk. 8/M9). Gemäss Verlaufsbericht von Dr. Z. ___ vom 23. November 2005 schwollen die rechte Hand und der rechte Vorderarm spontan an (Urk. 8/M11). Die MRI-Bilder vom 1. Februar 2006 zeigen ein Oedem im Bereich des Tuberculum majus (Urk. 8/M15). Aufgrund des Verlaufs mit Schmerzen, welche von der rechten Gesichtshälfte, dem Hinterkopf und dem Nackenbereich in beide Schultern und den rechten Arm ausstrahlten und von Kribbelparästhesien von der rechten Schulter bis in die Finger IV und V der rechten Hand begleitet wurden, gelangte Dr. Z. ___ am 25. August 2006 zur Einschätzung, dass doch ein Morbus Sudeck beziehungsweise ein Complex regional pain syndrome vorliege (Urk. 8/M28). Gemäss Bericht vom 18. September 2006 gab der Beschwerdeführer den Schulter-/Ellbogenspezialisten der D. ___ an, ein- bis zweimal pro Woche auftretende Dyskollationen und Kaltschweissigkeit der rechten Hand beobachtet zu haben, woraufhin die Verdachtsdiagnose Algodystrophie gestellt wurde (Urk. 8/M30). Auch die Schmerzspezialisten des Instituts für Anästhesiologie des K. ___ gingen gemäss Bericht vom 7. Februar 2007 davon aus, dass die Schulterschmerzen mit grosser Wahrscheinlichkeit eine neuropathische Komponente hatten (Urk. 8/M35). Schliesslich erhoben die A. ___-Gutachter gleich wie Dr. B. ___ ein rechtsseitiges Quadrantensyndrom, eine Hyperhidrose der rechten Hand volar und wiesen auf inadäquate Schmerzäusserungen des Beschwerdeführers bei Bewegung der rechten Extremität hin (Urk. 8/M40 S. 14, 17 und 26).

Weiter fällt auf, dass sowohl die A. ___-Gutachter als auch Dr. B. ___ feststellten, dass die nach dem zweiten Unfall ebenfalls geklagten linksseitigen Schulterbeschwerden zwischenzeitlich zurückgegangen waren, was hinsichtlich der rechtsseitigen Schulterbeschwerden ebenfalls für die von Dr. B. ___ gestellte Diagnose spricht (Urk. 8/M40 S. 12, Urk. 8/M43 S. 29 f.).

Der Schlussfolgerung im A. ___-Gutachten, wonach keine Allodynie beziehungsweise kein CRPS besteht, kann unter diesen Umständen nicht gefolgt werden, zumal die Untersuchungen im A. ___ bei weitem nicht so detailliert ausgefallen sind wie diejenigen des Gutachters Dr. B. ___. Dr. B. ___ hat sodann darauf hingewiesen, dass eine Skelettszintigraphie höchstens vorübergehende Indizien für bestimmte Faktoren eines CRPS liefern kann, eine solche Diagnose aber nicht auszuschliessen vermag (Urk. 8/M43 S. 51; vgl. auch Urk. 8/M36). Auch erscheint die von den A. ___-Gutachtern gestellte Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis nicht restlos schlüssig, wie bereits zuvor dargelegt wurde (Erw. 4.2). Unter Hinweis auf die von der Neurologin Dr. J. ___ objektivierten Sensibilitätsstörungen merkte Dr. B. ___ an, dass sich ein CRPS Typ I mittels Neurographie und Myographie an peripheren Nerven nicht objektivieren lasse (Urk. 8/M43 S. 50).

5.5 Gemäss Bericht von Dr. Z. ___ trat im Anschluss an die Schulteroperation vom 23. Mai 2005, nachdem der Beschwerdeführer während rund 6 Wochen eine

Stützschiene beziehungsweise ein Abduktionskissen mit Verband am rechten Arm getragen hatte (Urk. 8/M8 S. 2, Urk. 8/M40 S. 10, Urk. 8/M43 S. 21), Anfang August 2005 eine Schmerzverstärkung ein mit ausstrahlenden, elektrisierenden Schmerzen bis in die rechte Hand sowie Ameisenlaufen auf (Urk. 8/M9). Dieses Auftreten der für ein CRPS typischen Symptome (vgl. dazu Urk. 8/M43 S. 40) liegt zwar in zeitlicher Hinsicht knapp ausserhalb der für die Annahme einer natürlichen Kausalität zwischen dem CRPS und einem Unfall beziehungsweise einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation von der höchststrichterlichen geforderten zeitlichen Latenz von sechs bis acht Wochen (Erw. 5.2; vgl. auch Art. 6 Abs. 3 UVG). Allerdings gab der Beschwerdeführer am 26. November 2007 Dr. B. an, bereits in der ersten postoperativen Nacht einen ausserordentlich starken Schmerz im Ellbogengelenk mit Ausstrahlung bis in den Vorderarm und in die Hand rechts bemerkt zu haben. Anlässlich der ersten Visite habe er dies dem Operateur Dr. Z. mitgeteilt, worauf der Anästhesist gebeten worden sei, vorbeizukommen. Die Schmerzen hätten sich dann gelöst und seien drei Tage nach der Operation praktisch nicht mehr vorhanden gewesen (Urk. 8/M43 S. 21). Diese Aussagen erscheinen glaubhaft, zumal in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen ist, dass die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nie auf die zeitliche Nähe zwischen der Operation vom 23. Mai 2005 und dem erstmaligen Auftreten der rechtsseitigen Arm-Hand-Beschwerden in der ersten postoperativen Nacht hingewiesen hat (vgl. Urk. 1, Urk. 14 S. 3 und 5 f.). Deshalb kann ausgeschlossen werden, dass den Aussagen des Beschwerdeführers gegenüber Dr. B. Überlegungen versicherungsrechtlicher Natur zugrunde lagen. Es ist davon auszugehen, dass die typischen Symptome eines CRPS erstmals nach der Schulteroperation vom 23. Mai 2005 aufgetreten sind und sich dann im zeitlichen Verlauf immer weiter ausgedehnt haben. Dies weist auf einen natürlichen Kausalzusammenhang zumindest mit der ersten Operation hin, zumal andere ursächlich Faktoren fehlen, auf welche die Beschwerden im Bereich des Arms und der Hand zurückgeführt werden könnten. Von den Ärzten, insbesondere der Neurologin Dr. J., konnte nämlich keine durch die Operation bewirkte Nervenläsion im Schulterbereich nachgewiesen werden. Die von den A.-Gutachtern gestellte Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis erscheint wie bereits gesagt nicht restlos schlüssig. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Schulteroperationen und dem später diagnostizierten CRPS Typ ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, wobei das eher spätere Vorliegen der gesicherten Diagnose dem nicht entgegen steht (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 24. Juli 2008, 8C_150/2008, Erw. 3.2.2).

5.6 Da auch die dem Beschwerdeführer am 21. Dezember 2007 vom Gutachter Dr. B. aufgrund der Diagnose CRPS bescheinigte zumutbare Restarbeitsfähigkeit von täglich 5-6 Stunden in Form wechselbelastender, sehr leichter manueller Verrichtungen nachvollziehbar begründet wurde (Urk. 8/M43 S. 58 ff.), weshalb darauf abzustellen ist, durfte die Metzger-Versicherung ihre Versicherungsleistungen nicht per 31. Dezember 2006 einstellen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, dass die Sache mit der Feststellung, dass ab dem 26. November 2007 eine Arbeitsfähigkeit von täglich 5-6 Stunden in einer leidensangepassten Tätigkeit bestand (wobei nicht davon ausgegangen werden kann, dass im Zeitraum zwischen dem 1. Januar und dem 25. November 2007 eine höhere zumutbare Arbeitsfähigkeit bestand), an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2007 entscheide.

6. Auf den Antrag des Beschwerdeführers, die Metzger-Versicherungen zur Übernahme der Kosten des Gutachtens von Dr. B. zu verpflichten, ist nicht einzutreten. Die Metzger-Versicherungen hat nämlich darüber bisher weder verfügt noch einspracheweise befunden (vgl. Urk. 8/K39-40, Urk. 8/K43-44), weshalb es hier an einem Anfechtungsobjekt fehlt. Darüber wird die Metzger-Versicherungen zu entscheiden haben.

7. Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. August 2008 aufgehoben und die Sache mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer ab 26. November 2007 in einer leidensangepassten Tätigkeit im Rahmen von 5-6 Stunden täglich arbeitsfähig war, an die Metzger-Versicherungen zurückgewiesen wird, damit sie darüber die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2007 befinde.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ammann
- Rechtsanwalt Adelrich Friedli
- 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, Schweizerhofquai 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.