

SO_GERICHTE VSBES.2014.143 vom 7. Mai 2014

SO Obergericht, 2014-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.143

FR: SO_GERICHTE VSBES.2014.143 du 7 mai 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2014.143 del 7 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____, geb. 1969 (fortan: Beschwerdeführer), war bei der B.____ als [...] angestellt und auf Grund dieses Arbeitsverhältnisses bei der SWICA Krankenversicherung AG (fortan: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (SWICA-Akten / SWICA-Nr. 1). 1.2 Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 1. Februar 2011 (SWICA-Nr. 1) rutschte der Beschwerdeführer am 28. Januar 2011 bei der Arbeit aus. Er stürzte und kugelte sich die linke Schulter aus, als er sich festhalten wollte. Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung (SWICA-Nr. 8). Mit Verfügung vom 23. August 2013 (SWICA-Nr. 177) stellte die Beschwerdegegnerin das Taggeld per 1. Mai 2013 ein. Die dagegen am 23. September 2013 erhobene Einsprache (SWICA-Nr. 181) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 7. Mai 2014 ab (Aktenseite / A.S. 1 ff.). Sie führte an, es sei zwar noch kein Endzustand erreicht, aber die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit liege nunmehr bei 80 % (A.S. 7).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30. April 2013 hinaus die vollumfänglichen UVG-Leistungen zu entrichten: a) Dem Beschwerdeführer seien ab 1. Mai 2013 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 25 % zu entrichten sowie die Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu erstatten. b) Eventualiter seien dem Beschwerdeführer über den 30. April 2013 hinaus Taggelder nach Massgabe einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu entrichten und die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu vergüten.

E. 2.3

2.3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Dieser verlangt eine umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche und der behördlichen Begründungspflicht genügende Prüfung aller Beweismittel (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), unabhängig von ihrer Herkunft und ohne Bindung an förmliche Beweisregeln (BGE 137 V 210 E. 3.4.1.1 S. 248). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu

entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei freier Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264).

2.3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 sowie in den Schlussfolgerungen des Experten begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit nicht die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.).

E. 3

Subeventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Einholung eines weiteren medizinischen Gutachtens bei Dr. med. C.____ (...). U.K.u.E.F. Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge (A.S. 39 ff.). Der Beschwerdeführer hält in der Replik vom 15. Oktober 2014 an seinen Rechtsbegehren fest (A.S. 58 ff.), wozu sich die Beschwerdegegnerin nicht äussert (s. A.S. 74).

2.2 Der Beschwerdeführer lässt am 2. April 2015 die Sistierung des Verfahrens beantragen, bis das neue Administrativgutachten der Invalidenversicherung vorliege (A.S. 79 f.). Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts entspricht diesem Begehren mit Verfügung vom 12. Mai 2015, nachdem die Beschwerdegegnerin dagegen keine Einwände erhoben hat (A.S. 83). Der Beschwerdeführer lässt am 13. Oktober 2015 das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ AG vom 4. August 2015 einreichen und Ziffer 2 seines Beschwerdebegehrens wie folgt präzisieren: Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30. April 2013 hinaus die vollumfänglichen UVG-Leistungen zu entrichten: a) Dem Beschwerdeführer seien ab 1. Mai 2013 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 25 % zu entrichten sowie die Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu erstatten. b) Eventualiter seien dem

Beschwerdeführer über den 30. April 2013 hinaus Taggelder nach Massgabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu entrichten und die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu vergüten. Der Präsident des Versicherungsgerichts hebt die Sistierung des Beschwerdeverfahrens am 15. Oktober 2015 auf (A.S. 90) und holt am 17. Februar 2016 die IV-Akten des Beschwerdeführers ein (A.S. 95 ff.). Die Beschwerdegegnerin hält am 30. Oktober 2015 an ihrem Rechtsbegehren fest (A.S. 92 ff.).

2.3 Der Präsident des Versicherungsgerichts gibt mit Verfügung vom 16. März 2016 bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gerichtsgutachten in Auftrag, nachdem die Parteien innert Frist keine Einwände erhoben haben (A.S. 102 ff.). Dieses Gutachten ergeht am 22. August 2016 (A.S. 120 ff.). Während die Beschwerdegegnerin sich nicht zum Gerichtsgutachten äussert (s. A.S. 231), lässt der Beschwerdeführer am 25. Oktober 2016 eine Ergänzungsfrage beantragen. Ausserdem präzisiert er sein Rechtsbegehren dahingehend, als er einen Integritätsschaden von 30 % geltend macht (A.S. 225 ff.). Der Präsident stellt dem Dr. med. E.____ mit Verfügung vom 3. November 2016 zwei Ergänzungsfragen (A.S. 231 ff.), welche dieser am 10. November 2016 beantwortet (A.S. 235 f.). Der Beschwerdeführer äussert sich dazu am 8. Dezember 2016 (A.S. 241 f.) und lässt durch seinen Vertreter eine Kostennote einreichen (A.S. 243 ff.). Die Beschwerdegegnerin lässt sich weder zur Stellungnahme des Gutachters noch zu den Eingaben des Beschwerdeführers vernehmen (s. A.S. 247).

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Taggeld, Heilbehandlung, Invalidenrente und Integritätsentschädigung) nach dem 30. April 2013. Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 28. Januar 2011 einen Unfall im Sinne des Gesetzes darstellt (s. dazu Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1).

2.1 Der Unfallversicherer gewährt seine Leistungen – sofern das Gesetz nichts anderes bestimmt – bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung / UVG, SR 832.20). Der Versicherte hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern er infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Es handelt sich dabei um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit

eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 193 E. 2 S. 195) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc» (wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem auftritt) nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinisch fest, dass weder der Status quo ante noch quo sine je wieder erreicht werden kann, so liegt eine sog. «richtungsgebende Verschlimmerung» vor (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Keine Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht, wenn der Unfall blosser Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitsschadens ist, d.h. wenn ein pathologischer (allenfalls klinisch stummer) Vorzustand besteht, welcher durch den Unfall aktiviert wird, ohne dass aber dazu unbedingt ein Unfallereignis notwendig gewesen wäre (a.a.O.).

E. 3.1

3.1.1 Gemäss Bericht des Kantonsspitals [...] vom 28. Januar 2011 (SWICA-Nr. 4) zog sich der Beschwerdeführer bei seinem Unfall eine vordere Schulterluxation links mit

schmerzbedingter Bewegungseinschränkung und Hyposensibilität an der gesamten linken Hand zu. Auf der Notfallstation erfolgte eine Reposition der Schulter (SWICA-Nr. 6). In der Folge konnten die Schulterschmerzen und die Bewegungseinschränkung mit Physiotherapie zwar verbessert, aber nicht vollständig zum Verschwinden gebracht werden, weshalb der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig blieb (s. SWICA-Nr. 14 f., 27, 32 ff.).

3.1.2 Dr. med. C.____, Arzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erstattete der Beschwerdegegnerin am 10. August 2011 ein Gutachten (SWICA-Nr. 49), worin er folgende Diagnosen stellte (S. 14):

·Status nach antero-inferiorer traumatischer Schulterluxation links vom 28. Januar 2011 mit Bankartläsion ohne Dislokation und Hill-Sachs-Impression

·posttraumatische deutliche frozen shoulder links bei Status nach antero-inferiorer Schulterluxation

·posttraumatische untere Plexusirritation links mit ausschliesslich Sensibilitätsstörungen

·posttraumatische diffuse Muskelatrophie des Schultergürtels, des Ober- und des Vorderarmes links

·posttraumatisch verminderte Belastbarkeit des linken Armes zufolge Schmerzen, Bewegungseinschränkung und Kraftverminderung

Der Beschwerdeführer schildere Dauerschmerzen im linken Oberarm und der Schulter mit starker Einschränkung sämtlicher Bewegungen. Es werde mehrheitlich der rechte Arm eingesetzt (S. 7 f.). Diese Beschwerden liessen sich vollumfänglich objektivieren (S. 15). Es handle sich um eine sekundäre frozen shoulder im Gefolge der Schulterluxation (S. 16). Die gesundheitlichen Störungen gingen ausschliesslich auf das Unfallereignis zurück (S. 18).

Im Gutachten vom 26. Juni 2012 (SWICA-Nr. 92) bestätigte Dr. med. C.____ seine früheren Diagnosen (S. 13). Die Schulterfunktionen und die Schmerzen seien gegenüber dem Vorgutachten unverändert, während die Muskelatrophie eher zugenommen habe. Neben der frozen shoulder liege möglicherweise auch ein CRPS vor (S. 14). Die Therapiemöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft (S. 15). Die Prognose sei ungünstig, was die völlige Wiederherstellung angehe, es müsse mit einem Defektzustand gerechnet werden (S. 16). Bezogen auf ein volles Pensum sei der Beschwerdeführer wegen der schmerzhaften Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit Kraftverlust im linken Arm zu 50 % arbeitsfähig, unter Ausschluss von Bewegungen über der Horizontalen, repetitiven Bewegungen unter der Horizontalen sowie Anheben oder Tragen von Lasten mit dem linken Arm. Der (dominante) rechte Arm sei voll einsetzbar (S. 17 f.).

3.1.3 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle F.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 8. März 2013 erging (SWICA-Nr. 154) und folgende Diagnosen enthielt (S.15 f.):

Unfallrelevant:

1)Persistierende mässig intensive Bewegungseinschränkung der linken Schulter, bei anamnestisch Status nach unfallbedingter traumatischer vorderer Schulterluxation vom 28. Januar 2011, einhergehend mit einer damals MRI-gesicherten Hill-Sachs-Impression und einer Bankart-Läsion; trotz langfristiger Physiotherapie noch verbliebene funktionelle Minderbelastbarkeit.

Unfallfremd:

2) Im CT vom 29. Juni 2012 formulierte Verdachtsdiagnose eines Status nach gut verheilten alter Fraktur der 2. Rippe links; differentialdiagnostisch diskutierter Verdacht einer stattgehabten Infraktion / Fraktur der 2. Rippe links ohne aktuell noch korrelierende klinische Pathologie.

3) Im MRT des Sternums vom 1. November 2012 beschriebene entzündliche Veränderungen im Bereich des 2. osteochondralen Überganges links sowie der angrenzenden Weichteile ohne gravierende korrelierende Klinik.

4) Im aktuellen MRI der Halswirbelsäule vom 11. Oktober 2012 beschriebene mehrsegmentale Discopathie mit assoziierten Unkovertebralarthrosen C3 - C7 ohne korrelierende Klinik, konsekutive ossäre Einengung des Neuroforamens C6 rechtsseitig, weniger C7, ebenfalls ohne korrelierende Klinik.

Der Experte Dr. med. G.____ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie) hielt fest, der Beschwerdeführer klagt nicht nur über relativ umfangreiche Beschwerden im Bereich der linken Schulter, sondern auch in der Region des Schulterblattes und über dem ventralen schultergelenknahen Thorax. Die von Dr. med. C.____ beschriebene frozen shoulder liege nicht mehr vor. Bei einer seitengleich und kräftig entwickelten Ober- und Unterarmmuskulatur sei davon auszugehen, dass der linke Arm im Alltag nicht mehr nennenswert geschont werde (S. 13). Das Röntgenbild vom 15. Februar 2013 zeige normale knöcherne Strukturen und als Nebenbefund eine kleine, auf das Ereignis vom 28. Januar 2011 zurückgehende alte Hill-Sachs-Impression. Ein CRPS sei klinisch nicht festzustellen. Der verzögerte Heilverlauf und die subjektiv noch deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter seien in Bezug auf die Schulterluxation vom 28. Januar 2011 nicht mehr voll nachvollziehbar. Bei einem regulären Verlauf sollte die Schultergelenkbeweglichkeit spätestens vor Ablauf des ersten Unfalljahres, somit vor dem 28. Januar 2012, weitestgehend wiederhergestellt gewesen sein.

Die Expertin Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH, fand keine bedeutsamen fachspezifischen Auffälligkeiten und stellte keine Diagnosen. Es sei zu keiner motorischen Plexusparese gekommen. Die noch angegebenen Missempfindungen seien nicht eindeutig zuzuordnen, es handle sich aber weder um eine N. ulnaris-Parese noch um eine radikuläre Störung (S. 29).

In der Gesamtbeurteilung formulierten die Experten (einschliesslich Dr. med. I.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH) das folgende Belastbarkeitsprofil: Der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten ohne vollen Einsatz des linken Schultergelenkes und des linken Armes ausüben. Verrichtungen mit dem linken Arm bzw. der linken Hand seien bis in Brustkorbhöhe möglich. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit dem linken Arm sei bis 10 kg zumutbar. Mit dem rechten Arm sei der Beschwerdeführer uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 14). In einer derart angepassten Tätigkeit bestehe spätestens seit dem 28. Januar 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit auf einem Niveau von 100 %. Dies gelte auch in der bisherigen Tätigkeit. Bei einem vollen Einsatz der linken Schulter sei die Leistung wegen des erhöhten Zeitaufwands im Rahmen eines Vollpensums um 20 % eingeschränkt (S. 17 / 21).

Ursache der Restbeschwerden sei wahrscheinlich eine Kapsulitis der linken Schulter. Eine Schonung sei deshalb kontraindiziert, die Schulter müsse auch bei Schmerzen aktiv bewegt

werden (S. 17). Mit einer ■ allenfalls modifizierten ■ Physiotherapie nebst Antiphlogistika lasse sich eine Regredienz der noch vorhandenen adhäsiven Kapsulitis erreichen (S. 18). Für ein aktives CRPS fehle es an Hinweisen (S. 19).

Die Beschwerdeschilderung sei teilweise etwas ausufernd, aber nachvollziehbar, soweit sie sich ausschliesslich auf die linke Schulter beziehe (S. 19). Bei konsequenter Therapie hätte sich die Kapsulitis schon längst vollständig zurückbilden sollen. Der Unfall vom 28. Januar 2011 habe zu keiner richtungsgebenden oder dauernden Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung geführt. Die Gesundheitsstörungen wären ohne den Unfall nicht eingetreten (S. 20). Es liege kein bleibender Integritätsschaden vor (S. 22).

Mit Stellungnahme vom 6. August 2013 hielten die Experten an ihrem Gutachten fest (SWICA-Nr. 176).

3.1.4 Dr. med. J.____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erstellte am 29. Oktober 2013 im Auftrag des Beschwerdeführers ein Privatgutachten (unter SWICA-Nr. 186), das folgende Diagnose enthielt (S. 22):

Invalidisierende adhäsive Capsulitis der linken Schulter bei Status nach erstmaliger vorderer unterer Schulterluxation am 28. Januar 2011 mit

- persistierender rein sensibler Plexusparese links
- persistierender SLAP-II-Läsion
- Bankart-Läsion mit Einriss des inferioren anterioren Labrums
- grossem Hill-Sachs-Defekt
- differentialdiagnostisch:CRPS II

Wenn Dr. med. G.____ die deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule als unauffällig angebe, so sei klarzustellen, dass eine «forcierte Funktionsprüfung» mit Nachhelfen bei der Bewegung nicht zu einer normalen orthopädischen Schulteruntersuchung gehöre (S. 17 f.). Andere Punkte muteten ebenfalls seltsam an, etwa die Übernahme des Arthro-MRI vom 22. März 2011 ohne eigene Beurteilung, die fehlenden Literaturhinweise für die Behauptung, eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei nach spätestens einem Jahr zu erwarten gewesen, oder der Einbezug unwichtiger Nebensächlichkeiten wie der Kopfform (S. 18 - 21). Vor diesem Hintergrund sei das von Dr. med. G.____ beschriebene Belastungsprofil unhaltbar (S. 20).

Wie bei Dr. med. C.____ sei die Schulterfunktion links weiterhin stark schmerzhaft eingeschränkt, dem klassischen Bild der adhäsiven Capsulitis entsprechend. Eine motorische Plexus-läsion sei nie nachgewiesen worden. Das Ödem im Bereich des N. axillaris, das im MRI vom 22. März 2011 noch eindeutig sichtbar sei, biete eine gute Erklärung für die persistierenden sensiblen Ausfälle. Zwei Jahre nach dem Trauma müsse von einer therapieresistenten Capsulitis gesprochen werden. Neben dem Vollbild der eingesteiften Schulter bestünden Nervenstörungen im Sinne eines sensiblen Plexussyndroms. Sämtliche sich manifestierenden Pathologien an der linken Schulter bzw. am linken Arm seien auf das Trauma vom 28. Januar 2011 zurückzuführen (S. 22). Der Zustand sei stationär, wobei weiterhin physikalische Therapie und Analgetika erforderlich seien (S. 24). Der Integritätsschaden liege bei 25 % (S. 25)

In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig; es sei anzunehmen, dass hier lebenslang keine Arbeitsfähigkeit mehr erreicht werden könne. Für angepasste Arbeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von knapp 50 %, unter Ausschluss von Bewegungen auf und über der Horizontalen, repetitiven Bewegungen unter der Horizontalen, Anheben oder Tragen von Lasten mit dem linken Arm sowie einer fixierten Kopfhaltung über längere Zeit (S. 25).

3.1.5 Die Invalidenversicherung holte bei der Begutachtungsstelle K.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein. Dieses erging ■ beruhend auf Untersuchungen vom 11. Februar 2014 ■ am 13. Mai 2014 (IV-Akten / IV-Nr. 87) und enthielt folgende Diagnosen (S. 12 f. / 21 / 28):

·anteriore inferiore Schulterluxation am 28. Januar 2011

·Dysthymia

·arterielle Hypertonie

·substituierte Hypothyreose

Der Experte Dr. med. L.____, Arzt für Allg. Innere Medizin FMH, hielt fest, der Beschwerdeführer klage über Schmerzen in der linken Schulter und im Nacken, welche seit der Schulterluxation im Jahr 2011 bestünden (S. 9). Er gebe weiter an, am 2. Februar 2014 einen Autounfall mit Zunahme der zervikalen Schmerzen erlitten zu haben (S. 10). Der linke Arm werde an den Rumpf adduziert gehalten. Das An- und Auskleiden erfolge unter alleinigem Einsatz des rechten Arms (S. 11). Die Sensibilität gebe der Beschwerdeführer im linken ulnaren Unterarm bis zum Dig. V als vermindert an. Es bestehe keine wesentliche Atrophie des linken Armes. Für die anamnestisch reklamierte Schmerzstärke fehle im klinischen Eindruck ein überzeugendes Korrelat (S. 12). Gesamthaft bestünden deutliche Hinweise auf eine erhebliche Aggravation. Internistisch liege keine hinreichend wahrscheinliche Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 13).

Die Expertin Dr. med. M.____, Ärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte fest, das Entkleiden erfolge unter Schonung des linken Arms, die übrige Motilität sei flüssig (S. 14). Der Beschwerdeführer klage vorrangig über rezidivierende belastungsabhängige Schmerzen am linken Schultergelenk sowie in der Schulter-Nacken-Region. Das Röntgenbild vom 7. Februar 2014 zeige gegenüber den Aufnahmen vom 28. Januar 2011 und 5. Juni 2012 keine Veränderung (S. 20 f.) Aktenkundig sei eine frozen shoulder nach Schulterluxation diagnostiziert worden. Die posttraumatische Entwicklung der Bewegungsausmasse stehe aber im Gegensatz zum üblichen Krankheitsverlauf, indem mehr als drei Jahre nach der Schulterluxation keine Verbesserung der Beweglichkeit des linken Schultergelenks angegeben und im klinischen Befund eine erhebliche Bewegungseinschränkung demonstriert werde. Die praktisch aufgehobene Einsetzbarkeit des linken Arms lasse sich angesichts der bildgebenden und neurographischen Untersuchungsergebnisse nicht nachvollziehen (S. 21 f.). Gegen den behaupteten massiven Gebrauchsverlust des linken Arms sprächen insbesondere das nur dezent verminderte Muskelrelief im Bereich der linken Schulter, die fehlende Muskelatrophie am linken Ober- und Unterarm sowie die radiologisch fehlende Inaktivitätsosteoporose am linken Schultergelenk bzw. das Fehlen einer gelenknahen Entkalkung, wie sie bei einem CRPS typisch wäre. Aus orthopädischer Sicht sei vielmehr von einer ausgeheilten Verletzung des linken Schultergelenks auszugehen und keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zu attestieren. Eine zervikale oder den Kopf betreffende neue Verletzung sei anamnestisch nicht evident und klinisch nicht nachvollziehbar. Das nach dem Verkehrsunfall angefertigte Röntgenbild zeige gegenüber dem MRI vom 22. März 2011 keine neu hinzugetretene zervikale Läsion (S. 22).

Der Experte med. pract. N.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt fest, es lasse sich keine namhafte depressive Stimmung erheben. Auch eine Antriebsstörung oder ein Interessenverlust seien nicht hinreichend evident. Die Diagnose einer depressiven Episode könne daher nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit gestellt werden, allenfalls komme eine Dysthmie in Betracht. Bei einer reaktiven Symptombildung im Sinne einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion seien die diagnostischen Kriterien ebenfalls nur möglicherweise erfüllt. Die antidepressive Medikation sei abgesetzt worden, was für eine stabile Verfassung mit allenfalls leichtgradiger Symptomausprägung spreche. Ein aus den reklamierten psychischen Beeinträchtigungen resultierender gravierender Leidensdruck sei nicht spürbar. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung würden spontan nicht erwähnt, eine entsprechende Diagnose sei bestenfalls spekulativ. Hinzu kämen die Hinweise auf eine doch recht rege Alltagsaktivität, wie etwa die Pflege von Sozialkontakten. Schliesslich könne angesichts der Anhaltspunkte für eine aggravierende Präsentation von somatischen Beschwerden die berichtete psychische Beeinträchtigung nicht linear übernommen werden (S. 30). Ausreichende Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung lägen nicht vor. Auf psychiatrischem Gebiet ergebe sich kein ausreichender Anhalt für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 31).

In der Konsensbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, der Beschwerdeführer könne die zuletzt ausgeübte sowie jede vergleichbare Tätigkeit, zumindest aber eine körperlich leichte Arbeit, mit einem vollen Pensum und einem Rendement von 100 % ausüben; allenfalls sei von körperlich schweren Tätigkeiten mit erheblicher Belastung des linken Arms abzuraten. Die aktenkundigen bisherigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit seien nicht (mehr) haltbar, da die jetzigen Befunde keine ausreichend objektivierbare Behinderung mehr auswiesen (S. 31). Wahrscheinlich habe nur einige Wochen oder Monate nach der Luxation eine Einschränkung bestanden, genauer sei dies retrospektiv nicht eingrenz- und quantifizierbar (S. 32).

3.1.6 Die Invalidenversicherung holte bei der Begutachtungsstelle D.____ ein weiteres polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 4. August 2015 erging (s. unter Beschwerdebeilage Nr. 8) und folgende Diagnosen enthielt (S. 55):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

·posttraumatische Kapsulitis der linken Schulter nach

-traumatischer anteriorer inferiorer Schulterluxation am 28. Januar 2011

-mit Hill-Sachs-Impression und Bankart-Läsion ohne Dislokation des anterioren inferioren Labrums, bisher konservative Therapie

-MRI-Diagnostik zuletzt am 25. Juni 2014 mit Partialruptur der Infraspinatussehne

·chronische Cervikobrachialgie mit / bei

-Foraminalstenosen C5/C6 und C6/C7 rechts mehr als links (MRI vom 21. Februar 2014)

Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

·Dysthymia

·Status nach mittelgradiger depressiver Episode ohne somatisches Syndrom von 2011 bis 2012

·akzentuierte Persönlichkeitszüge mit insbesondere histrionischen Anteilen

·Vitamin D-Mangel

·Hyperthyreose, aktuell substituiert

Der Experte Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt fest, die Grundstimmung sei allenfalls leicht bedrückt. Es gebe keine Hinweise für psychosomatische Beschwerden wie unspezifische Schmerzen mit wechselnder Lokalisation (S. 41). Diagnostiziert werden könne allenfalls eine Dysthymia bei vermutlichem Status nach mittelgradiger depressiver Episode nach dem Arbeitsunfall im Januar 2011. Die unspezifische Schmerzsymptomatik sei, soweit somatisch nicht erklärbar, unter die Dysthymie zu subsumieren; eine eigenständige Schmerzstörung lasse sich nicht verifizieren. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 44).

Die Expertin Dr. med. P.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt fest, der Beschwerdeführer berichte von anhaltenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der linken Schulter. Die Funktion der linken Schulter sei in allen Bewegungsrichtungen mittelgradig eingeschränkt. (S. 51). Das Arthro-MRI vom 25. Juni 2014 zeige neben einer Kapsulitis, welche die Funktionsstörung bewirke, eine Hill-Sachs-Läsion am Humeruskopf sowie angrenzend eine gelenkseitige Partialruptur der Infraspinatussehne. Eine Plexusläsion lasse sich nicht eindeutig feststellen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit komme nicht mehr in Frage (S. 53). Zumutbar seien leichte Tätigkeiten ohne ständigen Einsatz des linken Armes über Tischhöhe, regelmässige Kraftaufwendung des linken Armes, stossende und ziehende Bewegungen, Heben und Tragen von mehr als 5 bis 10 kg sowie regelhafte Rotation. Wegen der Schulterschmerzen bestehe ein vermehrter Pausenbedarf und bei beidhändigem Arbeitseinsatz eine Verlangsamung. Gemessen an einem Vollpensum sei die Leistung um 40 % reduziert. Diese gelte ab Oktober 2015 (S. 53 f.). Entgegen der Beurteilung im K.____ -Gutachten sei nicht von einer ausgeheilten Verletzung des linken Schultergelenkes auszugehen (S. 54). Die pathomorphologischen Veränderungen liessen sich nicht wegdiskutieren (S. 55).

Die Expertin Dr. med. Q.____, Fachärztin Allg. Innere Medizin FMH, erklärte, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 58).

In der polydisziplinären Konsensbesprechung gelangten die Experten zum Schluss, im Zeitpunkt der Begutachtung bestehe aus orthopädischen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, während sich in den übrigen Bereichen keine Einschränkung ergebe (S. 60). Nach einer arthroskopischen Diagnostik und Ausschluss zusätzlicher Pathologien wäre bezogen auf ein Vollzeitpensum eine Arbeitsfähigkeit von 70 % möglich (S. 61).

3.1.7 Das Gerichtsgutachten von Dr. med. E.____ vom 22. August 2016 (A.S. 120 ff.) enthält folgende Diagnosen (A.S. 207):

Hauptdiagnose:

Chronisches Schulter-/Armsyndrom links mit / bei:

·klinisch ausgeprägter posttraumatischer adhäsiver Kapsulitis
·vegetativer Komponente (diffuse Hypästhesien, subjektiver Temperaturunterschied),
aktuell ohne formelle Erfüllung der Budapest-Kriterien für CRPS Typ 2

·Status nach antero-inferiorer Schulterluxation links am 28. Januar 2011 mit / bei:

- Hill-Sachs- und Bankart-Läsion
- Bicepssehnentendinopathie
- posttraumatischer sensibler Plexusirritation

Nebendiagnosen

·chronische Zervikalgie mit / bei:

-Status nach HWS-Distorsion am 2. Februar 2014

-leichtgradige neuroforaminale Einengung C6 + C7 rechtsseitig

·substituierte Hypothyreose

·Hypercholesterinämie

·Dysthymie

·arterielle Hypertonie (aktuell unbehandelt)

Am 2. Februar 2014 sei der Beschwerdeführer in seinem Auto frontal mit einem entgegenkommenden Wagen kollidiert, worauf die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule zugenommen hätten (A.S. 190 f.). Aktuell berichte der Beschwerdeführer über konstante, durch Bewegung resp. Belastung und Kälte verstärkte Schmerzen sowie über eine Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter, mit Schmerzausstrahlung in den gesamten linken Arm bis in die Finger sowie mehrfach täglich Kribbelparästhesien der Dig. IV und V. Die Schmerzintensität liege auf der Visuellen Analogskala bei sieben bis acht von zehn Punkten. Der Beschwerdeführer könne nur ca. drei Stunden am Stück schlafen, bis er wieder eine Schmerztablette nehmen müsse. Subjektiv bestehe ein Kraftverlust des gesamten linken Armes. Es sei nie zu einer Rezidivluxation gekommen. Der Beschwerdeführer führe täglich Heimübungen durch (A.S. 195) und besuche alle zwei Wochen die Physiotherapie, was den Schmerz leicht reduziere. Zweitschlimmste Schmerzregion sei die Halswirbelsäule mit konstanten Nackenschmerzen; zudem bestünden punktuelle Schmerzen über der gesamten Wirbelsäule mit punctum maximum im Bereich der Lendenwirbelsäule (A.S. 196).

Nach der Anamnese und der Aufnahme der subjektiven Beschwerden (A.S. 188 ■ 196), der klinischen orthopädischen Untersuchung (A.S. 197 ■ 201), der Einsichtnahme in die Vorakten und die radiologischen Aufnahmen (A.S. 121 ■ 188 / 201 ■ 205), der Durchführung eigener bildgebender Untersuchungen (A.S. 205 f.) sowie dem Beizug des Neurologen Dr. med. R. ___ (A.S. 206 f.) gelangte der Gutachter zu folgender Beurteilung:

Klinisch-neurologisch und neurophysiologisch sei der Untersuchungsbefund für den linken Arm unauffällig, ohne Hinweis für ein Entrapment Syndrom bzw. eine radikuläre Ausfallsymptomatik (A.S. 207). Die Umfangmessung zeige lediglich bei den Oberarmen eine Seitendifferenz von 1,5 cm, was sich im Rahmen der Rechtsdominanz und der Messgenauigkeit interpretieren lasse. Die Kraftverminderung könne im Rahmen der chronischen Schmerzen mit konsekutiver Immobilisation bzw. Inaktivität gewertet werden.

Die passive Beweglichkeit sei mit einer Abduktion von 40° und einer Innenrotation in Abduktion im Liegen von 25° weiterhin massiv eingeschränkt und endgradig schmerzhaft. Dieser Befund sei patho-gnomonisch für eine ausgeprägte adhäsive Kapsulitis. Das MRT zeige im Vergleich zu den Voruntersuchungen weitgehend stationäre Befunde. Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden kohärent mit den erhobenen Befunden.

Nebendiagnostisch weise der Beschwerdeführer eine Hypothyreose auf, was einen Risikofaktor für die Entwicklung einer frozen shoulder darstelle (A.S. 208 f.). Bei nachgewiesener posttraumatischer sensibler Irritation des N. axillaris habe möglicherweise ein CRPS Typ II vorgelegen, auch wenn die Kriterien für die Diagnose aktuell nicht vollumfänglich erfüllt seien (A.S. 209).

Eine adhäsive Kapsulitis dauere im Normalfall 18 bis 30 Monate, in der Literatur würden aber auch chronische Verläufe von bis zu zehn Jahren beschrieben. Angesichts der während fünf Jahren bestehenden Symptomatik sei nicht von einer merklichen Verbesserung der Beweglichkeit auszugehen. Aus orthopädischer Sicht könne in diesem Stadium ein chirurgischer Eingriff mittels arthroskopischer Kapsulotomie angeboten werden. Damit bestünden zumindest realistische Aussichten, die mechanische Steifigkeit zu verbessern. Bei dem zusätzlich vorhandenen chronischen Schmerzsyndrom sei die Indikation jedoch zurückhaltend zu stellen, da eine erneute inflammatorische Kapselreaktion ausgelöst und die Situation dadurch potentiell verschlechtert werden könne. Angesichts der limitierten schulmedizinischen Therapieoptionen seien gegebenenfalls komplementärmedizinische Massnahmen in Betracht zu ziehen (A.S. 209).

Die Diagnosen und angegebenen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfallereignisses vom 28. Januar 2011 zu werten. Es lägen keine unfallfremden Beschwerden vor. Die bereits nach dem ersten Unfall vom 28. Januar 2011 bestehenden Nackenbeschwerden seien durch den Unfall am 2. Februar 2014 verstärkt worden (A.S. 210 f.). Bis zum 28. Januar 2011 habe kein pathologischer Zustand vorgelegen, der Beschwerdeführer sei seitens des linken Schultergelenkes beschwerdefrei gewesen. Der Status quo ante und quo sine seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erreicht worden (A.S. 211).

Der linke Arm sei deutlich vermindert belastbar, da das chronische Schulter- / Armsyndrom mit ausgeprägter adhäsiver Kapsulitis mit einer erheblichen Bewegungseinschränkung der linken Schulter und einer schmerzbedingten Kräfteinbusse einhergehe. Unfallfremde Beschwerden und Diagnosen spielten dabei keine Rolle. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer im aktuellen Zustand zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne (belastet wie unbelastet) mit dem linken Arm keine Tätigkeiten über der Horizontalen ausüben und keine Lasten am langen Hebel tragen oder anheben. Am kurzen Hebel (mit flektiertem Ellbogen) könnten allenfalls kurzzeitig Gewichte von weniger als 5 kg getragen und angehoben werden. Rotationsbewegungen und repetitive Bewegungen seien erschwert. Eine leichte Tätigkeit ohne Belastung des linken Arms, unter der Horizontalen (z. B. Bürotätigkeit) mit regelmässigen Pausen sei zumutbar. Bei ausschliesslichem Einsatz des rechten Armes (was freilich in der Praxis fast unmöglich sei) komme eine solche Tätigkeit theoretisch zu 100 % in Frage. Die körperliche Untersuchung während des Gutachtens stelle allerdings eine Momentaufnahme dar und sei deshalb rein medizinisch-theoretisch zu verstehen. Für eine quantitative Beurteilung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit empfehle man deshalb eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in einer geeigneten arbeitsmedizinischen Institution (A.S. 212). Aktenanamnestisch scheine eine

Arbeitsunfähigkeit zu 100 % seit dem 28. Januar 2011 nachvollziehbar (A.S. 213).

Mit der vorgeschlagenen arthroskopischen Kapsulotomie seien die chronischen Schmerzen kaum zu beeinflussen. Insgesamt seien die Erfolgsaussichten einer solchen Operation als mässig einzustufen. Ein Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit sei erst postoperativ beurteilbar. Zum Erhalt des aktuellen Bewegungsausmasses sei das Weiterführen von Physiotherapie und Heimübungen sinnvoll (A.S. 213).

Das Beschwerdebild sei in den SUVA-Tabellen zum Integritätsschaden bei den Funktionsstörungen der oberen Extremitäten nicht abgebildet. Am ehesten decke es sich mit «Schulter versteift in Adduktion», was einem Integritätsschaden von 30 % entspreche (A.S. 213 f.).

Grundsätzlich erachte man die Beurteilung der Dres. C.____, J.____ und P.____ als schlüssig. Es liege nach wie vor eine posttraumatische, therapieresistente adhäsive Kapsulitis mit den oben genannten Einschränkungen vor. Das F.____ -Gutachten sei demgegenüber nur schwer nachvollziehbar. Eine adhäsive Kapsulitis zeige bezüglich der Beweglichkeit keinen fluktuierenden Verlauf. Zudem sei es nicht so, dass sie sich «spätestens vor Ablauf des ersten Unfalljahres» zurückbilde. Bei einer manifesten Frozen shoulder sollte nicht in den Schmerz hinein therapiert werden. Zum K.____ -Gutachten sei zu bemerken, dass die Definition einer Frozen shoulder die aktive und passive Bewegungseinschränkung mit meist unauffälligem radiologischem Befund beinhalte, es sei also weder eine Inaktivitätsosteoporose noch eine Veränderung im MRT zwingend zu erwarten (A.S. 214 f.).

3.1.8 In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. November 2016 (A.S. 235 f.) führt Dr. med. E.____ zum Umfang der Leistungseinbusse aus, vorstellbar wären ein bis zwei Pausen à zehn Minuten pro Stunde in einer Tätigkeit, welche die linke Schulter nur minimal belaste. Theoretisch ergebe dies ■ bei einer nicht genau bezifferbaren reduzierten Leistungsfähigkeit ■ ein Arbeitspensum von max. 50 %. Dies könne jedoch je nach Art der Tätigkeit stark variieren. Konkretere Angaben seien nach einer einmaligen Untersuchung ohne EFL nicht zulässig.

E. 3.2

3.2.1 Zusammenfassend liegen drei Gutachten der Unfallversicherung, ein Privatgutachten sowie zwei Gutachten der Invalidenversicherung vor, deren Schlussfolgerungen voneinander abweichen. Die Gutachter gingen dabei von unterschiedlichen somatischen Befunden aus, was teilweise auf die angewandte Untersuchungsmethode (Stichwort: forcierte Bewegungsprüfung) und die Beurteilung der radiologischen Aufnahmen zurückzuführen war. Vor diesem Hintergrund war das Versicherungsgericht nicht in der Lage, einem der Gutachten einen höheren Beweiswert als den anderen beizumessen, sondern es musste zur Klärung des Sachverhalts ein orthopädisches Gerichtsgutachten einholen.

Kein weiterer Abklärungsbedarf besteht in psychiatrischer Hinsicht, da weder im F.____ -, im K.____ - noch im D.____ -Gutachten eine entsprechende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wird.

3.2.2 Von einem gerichtlichen Gutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Das vom Versicherungsgericht eingeholte orthopädische Gutachten erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine

beweiswertige Expertise (s. dazu E. II. 2.3.2 hiervor). Es ist umfassend, indem es die für den vorliegenden Fall bedeutsamen Aspekte abdeckt. Zudem stammt es von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert, sich mit den abweichenden Arztberichten befasst, den Beschwerdeführer gründlich untersucht und die Untersuchungsergebnisse detailliert festgehalten hat. Seine Schlussfolgerungen sind vor dem Hintergrund der Anamnese sowie der klinischen und radiologischen Befunde nachvollziehbar. Das Gerichtsgutachten besitzt daher vollen Beweiswert. Die Beschwerdegegnerin erhebt denn auch zu Recht keinerlei Einwände. Der Beschwerdeführer wendet demgegenüber ein, die vom Gutachter vorgeschlagene EFL erübrige sich. Dies trifft zu. Eine EFL ist allenfalls dann in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung der Leistungsfähigkeit vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_299/2010 vom 23. Juli 2010 E. 4.1). Der Gutachter Dr. med. E.____ bringt zwar den Vorbehalt an, seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei rein medizinisch-theoretisch und eine bloss Momentaufnahme. Dies hindert indes nicht daran, auf diese Beurteilung abzustellen. Die gutachterliche Schätzung der Arbeitsfähigkeit ist stets medizinisch-theoretischer Natur (Urteil des Bundesgerichts 9C_584/2015 vom 15. April 2016 E. 5.1), während es Sache des Rechtsanwenders ist, zu prüfen, inwieweit sich diese Arbeitsfähigkeit erwerbsmässig verwerten lässt. Andererseits spricht der Umstand, dass eine Begutachtung wesensgemäss nicht auf einen längeren Zeitraum abdeckenden Begleitung des Exploranden beruht, nicht grundsätzlich gegen deren Beweiswert (Urteil des Bundesgerichts 9C_958/2011 vom 3. Februar 2012 E. 4.2); im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass dem Gutachter die Vorgeschichte aus den Akten und der Befragung des Beschwerdeführers bekannt war.

Gemäss Gutachten ist somit einmal erstellt, dass zwischen dem Unfall vom 28. Januar 2011 und den Gesundheitsstörungen des Beschwerdeführers ein (natürlicher und adäquater) Kausalzusammenhang besteht, was auch die Beschwerdegegnerin nicht bestreitet. Weiter ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine frühere Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Eine angepasste Arbeit ist demgegenüber zu 100 % zumutbar, wenn auf den Einsatz des linken (nicht dominanten) Arms gänzlich verzichtet wird, resp. (in Einklang mit den Dres. C.____ und J.____) zu max. 50 %, wenn der linke Arm unter Ausschluss gewisser Verrichtungen eingesetzt wird.

Näher zu prüfen ist, ob die Arbeitsfähigkeit durch eine weitere Behandlung noch verbessert werden kann. Der Gutachter führt dazu aus, dass weiterhin Physiotherapie angezeigt sei, womit jedoch nur die verbleibende Leistungsfähigkeit erhalten werden soll. Zwar schlägt er zudem eine arthroskopische Kapsulotomie vor. Er relativiert deren Aussichten jedoch gleich selber: Einerseits würden sich die chronischen Schmerzen auf diese Weise kaum verringern lassen. Die fraglichen Schmerzen bewirken jedoch laut Gerichtsgutachten eine Kräfteinbusse, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, d.h. bei unveränderten Schmerzen verbessert sich auch die Arbeitsfähigkeit nicht. Andererseits enthält sich der Gutachter einer Prognose zum Erfolg, der vom Eingriff erwartet werden kann, und erwähnt stattdessen das Risiko einer Verschlechterung. Vor diesem Hintergrund kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass mit der besagten Operation eine realistische Aussicht auf Steigerung der Arbeitsfähigkeit besteht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass von einer weiteren Behandlung kein solcher Effekt mehr zu erwarten ist. Damit ist entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin der Fall per 1. Mai 2013 abzuschliessen. Zwar führt dies im Ergebnis wie im Einspracheentscheid dazu, dass die

Taggeldzahlungen wegfallen. Die Beschwerdegegnerin hat es aber zu Unrecht unterlassen, die Leistungen zu prüfen, welche bei einem Fallabschluss in Frage kommen, nämlich Rente, Integritätsentschädigung und allenfalls Heilbehandlung im Sinne von Art. 21 UVG.

3.2.3 Die Beschwerde wird folglich in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Sache zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen wird, damit sie darüber entscheidet, welche der genannten Leistungen dem Beschwerdeführer zustehen. Bei der Bestimmung des Einkommens, welches der Beschwerdeführer trotz Behinderung noch erzielen kann, wird die Rechtsprechung zu berücksichtigen sein, wonach der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch für funktionell einarmige Personen genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten bietet (Urteil des Bundesgerichts 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.2).

E. 4

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GebT, BGS 615.11, in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die Kostennote des Vertreters des Beschwerdeführers vom 8. Dezember 2016 weist einen Zeitaufwand von 31,43 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

· Die Kostennote beinhaltet sog. Kanzleiaufwand, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klient» resp. «E-Mail an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxismässig von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (28 x 0,17 = 4,76 Stunden), Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (2 x 0,25 Stunden: 17. September 2014, 26. September 2016) sowie die Einreichung der Kostennote (8. Dezember 2016: Anteil von 0,25 Stunden an der Sammelposition von 0,67 Stunden).

· Nicht zu entschädigen ist weiter das Studium von Verfügungen des Gerichts, in denen weder dem Beschwerdeführer Frist gesetzt noch ein Gesuch von ihm abgewiesen wurde (2 x 0,17 Stunden: 20. Oktober 2015, 17. Mai 2016).

· Dem Obsiegen entsprechend ist der Aufwand für die Nachbearbeitung des Urteils praxismässig von einer auf eine halbe Stunde zu kürzen.

Zusammenfassend verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 25,08 Stunden. Die Parteientschädigung beläuft sich folglich mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 auf CHF 7■330.80, einschliesslich CHF 517.80 Auslagen und CHF 543.00 Mehrwertsteuer.

5. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherer zu tragen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2 S. 265), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Einholung des Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist hier der Fall, denn die Beschwerdegegnerin entschied in Missachtung ihrer Abklärungspflicht, obwohl der Sachverhalt angesichts der

einander widersprechenden Gutachten nicht liquid war (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75). Die Kosten für das Gutachten von Dr. med. E.____ vom 22. August 2016 in der Höhe von CHF 11'551.20 sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid der Swica Krankenversicherung AG vom 7. Mai 2014 aufgehoben und die Angelegenheit zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfährt.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 7'330.80 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. E.____ vom 22. August 2016 in der Höhe von CHF 11'551.20 zu bezahlen.

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 4.2

Die Kostennote des Vertreters des Beschwerdeführers vom 8. Dezember 2016 weist einen Zeitaufwand von 31,43 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen: · Die Kostennote beinhaltet sog. Kanzleiaufwand, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klient» resp. «E-Mail an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (28 x 0,17 = 4,76 Stunden), Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (2 x 0,25 Stunden: 17. September 2014, 26. September 2016) sowie die Einreichung der Kostennote (8. Dezember 2016: Anteil von 0,25 Stunden an der Sammelposition von 0,67 Stunden). · Nicht zu entschädigen ist weiter das Studium von Verfügungen des Gerichts, in denen weder dem Beschwerdeführer Frist gesetzt noch ein Gesuch von ihm abgewiesen wurde (2 x 0,17 Stunden: 20. Oktober 2015, 17. Mai 2016). · Dem Obsiegen entsprechend ist der Aufwand für die Nachbearbeitung des Urteils praxisgemäss von einer auf eine halbe Stunde zu kürzen. Zusammenfassend verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 25,08 Stunden. Die Parteientschädigung beläuft sich folglich mit dem geltend gemachten Stundenansatz

von CHF 250.00 auf CHF 7'330.80, einschliesslich CHF 517.80 Auslagen und CHF 543.00 Mehrwertsteuer. 5. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherer zu tragen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2 S. 265), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Einholung des Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist hier der Fall, denn die Beschwerdegegnerin entschied in Missachtung ihrer Abklärungspflicht, obwohl der Sachverhalt angesichts der einander widersprechenden Gutachten nicht liquid war (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75). Die Kosten für das Gutachten von Dr. med. E.____ vom 22. August 2016 in der Höhe von CHF 11'551.20 sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

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