

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00057 vom 22. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00057

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00057 du 22 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00057 del 22 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. August 2008 eingestellt und über diesen Zeitpunkt hinaus geleistete Zahlungen von Fr. 9'913.40 zurückgefordert hat.

1.2???? Im Urteil vom 29. Mai 2009 in Sachen der Parteien (Prozess Nr. UV.2008.00067, Urk. 10/152) hat das hiesige Gericht die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs massgeblichen gesetzlichen Grundlagen und die Rechtsprechung dazu zutreffend aufgeklärt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_673/2009 vom 22. März 2010 in Sachen der Parteien, E. 2, Urk. 10/162). Darauf wird verwiesen.

2.???? Das Bundesgericht hat im Urteil 8C_673/2009 vom 22. März 2010 in Sachen der Parteien, E. 5.2 (Urk. 10/162) erwogen, in diagnostischer Hinsicht sei in erster Linie streitig, ob ein unfallbedingtes CRPS II an der rechten Hand vorliege. Aufgrund der widersprüchlichen und unvollständigen Aktenlage liessen sich der unfallbedingte Gesundheitsschaden und die Schmerzproblematik in somatischer Hinsicht sowie die dadurch bedingte allfällige Behandlungsbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Integritätseinbusse nicht rechtsgenügend beurteilen. Es wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese eine interdisziplinäre medizinische Begutachtung durchführe und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verführe.

E. 3

3.1???? Laut dem zu Händen der Invalidenversicherung erstatteten Gutachten des B.____ vom 11. Dezember 2008 (Urk. 10/169), welches der Beschwerdeführer erst anlässlich des Beschwerdeverfahrens vor Bundesgericht zu den Akten gab (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_673/2009 E. 3.2, Urk. 10/162), liegen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 47):

???? 1. Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom des rechten oberen Quadranten mit hochgradiger Funktionseinschränkung von Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken rechts mit/bei:

-?? Status nach Kontusion des rechten Handgelenks und der proximalen rechten dorsalen Handwurzel am 30.05.2005

-?? vorbestehender Lunatummalazie Stadium III nach Stahl mit radiocarpaler Arthrose rechts

-?? dysfunktionalem Krankheitsverhalten

-?? differentialdiagnostisch Status nach CRPS Stadium II

-?? Fehlhaltung

-?? erheblicher myostatischer Insuffizienz

? 2.? Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

? 3.? Dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4)?.

???????? Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 47):

????? 4. Verdacht auf arterielle Hypertonie?.

???????? In der rheumatologischen Untersuchung sei eine erhebliche myostatische Insuffizienz mit sternosymphysaler Fehlhaltung, aber ohne Myogelosen oder Tendinosen im Schultergürtel- oder Beckengürtelbereich objektivierbar. Die vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und teilweise massiven Bewegungsverminderungen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates seien während der Begutachtung deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Sowohl mit als auch ohne Handgelenksorthese halte er die Langfinger der rechten Hand in einer Krallenhandposition. Eine genauere Untersuchung der Hand- und Fingergelenke sei weder aktiv noch passiv möglich, da der Beschwerdeführer bereits bei geringster Berührung der Haut über stärkste Schmerzen klagte und Ausweich- sowie Abwehrbewegungen durchführe. Inspektorisch imponiere eine diffuse teigige Schwellung der Streckseite der rechten Hand inklusive der Finger, im Seitenvergleich sei die Haut rechts auch abgeblasst, allerdings ohne wesentlichen Temperaturunterschied und ohne nachweisbare trophische Veränderungen. Der Beschwerdeführer gebe eine strumpfförmige generalisierte Hypästhesie und Allodynie des gesamten rechten oberen Quadranten an, dabei würden aber keine Differenzierungen vorgenommen. Eine neuroradikuläre Symptomatik liege nicht vor. Radiologisch zeigten sich keine signifikanten Veränderungen am Os lunatum rechts bezüglich Form, Höhe, Breite und der Konturen, ebenso wenig bezüglich der Kalksalzverhältnisse, insbesondere könnten keine fleckigen Entmineralisierungen objektiviert werden. Aktuell sei von einer asymptomatischen Lunatummalazie auszugehen, die sich in einem relativ stabilen Spätzustand befinde. Gleiches gelte für die diskreten arthrotischen Veränderungen des radiocarpalen Gelenksabschnittes. Weder die Lunatummalazie noch die arthrotischen Veränderungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich für das aktuelle Beschwerdebild (S. 51).

???????? Eine dezidierte neurologische Untersuchung sei aufgrund des ausgeprägt gereizten und in jeder Hinsicht unkooperativen Verhaltens des Beschwerdeführers nicht möglich. Insbesondere gelinge keine Muskelfunktionsprüfung zur Frage, ob allenfalls manifeste Paresen vorliegen. Auch eine Prüfung der Muskeleigenreflexe sei nicht möglich, da der Beschwerdeführer schon beim Anblick des Reflexhammers ausgeprägte Abwehrreaktionen zeige. Die ursprünglich vorgesehene elektrophysiologische Untersuchung mittels ENG und EMG sei schon am Ansatz daran gescheitert, dass sich der Beschwerdeführer beharrlich geweigert habe, die notwendigen Oberflächenelektroden aufkleben zu lassen. Diese Verweigerung jeglicher neurologischer Abklärung stehe eindeutig im Gegensatz zu den geklagten Beschwerden und dem Wunsch nach Hilfe. Darüber hinaus sei auffällig, dass die Schmerzen anamnestisch in keinster Weise modulierbar oder beeinflussbar seien. Das Bild einer steif fixierten Schonhaltung ab Schulterhöhe passe auch nicht zu einer peripheren Nervenläsion im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS), sondern

spreche vielmehr für eine Symptomausweitung (S. 52).

3.2. In Nachachtung des Bundesgerichtsurteils holte die Beschwerdegegnerin das Gutachten der Z. ___ vom 8. April 2011 (Urk. 10/178) ein. Deren Experten stellten folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 34):

1. Ausgeprägtes Schmerzsyndrom von Hand, Arm, Schultergürtel und lateralem Kopfbereich rechts, aktuell ohne rheumatologisches und/oder neurologisches Korrelat

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

- mit praktisch vollständiger funktioneller Einschränkung des rechten Arms und der rechten Hand

- bestehend seit dem Unfallereignis vom 30.05.2005 (Kontusion des rechten Handgelenks)

- initial Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) Typ I respektive Typ II möglich

? Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10)?

2. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten die Experten (S. 34):

1. Lunatummalazie rechts

- wahrscheinlich sekundäre leichte Radiokarpalarthrose (vor allem zwischen Os lunatum und Radius)

? Aneurysma der Aorta ascendens, maximaler Durchmesser 53 - 54 mm

- zusätzlich Ektasie des Aortenbogens und der Aorta descendens

- Leichte zentrale Aorteninsuffizienz bei trikuspidaler, nicht sklerosierter Aortenklappe

? Arterielle Hypertonie

? Diabetes mellitus Typ II?

3. Als Nebenbefunde führten sie schliesslich auf (S. 34):

1. Übergewicht (BMI 28.7 kg/m²)?

2. Im Rahmen der Abklärung habe der Rheumatologe im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und der aktuellen klinischen und bildgebenden Befunde ein ausgeprägtes diffuses Schmerzsyndrom mit kompletter Steifigkeit des rechten Armes gefunden. Es bestanden keine objektivierbaren Zeichen für eine vertebrale, spondylogene, radikuläre oder peripher arthrogene Läsion, und insbesondere fanden sich aktuell keine Hinweise auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ I oder Typ II. Es seien aber in einer frühen Phase Befunde beschrieben worden, die damals die Verdachtsdiagnose eines CRPS als nachvollziehbar erscheinen liessen. Zwei Jahre nach dem Unfall habe Dr. A. ___ im Rahmen eines Privatgutachtens erneut die Diagnose eines CRPS Typ II gestellt. Die von ihm postulierte und für diese Diagnose notwendige Nervenläsion sei allerdings neurologisch nicht verifiziert worden. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung hätten sich mehrere Argumente gegen ein CRPS ergeben. Bildgebend hätten sich im ganzen Verlauf nie irgendwelche ossären Veränderungen im Sinne eines CRPS nachweisen lassen. Das heutige klinische

Bild passe nicht zu einem CRPS, insbesondere nicht zu einem Sp?tstadium. Eine Nervensch?digung habe im Rahmen der aktuellen Begutachtung neurologisch nicht nachgewiesen werden k?nnen. Das st?ndige Tragen einer eng sitzenden Handgelenkmanchette w?hrend des ganzen Verlaufs sei nicht vereinbar mit einem CRPS. Im gesamten Verlauf sei von einer ganzen Reihe von ?rzten eine organisch nicht begr?ndbare Ausweitung der Beschwerden postuliert worden. Zusammengefasst liege heute aus rheumatologischer Sicht ?berwiegend wahrscheinlich kein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ I oder Typ II) vor. Die zweifellos vorhandene Lunatummalazie und die sekund?re leichte Radiokarpalarthrose st?nden nicht im Zusammenhang mit dem Unfall. ?ber lokale, mechanisch ausl?sbare Schmerzen in diesem Bereich klage der Beschwerdef?hrer nicht, weshalb von Seiten der Lunatummalazie zurzeit keine Leistungseinschr?nkung zu begr?nden sei. Insgesamt seien rheumatologisch keine Befunde zu objektivieren, mit welchen sich eine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit begr?nden liesse. Diese Aussage erfolge unter dem Wissen, dass der Beschwerdef?hrer im Zeitpunkt der Begutachtung funktionell einarmig sei, und sie sei deshalb rein medizinisch theoretisch zu verstehen (S. 26).

??????? Der Neurologin habe sich klinisch eine funktionell praktisch nicht einsetz?hige rechte obere Extremit?t mit einem Schmerzsyndrom des rechten oberen Quadranten pr?sentierte, welches topographisch anatomisch nicht verst?ndlich sei und nicht sicher einem neuropathischen Schmerz entspreche. Trotz des ausgepr?gten Vermeidungsverhaltens seien keine signifikanten muskul?ren Atrophien nachweisbar. Die Haut zeige keine trophischen Ver?nderungen, Sudation und Hauttemperatur seien unauff?llig. Neurographisch f?nden sich bei kooperationsbedingt erschwerter Ableitung beidseits normale sensible Potentiale und Nervenleitgeschwindigkeiten des Nervus medianus und des Nervus radialis. Zwar lasse diese normale sensible Neurographie des rechten Armes eine leichtgradige Nervenl?sion nicht mit Sicherheit ausschliessen. Zusammen mit den klinischen Befunden lasse sich aber aussagen, dass keine verwertbaren Hinweise auf eine lokalisierte L?sion peripherer Nerven vorl?gen. Es bestehe auch keine fokale Parese, sondern eine globale Minderinnervation der rechten Hand. Es l?gen auch keine Befunde eines CRPS vor. Ohne Nachweis eines objektivierbaren neurologischen Defizits lasse sich neurologisch keine lang dauernde Arbeitsunf?higkeit begr?nden. Allerdings sei sozialpraktisch von einer funktionellen Einarmigkeit und damit von einer vollen Arbeitsunf?higkeit als Bauarbeiter auszugehen. Eine adaptierte, leichte bis mittelschwere T?tigkeit mit dem linken Arm sei aus neurologischer Sicht ganz?gig m?glich (S. 26 f.).

3.3???? Die von Dr. A. ___ gestellten Diagnosen im Gutachten vom 27. Juli 2011 (Urk. 3/1) zu H?nden des Rechtsvertreters des Beschwerdef?hrers lauten folgendermassen (S. 16):

?-?? Komplex regionales Schmerzsyndrom (CRPS) der rechten dominanten oberen Extremit?t, Typ II nach Kontusions-Trauma des Handgelenkes und der Handwurzel von dorsal durch Rundstab-Betoneisen am 30. Mai 2005

?-?? Verdacht auf direkte L?sion peripherer Nerven?ste Ramus superficialis N. radialis und Ramus dorsalis N. ulnaris

-?? mit konsekutivem vollst?ndigem oberem Quadranten-Syndrom

-?? mit schwerster invalidisierender Funktionsbeeintr?chtigung der rechten oberen Extremit?t, Schulterg?rtel, Nacken-Kopfbereich

?-?? Status nach Lunatummalazie mit limitierter radio-carpaler Arthrose Handgelenk rechts (unfallfremd).

???????? Aufgrund der heutigen Feststellungen bestätigten die aktuellen medizinischen Befunde, die durch zahlreiche quantitative Ermittlungen (QST) untermauert wurden, nach wie vor, dass beim Beschwerdeführer in sämtlichen Punkten gemäss den geltenden IASP-Kriterien (Budapest Criteria) ein schweres komplex regionales Schmerz-Syndrom (CRPS) vorliege. Da die Zuordnung in Typ I oder Typ II vorwiegend eine akademische Frage sei, werde bewusst auf eine diesbezügliche Diskussion verzichtet (S. 16).

???????? Aufgrund des lokal heftigen und umschriebenen Traumas an exponierter Stelle sei es mit hoher Wahrscheinlichkeit zur unmittelbaren Verletzung kleiner peripherer Hautnerven gekommen. Dafür sprechen auch die initialen Symptome intensiver elektrisierender Schmerzen mit Ausstrahlung durch den gesamten Arm und nachfolgendem Lähmungsgefühl, ein bekanntes Phänomen, welches bei einer einfachen Kontusion ohne Nervenbeteiligung oder bei einer Distorsion nicht vorkomme. Entsprechend befanden sich der Herd des Dauerschmerzes und die Allodynie mit Punktum Maximum im engsten Umfeld dieser Nerven (Stem des Ramus superficialis N. radialis und Ramus dorsalis N. ulnaris) und seien immer der Ausgangsort der Schmerzausstrahlungen. Diese Indizien hätten Anlass dazu gegeben, das CRPS bei der gutachterlichen Untersuchung vom 26. April 2007 dem Typ II zuzuordnen (früher bezeichnet als Kausalgie, S. 17).

???????? Im Vergleich zum Zustand von April 2007 leide der Beschwerdeführer heute noch an den gleichen Beschwerden gleichen Ursprungs, subjektiv seien die Schmerzen noch stärker und die spontanen und evozierten Schmerzwellen häufiger und intensiver geworden. Die klinischen Befunde und quantitativen Erhebungen zeigten nachweisbar eine mit den Angaben des Beschwerdeführers übereinstimmende Verschlimmerung respektive Ausbreitung in den letzten vier Jahren. Eine Simulation oder Aggravation lasse sich aufgrund der Fakten weitgehend ausschliessen (S. 17).

???????? Konkret habe sich die damalige Hypaesthesia an der ganzen Hand, am Vorderarm und an Teilen des Oberarms zu einer vollständigen Anaesthesia und Analgesie entwickelt, die Hypaesthesia habe sich weiter über die ganze Schulterpartie dorsal, in den Nacken und über die ganze rechte Gesichtshälfte ausgebreitet. Die Allodynie habe sich flächenmässig kaum ausgebreitet. Im Gebiet der Anaesthesia/Analgesie seien Hyperesthesia und Hyperalgesie seit 2006/2007 praktisch vollständig verschwunden, hingegen sei die Hyperpathie mit ihren Hauptcharakteristika Faulty identification and localization of the stimulus, delay, radiating sensation and after-sensation may be present, and the pain is often explosive in character ausgeprägter geworden. Die motorischen Störungen hätten sich drastisch verschlimmert und zu einer völlig gebrauchsunfähigen Hand geführt. Die von IASP geforderten vier Kriterien und die in den Kriterien 2 und 3 enthaltenen vier Beschwerdekategorien seien in sämtlichen Punkten erfüllt.

???????? Das CRPS stehe mit seinen zahlreichen quantifizierbaren somatischen Fakten in direktem kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Als Folge dieses somatischen Schadens seien unbestritten psychische Störungen hinzugekommen, welche, solange dieses Syndrom anhalte, auch weiter beständen (S. 18 f.).

E. 4

4.1???? Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht,

auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212 E. c; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 E. 5a mit weiteren Hinweisen). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 E. 5b), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. E. 1c).

Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 E. 2a in fine). Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 361 E. 3b/dd).

4.2.2 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten der Z.____ vom 8. April 2011 (E. 3.2) entspricht in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Es basiert auf den notwendigen internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Den Experten standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann.

4.3.1 Was der Beschwerdeführer, gestützt auf die Beurteilung von Dr. A.____ (E. 3.3) hiergegen vorbringt, vermag das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen:

4.3.1.1 Vorab ist auf die Definition des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach das CRPS eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder ist, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden

Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nerven auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 263. Aufl., Berlin 2012, S. 1875). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7).

???????? Anzufügen bleibt, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung bei einem CRPS I Ätiologie und Pathogenese unklar sind, weshalb zur Qualifikation des Beschwerdebildes als Folge eines Unfalles die folgenden drei Kriterien erfüllt sein sollten: a) Nachweis eines Körperschadens 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 (wie z.B. Zustand nach Myokardinfarkt, nach Apoplexie, nach/bei Barbiturateinnahme, bei Tumoren, bei Schwangerschaften etc.) sowie c) Kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Algodystrophie (maximal sechs bis acht Wochen; Urteil des Bundesgerichts 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010, E. 4.2 mit Hinweisen).

4.3.2?? Wenn auch für Dr. A.____ die Frage, ob eine CRPS I oder II vorliegt, eine akademische ist, ist sie angesichts der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht unbedeutend. Angesichts der vorhandenen Arztberichte muss nämlich davon ausgegangen werden, dass ein CRPS I beim Beschwerdeführer nicht vorliegt, da der Nachweis eines Körperschadens innerhalb der vom Bundesgericht geforderten Latenzzeit (vgl. Prozess Nr. UV.2008.00067 E. 2) fehlt.

???????? Während Dr. A.____ in seinem Parteigutachten vom 11. Juni 2006 (Prozess Nr. UV.2008.00067 E. 2.10) noch vorbehaltlos davon ausging, dass beim Beschwerdeführer ein CRPS II vorliegt, verzichtete er im Gutachten vom 27. Juli 2011 (E. 3.3) bewusst auf eine diesbezügliche Diskussion. Dennoch diagnostizierte er ein CRPS II. Das Vorliegen einer Nervenläsion konnte er indessen nicht bestätigen, sondern er äusserte lediglich den Verdacht auf eine Läsion peripherer Nervenäste Ramus superficialis N. radialis und Ramus dorsalis N. ulnaris.

4.3.3?? Die Neurologin der Z.____ konnte eine leichtgradige Nervenläsion nicht sicher ausschliessen, obwohl die elektrophysiologische Untersuchung eine normale sensible Neurographie beim rechten Arm ergab. Allerdings ergaben für sie die erhobenen klinischen Befunde keinen sicheren Hinweis für eine anatomisch topographisch lokalisierte Läsion eines peripheren Nerven. Bei stark erschwerten Untersuchungsbedingungen - solche wurden schon vom Neurologen des B.____ (E. 3.1) beschrieben, welcher erwähnte, dass aufgrund des ausgeprägt gereizten und in jeder Hinsicht unkooperativen Verhaltens des Beschwerdeführers insbesondere keine Muskelfunktionsprüfung zur Beurteilung, ob allenfalls manifeste Paresen vorliegen, möglich war, die Prüfung der Muskeleigenreflexe wegen ausgeprägter Abwehrreaktionen unmöglich war und auch die vorgesehene elektrophysiologische Untersuchung scheiterte, weil sich der Beschwerdeführer gegen das Aufkleben der Oberflächenelektroden wehrte - wies die klinische Untersuchung nicht auf eine periphere Nervenläsion hin. Die groteske Schmerzausbreitung bis zum Kopf sei

topographisch anatomisch nicht verst?ndlich und mit dem Unfallmechanismus nicht erkl?rbar. Ein CRPS I (ohne Nervenverletzung) und ein CRPS II (mit Nervenverletzung) k?nne nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden.

4.3.4?? Insoweit sich die Z.____-?rzte darauf berufen, das klinische Bild passe nicht zu einem CRPS, haben sie dies nachvollziehbar begr?ndet (S. 10): Es waren anl?sslich der Untersuchung keine Atrophie und Schrumpfung der Haut, Unterhaut, Sehnenscheiden und Gelenkscapseln feststellbar. Weder zeigte sich eine typische Allodynie noch eine typische Hyper?mie. Die Schwellung im Bereich der distalen Mittelhand f?hrten die Z.____-Experten - wie zuvor schon der B.____-Rheumatologe (E. 3.2 S. 37) - auf die in einer Orthese ruhiggestellte Hand zur?ck.

4.4???? Zusammenfassend vermag das handchirurgische Gutachten von Dr. A.____ das polydisziplin?re Gutachten der Z.____ nicht zu entkr?ften. Offenbar ging auch Dr. A.____ davon aus, dass ein CRPS II neurologisch nicht verifizierbar beziehungsweise eine Nervenl?sion nicht objektivierbar ist, h?tte er doch ansonsten eine diesbez?gliche Untersuchung des Beschwerdef?hrers veranlasst. Stattdessen bem?ngelt Dr. A.____ insbesondere die rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen der Z.____-Gutachter im Wissen darum, dass angesichts der Weigerung des Beschwerdef?hrers, einzelne Untersuchungen von den Experten - aber auch durch Dr. A.____ selber - nicht hatten durchgef?hrt werden k?nnen. Gerade auch diese Weigerung ist in die Betrachtung der Gesamtsituation miteinzubeziehen und kann nicht lapidar mit der Erkl?rung, das neurologisch nicht nachweisbare CRPS II sei Ursache der unbestritten hinzugekommenen psychischen St?rungen, abgehandelt werden, zumal es Dr. A.____ an fachpsychiatrischen Kenntnissen ohnehin mangelt. Soweit schliesslich der Beschwerdef?hrer geltend macht, auf die Z.____-Beurteilung k?nne wegen Unvollst?ndigkeit nicht abgestellt werden, weil entgegen der bundesgerichtlichen Auflage keine orthop?dische Untersuchung stattgefunden habe (Urk. 1 S. 20), kann er damit nicht geh?rt werden. Das Bundesgericht hat in E. 5.3 seines Urteils vom 22. M?rz 2010 in Absatz 2 die Sache an die SUVA zur?ckgewiesen, ?damit sie eine interdisziplin?re Begutachtung durchf?hre und hernach ?ber den Leistungsanspruch des Versicherten neu verf?ge?. Wenn in der Folge die Z.____ nach Einsicht in den Fragekatalog und in die ihr ?berlassenen medizinischen Akten (insbesondere in das umfangreiche B.____-Gutachten vom 11. Dezember 2008, Urk. 10/169) f?r die Beantwortung der Fragen den Beizug auch noch eines Orthop?den f?r nicht notwendig hielt, ist das ein ?rztlicher Entscheid, der von Verwaltung und Gericht grunds?tzlich zu respektieren ist. Im ?brigen hielt auch der Privatgutachter Dr. A.____ zu keinem Zeitpunkt eine aktuelle orthop?dische Beurteilung f?r angezeigt.

???????? Nach dem Dargelegten ist nicht zu bestanden, dass sich die Beschwerdegegnerin auf die B.____- und Z.____-Gutachten st?tzt und davon ausgeht, dass sp?testens im September 2008 (Zeitpunkt der B.____-Begutachtung) keine organischen Unfallfolgen mehr vorhanden waren.

E. 5

5.1???? Laut Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes ?ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind unrechtm?ssig bezogene Leistungen zur?ckzuerstatten.

5.2???? Die Beschwerdegegnerin hat der Verf?gung ein Beiblatt f?r die Berechnung der ?berentsch?digung beigelegt (Urk. 10/180; Beilage). Hieraus ist ersichtlich, wie die

Taggelder berechnet wurde, wie hoch der Taggeldanspruch des Beschwerdeführers vom 1. Juli 2007 bis zum 31. August 2008 insgesamt war, wie hoch die zu Unrecht ausbezahlten und zu verrechnenden Invalidenrenten für denselben Zeitraum waren und wie die Überentschädigung für den Zeitraum vom 30. Mai 2005 (Unfalltag) bis 31. August 2008 berechnet wurde. In die Verfügung hat die Beschwerdegegnerin die Grundlagen aus dem Berechnungsblatt übertragen und hat die Höhe der Rückforderung berechnet. Was an dieser Berechnung nicht nachvollziehbar sein soll, wird vom Beschwerdeführer nicht vorgebracht.

5.3???? Insoweit der Beschwerdeführer geltend macht, seine Ehefrau habe infolge seines unfallbedingten Pflegeaufwandes keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen können, ist ihm entgegenzuhalten, dass - abgesehen davon, dass nicht ausgewiesen ist, dass seine Ehefrau ihre Erwerbstätigkeit aufgrund seines Unfalls aufgegeben und dadurch eine Erwerbseinbusse erlitten hat (vgl. Art. 69 Abs. 2 ATSG) - in keinem der Arztberichte eine Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers festgehalten worden ist.

5.4???? Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, aufgrund des Unfalls nicht mehr im angestammten Beruf arbeiten zu können und sich beruflich neuorientieren zu müssen, weshalb ihm während einer Übergangsfrist von drei bis fünf Monaten weiterhin Taggelder ausgerichtet werden müssten. Hierbei verkennt er, dass zwar unbestritten ist, dass er in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist, diese Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht kausal zum Unfallereignis ist. Aus diesem Grund besteht auch kein Anspruch auf Taggelder während einer Übergangsfrist.

5.5???? Nach dem Dargelegten erweist sich die Höhe der Rückforderung als korrekt.

6.????? Der Beschwerdeführer verlangte schliesslich, es seien ihm die Gutachterkosten des Dr. A. ___ in Höhe von Fr. 8'000.-- (Urk. 3/2) zu erstatten. Wie aufgezeigt, wurde der Sachverhalt seitens der Beschwerdegegnerin umfassend abgeklärt und konnte die von Dr. A. ___ postulierte Diagnose eines CRPS II nicht bestätigt werden. Die Kosten für das Parteigutachten hat die Beschwerdegegnerin daher nicht zu übernehmen.

7.????? Nach dem Dargelegten erweist sich die Beschwerde in jeder Hinsicht als unbegründet, was zu deren Abweisung führt.

Das Gericht erkennt:

1.????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Zanolli
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

4.????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen

seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

????????? Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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.