

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00213

vom 22. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00213

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00213 du 22 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00213 del 22 marzo 2016

Erwägungen

E. 2

E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es könne sowohl auf das Gutachten der MEDAS G.____ vom 25. Januar 2013 als auch auf die ergänzende Stellungnahme von Dr. H.____ vom 3. September 2013 abgestellt werden, denen voller Beweiswert zu komme. Mit dem Einholen der Stellungnahme von Dr. H.____ ohne vorgängige Einwilligung des Beschwerdeführers sei das rechtliche Gehör nicht verletzt worden, da es sich dabei um eine Stellungnahme zu den vom Beschwerdeführer selbst vorgelegten Berichten handle. Die Kritik von den Dres . L.____ und K.____ habe Dr. H.____

nachvollziehbar entkräftet, wes halb sich die Einholung eines Obergutachtens erübrige (Urk. 2 S. 3 ff.)

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, das Gutachten der MEDAS G.____ sei sowohl in orthopädischer als auch in neurologischer Hinsicht beweis untauglich . Dem Gutachten der Dres . K.____ und L.____ vom 15. Mai beziehungsweise 24. Juni 2013 sei beweis mässig der Vorzug zu geben, was im Prinzip das angerufene Gericht auch schon im Urteil des Verfahrens IV.2012.00409 getan habe, mit welchem ein Invaliditäts grad von 32 % respektive - je nach leidensbedingtem Abzug - 36 % eruiert worden sei. Zudem sei die Ergänzung von Dr. H.____ in Verletzung der neuen bundesgerichtlichen Verfahrens vorschritten erfolgt, weshalb es aus den Akten zu weisen sei. Es wäre eine Neubegutachtung angezeigt gewesen. Dr. H.____ habe die apparativen Testungen zur Beurteilung der neurologischen Problematik nicht lege artis durchgeführt. Elektrophysiologische Befunde am rechten Arm würden vollends fehlen. Dem Gutachten hätten solche Messungen nicht bei gelegen, weshalb mit über wiegen der Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass solche nicht durchgeführt worden seien. Ohnehin seien die Neurographien nicht mit Nadeln, sondern mit Elektroden durchgeführt worden, was weniger verlässliche Resultate bringe. Daher seien die von Dr. H.____ rapportierten Befunde und der ihm gezo gene Schluss, dass es unklar sei, ob eine Arm-Plexus-Läsion statt gefunden habe, sowie die übrigen Antworten

ohne Wert. Dr. H.____ habe sich mit der Diagnose einer CRPS I (Complex Regional Pain Syndrome) schlicht in der Diagnose getäuscht. Es liege vielmehr ein CRPS II infolge unfall bedingter

Armplexuläsion vor. Allein aus neurologischer Sicht sei damit von einer unfall bedingten Arbeitsunfähigkeit ab August 2011 von mindestens 20 % in einer leidens angepassten Tätigkeit sowie einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen. Hinzu komme die Einschränkung in orthopädischer Hinsicht, wobei hierzu unter anderem mangels Auseinandersetzung mit den divergierenden Einschätzungen der vorbehandelnden Mediziner nicht auf das orthopädische MEDAS-Teilgutachten von Dr. I.____

(Urk. 7/ 171) abgestellt werden könne. Es sei nicht nachvollziehbar, dass er bei gegebener Aktenlage behaupten könne, der Unfall sei nicht mehr ursächlich zu den Beschwerden, zumal sämtliche involvierten Ärzte die Symptomatik dem Unfallereignis zugeordnet hätten und initial nach dem Unfall im AC-Gelenk nur geringe degenerative Veränderungen festgestellt worden seien. Es werde nicht bestritten, dass er nach dem ersten Unfall vom 25. Mai 2001 bis zum neuerlichen Unfallereignis an Restbeschwerden gelitten habe, dies jedoch nur in sehr geringfügiger, die Arbeitsfähigkeit nicht limitierender Weise ohne neurologische Befunde. Falsch sei, dass die AC-Gelenksarthrose und der Riss der Bizepssehne als im Zusammenhang mit dem ersten Unfall des 2001 zu sehen seien, da Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, nach 2007 festgehalten habe, dass aufgrund des (damals) aktuellen MRT-Befundes die vermutete Bizeps-Pathologie und die AC-Gelenksarthrose hinfällig seien. Erst ein Jahr nach dem Unfall vom Jahr 2010 sei von einer symptomatischen AC-Gelenksarthrose und damit von einer unfallbedingten Genese die Rede gewesen. Auch habe sehr wohl eine Fragmentdislokation stattgefunden und es sei eine progrediente Sklerosierung im Gelenkspalt genannt worden. Das Impingement an der rechten Schulter sei vor der Operation vom 29. März 2011 als klar unfallbedingt beurteilt worden. Auch sei eine Nekrose des Humeruskopfes

von Dr. A.____ von der B.____ und von Dr. N.____ bejaht worden. Zudem hätten dem MEDAS-Gutachter viele Berichte nicht vorgelegen. So der OP-Bericht vom 31. März 2011 und die Berichte des Z.____ vom 3. März, 28. und 30. Juni 2011. Dr. I.____ habe die klinischen Befunde nur unzureichend erhoben und rapportiert sowie keine eigenen Röntgen- oder MRI-Bilder angefertigt. Es sei zudem ein Widerspruch, dass der MEDAS-Gutachter sowohl den status quo sine als auch ante als erreicht ansehe. Nach der Operation vom 29. März 2011 habe der status quo gar nicht mehr erreicht werden können. Die Einschätzung, dass die Kausalität per Ende 2011 gänzlich weggefallen sei, sei mit keinem Wort begründet worden und geradezu willkürlich. Es sei diesbezüglich auf die Kritik im Gutachten von Dr. K.____ zu verweisen. Im Übrigen habe Dr. H.____ im Zusammenhang mit den neurologischen Befunden das Erreichen des status quo sine/ante verneint. Da mit dem Gutachten der Dres. K.____ und L.____ die Annahme von Dr. I.____ widerlegt sei, dass keine objektifizierbaren Befunde vorlägen, sei dessen orthopädisches Teilgutachten für die Hand- und Armproblematik ohnehin nicht beweiskräftig. Zusätzlich zu den neurologischen Einschränkungen wäre in orthopädischer Hinsicht von der Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von Dr. D.____ auszugehen, wobei dies im Urteil IV.2012.00409 allerdings verworfen worden sei. Allerdings bestehe - wolle man nicht auf den Bericht von Dr. D.____ abstellen - in orthopädischer Hinsicht eine Abklärungslücke, da auf das Gutachten von Dr. I.____ und die Berichte von

Dr. C.____ vom Z.____ betreffend Arbeitsunfähigkeit nicht abgestützt werden könne. Es gehe sodann nicht an, dass s ihm das Taggeld im Sommer 2011 ohne jegliche Übergangsfrist gestrichen worden sei (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 18).

E. 2.3

Unstrittig ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 23. Mai 2010 erneut eine Luxation mit Abrissfraktur des Tuberculum

majus an der rechten Schulter erlitten hat (Urk. 7/ 31, Urk. 7/ 35), nachdem er bereits beim Unfall vom 25. Mai 2001 eine Schulterluxation mit Fraktur des Tuberculum

majus

auf der rechten Seite erlitten hatte (Urk. 10/5/6-7, Urk. 13/M20). Die Beschwerdegegnerin hat ihre gesetzliche Leistungspflicht für den Unfall vom 23. Mai 2010 anerkannt. Für die Folgen des ersten Unfalles hat sie unstrittig nicht aufzukommen.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden am rechten Vorderarm und an der rechten Hand einerseits sowie dem Unfall vom 23. Mai 2010 andererseits verneint, die Taggeldleistungen per Ende Juli 2011 eingestellt und in Bezug auf die Beschwerden an der rechten Schulter den status quo sine vel ante per Ende 2011 angenommen

hat. Falls dies zu verneinen wäre, wäre weiter zu prüfen, ob der Fallabschluss per Ende 2011 hätte erfolgen dürfen und ob der Beschwerdeführer alsdann Anspruch auf eine Invalidenrente, die Kostenvergütung für Heilbehandlung gemäss Art. 21 UVG und eine Integritätsentschädigung

hat. 3.

Vorab ist festzuhalten, dass dem prozessualen Antrag des Beschwerdeführers, die ergänzende Stellungnahme des neurologischen MEDAS-Gutachters Dr. H.____ vom 3. September 2013 (Urk. 7/191) sei aus formell-rechtlichen Gründen (Verletzung des rechtlichen Gehörs und seiner Mitwirkungsrechte) aus den Akten zu weisen (Urk. 1 S. 2 und S. 5 ff.), nicht zu folgen ist. Denn die Beschwerdegegnerin hat von den MEDAS-Gutachtern mit Schreiben vom 31. Juli 2013 lediglich eine Stellungnahme zum vom Beschwerdeführer vorgelegten neurologischen Privatgutachten von den Dres. K.____ und L.____ (Urk. 7/184-185) eingeholt, ohne Zusatzfragen zu stellen (Urk. 7/188). Der Beschwerdeführer hatte zudem im Einspracheverfahren Gelegenheit, sich zur eingeholten Stellungnahme von Dr. H.____ vom 3. September 2013 (Urk. 7/191) zu äussern, was er in der Einsprache vom 7. November 2013 denn auch ausführlich tat (Urk. 7/196). Eine allfällige Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV]; BGE 124 V 180 E. 1a) wäre damit geheilt worden, da jedenfalls keine schwere Gehörsverletzung vorlag (vgl. BGE 124 V 180 E. 4a mit Hinweisen). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5) gebietet zudem die Vorlage eines Gutachtens durch die versicherte Person nicht in jedem Fall, dass die Verwaltung ein Obergutachten einholt. Dies gilt hier umso mehr, als kein interdisziplinäres, sondern ein monodisziplinäres Privatgutachten vorgelegt wurde. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden. Eine weitergehende Verfahrensteilnahme des Beschwerdeführers war auch mit Blick auf die Rechtsprechung zu den MEDAS-Gutachten gemäss dem Leitentscheid BGE 137 V 210 nicht erforderlich (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 2.2).

E. 4

ff.).

E. 4.1

und E. 4.2.1 hiervor). Dr. I.____ stellte somit zutreffend fest, dass ein Grossteil der Beschwerden am rechten Vorderarm und an der rechten Hand vorbestehend gewesen sei. Für die (genaueren) neurologischen Befunde verwies er korrekterweise auf die fachärztliche (neurologische) Beurteilung (Urk. 7/171 S. 9).

E. 4.3

mit Hinweisen; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1). 2.

E. 5

.1

Es ist erwiesen, dass nach dem ersten Unfall vom 25. Mai 2001 Beschwerden in der rechten Schulter anhielten und vor dem hier massgeblichen Unfall vom 23. Mai 2010 die rechte Schulter und die rechte obere Extremität des damals 57-jährigen Beschwerdeführers nicht beschwerdefrei waren.

Gemäss dem Gutachten von Dr. med. O.____, Spezialarzt für Chirurgie, vom 6.

Mai 2002 war der Beschwerdeführer bereits vor dem ersten Unfall im Jahr 1999 wegen Gefühllosigkeit der Finger III, IV und V der rechten Hand mit zusätzlichen Schmerzen am Ellbogen in Behandlung gewesen (Urk. 13/M18 S. 2). Nach dem ersten Unfall vom 25. Mai 2001 gab der Beschwerdeführer in der neurologischen Untersuchung vom 25. April 2002 gegenüber Dr. O.____ an, am Tag nach dem Unfallereignis habe er eine Schwarzverfärbung der Haut am Oberarm festgestellt, welche zirka 6 Monate geblieben sei mit langsamer Besserung. Nach dem Aufwachen aus der Narkose habe er die Gefühllosigkeit aller Finger an der ganzen rechten Hand und die Schwellung der Hand sowie der Finger festgestellt. Zirka zwei Monate nach dem Unfall habe er langsam wieder seine Finger bewegen können und die Sensibilität sei langsam wieder zurück gekommen, in der rechten Hand und in den Fingern. Laut Dr. O.____

wurde eine unfallfremde

Ulnarisdruckparese bei einem etwas luxiertem Nervus

ulnaris rechts festgestellt (Urk. 13/M18 S. 8). Ausserdem waren ein unfallfremdes leichtes Carpaltunnelsyndrom rechts und eine Morbus Dupuytren Strahl IV an der rechten Hand diagnostiziert worden (Urk. 13/M18 S. 5 f.). Dr. O.____ hatte zu diesen beiden Leiden festgehalten, dass es naturgemäss zu einer langsamen Progression kommen könne. Das Morbus Dupuytren könne auch jederzeit an den anderen Strahlen beider Hände auftreten (Urk. 13/M18 S. 8). In Bezug auf die rechte Schulter war schon im MRT vom 22. August 2001, mithin nur drei Monate nach dem ersten Unfall und rund neun Jahre vor dem zweiten Unfall, unter anderem eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose mit verdickter Gelenkkapsel festgestellt worden (Urk. 13/M7). Dr. O.____

hatte im Gutachten vom 6. Mai 2002

zudem ein Impingementssyndrom am rechten Schultergelenk bei Status nach Schulterluxation

erecta rechts am 25. Mai 2001 mit Impressionsfraktur und Fissur des Tuberculum majus rechts sowie passagerer Armplexus- und Axillarisparese rechts bei intakter Rotatorenmanschette

diagnostiziert (Urk. 13/M18 S. 5).

Als Folge des ersten Unfalls bestanden gemäss dem MRT vom 12. August 2002 an der kranialen (oberen) Facette des Tuberculum

majus

auch deutlich nach dorsal zunehmende posttraumatische Irregularitäten mit einer kleinen Einkerbung am Übergang zum Humeruskopf und mit Vorstehen des ventralen Anteils um wenige Millimeter nach cranial sowie ventral (gegen vorne) zur Einkerbung mit einer kleinen reaktiven subkortikalen Zyste (Bericht vom 13. August 2002, Urk. 13/M19).

Auch nach der operativen Sanierung des subacromialen

Impingementes am 21. August 2002 mittels einer Acromioplastik rechts (Urk. 13/M20) und physikalischer Therapie persistierten gemäss dem Bericht der Chirurgischen Klinik des P.____ vom 11. August 2003 eine verminderte Kraft und belastungs- sowie bewegungsabhängige Schmerzen (Urk. 13/M40).

Gemäss den im MEDAS-Gutachten in der Aktenliste zitierten weiteren Arztberichten des P.____

vom 5. und 8. Februar 2007 wurde am 8. Februar 2007 wegen massiver Druckdolenz über dem AC-Gelenk und über der Bizepssehne ein Arthro-MRT der rechten Schulter durchgeführt, mit dem

zwar ein regelrechter Verlauf der langen und rechten Bizepssehne

sowie nach wie vor keine Rotatorenmanschettläsion, jedoch eine Verwachsung des Subakromialraumes mit leichter Unregelmässigkeit an der Unterfläche des Akromions als möglicher Hinweis auf ein Impingement

festgestellt wurden (Urk. 7/172/1 S. 3).

Eine subakromiale Infiltration brachte längerfristig keine Besserung. Weiterhin persistierten Missempfindungen an den Fingern III-V an der rechten Hand, wobei neurologisch keine sichere Reiz- oder Ausfallsymptomatik festgestellt werden konnte (Berichte des P.____ vom 15. Februar und 29. März 2007; Urk.

7/172/1 S. 4). Gegenüber den MEDAS-Gutachtern gab der Beschwerdeführer an, er habe schon vor dem Unfall vom 23. Mai 2010 als Folge der 2001 erlittenen Schulterluxation unter Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter und der rechten Hand gelitten (Urk. 7/172/1 S. 16). Er habe die ganze Zeit bis zum zweiten Unfall immer Schmerzen in der rechten Schulter gehabt und reichlich Medikamente genommen. Mit der rechten Hand sei er insofern beeinträchtigt gewesen, dass er kaum einen Schraubendeckel habe öffnen oder einen Korken habe ziehen können (Urk. 7/172/2 S. 2).

Bis Juli 2009 war der Beschwerdeführer arbeitslos, ab dann bis zu seinem zweiten Unfall am 23. Mai 2010 arbeitete er in einem 100%igen Pensum als Keller (Urk. 7/172/1 S. 15,

Urk. 10/33).

E. 5.2

Damit ist als Vorzustand eine Ulnaris druck parese mit luxiertem Nervus

ulnaris rechts, ein Morbus Dupuytren Strahl IV rechts, neurologisch nicht sicher objektiviert Miss empfindungen an den Fingern III-V an der rechten Hand mit beschränkter Kraft , eine Ver schmäl erung des Subakromialraumes mit Unregel mässigkeit an der Unter fläche des Akromions und belastungs- sowie

be we gungs abhängige

Schulter beschwerden rechts bei Status nach Schulter luxation

erecta r echts am 25.

Mai 2001 mit Impressionsfraktur und Fissur des Tuber culum

majus rechts sowie passagerer Armplexus -

und

Axiliarisparese rechts nach operativer Sanierung des sub acromialen

Impingementes am 21. August 2002 mittels einer Acromioplastik festzuhalten. Zu beachten ist auch, dass beim Beschwerdeführer im rechten Schultergelenk nebenbefundlich ein Buford-Kom plex festgestellt wurde (vgl. Operationsbericht des Z.____ vom 31. März 2011, Urk. 7/199/1), bei dem es sich um eine nicht-patho logische anatomische Variante des Labrum glenoidale und des mittleren gleno-hume ralen Bandes handelt.

Ange sichts dieses

einschlägigen

Vorzustandes ist es nach voll zieh bar, dass die MEDAS-Gutachter darauf schlos sen, dass die Beschwerden

an der rechten Schulter per Ende 2011, mithin mehr als e ineinhalb Jahre nach de m Unfall vom 23. Mai 2010, überwiegend wahrscheinlich nicht mehr darauf zurück zuführen ge wesen seien und dass di e Beschwerden am rechten Vorder arm und an der rechten Hand jedenfalls nicht mit überwiegender Wahr schein lichkeit als Folgen dieses U nfalls angesehen werden könnten , wie sich auch aus dem Folgenden ergibt (vgl. aus orthopädischer Sicht E. 6, aus neurologischer Sicht E. 7) .

E. 6.1.1

Im Einzelnen ist i n orthopädisch er Hinsicht die Feststellung von Dr. I.____ , dass die durch den Unfall vom 23. Mai 2010 verursachten skelettalen

Gesund heits schäden , nämlich die Schulter luxation und die Tuber culumfraktur

(spä tes tens) per Ende 2011 abgeheilt gewesen seien

(Urk. 7/ 171 S. 9, Urk. 7/ 172/1 S. 24 ff.), auch mit den übrigen ortho pädisch-chirurgischen ä rzt li chen Berichten vereinbar .

So wurde bereits im Bericht des Z.____ vom 7. Oktober 2010 bei deutlicher Beschwerdeverbesserung

eine vollständige Konsolidierung im Bereich der Tuberculum

majus -Fraktur und eine regelrechte Kongruenz des Humeruskopfes in Proximalglenoidalis ohne Hinweise auf eine Luxation festgehalten (Urk. 7/42, Urk. 7/57). Damit war auch die im Röntgenbericht des Z. ___ vom 9. Juni 2010 (Urk. 7/59) noch genannte gering progrediente Sklerosierung im Frakturspalt (nicht „Gelenkspalt“), welche der Beschwerdeführer als Glied für eine angebliche Kausalkette zitiert (Urk. 1 S. 17), überholt. Im Röntgenbericht vom 7. Juli 2010 war denn auch bereits eine zunehmende Konsolidierung im Frakturspalt

(Urk. 7/58) und im Röntgenbericht vom 6. Oktober 2010 schliesslich eine vollständige Konsolidierung im Bereich des Tuberculum

majus sowie lediglich der Verdacht eines Humerushochstandes als Hinweis auf eine Rotatorenmanschettenläsion

festgestellt worden (Urk. 7/57). Eine solche Rotatorenmanschettenläsion wurde hernach nirgends festgestellt.

Gemäss dem Bericht des Z. ___ vom 18. November 2010 bestand sodann

wie schon vor dem Unfall - noch eine leichte Kräfteeinschränkung aller Finger der rechten Hand und Schmerzen bei Bewegung sowie Belastung der rechten Schulter (Urk. 7/32). Im Bericht des Z. ___ vom 13. Januar 2011 wurde das rechte Schultergelenk ohne Hämatom, ohne Schwellung und ohne Druckdolenz, ohne Hinweise auf Rotatorenmanschettenläsionen sowie - bis auf eine leicht verminderte Kraft der rechten Hand im Seitenvergleich - mit regelrechter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS) vorgefunden. Auch laut diesem Bericht bestanden eine progrediente Konsolidation im Frakturspalt reich

und überdies keine Hinweise auf eine sekundäre Dislokation des Tuberculum

majus

sowie eine unveränderte ossäre Impression am dorso kranialen Humeruskopf (Urk. 7/66).

Auch der Beurteilung des Chirurgen Dr. A. ___ vom 11. Februar 2011

ist zu entnehmen, dass

aufgrund des Arthro-MRT-Befundes hinsichtlich des Konsolidationsgrades des Tuberculum

majus

keine eigentlichen prominenten oder dislozierten Fragmente bei Status nach Fraktur des Tuberculum

majus vorliegen (Urk. 7/68).

E. 6.1.2

Der MEDAS-Gutachter Dr. I. ___ , der die ihm vorgelegenen Röntgen- respektive MRT-Aufnahmen, unter anderem jene von der B. ___

von

Januar 2011, auf die sich Dr. A.____ stützte

(Urk. 7/ 68) , im ortho pädischen Teil gut achten eigens dokumentiert hat , beurteilte sodann auch den Humerus kopf als un auffällig und ohne Zeichen einer Nekrose, die Glenoidspalte als breit offen mit lediglich kleinen gleno-humerale Knorpelschäden sowie die Vertiefung zwischen dem Tuberculum und Humeruskopf als Hill-Sachs-Läsion ohne klinische Relevanz (Urk. 7/171 S. 7 f.).

Dagegen hatte Dr. A.____

gemäss dem Bericht vom 11. Februar 2011 dem Arthro - MRT-Befund vom 24.

Januar 2011 zwar entnommen, dass eine kleine Nekrose zone im cranial

anterioren Abschnitt des Humeruskopfes

auffällig sei. Diese und die nur sehr kleinen artikulärseitigen

Partial rupturen von Supra- und Infra spinatus sehnen

bezeichnete er für die Klinik aber

als eher irrelevant

(Urk. 7/ 68) . Auch war gemäss dem Bericht von Dr.

A.____ im Arthro -MRT ein Status nach Ruptur der langen Bizepssehne und ein ausge dehnter Korpel schaden am Humeruskopf

cranialseitig sowie eine leichte AC-Arthrose festgestellt worden .

Dr. A.____ schloss jedoch darauf, dass am ehesten eine sub acromiale

Impingement -Problematik vorliege (Urk. 7/ 68) , welche - wie hernach ausgeführt - nicht überwiegend wahrscheinlich durch die beim Unfall vom 23. Mai 2010 erlittenen Verletzungen verursacht wurde. Eine Einkerbung im Übergang zum Humeruskopf war zudem bereits nach dem ersten Unfall festgestellt worden (vgl. Bericht vom 13. August 2002, Urk. 13/M19) und Dr. O.____ hatte schon damals im Bericht vom 6. Mai 2002 erwähnt, dass bei der Ultraschalluntersuchung vom 17. August 2001 eine Hill-Sachs-Läsion festgestellt worden sei (Urk. 13/M18 S. 5).

Die nach der baldigen Konsolidierung der Tuberculumfraktur noch bestehenden Schäden im Schultergelenk beschränkten sich im Wesentlichen somit auf überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausale, degenerative und/oder vorbestehende Veränderungen.

E. 6.1.3

Bei der Schulterarthroskopie vom 30. März 2011 zeigte sich gemäss dem Operationsbericht vom 31. März 2011 eine Partialruptur der langen Bizepssehne

kanalikulär , eine SLAB II (superior

labrum

anterior

to

posterior - Läsion), ein subacromiales

Impingement und eine symptomatische AC-Gelenksarthrose rechts (Urk. 7/199/1).

Angeichts des Alters des Beschwerdeführers von bereits 57 Jahren, der schon vor dem Unfall vom 23. Mai 2010 bestandenen Irregularitäten an der kranialen Facette des Tuberculum

majoris (Urk. 13/M19) und der Schulterverletzung mit notwendiger Acromioplastik rechts (Urk. 13/M20) sowie der im Jahr 2007 erneut festgestellten Verschmälerung des Subakromialraumes mit leichter Unregelmässigkeit an der Unterfläche des Akromions (Urk. 7/172/1 S. 3) ist nachvollziehbar, dass diese degenerativen Veränderungen überwiegend wahrscheinlich nicht durch die bereits nach wenigen Monaten (Urk. 7/42) registrierte Schulterluxation und Tuberculumfraktur

vom 23. Mai 20

E. 6.2

.4

Was der Beschwerdeführer gegen das orthopädische Teilgutachten von Dr. I.____ des Weiteren

vorbringt, vermag den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens ebenfalls nicht zu entkräften.

So schadet nicht, dass Dr. I.____

nebst der eigenen klinischen Untersuchung keine eigenen bildgebenden Abklärungen vornahm, sondern auf die vorliegenden Akten- und Bild dokumente abstellte, zumal dem Gutachter diverse Dokumente zu den bildgebenden Abklärungen vorlagen, die er auch selbst fachärztlich interpretierte (vgl. Urk. 7/171 S. 6 ff.). Es lag dabei im Ermessen des Gutachters, ob zusätzliche bildgebende Aufnahmen notwendig waren.

Ebenfalls nicht gefolgt werden kann dem Argument des Beschwerdeführers, Dr. I.____ habe die klinischen Befunde nur unzureichend erhoben und rapportiert. Trotz der von

Dr. I.____

stichwortartig notierten Befunde besteht kein Zweifel an der Vollständigkeit der fachärztlichen Untersuchung. Der Beschwerdeführer hat im Einzelnen denn auch nicht aufgeführt, welche Befunde fehlen würden.

Nicht zutreffend ist sodann der Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S.

E. 6.3

.2

Der orthopädische MEDAS-Gutachter konnte gemäss seinem Teilgutachten

bei unauffälliger Situation an beiden Händen mit normaler Trophik und Temperatur ohne Seitendifferenz auch

keine Zeichen eines floriden oder durchgemachten CRPS (Morbus Sudeck) feststellen (Urk. 7/171 S. 5 und S. 9).

Bei der Untersuchung sei zudem aufgefallen, dass der Beschwerdeführer mühelos die Schuhe binde (Urk. 7/171 S. 6). Dem Teilgutachten von Dr. I. ___ ist auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer Autofahre (Urk. 7/171 S. 4).

Dagegen war von

Dr. D. ___ in der orthopädischen Kurzbeurteilung vom 17. Februar 2012 (Urk. 7/140 S. 4) die Diagnose eines Rezidivs CRPS I an der rechten Hand/Vorderarm gestellt worden. Dazu führten die MEDAS-Gutachter im Hauptgutachten zutreffend aus, dass beim Bericht von Dr. D. ___ der Eindruck entstehe, dass diese Verdachtsdiagnose vor allem auf Vermutungen einer Ergotherapeutin und weniger auf objektivierbaren Befunden fusen würde (Urk. 7/172/1 S. 25 f.). Tatsächlich hat Dr. D. ___ keine Befunde aufgeführt und/oder erläutert, welche er am rechten Vorderarm und an der rechten Hand festgestellt hätte, die auf diese Diagnose hindeuten (Urk. 7/140 S. 3).

Von Seiten der neurologischen Experten wurde die Diagnose einer CRPS I von Dr. E. ___ im neurologischen Untersuchungsbericht vom 7. Mai 2012 aufgeführt (Urk. 7/165 S. 1). Jedoch begründete sie diese Diagnosestellung lediglich mit der nicht überzeugenden Bemerkung, dass ein abgelaufenes CRPS I aufgrund der geschilderten Symptome und des Befundes von Dr. D. ___ wahrscheinlich sei (Urk. 7/165 S. 2). Zudem wurde die Diagnose einer CRPS I von den neurologischen Gutachtern

Dr. H. ___ (Urk. 7/172/2 S. 5), Dr. K. ___ (Urk. 7/185 S. 10) und Dr. L. ___ (Urk. 7/184 S. 1) - insofern übereinstimmend - ebenfalls nicht bestätigt.

Es ist daher sowohl in orthopädischer als auch in neurologischer Hinsicht nicht erwiesen, dass als Folge des Unfalls vom 23. Mai 2010 ein Morbus Sudeck respektive CRPS I mit andauernden Restbeschwerden aufgetreten war.

E. 6.3.1

Was schliesslich die Beschwerden am rechten Vorderarm und an der rechten Hand betrifft, ist die Schlussfolgerung von Dr. I. ___ , dass

aus orthopädischer Sicht dort keine Folgen des Unfalls vom 23. Mai 2010 festgestellt worden seien (Urk. 7/171 S. 9 und S. 11), ohne Weiteres nachvollziehbar.

Denn in den Berichten der erstbehandelnden Ärzte wurden nach dem Unfall vom 23.

Mai 2010 keine ossären respektive skelettalen Verletzungen am rechten Vorderarm und an der rechten Hand dokumentiert (Urk. 7/35-44).

Dr. I. ___

erläuterte sodann einleuchtend, dass die Dupuytren-Kontraktur

(Strahl IV) der Hohlhand beidseits ein typisches Krankheitsbild der Sehnenplatte der Hohlhand (Palmaraponeurose) sei und in keinen Zusammenhang mit dem Unfallereignis (vom 23. Mai 2010) stehe (Urk. 7/171 S. 9), wovon auszugehen ist, zumal die Morbus Dupuytren Strahl IV rechts bereits vor dem Unfallereignis vom 23. Mai 2010 festgestellt worden war. Dasselbe gilt für die Schädigung am rechten Ellbogen (Ulnarisparesis mit luxiertem Nervus

ulnaris rechts) und die schon damals neurologisch nicht eindeutig objektivierbaren Missempfindungen an den Fingern III-V rechts

sowie die Kräfteinschränkungen der rechten Hand (vgl. E.

E. 6.4

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass

die Schlussfolgerungen

der MEDAS-Gutachter in orthopädischer Hinsicht nachvollziehbar und beweiskräftig sind.

7.7.1

In neurologischer Hinsicht ist insbesondere strittig und zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer eine Armplexusläsion vorliegt, welche zudem durch den Unfall vom 23. Mai 2010 verursacht wurde und gegebenenfalls mitverantwortlich für die geklagten rechtsseitigen Hand- und Armbeschwerden ist. 7.2

7.2.1

Der MEDAS-Gutachter Dr. H.____

führte im neurologischen

Teilgutachten

vom 21. Dezember 2012 (Urk. 7/172/2) aus, es bestehe eine Beeinträchtigung der Schulterbeweglichkeit. Hierzu werde indes auf die Ausführungen des orthopädischen Gutachters verwiesen. Als Diagnosen führte er das Folgende auf: Schultertrauma rechts 2001, Sensibilitätsstörung der Finger 3-5 rechts, Schultertrauma rechts 2010, Sensibilitätsstörungen der ganzen Hand rechts, ohne Nachweis einer Läsion von Nervenstrukturen. Über eine Parese der Muskulatur werde nirgends berichtet und er könne aktuell nur eine diffuse Schwäche der distalen Funktionen an der rechten Hand, keine echten Paresen feststellen. Schmerzen und Sensibilitätsstörungen seien naturgemäss nicht objektivierbar. Objektivierbar wäre grundsätzlich ein Verlust sensibler Nervenfasern, was hier aber aufgrund der elektrophysiologischen Befunde zu verneinen

sei. Die sensiblen Potentialamplituden als Indikator für die Fasermenge würden keine Differenz zwischen der rechten betroffenen und der linken gesunden Seite zeigen. Auch die von Dr. E.____ ins Feld geführte Auffälligkeit der F-Wellen könne er aktuell mangels Unterschied zwischen rechts und links nicht bestätigen. Bleibe schliesslich das Argument der erniedrigten Potenzialamplitude über dem Erb'schen Punkt bei der Ableitung somatosensorisch evozierter Potentiale. Die sensiblen Befunde komme indes nicht wirklich Beweiskraft zu, da die Amplitude in dieser Situation ein schlechter Parameter sei, da sie abhängig von allerlei anderen Faktoren, nicht zuletzt von der präzisen Platzierung der Elektrode sei. Bleibe noch zu erwähnen, dass die aktuelle Sensibilitätsstörung in keiner Weise einer plausiblen neuroanatomischen Verteilung entspreche. Insgesamt könne eine Armplexusläsion als Kernproblem nicht nachgewiesen werden, allerdings auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Für eine andere Ursache, insbesondere eine periphere Nervenkompression lägen vor allem aufgrund der neurographischen Befunde keine weiteren Hinweise vor. Auch für eine cervicale

radiokläre Läsion würden weitere Anhaltspunkte fehlen. Bleibe die Möglichkeit einer CRPS (I), welche indes mangels objektiver Angaben über allfällige klinische Zeichen und allein aufgrund der Angabe des Beschwerdeführers einer stattgehabten Schwellung ebenfalls nicht diagnostiziert werden könne. Die eingeschränkte Beweglichkeit der rechten

Hand könne nicht genügend durch eine Läsion peripherer Nerven, insbesondere der sensiblen Anteile oder gar eine zentrale Läsion erklärt werden. Auch eine sogenannte Fixed Dystonia liege nicht vor. Insgesamt könnten die subjektiven Beschwerden daher nicht durch objektive neurologische Befunde erklärt werden. Es sei daher lediglich möglich, dass die Beschwerden am rechten Vorderarm und an der rechten Hand durch den Unfall vom 23. Mai 2010 teilweise mitverursacht worden seien (Urk. 7/172/2 S. 4 ff.). 7.2.2

Dr. L.____, der den Beschwerdeführer am 6. Mai 2013 klinisch und mittels Elektromyographie (ENMG; Neurographie mittels Nadel elektroden rechts) untersucht hatte, befand gemäss dessen Bericht vom 15. Mai 2013 (Urk. 7/184), dass beim Beschwerdeführer die Diagnosen einer

leichtgradigen Läsion des Plexus brachialis rechts und ein sensibles Sulcus - ulnaris - Syndrom rechts zu stellen seien. Die Läsion des Nervus

ulnaris im Sulcus - ulnaris - Bereich komme in der Regel durch häufiges Aufstützen auf den Ellbogen zustande. Es dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit unfallfremd sein. In den sensiblen Neurographien des Nervus

medianus habe sich auf der rechten Seite eine pathologisch erniedrigte Amplitude der sensiblen Potentiale gezeigt. Die F-Wellen-Latenz des Nervus

medianus sei auf beiden Seiten unauffällig gewesen und auch im Rechts-links-Vergleich normal gewesen. Zum Nachweis einer Plexusläsion

mittels Myographien als Goldstandard seien die Muskeln so gewählt worden, dass alle zervikalen Nervenwurzeln, alle Trunci (Stämme) und Fasziculi (Faserbündel) des Armplexus

abgedeckt seien. Dabei hätten sich durchwegs normale Befunde gefunden. Insbesondere hätten sich keine Hinweise für eine akute oder abgelaufene Denervation festhalten lassen. Die ergänzende Somatosensibel-evozierten-Potentiale-(SSEP-)Messung des Nervus

medianus

sei schmerzbedingt mangels entspannter Körperposition

mit einer deutlichen Artefakt-Überlagerung behaftet.

Die corticalen Potentiale seien beidseits normal ausgefallen und die zervikalen Potentiale - da deutlich Artefakt-überlagert - nicht abgrenzbar. Ein Seitenunterschied habe letztlich aber beim Potential über dem Erb'schen Punkt bestanden, wo nur auf der linken Seite eine Abgrenzung gelungen sei und rechts nicht. Diese Seitenunterscheidung im Rahmen einer Artefaktüberlagerung Zusatzuntersuchung zur Frage einer Plexusläsion dürfe lediglich als Hinweis gewertet werden und sei in diesem Sinne mit einer Plexusläsion vereinbar. Die erhobenen Befunde würden damit

keinen zwingenden Beweis für eine Plexusläsion rechts ergeben, aber sie seien als Hinweise darauf zu werten und es würde sich keine plausible Erklärung dafür finden (Urk. 7/184 S. 7 f.).

Nicht durch eine Armplexusläsion erklärbar sei die Angabe des Beschwerdeführers, dass am cranial-lateralen Thorax rechts und über der Scapula rechts die Sensibilität verändert sei. Diese Bereiche würden nicht über den Armplexus innerviert, so dass hier eine gewisse Ausweitung der Symptomatik vorliege. Zusätzlich könnte auf der rechten Seite eine fokale

Dystonie vorliegen. Die vom Beschwerdeführer geschilderten krampfartigen Bewegungen der rechten Hand, die auch in der Untersuchungssituation zu beobachten gewesen seien, müssten im Verlauf aller Dinge noch weiter beobachtet werden. Der Unfall vom 23. Mai 2010 habe bei vorbestehender Einschränkung der Funktion der rechten Schulter und verminderter Belastbarkeit des rechten Armes bei Status nach dem Unfall vom 18. März 2002 (richtig: 25.

Mai 2001) zu einer weiteren Verschlechterung beigetragen, die ohne dieses zweite Ereignis nicht zu erwarten gewesen wäre. Welches Unfallereignis in welchem Ausmass zur Plexusläsion beigetragen habe, bleibe allerdings unsicher. Die Arbeitsfähigkeit sei für körperlich leicht belastende Tätigkeiten um 20 % infolge verstärkter Ermüdbarkeit bei chronischen Schmerzen eingeschränkt. Körperlich mittelschwer belastende Tätigkeiten seien nur bedingt zumutbar, körperlich schwer belastende Tätigkeiten oder repetitive Belastungen des rechten Armes seien nicht mehr möglich (Urk. 7/ 184 S. 8 f.). 7.2.3

Dr. K.____, der sich im neurologischen Gutachten zuhanden des Beschwerdeführers vom 24. Juni 2013 auf das Abklärungsergebnis von Dr. L.____ und die eigene klinische Untersuchung vom 14. Mai 2013 stützte, stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CRPS II mit neuropathischen Schmerzen im rechten Arm, ein sensibiles Sulcus - ulnaris - Syndrom rechts, chronische Schulterschmerzen rechts und ein Morbus Dupuytren, Strahl IV, beidseitig (letztere mit geringer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; Urk. 7/ 185 S. 10). Die zumutbare Belastung des rechten Armes sei deutlich reduziert. Da Dr. L.____ die elektrophysiologischen Befunde als Hinweis auf eine Armplexusläsion rechts interpretiert habe, sei ein organisches Substrat der neuropathischen Schmerzen im rechten Arm definiert. Sie würden den klinischen Befund eines unfallbedingten Schadens, der im Alltag erheblich Einschränkungen verursache, verstärken. Der Unfall vom 23. Mai 2010 sei überwiegend wahrscheinlich eine Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung und der status quo ante vel sine sei nicht erreicht. Selbst wenn Unschärfe darüber bestehe, wann die Plexus-brachialis - Verletzung geschehen sei, ob beim Unfall vom 25. Mai 2001 und erneut am 23. Mai 2010 oder ausschliesslich beim Unfall vom 23. Mai 2010, könne der dokumentierte Gesundheitsverlauf als Folge des ersten Unfalls nicht abgeleitet werden. Der natürliche Verlauf neurogener Schmerzen sei bei einer statischen Ursache, wie einer einmaligen Verletzung, rückläufig, nicht progressiv. Es sei daher davon auszugehen, dass der Unfall vom 23. Mai 2010 einen grösseren Anteil am aktuellen Ausmass und an der Intensität der Beschwerden habe. Wahrscheinlich handle es sich um eine richtunggebende, dauerhafte Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens. Unter Berücksichtigung der gesamten Beschwerden im rechten Arm und der Beschreibung der Beeinträchtigung des Beschwerdeführers im Alltag sei die Tätigkeit als Kellner in einem Betrieb mit mässiger bis hoher Arbeitsintensität nicht mehr zumutbar. In einer optimal lei densangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer mit vermehrten Pausen (Leistungseinbusse von 20 %) voll arbeitsfähig

(Urk. 7/ 185 S. 12 ff.). 7.3 7.3.1

Zwar stellte Dr. L.____ im Gegensatz zu Dr. H.____ die Diagnose einer leicht gradigen Armplexusläsion rechts, jedoch ist aus seinem Bericht zu entnehmen, dass die dazu in erster Linie massgebliche Messung mittels Myographie normale Befunde ergab und lediglich über dem Erb'schen Punkt ein Seitenunterschied ausgemacht wurde. Auch die von Dr. E.____ am 17. April 2012 erhobenen pathologischen F-Wellen vom Nervus

medianus (Urk. 7/165 S. 1) wurden nicht nur von Dr. H.____ (Urk. 7/172/2 S. 4), sondern auch von Dr. L.____ (Urk. 7/184 S. 7) verneint. Dr. L.____

(Urk. 7/184 S. 7 f.) wies zudem selbst darauf hin, dass der Befund am Erb'schen Punkt lediglich als Hinweis für eine Plexusläsion gesehen werden dürfe und kein Beweis darstelle, da er allein durch eine artefaktüberlagerte, mithin nicht sichere, wenig aussagekräftige Zusatzuntersuchung erhoben worden sei. Dr. L.____ schloss nur deshalb trotzdem auf die Diagnose einer leichten Armplexusläsion, weil er keine plausible Erklärung dafür fand. Damit bestätigte die Untersuchung von Dr. L.____ gerade das von Dr. H.____ erhobene neurologische Ergebnis (Urk. 7/172/2 S. 5), nämlich dass das Vorliegen einer rechtsseitigen Armplexusläsion nicht erwiesen sei, aber auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne.

Es ist daher ohne Weiteres nachvollziehbar, dass auch Dr. H.____ in der Stellungnahme vom 3. September 2013 darauf schloss, dass Dr. L.____

angesichts der unauffälligen Verhältnisse in der Nadelmyographie („Goldstandard“) eine Plexusläsion nicht haben können (Urk. 7/191 S. 2). Weiter führte Dr. H.____

überzeugend aus, die Befunde, die Dr. L.____ beigezogen habe, seien lediglich Amplitudendifferenzen in den elektrophysiologischen Untersuchungen, die bekanntermaßen von der Technik, von Reiz und Ableitung abhängen würden und auch - wie Dr. L.____ selbst konzediert habe - artefaktanfällig seien. Es sei nicht statthaft, wenn Dr. L.____ das fehlende Potential über dem Erb'schen Punkt auf der rechten Seite trotz der zu Recht angenommenen Artefakte als Hinweis auf eine Plexusläsion werte. Ausserdem wäre - so Dr. H.____ weiter - eigentlich zu erwarten, dass bei einem reduzierten Potential über dem Erb'schen Punkt auch die cortical evozierten Potenziale niedriger gespannt sein sollten. Das Argument keiner anderen plausiblen Erklärung könne die diagnostische Sicherheit nicht erhöhen (Urk. 7/191 S. 2). Dem ist zuzustimmen.

Daran ändert auch nichts, dass Dr. L.____ die vom Beschwerdeführer angegebene Sensibilitätsstörung trotz fehlender Kongruenz mit der neuroanatomischen Verteilung im Gegensatz zu Dr. H.____ eher als Hinweise auf eine Armplexusläsion bezeichnete (Urk. 7/184 S. 8). Dr. H.____ führte in seiner Stellungnahme vom 3. September 2013 hierzu nachvollziehbar aus, dass auch bei einer Armplexusläsion nicht eine diffuse Verteilung der Sensibilitätsstörung vorliege, sondern durchaus eine Betonung einzelner Regionen, je nach Lokalisation im Verlauf des Plexus eher einem segmentalen oder einem peripheren Verteilungsmuster entsprechend. Zutreffend weist

Dr. H.____

darauf hin, dass auch gemäss Dr. L.____ die Sensibilitätsstörung, welche den ganzen oberen Körperquadranten betreffe (gemäss Dr. L.____ am cranial-lateralen Thorax rechts und über der Scapula rechts entsprechend einer Ausweitung der Sympatomatik, Urk. 7/184 S. 8), nicht genügend mit einer Plexusläsion erklärt werden könne. Konsequenterweise müsste Dr. L.____ damit bestätigen, dass die Sensibilitätsstörung nicht neuroanatomischen Arealen entspreche (Urk. 7/191 S. 1). Auch diesen Ausführungen von Dr. H.____ kann gefolgt werden. Die Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand und am oberen rechten Thorax konnten nicht überwiegend wahrscheinlich einer unfallbedingten Verletzung zugeordnet werden.

Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. H.____ habe die apparativen Testungen zur Beurteilung der neurologischen Problematik nicht lege artis durchgeführt und elektrophysiologische Befunde am rechten Arm würden vollends fehlen, ist

nicht haltbar. Denn Dr. H.____ verwendete - wie er selbst zutreffend erläuterte (Urk. 7/191 S. 3 f.) - dieselbe Methode mittels Oberflächen Elektroden anstatt mit Nadeln wie Dr. E.____ (Urk. 7/163-164). Dagegen verwendete Dr. L.____ auf der rechten Seite teilweise Nadelelektroden, nicht aber auf der linken Seite (Urk. 7/184 S. 2 ff.), was nachvollziehbar (für eine verlässliche Testung) nicht zulässig ist, wie Dr. H.____ in der Stellungnahme vom 3. September 2013 schlüssig ausführte (Urk. 7/191 S. 2). Zudem wurden im MEDAS-Teilgutachten von Dr. H.____ vom 21. Dezember 2012 die Messungsergebnisse sowohl bezüglich der rechten als auch der linken Seite beschrieben und zusätzlich mittels Protokoll belegt (Urk. 7/171 S. 4 und S. 8), was Dr. H.____ zutreffend in der Stellungnahme vom 3. September 2013 nochmals betonte (Urk. 7/191 S. 3). Die Befunde von Dr. H.____ wurden denn auch von Dr. L.____ aufgeführt (Urk. 7/184 S. 6). Keinesfalls kann bei gegebener Aktenlage darauf geschlossen werden, Dr. H.____ habe die Messungen auf der rechten Seite überhaupt nicht vorgenommen. Da das Abklärungsergebnis von Dr. L.____ im Wesentlichen gleich ausfiel und jedenfalls die Einschätzung von Dr. H.____ nicht in Frage zu stellen vermochte, kann der Beschwerdeführer aus den Unterschieden in den Messungsmethoden und aus dem Messungsprotokoll von Dr. H.____ ohnehin nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Folglich ist es auch nach dem Untersuchungsergebnis von Dr. L.____ lediglich möglich, nicht aber mit dem hier massgeblichen Beweismass der Überwiegen den Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass beim Beschwerdeführer eine Armplexusläsion auf der rechten Seite vorliegt. Erst recht ist damit nicht erwiesen, dass eine Schädigung des rechten Plexus

brachialis durch den Unfall vom 23. Mai 2010 erfolgte oder anhaltend verschlimmert wurde. 7.3.2

Im Übrigen befand Dr. L.____ das diagnostizierte sensible Sulcus - ulnaris - Syndrom rechts als mit hoher Wahrscheinlichkeit unfallfremd (Urk. 7/184 S. 8), wovon jedenfalls auch angesichts des Vorzustandes eine r

Ulnarisdruckparese mit luxiertem Nervus

ulnaris rechts auszugehen ist, weshalb nicht geklärt zu werden braucht, ob diese Diagnose hinreichend belegt sei, was

Dr. H.____ in der Stellungnahme vom 3. September 2013 verneinte (Urk. 7/191 S. 2). Auch bezüglich der krampfartigen Bewegungen der rechten Hand konnte Dr. L.____ nicht eine überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte Diagnose stellen. Er erklärte dazu lediglich, dass diese weiter beobachtet werden müssten und eine fokale Dystonie vorliegen könnte (Urk. 7/184 S. 9). Als nicht durch den Unfall vom 23. Mai 2010 verursacht zu gelten haben in Bezug auf die Handbeschwerden

zudem

der

Morbus Dupuytren Strahl IV rechts und die Missempfindungen an den Fingern III-V mit beschränkter Kraft, welche ebenfalls vorbestehend waren

(vgl. E. 5 hiervor).

7.4 7.4.1

Vor diesem Hintergrund ist auch das von Dr. K.____ im Gutachten vom 24. Juni 2013 (Urk. 7/185) Ausgeführte nicht dazu geeignet, das MEDAS-Gutachten in neurologischer Hinsicht in Frage zu stellen. Denn Dr. K.____ stellte bei seiner Einschätzung, dass der Unfall vom 23. Mai 2010 überwiegend wahrscheinlich eine Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung am rechten Arm sei (Urk. 7/185 S. 12 ff.), im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. L.____

einer Armplexusläsion

ab, indem er von einem organischen Substrat für die neuropathischen Schmerzen ausging (Urk. 7/185 S. 13), was indes nicht erwiesen ist.

Dr. H.____

stellte in seiner Stellungnahme vom 3. September 2013 zum Gutachten von Dr. K.____ dementsprechend zutreffend

fest, dass Dr. K.____ weitgehend die Ausführungen von Dr. L.____ übernehme. Dr. K.____ lasse zu dem offen, womit er seine Diagnose einer CRPS II begründe. Typ II des CRPS unterscheide sich nur durch das Vorhandensein einer Nervenläsion, somit könne ein Typ II nicht vorliegen, wenn - wie hier - keine Zeichen von Typ I vorhanden seien. Seine Diagnosen eines neuropathischen Schmerzes und eines CRPS II würden nicht den gängigen Kriterien entsprechen. Die Plexusläsion sei auch durch seine Ausführungen nicht hinreichend abgesichert (Urk. 7/191 S. 3).

Hiervon ist auszugehen. 7.4.2

Insgesamt ist nach dem Gesagten dem abschliessenden Standpunkt von Dr. H.____ gemäss der Stellungnahme vom 3. September 2013 zu folgen, dass auch unter Berücksichtigung der Ausführungen im Gutachten K.____ / L.____ weiterhin eine traumatische Armplexusparese weder bewiesen noch ausgeschlossen werden könne, die geklagten Beschwerden inklusive der Sensibilitätsstörungen

ohnhin nicht umfassend damit erklärt werden könnten, dass ein CRPS weder im Typ I noch im Typ II vorliege und dass eine allfällige Ulnarisläsion

unfallfremd wäre sowie eine Gefühlsstörung in den ulnaren

Fingern zudem vorbestehend gewesen sei (Urk. 7/191 S. 4).

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

7. 5

7.5.1

Dem Gutachten der MEDAS G.____ vom 25. Januar 2013 (Urk. 7/172/1) kommt somit sowohl in orthopädischer als auch in neurologischer Hinsicht aber auch insgesamt voller Beweiswert zu, zumal es alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt. Darauf ist abzustellen.

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229

E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2). 7.5.2

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das MEDAS-Gutachten G.____

den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden am rechten Vorderarm und an der rechten Hand einerseits sowie dem Unfall vom 23. Mai 2010 andererseits verneint und in Bezug auf die Beschwerden an der rechten Schulter den status quo sine per Ende 2011 angenommen hat. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung besteht unter diesen Umständen nicht. Damit entfällt auch ein Anspruch auf Heilbehandlung nach Rentenfestsetzung im Sinne von Art.

E. 10

verursacht wurden.

Der MEDAS-Gutachter Dr. I.____ führte dazu überzeugend aus, dass durch das eher etwas distaler (Richtung Arm nach unten), sicher aber nicht proximal-dorsal (nach oben-hinten) stehende Tuberculum keine Konfliktsituation mit dem Schulterdach bei Anheben des Armes bestand und damit auch kein posttraumatisches Impingement verursacht worden sei sowie dass die Läsion der langen Bizepssehne eine typische Verschleisserscheinung bei dauern dem Reiben der Sehne unter dem arthrotischen Gelenksdach, verursacht durch die vorbestehende Arthrose des Akromioclaviculargelenkes darstelle (Urk. 7/171 S. 9). Soweit somit eine Dislokation des Tuberculum bestand, wie der Beschwerdeführer geltend macht (Urk. 1 S. 17), war diese sehr gering und ohne eigentliche prominente oder dislozierte Fragmente

sowie

- anders als noch die cranial gelegenen Veränderungen an der Facette des Tuberculum majus nach dem ersten Unfall (Urk. 13/M19) - jedenfalls nicht ursächlich für das Impingement syndrom

und/oder die AC-Arthrose, auch wenn letztere

erst im Operationsbericht vom 31. März 2011 als symptomatisch bezeichnet worden war (Urk. 7/199/1). Unerheblich ist dabei auch, dass im Jahr 2007 noch keine Bizepssehnenruptur

vorgelegen hatte, wie der Beschwerdeführer einwendet. Von der Progredienz der degenerativen Veränderungen im Schultergelenk kann bei gegebener Sachlage und angesichts des Alters des Beschwerdeführers entgegen seiner Ansicht (Urk. 1 S. 18) nicht auf die Kausalität geschlossen werden.

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist nach dem Gesagten davon auszugehen, dass die Operation vom 30. März 2011 zur Verbesserung der arthrotisch bedingten Raumeinengung beim AC-Gelenk

keine Folgebehandlung

des Unfalls vom 23. Mai 2010 darstellt, auch wenn die Beschwerdegegnerin die Kosten hierfür übernommen hat und die Leistungen erst per Ende 2011 einstellte (Urk. 7/192).

Unerheblich ist dabei auch, dass im Teilgutachten von Dr. I.____ die Diagnose Status nach Arthroskopie rechte Schulter vom 30. Mai 2011 unter dem Titel unfallbedingte Diagnosen aufgeführt wurde (Urk. 7/171 S. 8). Massgeblich ist die erläuterte Begründung im Teilgutachten (Urk. 7/171 S. 9).

Damit ist erwiesen, dass die Restbeschwerden an der rechten Schulter in orthopädischer Hinsicht nach Ende Dezember 2011 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf den Unfall vom 23. Mai 2010 zurückzuführen waren.

E. 13

). Es trifft indes nicht zu, dass Dr. I.____ die Bewegungseinschränkung an der rechten Schulter als nicht erklärbar bezeichnete. Vielmehr erklärte er, dass die subjektiv geklagten Beschwerden teilweise objektivierbar seien (Urk. 7/171 S. 11) und er verneinte differenziert, dass die Beschwerden an der rechten Schulter vorbehaltlich der neurologischen Begutachtung per Ende 2011 jedenfalls nicht mehr auf die aus orthopädischer Sicht festgestellten Verletzungen des Unfalls vom 23. Mai 2010 zurückzuführen seien (Urk. 7/171 S. 9 ff.). Dr. D.____

dagegen nahm

wie hiervor bereits ausgeführt - keine Differenzierung bezüglich der Kausalität vor. Auch erläuterte er seine Aussage, es bestehe für die Schulter ein radiologisches Korrelat, im Einzelnen nicht weiter (vgl. Urk. 7/140 S. 4 f). Dem Standpunkt von

Dr. D.____ kann daher nicht gefolgt werden.

Aber auch die Ausführungen von Dr.

K.____ zum rechten Schultergelenk vermögen mangels überzeugender

Begründung die Beurteilung des orthopädischen MEDAS-Gutachters nicht in Frage zu stellen. Dr. K.____

führte aus, die Tatsache, dass die aktiven und passiven Bewegungsamplituden nahe bei einander seien, spreche gegen eine ausschliesslich muskuläre, schmerzbedingte Bewegungseinschränkung. Sehr wahrscheinlich hätten die wiederholten chirurgischen Eingriffe und die beiden Verletzungen (gemeint wohl der beiden Unfallereignisse mit Schulterluxation und Tuberculumfraktur) Schäden an der rechten Schulter hinterlassen, die die Oberarmbeweglichkeit rechts schmerzbedingt verringern würden (Urk. 7/185 S. 13).

Damit schliesst Dr. K.____ von Schmerzangaben und Bewegungsbefunden auf kausale Zusammenhänge, ohne auf die im Schultergelenk bildgebend dokumentierten Befunde und Unfallverletzungen einzugehen. Ausserdem hielt

Dr. K.____ im nächsten Abschnitt

fest, wahrscheinlich seien die beiden Schulterverletzungen auch für die schmerzbedingte Einschränkungen der Oberarmbeweglichkeit verantwortlich, sei es, weil sie belastungsabhängige schmerzhafte muskuläre Verspannungen induzieren würden, sei es, weil gelenksrelevante Veränderungen bestünden, die bildgebend nicht erfasst worden seien (Urk. 7/185 S. 13). Damit schliesst er jedoch selbst auf nicht objektivierbare oder bisher nicht objektivierbare Befunde, die keine überwiegend wahrscheinliche Annahme zur Kausalität erlauben,

und/ oder auf muskuläre, schmerz bedingte

Bewegungseinschränkung, die er weiter oben gerade verneinte.

Vor dem Hintergrund dieser Begründung ist daher auch die im hinteren Teil des Gutachtens bei der Beantwortung der Fragen aufgeführte Feststellung von Dr. K.____, die aktuellen Schulterbeschwerden seien sehr wahrscheinlich eine Kombination beider Verletzungen (gemeint wohl von beiden Unfallereignissen) und allfälliger altersbedingter Veränderungen des Gelenkapparats (Urk. 7/185 S. 15), nicht überzeugend, zumal dort keine weitere Begründung, insbesondere bezüglich der orthopädischen Sachverhalte respektive Verletzungen angebracht wurde.

Die dort angefügte Bemerkung von Dr. K.____ zum orthopädischen

Teilgutachten von Dr. I.____, dass es unbefriedigend, wenngleich fachfremd, sei, dass Dr. I.____ die Beschwerden vor und nach dem Unfall vom 23. Mai 2010 nicht genau befragt habe und keine Differenzbeurteilung der Klagen durchgeführt habe, obschon er alle Verletzungen der rechten Schulter durch diesen Unfall als verheilt angesehen habe (Urk. 7/185 S. 16), führen ebenfalls nicht zu einer anderen Betrachtungsweise. Denn zum einen beruhen Beschwerdeangaben auf subjektiven Wahrnehmungen, massgeblich sind jedoch objektivierbare oder zumindest echtzeitlich festgehaltene Angaben zum Vorzustand. Zum anderen ist letztlich das MEDAS-Hauptgutachten ausschlaggebend, in welchem die vor und nach dem Unfall geklagten Beschwerden aufgeführt wurden (Urk. 7/172 S. 16). Dr. I.____ hat zudem - wie erläutert - zu Recht aus objektiverer und orthopädischer Sicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb die Beschwerden an der rechten Schulter per Ende 2011 nicht mehr auf die durch den Unfall vom 23. Mai 2010 verursachten Verletzungen zurück zu führen gewesen seien.

Die Ausführungen des Neurologen Dr. K.____ im Gutachten vom 24. Juni 2013 sind somit nicht dazu geeignet, das MEDAS-Gutachten in orthopädischer Hinsicht in Zweifel zu ziehen.

E. 18

) kann

keine Rede sein.

E. 21

Abs. 1 UVG.

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen zu Recht bereits vor diesem Zeitpunkt, nämlich per Ende Juli 2011 eingestellt hat. 8.

8.1

Der Taggeldanspruch erlischt nicht nur beim Abschluss eines Schadenfalles (Art. 19 UVG), sondern auch beim Wegfall seiner Anspruchsvoraussetzung der Arbeitsunfähigkeit, somit im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zu mutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG in Verbindung mit Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 E. 2.1).

Arbeitsunfähigkeit ist gemäss

Art. 6 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teil weise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem ande ren Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (BGE 135 V 287 E. 3.1). Steht fest, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schaden minde rungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat der Ver sicherungs träger sie dazu aufzufordern und ihr zur Anpassung an die ver änderten Ver hältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Taggeld geschuldet bleibt (RKUV 2000 Nr. KV 112 S. 122, K 14/99 E. 3a). Diese Übergangsfrist bemisst sich nach den jeweili gen Umständen des Einzelfalles und ist in der Regel auf drei bis fünf Monate festzulegen (BGE 114 V 281 E. 5b ; zum Ganzen: Urteil des Bundes gerichts vom 2 3. Februar 2015 8C_889/2014

vom 2 3. Februar 2015 E. 3.2 f.). 8.2

8.2.1

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Service angestellter im Restaurant Y.____ wurde im Urteil des hiesigen Gerichts IV.2012.00409 vom 26. Februar 2014

(E. 5.2) betreffend den Beschwerdeführer festge halten, dass angesichts der teilweise schweren körperlichen Arbeiten, wel che der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit im Restaurant Y.____ nebst dem Service zu verrichten hatte und gestützt auf die neurologischen Be urtei lungen gemäss dem MEDAS-Gutachten sowie dem Gutachten von Dr. K.____ vom 24. Juni 2013 weiter hin von einer 100%igen Arbeitsun fähig keit auch nach dem 1. August 2011 auszugehen sei ; dies obschon Dr. C.____ die bis herige Tätigkeit als Kellner als vollstän dig respektive im Umfang von 75 % zumutbar erachtet habe (Urk. 10/134/16) .

Weiter wurde darauf ge schlossen, es sei erwiesen, dass nach der Operation vom 30. März 2011 bis Ende Juli 2011 eine erhebliche Verbesserung der Gesundheitsbeeinträchtigung einge treten sei und ab August 2011 mindestens eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer arm- und handschonenden, körperlich leichten Tätigkeit bestand en habe (Urk. 10/134/17) .

8.2.2

Diese Beurteilung bezog sich im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens auf die gesamten Beschwerden an der rechten oberen Extremität. Da hier die Beschwerden an der rechten Hand und am rechten Vorderarm

sowie die Operation vom 30. März 2011 nicht als Folge des Unfalls vom 2 3. Mai 2010 anzusehen sind, ist die von den MEDAS-Gutachtern a us neurologischer Sicht hauptsächlich wegen der Bewegungs ein schränkungen der rechten Hand attes tierte 100%ige Arbeits un fähigkeit als Serviceangestellter

(Urk. 7/171/1 S. 30) nicht beachtlich . Aufgrund der Einschätzung der MEDAS-Gutachter aus rein ortho pä discher Sicht einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Ser viceangestellter

respektive in jeder leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit der Einschrän kung für häufiges und regelmässiges Arbeiten über Kopfhöhe unter Kraftanwendung (Urk. 7/171/1 S. 30 f.) ist - zumindest aus unfall ver siche rungs rechtlicher Sicht - von der vollen Wieder erlan gung der Er werbs f ähigkeit

in der angestammten Tätigkeit auszugehen. 8.2.3

Zum Zeitpunkt des Eintritt dieser Arbeitsfähigkeit ist dem MEDAS-Gutachten nichts zu entnehmen. Aufgrund der Kausalitätsbeurteilung ist davon auszugehen, dass spätestens per Ende 2011 jegliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr von der Beschwerdegegnerin zu vertreten ist.

Vor diesem Hintergrund und da der Operateur vom Z.____

Dr. C.____ (vgl. E. 4.2) seine Prognose einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab August 2011 (Urk. 7/97, Urk. 7/199/3)

nach der Untersuchung vom 10. Oktober 2011 bestatigte

und lediglich für schwere Tätigkeiten in einem stressigen Betrieb mit schweren Hebearbeiten eine 25%ige Einschränkung attestierte (Bericht vom 24. Oktober 2011 , Urk. 7/108) , ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin

die Taggelder per Ende Juli 2011 einstellte, zumal die Operation vom 30. März 2011 nicht als Folge des Unfalls vom 23. Mai 2010 anzusehen ist.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 27) erfolgte die Einstellung der Taggelder damit auch ohne Übergangsfrist zu Recht per Ende Juli 2011, denn ein Berufswechsel war aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht nicht angezeigt . Im Übrigen war der Beschwerdeführer wegen des Konkurses seiner bisherigen Arbeitgeberin bereits ab April 2011 arbeitslos (Urk. 7/72, Urk. 7/87) und musste ohnehin bereits ab dann eine neue Anstellung suchen. 9.

Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Juli 2014 (Urk. 2) rechtens. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Roger Zenari - SWICA Versicherungen AG - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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