

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00068

vom 9. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00068

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00068 du 9 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00068 del 9 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, war vom 1. September 2007 bis 31. Oktober 2015 (vgl. Urk. 13/A26) bei der Y.____ AG als Sicherheitsangestellter am Z.____ angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Unfällen bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) versichert. Am 11. April 2014 verlor der Versicherte auf der Schrägbank beim 50 kg Schulterdrücken die Kontrolle über die Langhantel und verletzte sich dabei an der linken Schulter und der Halswirbelsäule (Urk. 13/A1-A2). Die AXA gewährte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 13/A10). Mit Verfügung vom 9. Februar 2017 stellte die AXA die Leistungen mangels Kausalität der Beschwerden zum Ereignis vom 11. April 2014 per 31. Dezember 2016 ein (Urk. 13/A49). Die dagegen am 10. März 2017 erhobene Einsprache (Urk. 13/A57; vgl. auch Ergänzung vom 27. April 2017, Urk. 13/A60) wies die AXA mit Entscheid vom 12. Februar 2018 ab (Urk. 13/A69 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 11. April 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines 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 beziehungsweise 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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm ob liegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Mög lichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsan spruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Der Versicherte erhob am 14. März 2018 Beschwerde gegen den Einspracheent scheid vom 12. Februar 2018 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzu heben und es seien ihm bis auf W eiteres die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventuell sei eine orthopädische und neurolo gische Begutachtung durchzuführen auf Kos ten der AXA (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 29. Juni 2018 reichte der Versicherte zwei ärztliche Berichte (Urk. 9/1-2) ein und machte Ausführungen dazu (Urk. 8).

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2018 beantragte die AXA die Abweisung der Beschwerde (Urk. 12).

Der Beschwerdeführer beantragte m it Replik vom 5. November 2018 ergänzend die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens über die Frage der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den bild gebend ausgewiesenen Verletzungen sowie der daraus resultierenden Leistungs fähigkeit (Urk. 19). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 23. Januar 2019 an der beantragten Abweisung fest (Urk. 23), was dem Beschwerdeführer am 31. Januar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 24). Mit Eingabe vom 14. Februar 2019 (Urk. 25) legte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht ins Recht (Urk. 26). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) da von aus, gestützt auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 10. Oktober 2016 beziehungsweise 23. November 2016 seien die Leistungen für die linksseitigen Schulter-/Armbeschwerden per 31. Dezember 2016 einzustellen, da diese nicht mehr natürlich kausal zum Ereignis vom 11. April 2014 seien (S. 13 ff. Ziff. 2.3.3 f.).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Urk. 12) wie auch in der Duplik (Urk. 23) fest.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1) , auf das Gutachten von Dr. med. A.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, könne aus näher genannten Gründen nicht abgestellt werden. Die anhaltenden Beschwerden würden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen, weshalb die Beschwerdegegnerin weiterhin leistungspflichtig sei (S. 7 ff. Ziff. 4 ff.; vgl. auch Urk. 8 und Urk. 19).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die über den 31. Dezember 2016 hinaus anhaltenden Beschwerden des Beschwerdeführers noch in einem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 11. April 2014 stehen und dementsprechend weiterhin ein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin besteht.

E. 3.1

Aufgrund des wenige Tage nach dem Unfall angefertigten MRI der Halswirbelsäule (HWS) sowie des Arthro-MRI der linken Schulter wurde vom zuständigen Radiologen folgende Beurteilung abgegeben (Bericht des Zentrums für Radiologie, Röntgeninstitut B.____ , vom 14.

April 2014, Urk.

14/M5 Beilage) : «Partialruptur der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne wie beschrieben, keine transmurale

Rupturkomponente . Bursitis subacromialis . Acromioclaviculäre

Typ II nach Bigliani . Tendinose der Subscapularissehne und umschriebene Rissbildung/Partialruptur in den kranialen Anteilen. Bizepssehne intakt. Kein Knochenmarksödem. Mässige AC- Gelenksarthrose.»

Vier Monate später zeigte sich gemäss Bericht vom 8. Oktober 2014 desselben radiologischen Zentrums zur gleichentags durchgeführten MRI- Arthrographie der linken Schulter im Vergleich zur Voruntersuchung bei zwischenzeitlich deutlich weniger ödematösen/entzündlichen Veränderungen der Sehnen ein Nachweis einer kurzstreckigen transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne ansatznahe auf einer Länge von etwa 2 Millimetern mit Unterflächenausdünnung, leichte Unterflächenveränderungen der Infraspinatussehne und geringe Zeichen der Tendinitis der Subscapularissehne . Die Muskulatur sei unverändert kräftig. Die übrigen Verhältnisse seien stationär und das glenohumerale Gelenk altersentsprechend normal (Urk. 14/M8) .

E. 3.2

Aufgrund persistierender Beschwerden (Schmerzen, Bewegungseinschränkung) der linken Schulter (vgl. Bericht vom 21. Oktober 2014 der C.____ Klinik, Urk. 14/M5) erfolgte anfangs November 2014 eine Schulterarthroskopie links mit Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne , Supraspinatussehnenrepair , Acromioplastik und Bursotomie subacromial (vgl. Austrittsbericht vom 6. November 2014 sowie Operationsbericht vom 3. November 2014 der C.____ Klinik , Urk. 14/M7).

E. 3.3

Im weiteren Verlauf wurde beim Beschwerdeführer eine postoperative Frozen shoulder links diagnostiziert. Die Bewegungseinschränkung sei weder unter NSAR-Therapie noch mittels physiotherapeutischer Übung beeinflussbar (Bericht vom 27. Januar 2015 der C.____ Klinik, Urk. 14/M11). Schliesslich sei aufgrund der therapierefraktären postoperativen Frozen

shoulder mit deutlicher Bewegungseinschränkung aktiv wie passiv die Indikation zu einem Revisionseingriff (diagnostische Schulterarthroskopie mit partieller Adhäsiolyse /ventralem Kapselrelease sowie partieller Fadenankerentfernung) gestellt. Im präoperativ durchgeführten Arthro - MRI habe sich eine weiterhin intakte Rotatorenmanchette gezeigt.

Die präoperative Narkoseuntersuchung habe eine so gut wie uneingeschränkte passive Schultergelenksbeweglichkeit gezeigt mit freier

glenohumeraler Abduktion bis 90° bei passiv tiefer Aussenrotation von 50°, Aussenrotation in Abduktion 90°, Innenrotation knapp 40°. Die Flexion sei bis knapp 120° gelungen. Intraoperativ hätten sich keine wegweisenden Befunde gezeigt, welche die schmerzhaften Bewegungseinschränkungen erklären könnten (Bericht vom 24. November 2015 der C.____ Klinik, Urk. 14/M23 S. 1 «Anamnese»; vgl. auch Operationsbericht vom 15. Oktober 2015 der C.____ Klinik, Urk. 14/M21).

Postoperativ habe sich im Vergleich zur Narkoseuntersuchung wiederum eine deutlich eingeschränkte aktive wie passive Beweglichkeit mit Flexion/Abduktion bis knapp oberhalb der Horizontalen, Aussenrotation tief gut 30°, Innenrotation sakral gezeigt. Es wurde ein Verdacht auf eine myofasziale Schmerzkomponente (differentialdiagnostisch complex regional pain

syndrome [CRPS]) gestellt (Bericht vom 24. November 2015 der C.____ Klinik, Urk. 14/M23 S. 1). Aus orthopädischer Sicht wurde festgehalten, dass die Ursache der Bewegungseinschränkung sicherlich nicht durch ein mechanisches Problem verursacht worden sei (Bericht vom 29. Januar 2016 der C.____ Klinik, Urk. 14/M24; vgl. auch Urk. 14/M23 S. 2 «Beurteilung und Procedere»).

E. 3.4

Die weiteren Abklärungen ergaben auch aus neurologischer Sicht kein klinisches oder elektrophysiologisches Korrelat für die geklagten chronischen Schulter schmerzen links (vgl. Bericht vom 6. Oktober 2016 der C.____ Klinik, Urk. 14/M34). Eine kausale Beteiligung der Halswirbelsäule an den seitens der Schulter geklagten Beschwerden sei auszuschliessen (Berichte vom 28. Oktober 2016, Urk. 14/M35, und vom 22. Dezember 2016, Urk. 14/M38, jeweils unter «Anamnese und Verlauf»).

Der Szintigraphiebefund der linken Schulter vom 20. September 2016 fiel normal aus (Urk. 14/M36).

E. 3.5

Am 29. Oktober 2016 erstattete Dr. A.____ im Auftrag der Invalidenversicherung und unter Beteiligung der Beschwerdegegnerin ein internistisch-rheumatologisches Gutachten (Urk. 14/37/1).

Zu seinem aktuellen Leiden habe der Beschwerdeführer angegeben, er habe bei Bewegung Schmerzen in der linken Schulter, die er deshalb kaum bewege und auch nicht einsetzen könne. In Ruhe spüre er keine Schulterbeschwerden. Daher benötige er selten Schmerzmittel (S. 40 Ziff. 7.2). Die Gutachterin hielt fest, der Beschwerdeführer zeige einen Schulterhochstand links, der sich bei Ablenkung deutlich verbessere. Er bewege die Schulter aktiv nur minimal. Eine passive Prüfung der Beweglichkeit der linken Schulter lasse er nicht zu wegen der Schmerzen. Es bestehe kein systematischer Unterschied der Oberarmumfänge rechts zu links. Die beiden an beiden Vorderarmen gemessenen Umfänge seien seitengleich (S. 53 unten). Die Messung der Knochendichte habe im rechten Radius des rechten Vorderarmes eine leichte Osteopenie ergeben. Die Knochendichte am linken Radius des linken Vorderarmes sei knapp normal gewesen und damit besser als rechts (der Beschwerdeführer sei Linkshänder; vgl. S. 43 Mitte). Dies beweise einen normalen Einsatz des linken Vorderarmes seit langem. Die Angabe des Beschwerdeführers, dass er den linken Arm kaum mehr einsetze, könne durch die Knochendichtemessung nicht bestätigt werden. Bei einem lang andauernden Mindergebrauch eines Armes trete schon nach wenigen Monaten eine deutliche Verminderung der Knochendichte im betroffenen Arm auf. Mit dem vorliegenden Ergebnis sei die Angabe des Beschwerdeführers, dass er mit dem linken Arm und der linken Hand schmerzbedingt kaum mehr etwas machen könne, offensichtlich falsch (S. 54 Mitte). Eine weitere Ungereimtheit finde sich in der Angabe, er konsumiere keine Drogen und kiffe kein Cannabis. Allerdings sei ein Cannabis-Konsum im Urinscreening nachweisbar gewesen (S. 54 unten).

Zusammenfassend habe im Oktober 2015 in der Narkoseuntersuchung eine normale Beweglichkeit der linken Schulter festgestellt werden können, weshalb kein mechanisches Hindernis für die Schulterbeweglichkeit bestanden habe. Die Skelettszintigraphie habe keine vermehrte Knochenumbau-Aktivität gezeigt. Die Knochendichtemessung habe ergeben, dass der Beschwerdeführer den linken Arm und die linke Hand seit langem normal einsetze und mehr als den rechten Arm und die rechte Hand. Diese objektiven Befunde würden daher das Ausmass der Beschwerden nur zu einem kleinen Teil erklären (S. 55 oben). Diskrepant zur Angabe, er lenke sein Auto für kurze Strecken selbst, sei die gezeigte maximale Handkraft von links 12 % der Norm (rechts 99 %). Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Ursache für eine fast fehlende Handkraft links. Hier habe bei der Messung sicher eine Selbstlimitierung bestanden (S. 55 unten; vgl. zu den Diskrepanzen auch S. 64 Ziff. V.1).

Zum natürlichen Kausalzusammenhang machte Dr. A.____ folgende Angaben (S. 66): Die kurzstreckige Ruptur der Supraspinatus -Sehne links von etwa 2

mm sowie die begleitende Sehnenausdünnung von etwa 15 mm stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 11.

April 2014. Aufgrund der Ruptur der Supraspinatus -Sehne mit zweimaliger Arthroskopie bestehe eine dauerhafte verminderte Belastbarkeit des linken Schultergelenkes. Er benötige daher eine schulterschonende Tätigkeit und könne maximal Lasten bis zu 12.5 kg hantieren. Die deutlich eingeschränkte Beweglichkeit und die weitgehende Funktionsunfähigkeit des linken Schultergelenkes könne durch die objektiven Befunde nicht erklärt werden. Diese seien daher nicht eine Folge des Unfalles.

Dr. A.____ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52 Ziff.

9.2): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden des linken Schultergelenks nach Unf all am 11. April 2014 mit Kontusion der linken Schulter mit kurzstreckiger

trans muraler

Supraspinatus -Ruptur (2 mm) und begleitende Sehnenatrophie von etwa 15 mm Länge - verminderte Belastbarkeit der HWS , aktuell ohne Beschwerden Sofern der Beschwerdeführer bei seiner bisherigen Tätigkeit als Sicherheitsange stellter keine Lasten über 12.5 kg hantieren müsse, entspreche diese eine angepassten Tätigkeit und sei ihm zu 100 % zumutbar (S. 56 f.).

E. 3.6

Aufgrund des diagnostizierten myofaszialen Schmerzsyndroms der linken Schulter wurde dem Beschwerdeführer von Dr. med. D.____ , praktischer Arzt, Sportmedizin C.____ Klinik, bis zum 31. Januar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert , wobei auch mittelfristig aufgrund des komplexen Schmerzzenarios nicht mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen sei. Es sei eine zunehmende psychophysische Erschöpfung zu sehen (Bericht vom 22. Dezember 2016, Urk. 14/ M 38 S. 2 ; vgl. auch Schreiben vom 28. Februar 2017, Urk. 14/M 40).

E. 3.7

Aus dem Bericht zur Verlaufskontrolle vom 11. Januar 2017 der C.____ Klinik (Urk. 14/M39) geht hervor, dass weder durch die durchgeführte Neuraltherapie noch durch die angepasste Schmerzmedikation eine Änderung des Beschwerdebildes eingetreten sei. Die Ursache der Beschwerden sei weiterhin völlig unklar. Aus orthopädischer Sicht gebe es keinerlei chirurgische Möglichkeiten, das Beschwerdebild zu beeinflussen. Es sei eine schmerztherapeutische Herangehensweise in einem stationären Setting mit begleitender psychologischer Betreuung zu empfehlen.

E. 3.8

Am 14. Juni 2018 nahm der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Stellung (Urk. 14/M41). Dr. E.____

hielt fest , nach der MRI-Untersuchung vom 18. September 2015 (vgl. Urk. 14/M20) und der Re-Arthroskopie vom 15. Oktober 2015 (vgl. Urk. 14/M21) seien übereinstimmende Befunde einer suffizienten Sehnenheilung (-kontinuität) der Rotatorenmanschette bekannt. Die Voraussetzungen für eine muskuläre Rehabilitation innerhalb weniger Monate wären offensichtlich gewesen. Bei der Narkoseuntersuchung vom 15. Oktober 2015 sei die Schulter als passiv nicht bewegungseingeschränkt erschienen, aspektmässig habe sich im Schultergelenk selber keine entzündliche oder adhäsive Manifestation gezeigt, so dass die Hypothese einer retraktiven

Capsulitis (Frozen

shoulder) zu Recht wieder verworfen worden sei. Es sei nicht gelungen, ein mechanisches Hindernis oder irgendwelche Traumafolgen zu dokumentieren. Ein radikuläres Syndrom aus der HWS habe nicht eindeutig verifiziert werden können, was aber ohnehin nicht unfallbedingt zu werten gewesen wäre. Somit sei das zum Zeitpunkt der rheumatologischen-psychiatrischen Begutachtung gezeigte funktionelle Schadensbild nicht mit objektivierbaren organischen Befunden vereinbar und erklärbar gewesen. Es habe somit

im somatischen Verständnis eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden bestanden (Ziff. 2.1).

Mit Bezug auf den Schadensmechanismus vom 11. April 2014 gebe es keine unfallkausalen Einschränkungen (Ziff. 2.4).

E. 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Fonti

E. 4.1

Zur Frage der vorliegend strittigen Unfallkausalität erfolgte eine Beurteilung durch Dr. A.____ und Dr. E.____. Beide Ärzte legten schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb spätestens die über den 31. Dezember 2016 hinaus anhaltenden Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu werten sind.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers

(vgl. Urk. 1 S. 11 Ziff. 5.3) entspricht das bei Dr. A.____

von der Invalidenversicherung unter Mitbeteiligung der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten den erforderlichen Kriterien (vorstehend E. 1.3). Da die spezifisch unfallversicherungsrechtlich relevanten Themen des natürlichen Kausalzusammenhangs und des Integritätsschadens behandelt wurden (vgl. Urk. 14/M37/1 S. 66 f.), ist das Gutachten insbesondere auch für die vorliegende Streitigkeit beweiskräftig.

Dr. A.____ führte aus, die vom Beschwerdeführer geklagte eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter beziehungsweise des linken Armes sowie die weitgehende Funktionsunfähigkeit könnten durch die objektiven Befunde nicht erklärt werden und seien nicht unfallkausal (vorstehend E. 3.5). Die Berichte der Ärzte der C.____ Klinik vermögen diese Beurteilung nicht in Frage zu stellen: Auch aus deren Berichten geht hervor, dass eine kausale Beteiligung der HWS zu verneinen ist und die Beschwerden weder aus orthopädischer noch aus neurologischer Sicht erklärbar seien. Dies gilt auch für den Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, G.____, vom 16. Oktober 2018 (Urk. 26). Sodann zeigte sich in Narkose eine weitgehend freie Beweglichkeit der Schulter, was gegen eine mechanische Problematik spreche

(vgl. vorstehend E. 3.3-4 und E. 3.7). Da weder die Armumfänge rechts und links wesentlich differierten, noch eine passive Beweglichkeitsprüfung zugelassen wurde und die Knochendichtemessung links sogar besser ausfiel als rechts (vgl. vorstehend E. 3.5), ist

die vom Beschwerdeführer gezeigte erhebliche Einschränkung des linken Armes fragwürdig. Die vom behandelnden Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, angeführte Argumentation, in Narkose sei die Schmerzempfindung ausgeschaltet, weshalb aufgrund der unter diesen Umständen möglichen Schulterbeweglichkeit nicht auf eine fehlende Unfallkausalität geschlossen werden könne (vgl. Urk. 9/1 S. 2), vermag nicht zu überzeugen. Er verkennt einerseits die übrigen zuvor genannten Umstände und vermag auch keine objektivierbaren Befunde aufzuzeigen, welche für eine Unfallkausalität der Beschwerden sprechen würden. Die von ihm diagnostizierte Frozen

shoulder

wurde bereits früher in Erwägung gezogen, habe sich aber nicht bestätigt (vgl. vorstehend E. 3.8). Die von ihm kundgetane Kritik am Gutachten von Dr. A.____ vermag dieses somit nicht in Zweifel zu ziehen. Auf das Gutachten von Dr. A.____ ist daher abzustellen.

E. 4.2

Auch die Darlegung des Beschwerdeführers, wonach vor diesem Ereignis keinerlei Beschwerden an der Schulter bestanden hätten (vgl. Urk. 1 S. 10 Ziff. 4.2.6), vermag nicht zu überzeugen. Damit folgt er der Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », wonach eine gesundheitliche Schädigung schon deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_355/2018 vom 29. Juni 2018 E. 3.2).

E. 4.3

Der Beschwerdeführer beanstandete, es handle sich vorliegend um eine rein orthopädisch-neurologische Problematik. Es sei nicht ersichtlich, weshalb Dr. A.____ als Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation in der Lage sein solle, die Frage der Unfallkausalität zu beurteilen (Urk. 1 S. 11 Ziff. 5.3). Zuerst ist darauf hinzuweisen, dass Dr. A.____ Fachärztin für Rheumatologie ist. Sodann sind die Orthopädie und die Rheumatologie einander verwandte Fachgebiete, die sich zu einem gewichtigen Teil überschneiden und ergänzen. Weshalb nur ein Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und nicht auch eine Rheumatologin die Beschwerden des Beschwerdeführers beurteilen können soll, ist nicht nachvollziehbar, bilden doch (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.1). Indem der beigezogene beratende Arzt Dr. E.____ eine orthopädische Facharztbildung vorweist, wurden vorliegend ohnehin sämtliche Fachgebiete abgedeckt (vgl. vorstehend E. 3.8).

E. 4.4

Dr. E.____ führte aus, wenige Tage nach dem Unfall sei ein MRI der Schulter durchgeführt worden. Das Fehlen jeglicher osteochondraler Kontusionszeichen an der Rotatorenmanschette und von Bandläsionen spreche gegen eine hohe Traumataenergie und gegen eine heftige exzentrische Krafteinwirkung. Die Bezeichnung einer Partialruptur präjudiziere ungeschickterweise eine Traumarelevanz. Man könne diesen Veränderungen nicht ansehen, dass sie traumatisch entstanden seien. Aus dem morphologischen Schadensbild könne keine relevante frische Schädigung am linken Schultergelenk erkannt

werden, welche als Folge des Ereignisses vom April 2014 verstanden werden könne (Urk. 14/M41 Ziff. 2.2 «das morphologische Schadensbild»). Auch Dr. E.____ stellte fest, es würden erhebliche Diskrepanzen zwischen den dokumentierbaren Schädigungsmerkmalen an der linken Schulter und dem Schweregrad der Invalidisierung der funktionellen Gebrauchsfähigkeit der linken Schulter bestehen (Urk. 14/M41 Ziff. 2.2 «das funktionelle Schadensbild»). Gestützt auf diese Ausführungen von Dr. E.____ sowie die Darlegungen von Dr. A.____ und den Ärzten der C.____ Klinik sowie der G.____ (Urk. 26) , welche allesamt von aus somatischen Gründen nicht erklärbaren Beschwerden ausgehen (vgl. vorstehend E. 4.1), ist die fehlende Unfallkausalität der über den 31. Dezember 2016 anhaltenden Beschwerden plausibel und nachvollziehbar.

E. 4.5

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht per 31. Dezember 2016 verneinte, da die darüber hinaus andauernden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht kausal auf das Ereignis vom April 2014 zurückzuführen sind. Da von weiteren Abklärungen keine massgeblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von der beschwerdeweise beantragten Anordnung eines Gutachtens abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, BGE 122 V 157 E. 1d).

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk.

2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - AXA Versicherungen AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 25+26 - Bundesamt für Gesundheit

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