

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00069

vom 17. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00069

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00069 du 17 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00069 del 17 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

4. Februar 2014 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Die massgeblichen rechtlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung zum Gegenstand der Unfallversicherung und zum Leistungsanspruch (Art.

E. 1.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

Auch dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008, E. 3.2 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 1.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt David Husmann, mit Eingabe vom 18. März Beschwerde und beantragte, es sei die AXA zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventualiter sei ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen und es seien ihm gestützt darauf Versicherungsleistungen zuzusprechen (Urk. 1 S. 1).

Am 27. März 2014 (Urk. 7) liess der Beschwerdeführer

den Bericht des E.____ vom 18. März 2014 über seine dortige muskuloskelettale stationäre Rehabilitation vom 26. Februar bis 18. März 2014 zu den Akten reichen (Urk. 8). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2014 beantragte die AXA die Abweisung der Beschwerde (Urk. 13). Dabei stützte sie sich unter anderem auf eine weitere versicherungsmedizinische Würdigung des Sachverhalts durch ihren beratenden Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 22. Mai 2014 (Urk. 14/M16). Mit Verfügung vom 14. Juli 2014 bestellte das Gericht dem Beschwerdeführer in Gutheissung seines prozessualen Gesuchs (Urk. 1 S. 3) Rechtsanwalt David Husmann als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 20). Am 17. August 2015 nahm der Beschwerdeführer zum Bericht von Dr. F.____ vom 22. Mai 2014 Stellung (Urk. 25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die AXA begründet die Einstellung ihrer Leistungen per 9. Juli 2012 damit, der Beschwerdeführer habe sich am 17. April 2012 beim Fahren in einem Bus nach einer Vollbremsung mit dem rechten Arm an einer Stange aufgefangen, worauf es zu Schmerzen in der rechten Schulter gekommen sei. Bereits zuvor habe der Beschwerdeführer seit Jahren an gesundheitlichen Problemen in der rechten Schulter gelitten und über massive Schmerzen geklagt, wobei erhebliche Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Befunden und den subjektiv geklagten Beschwerden aufgefallen seien. Nach dem Unfall vom 17. April 2012 seien von den behandelnden Ärzten keine nicht bereits bekannten objektivierbaren Befunde im Sinne einer strukturellen Veränderung des rechten Schultergelenks

erhoben worden. Ihr beratender Arzt Dr. C.____ habe eine unfallbedingte Verschlimmerung des Vorzustandes bejaht, sei aber davon ausgegangen, dass derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später wahrscheinlich eingestellt hätte (Status quo sine), mit dem Abschluss der Behandlung in der G.____ am 9. Juli 2012 eingetreten gewesen sei. Der beratende Arzt der Generaldirektion, Dr. D.____, habe eine Muskelzerrung als Folge des Unfalls vom 17. April 2012 für möglich bis wahrscheinlich gehalten, und sei davon ausgegangen, dass diese nach rund drei Monaten wieder abgeheilt gewesen sei. Die geklagten anhaltenden Beschwerden stünden seiner Einschätzung nach im Zusammenhang mit dem Vorzustand und einer überlagerungsbedingten Schmerzerkrankung. Diese Berichte seien schlüssig, vollständig, beruhten auf den Vorakten, und es bestünden keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit, so dass darauf abgestellt werden könne. Eine polydisziplinäre Begutachtung erübrige sich. Fraglich sei bereits,

ob es überhaupt zu einer Verschlimmerung der vorbestehenden Beschwerden gekommen sei. Bejahendenfalls sei

die Verschlimmerung

aber nur vorübergehend gewesen. Anlässlich der Leistungseinstellung per 9. Juli 2012 sei auf jeden Fall der Status quo sine erreicht gewesen und die fortbestehenden Beschwerden hätten nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 17. April 2012 gestanden (Urk. 2, Urk. 13).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich dagegen auf den Standpunkt, die fortbestehenden Beschwerden stünden nach wie vor in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 17. April 2012. Zwar habe er sich seit Februar 2012 wegen seiner chronifizierten Schulterbeschwerden bei Dr. B.____ in Behandlung befunden, Dr. B.____ habe aber in ihrem Bericht vom 28. September 2012 bestätigt, dass die vorbestehenden Beschwerden sich seit dem Unfall vom 17. April 2012 konstant verschlechtert hätten. Zudem ergebe sich aus dem Bericht der Notfallstation des Spitals A.____ vom 18. April 2012, dass er sich am Tag nach dem Unfall wegen starker und immobilisierender Schmerzen ins Spital habe begeben müssen. Vor dem Unfall habe er leichte stetige Schmerzen gehabt und habe seinen rechten Arm, wenn auch nur eingeschränkt, noch nutzen können. Nun habe er dauernd starke Schmerzen, und im Bericht der G.____ vom 6. Juni 2012 sei eine ausgeprägte Frozen-Shoulder rechts diagnostiziert worden, welche den Gebrauch des rechten Arms verunmögliche.

Dr. D.____

sei zum einen in nicht nachvollziehbarer Weise zum Schluss gelangt, dass der Unfall zu einer Zerrung im Schulterbereich geführt habe. Zum anderen sei er als beratender Arzt der AXA nicht vollumfänglich unabhängig. Deshalb könne auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden.

Unzutreffend sei die Einschätzung des anderen die AXA beratenden Arztes Dr. F.____, dass die subjektiven Schmerzen nach dem Unfall vom 17. April 2012 die einzige Differenz gegenüber dem Vorzustand seien. Vielmehr seien unfallbedingte strukturelle Veränderungen nachgewiesen worden, unter anderem mit der gestellten Diagnose einer Frozen-Shoulder.

Sollte das Gericht zum Schluss gelangen, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt sei, sei es gestützt auf Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) verpflichtet, ein unabhängiges interdisziplinäres Gutachten einzuholen (Urk. 1, Urk. 25). 3.3.1

Den Akten ist Folgendes über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor dem Unfall vom 17. April 2012 entnehmbar:

Infolge eines Treppensturzes am 3. Dezember 2006 litt der Beschwerdeführer bereits seit Jahren unter chronifizierten Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen rechts bei Status nach einer lateralen Clavicularesektion, Akromioplastik, Supraspinatussehnen-Naht am 8. Oktober 2007 (Urk. 14/M4, Urk. 14/M16). Die von ihm

auch nach dem operativen Eingriff geklagten massiven Schmerzen in der rechten Schulter mit Bewegungsunfähigkeit bis hin zur vollständigen Schultersteife konnten von den Ärzten nur unzureichend erklärt werden, da sie in Diskrepanz zu den morphologischen Veränderungen standen. Sowohl eine physiotherapeutische Behandlung als auch die

Prüfung der Beweglichkeit der rechten Schulter war unmöglich, da der Beschwerdeführer bereits geringe Bewegungen im Schultergelenk nicht tolerierte. Aus diesem Grund verdächtigte der damals zuständige Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),

den Beschwerdeführer der Symptomausweitung und Selbstlimitierung und veranlasste im Jahr 2008 eine Observation. Dabei ergab sich, dass der Beschwerdeführer seine rechte Schulter uneingeschränkt mit einer Flexion von über 90° und einer Extension von 60° gebrauchen konnte (Urk. 14/M16). Unter anderem gestützt auf die Observationsergebnisse stellte die Suva ihre Leistungen rückwirkend per 3. September 2008 (Urk. 14/99) ein mit der Begründung, spätestens ab diesem Zeitpunkt seien keine Unfallfolgen mehr nachweisbar. Das Vorgehen der Suva wurde mit den Urteilen des Sozialversicherungsgerichts UV.2009.00393 vom 30. Juni 2011 sowie des Bundesgerichts 8C_723/2011 vom 12. Oktober 2011 geschützt.

Die bei weiterhin ausgedehnten chronischen Schmerzen im Rahmen einer Verlaufskontrolle in der Radiologie der G.____ am 27. Oktober 2011 angefertigten Arthro-MRI-Bilder der rechten Schulter zeigten im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 25. März 2009 eine progrediente Läsion in der Supraspinatussehne mit kleinem transmuralen Defekt (Grösse coronal

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]), zum erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Unfallereignis sowie zum Wegfall der Leistungspflicht bei Bestehen eines (krankhaften) Vorzustands, wenn entweder der 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 wahrscheinlich eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist, sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 3). Darauf kann verwiesen werden.

Zu ergänzen ist, dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 10

mm, sagittal ebenfalls 10 mm) ohne Verfettung des Muskels, eine Tendinopathie der langen Bizepssehne, eine leichte Degeneration des Labrums ohne Labrumriss und bei unauffälligem Knorpel sowie eine leichte Verfettung des Infraspinatus (Goutallier Grad I), stationär zur Voruntersuchung

(Urk. 14/M11).

Ab Februar 2012 wurde der Beschwerdeführer von Dr. B.____ wegen der chronischen Schulterbeschwerden hausärztlich betreut, wobei die Hausärztin damals von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten ausging (Urk. 14/M4) . 3.2

Die medizinische Erstbehandlung nach dem Unfall vom 17. April 2012 erfolgte noch am Unfalltag im Spital A.____ . Im entsprechenden Bericht vom 18. April 2012 diagnostizierten die Ärzte akute Schulterschmerzen rechts bei indirektem Trauma am 17. April 2012 mit chronischen Schulterschmerzen rechts, Status nach lateraler Claviculafraktur , Acromioplastik , Supraspinatussehnenruptur rechts nach Treppensturz im Oktober 2007 sowie einer Progredienz der Supraspinatussehnenruptur gemäss Arthro -MRI vom Oktober 2011. Der Beschwerdeführer gab den Ärzten an, er sei in einem Bus unterwegs gewesen und habe sich bei einer plötzlichen ruckartigen Bremsung mit dem rechten Arm an einer Stange aufgefangen, was zu einschneidenden Schmerzen in der Schulter geführt habe. Er klagte über stärkste, immobilisierende Schmerzen. Die klinische Untersuchung ergab einen Schultertiefstand rechts, palpatorisch bestand ubiquitär eine starke Druckdolenz . Die Beweglichkeit war schmerzbedingt nicht prüfbar. Die periphere Motorik war schmerzbedingt reduziert, die periphere Sensibilität im Vergleich zur Gegenseite vermindert. Röntgenbilder der rechten Schulter zeigten keine ossäre Läsion. Abschliessend hielten die Ärzte fest, die Schulter sei aktuell wegen der starken Schmerzen nicht beurteilbar, der Beschwerdeführer sei einem Orthopäden zur weiteren Beurteilung zuzuweisen (Urk. 14/M13) .

Am 26. April 2012 erfolgte die erste hausärztliche Behandlung nach dem Unfall bei Dr. B.____ . Die Hausärztin diagnostizierte in ihrem Bericht an die AXA vom 31. Mai 2012 eine akute PHS (Periarthritis humeroscapularis oder Frozen

Shoulder) traumatica bei vorbestehenden chronischen Schulterbeschwerden rechts. Die Schulterbeweglichkeit sei global in allen Richtungen eingeschränkt gewesen. Der Beschwerdeführer habe bereits vor dem Unfall vom 17. April 2012 unter ähnlichen Beschwerden gelitten, diese seien damals aber viel weniger stark gewesen.

Seit dem Unfall sei er zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 14/M1).

Am 4. Juni 2012 wurde der Beschwerdeführer in der Schulter-/Ellbogensprechstunde der G.____ ambulant untersucht. Die Ärzte diagnostizierten eine ausgeprägte Frozen

Shoulder rechts mit/bei Status nach lateraler Clavicularesektion , Acromioplastik und Supraspinatussehnennaht rechts vom 8. Oktober 2007 nach Treppensturz vom 3. Dezember 2006. Der Beschwerdeführer sei letztmals am 1. Juli 2009 bei gleicher Diagnose

in der G.____ behandelt worden. Er berichte weiterhin über persistierende Schmerzen. Im April 2012 habe er sich bei einer Vollbremsung in einem Bus die rechte Schulter kontusioniert . Seit diesem Ereignis klage er über noch stärkere Schmerzen . Die Röntgenuntersuchung vom 4. Juni 2012 habe ossär unauffällige Verhältnisse ergeben (Urk. 14/M11 S. 3). Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe sich eine funktionslose, weitgehend eingesteifte rechte Schulter gezeigt, wobei sämtliche Bewegungen sehr schmerzhaft gewesen seien und eine vernünftige Untersuchung deshalb kaum möglich gewesen sei. Der Schmerz könne nicht richtig lokalisiert werden, da vor allem ein diffuser Schmerz im Vordergrund stehe.

Es werde die Durchführung einer Kortisoninfiltration empfohlen (Urk. 14/M12).

Am 9. Juli 2012 erfolgte eine Verlaufskontrolle in der Schulter-/ Ellbogen Sprechstunde der G.____. Im Bericht vom 8. November 2012 diagnostizierten die Ärzte neu chronifizierte Nacken-/Schulter-/ Armschmerzen rechts (Urk. 14/M6). In anamnestischer Hinsicht erwähnten sie, der Beschwerdeführer leide seit dem Sturzereignis im Dezember 2006 unter therapieresistenten, massiven rechtsseitigen Schulter-/Nacken-/Armschmerzen. Die therapeutischen Infiltrationen vom 12. Juni 2012 (Urk. 14/M11 S. 4) hätten während einer knappen Stunde eine minimale Schmerzreduktion und danach eine Schmerzexazerbation gebracht. Die glenohumerale Beweglichkeit sei bezüglich Abduktion und Flexion wegen der starken Gegenspannung des Beschwerdeführers nicht beurteilbar, entsprechend könne die Rotatorenmanschette klinisch nicht beurteilt werden. Am ehesten handle es sich bei den Beschwerden um ein verselbständigtes Schmerzsyndrom, welches sich durch die objektivierbaren geringfügigen strukturellen Veränderungen an der Rotatorenmanschette, der Bizepssehne und im HWS-Bereich nicht hinreichend erklären lasse. Bei fehlendem Ansprechen auf die therapeutischen Infiltrationen bestünden aus orthopädisch-chirurgischer Sicht keine Verbesserungsmöglichkeiten. Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, sich zur Optimierung der Schmerzbehandlung nochmals im H.____ vorzustellen (Urk. 14/M6, Urk. 14/M10).

Im Verlaufsbericht vom 28. September 2012 gab Dr. B.____ an, seit dem Unfall vom 17. April 2012 sei es zu einer deutlichen, konstanten Verschlechterung der bereits vorbestehenden Beschwerden gekommen. Der Beschwerdeführer leide unter dauernden Schmerzen im Bereich des rechten Schultergürtels ausstrahlend bis Mitte Oberarm und Schmerzen im Bereich des Trapezius. Ein am 20. August 2012 in der G.____ durchgeführtes Verlaufs-MRI mit MR-Arthrographie habe neu leichte Unregelmässigkeiten im Bereich des vorderen superioren Labrums gezeigt, möglicherweise bestehe eine kleine SLAP-Läsion. Ansonsten bestünden im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2011 unveränderte Verhältnisse.

Angesichts der chronischen Situation könne von der weiteren physiotherapeutischen und analgetischen Behandlung höchstens eine leichte Verbesserung erwartet werden. Die von ihr als sinnvoll erachtete Weiterbetreuung in der Schmerzambulanz des H.____ sei nicht zustande gekommen, da der Beschwerdeführer in dieser Klinik schlechte Erfahrungen gemacht habe und sich deshalb nicht habe melden wollen. Ob wieder eine relevante Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, sei fraglich (Urk. 14/M4).

In einem Verlaufsbericht vom 15. Februar 2013 gab die Hausärztin Dr. B.____ an, der Beschwerdeführer sei seit dem 17. April 2012 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Auch für berufliche Integrationsmassnahmen sei er im Prinzip seit dem Unfall vom 3. Dezember 2006 zu 100 % einsatzunfähig, sicher aber seit dem 17. April 2012. Eine Teilnahme an sozialen Integrationsmassnahmen erscheine aus verschiedensten Gründen ebenfalls nicht als realistisch. Eine weitere Therapie sei nicht nötig, Medikamente würden zwar ein wenig helfen, die bisherige Physiotherapie habe aber nichts gebracht. Für eine Verbesserung der Situation bestünden aus ihrer Sicht keine Chancen (Urk. 14/M9). 3.3

Am 9. Januar 2014 nahm der Chirurg und beratende Arzt der Generaldirektion der AXA Dr. D.____ zur Unfallkausalität der anhaltenden Beschwerden Stellung. Er hielt fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfalls vom 17. April 2012 eine Zerrung des rechten Schultergelenkes erlitten. Unter Berücksichtigung des Vorzustandes mit Supraspinatussehnenruptur und Tendinose der langen Bizepssehne sei es nachvollziehbar,

dass es durch einen Zug an der rechten Schulter, wie er sich am 17. April 2012 ereignet habe, als sich der Beschwerdeführer an einer Stange festgehalten habe, zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des vorbestehenden schweren Schmerzzustandes gekommen sei. Aus biomechanischer Sicht sei es aber äusserst unwahrscheinlich, dass ein solches Ereignis eine strukturelle artikuläre Schädigung bewirke. Die von der Hausärztin und den Ärzten der G.____ erhobenen Befunde entsprächen weitgehend denjenigen, die bereits 2009 und 2011 festgestellt worden seien. Einzig die Defektsituation an der Supraspinatussehne sei progredient verlaufen, wobei in einer solchen Situation auch ohne den Unfall vom 17. April 2012 mit einer weiteren Progredienz nach 2011 hätte gerechnet werden müssen. Bei Fehlen neuer struktureller Schädigungen vermöge die am 17. April 2012 möglicherweise bis wahrscheinlich erlittene muskuläre Zerrung eine temporäre Schmerzzunahme gegenüber dem Vorzustand zu bewirken. Die subjektiv im Nachgang zum Ereignis vom 17. April 2012 geklagten Beschwerden entsprächen weitgehend den bereits vor Jahren angegebenen Beeinträchtigungen. Es sei anzunehmen, dass etwa drei Monate nach dem Unfall, also etwa Mitte Juli 2012,

der Status quo sine eingetreten sei. Der heutige Zustand mit stark eingeschränkter Funktion der rechten Schulter stehe vollumfänglich in Zusammenhang mit dem Vorzustand und einer überlagerungsbedingten Schmerzerkrankung und habe mit dem Ereignis vom 17. April 2012 nichts mehr zu tun (Urk. 14/M14 ; vgl. auch die früheren Stellungnahmen des beratenden Arztes Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie [Urk. 14/M5, Urk. 14/M7-8).

Vom 26. Februar bis 18. März 2014 stand der Beschwerdeführer im E.____ in stationärer muskuloskelettaler Rehabilitation. In ihrem Bericht vom 18. März 2014 diagnostizierten die Ärzte des E.____ unter anderem ein chronifiziertes Schulter-Armsyndrom rechts mit aktuell Frozen

Shoulder sowie eine Schmerzchronifizierung und Somatisierungstendenz .

Wegen der ausgeprägten Schmerzen des Beschwerdeführers habe die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks praktisch nicht geprüft werden können. Nach absolviertem Rehabilitation sprogramm habe nur eine leichte Verbesserung der Schulterbeweglichkeit festgestellt werden können. Subjektiv bestünden weiterhin Schmerzen im Schultergürtelbereich. Deshalb sei eine Kontroll-MRI-Untersuchung der Schulter indiziert (Urk. 14/M15).

Am 22. Mai 2014 nahm Dr. med. F.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und ebenfalls beratender Arzt der AXA, zur Unfallkausalität der Beschwerden Stellung . Er diagnostizierte eine leichte Distorsion der rechten Schulter ohne nachweisbare ossäre , kapsuläre , muskulotendinöse oder anderweitige Veränderungen der Schulter als Folge des Traumas vom 17. April 2012. Vorbestehend seien rechtsseitige Schulterschmerzen bei einer Tendinopathie der langen Bizepssehne und einer kleinen transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne (10 mm) mit Progression der Ruptur sowie bei Status nach Clavicularesektion , Akromioplastik und Supraspinatussehnennaht am 8. Oktober 2007. Auffallend sei , dass die rechte Schulter anlässlich der Erstvorstellung im Spital A.____ in einem Schultertiefstand präsentiert worden sei, was bei den geschilderten stärksten Schmerzen sehr ungewöhnlich sei, da schmerzhafte Schultern normalerweise im Hochstand präsentiert würden. Durch verschiedene Ärzte sei en sodann im Vergleich zum Vorzustand keine neuen Befunde erhoben worden, auch

sonografisch und computertomografisch am 17. April 2012

sowie radiologisch am 4. Juni 2012. Im Übrigen hätten die klinischen Befunde schon vor dem Ereignis vom 17. April 2012 nicht zuverlässig erhoben werden können und könnten deshalb für die aktuelle Beurteilung nicht massgebend sein. Die einzige Differenz im Vergleich zum Vorzustand stellten die dokumentierten Schmerzen als subjektives Korrelat dar. Sollte es tatsächlich durch den Unfall zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sein, so hätte es sich hierbei wegen fehlender traumatisch erklärbarer Strukturveränderungen um eine vorübergehende Verschlimmerung durch eine leichte Distorsion (Zerrung) der rechten Schulter gehandelt, welche zu einer zeitlich begrenzten Schmerzzunahme hätte führen können. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wäre eine solche leichte Verletzung spätestens drei Monate nach dem 17. April 2012 vollständig ausgeheilt gewesen. Sofern die von verschiedenen Ärzten gestellte Diagnose einer Frozen Shoulder überhaupt zutreffe, stünde diese unter Berücksichtigung des Vorzustandes und der Voranamnese nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. April 2012. Wahrscheinlicher sei ein Zusammenhang mit dem Vorzustand (Urk. 14/M16). 4.

Der Beurteilung der Unfallkausalität der fortbestehenden Beschwerden durch die beratenden Ärzte der AXA Dr. D.____ und Dr. F.____ lag die Annahme zugrunde, dass den vom Beschwerdeführer geklagten stärkeren Schmerzen nach dem Unfallereignis vom 17. April 2012 keine objektivierbare traumatisch bedingte organisch-strukturelle Schädigung zugrunde liege (Urk. 14/M14, Urk. 14/M16).

Zwar trifft es zu, dass die am Unfalltag im Spital A.____

(Urk. 14/M13) und am 4. Juni 2012 in der G.____

(Urk. 14/M11 S. 3, Urk. 14/M12 S. 2) angefertigten Röntgenbilder der rechten Schulter ossär unauffällige Verhältnisse zeigten. Soweit Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2014 gestützt auf den Bericht des Spitals A.____ vom 18. April 2012 (Urk. 14/M13) davon ausging, auch sonografisch und computertomografisch habe sich kein neuer Befund ergeben (Urk. 14/M16 S. 4), kann ihm aber nicht gefolgt werden. Tatsächlich findet sich im Bericht des Spitals A.____

über dem entsprechenden Abschnitt eine Überschrift „Labor, Röntgen/ Sonographie/ CT“, Aus der darunterliegenden Textzeile geht aber klar hervor, dass lediglich eine Röntgenuntersuchung erfolgte, nicht aber eine sonografische und computertomografische Befunderhebung (Urk. 14/M13 S. 1).

Demgegenüber erwähnt die Hausärztin Dr. B.____ in ihrem Bericht vom 28. September 2012

ein am 20. August 2012 in der G.____ durchgeführtes Verlaufs-MRI mit MR-Arthrographie, welches neu leichte Unregelmässigkeiten im Bereich des vorderen superioren Labrums und möglicherweise eine kleine SLAP-Läsion gezeigt habe (Urk. 14/M4 S. 1; vgl. auch Urk. 14/M8). Dieser Befund liegt nicht bei den Akten und wurde von den Dres.

D.____ und F.____ in ihren Beurteilungen nicht gewürdigt.

Dies bedeutet, dass ihre Beurteilungen nicht auf sämtlichen verfügbaren medizinischen Vorakten beruhten und deshalb nicht beweiskräftig sind (vorstehend E. 1.2). Es kann bei der gegenwärtigen Aktenlage nicht ausgeschlossen werden, dass der Unfall vom 17. April

2012 entgegen der Annahme der beratenden Ärzte der AXA zu einer auf den MRI-Bildern vom 20. August 2012 sichtbaren organisch-strukturellen Schädigung der rechten Schulter führte, welche für die Zunahme der Beschwerden nach dem Unfall ursächlich war und auch deren Persistieren nach der Leistungseinstellung durch die AXA zu erklären vermag. Der entscheidungsrelevante

Sachverhalt ist folglich ungenügend abgeklärt. Die AXA, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird eine weitere fachärztliche Stellungnahme zur Unfallkausalität der anhaltenden Beschwerden unter Berücksichtigung des MRI-Befunds der G.____ vom 20. August 2012

sowie der weiteren seither erstellten ärztlichen Befundberichte einzuholen und nach allfälligen weiteren

als notwendig erscheinenden Abklärungen erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verfügen haben. Da lediglich eine Ergänzung der Ausführungen der beratenden Ärzte der AXA Dr. D.____ und Dr. F.____ vonnöten ist, erübrigt sich die Einholung des im Eventualantrag verlangten interdisziplinären Gutachtens (Urk. 1 S. 2). 5.

5.1

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

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der

vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. 5.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt David Husmann, wurde am 3. Juli 2015 telefonisch eingeladen, seine Honorarnote innert einer Frist von 10 Tagen einzureichen, unter Hinweis darauf, dass seine Entschädigung bei ungenutzt abgelaufener Frist ermessensweise festgesetzt werde (Urk. 22). Da Rechtsanwalt David Husmann keine Honorarnote eingereicht hat, ist seine Entschädigung unter Berücksichtigung der in der vorstehenden Erwägung genannten Gesichtspunkte auf Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt David Husmann, Zürich,

eine Prozessentschädigung von Fr. 2800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - AXA
Versicherungen AG , unter Beilage einer Kopie von Urk. 25 - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigKlemmt

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