

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00279

vom 6. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00279

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00279 du 6 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00279 del 6 maggio 2022

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) wer den soweit das Gesetz nichts anders bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 1.2

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 unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche 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).

E. 1.3

). 3.5.3

Wie sich aus den Erwägungen hiervor ergibt (E. 3.2-3.4), hat die Beschwerdegegnerin den entscheidungswesentlichen Sachverhalt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5 ff.) genügend abgeklärt und ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht verletzt.

Von weiteren Beweismassnahmen, insbesondere von der beantragten Begutachtung (Urk. 1 S. 5), sind keine neuen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2). 3.6

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 (Urk. 2) ist somit rechtmässig. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Karl Gehler - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

E. 1.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer

versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. November

2020 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen ab dem 1. Dezember 2019 weiterhin auszurichten, und es sei eine Begutachtung bezüglich seiner Beschwerden in der rechten Schulter durchzuführen; eventualiter sei die Streitsache zur Ergänzung des Sachverhaltes (Gutachten) und zur Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung des angefochtenen Einspracheentscheid aus, gemäss den Stellungnahmen der Kreisärzte Dr. E.____ und med. pract. D.____ erscheine die diagnostizierte Frozen

Shoulder

(Schultersteife) aufgrund der fehlenden strukturellen Läsionen nach dem Unfallereignis vom 5. März 2019 möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Unfallfolgen hätten spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis vom 5. März 2019 keine Rolle mehr im Beschwerdebild des Beschwerdeführers gespielt. Auch die behandelnden Ärzte der Klinik A.____ hätten festgehalten, dass sie keinen Hinweis auf eine strukturelle Läsion im Bereich der Schulter nach dem Sturz vom März 2019 gesehen hätten, die Schmerzen schwierig einzuordnen gewesen seien, kein Kapselmuster vorhanden sei und eine nach dem Unfall aufgetretene Bewegungseinschränkung bis zur Kontrolle am 10. Oktober 2019 bestanden habe. Der behandelnde Arzt der Klinik A.____,

F.____,

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssapparates, gehe in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2020 (Urk. 8/78) sinngemäss spätestens per 10. Oktober 2019 von einem Status quo sine aus. Begründete abweichende ärztliche Beurteilungen seien nicht vorhanden. Es sei daher davon auszugehen, dass spätestens im Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. November 2019 der Status quo sine erreicht gewesen sei und keine Unfallfolgen mehr bestanden hätten (Urk. 2 S. 3 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, er leide nach wie vor an rechtsseitigen Schulterbeschwerden, die auf den Unfall vom 5. März 2019 zurückzuführen seien. Jedenfalls aber sei die kurzfristige Einstellung der Leistungen nach dem Unfallereignis rechtswidrig, da er sich auf eine solche Veränderung nicht einstellen könne. Auch

wenn mit den nach dem Unfall erstellten MRT vom 7. März und 11. Juli 2019 keine neu aufgetretenen Läsionen festgestellt worden seien, seien seine Beschwerden aufgrund der bildgebend festgestellten Schädigungen doch somatisch nachvollziehbar. Die Klinik A.____ habe zudem mehrfach festgestellt, dass eine Frozen

Shoulder vorliege, die durch das Unfallereignis ausgelöst worden sei. Diese Diagnose erkläre seine Beschwerden. Sie lasse sich nebst der Verursachung durch den Unfall dadurch erklären, dass er nur rund fünf Monate vor dem Unfall an der rechten Schulter operiert worden sei und an Diabetes mellitus leide. Dass durch das Unfallereignis eine sekundäre Frozen

Shoulder ausgelöst worden sei, habe auch der Oberarzt F.____

der Klinik A.____ in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2020 (Urk. 8/78) festgestellt. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, der S tatus quo sine sei im Herbst 2019 eingetreten, sei entsprechend aktenwidrig. Die Behauptung der Ärzte der Beschwerdegegnerin, die Frozen

Shoulder könne zwar vorliegen, sei aber nur mit möglicher Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 5. März 2019 zurück zuführen, werde bestritten. Eine Frozen

Shoulder könne durchaus durch das Unfallereignis ausgelöst werden, sei es direkt und vollständig dadurch, sei es im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus und/oder mit der fünf Monate vor dem Unfall durchgeführten Operation. Die Beschwerdegegnerin bleibe auch dann leistungspflichtig, wenn es sich beim Unfallereignis um eine Teilersache handle; ohne den Unfall hätte er die heutigen Beschwerden an der rechten Schulter nicht. Der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang sei gegeben. Denn aufgrund des Verlaufs nach der Operation im Herbst 2019 (richtig: 2018; Urk. 8/54) sei nicht anzunehmen, dass sich auch ohne Unfall vom 5. März 2019 das Beschwerdebild einer Frozen

Shoulder entwickelt hätte. Zumindest sei die gegen teilige Behauptung mit nichts ausgewiesen, was dazu führen müsse, dass die Beschwerdegegnerin weiterhin leistungspflichtig sei. Die Behauptungen der Beschwerdegegnerin, seine heutigen Beschwerden seien nicht mehr unfallkausal und der S tatus quo sine sei spätestens am 5. September 2019 eingetreten, würden sich auf zwei unsubstantiierte und nicht begründete Meinungen ihrer eigenen Ärzte stützen und seien

damit nicht gehörig bewiesen. Insbesondere ergebe sich aus den vorliegenden Unterlagen nicht, woraus die Beschwerdegegnerin genau ableite, dass nach gerade mal sechs Monaten keine Leistungen mehr geschuldet sein sollten. Der klaren Feststellung, dass eine durch den Unfall verursachte Frozen

Shoulder vorliege, stehe lediglich eine nur spärlich bis gar nicht begründete Behauptung gegenüber, dass diese nicht durch den Unfall verursacht worden sei. Eine solche Annahme könne aber erst getroffen werden, wenn keine erheblichen Zweifel mehr bestünden und von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse mehr erwartet werden könnten. Gerade auch letzteres treffe hier nicht zu, da noch nie eine umfassende gutachterliche Abklärung der Schulter stattgefunden habe. Die Beschwerdegegnerin habe daher ihre Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt

(Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 2.3.1

Unstrittig und ausgewiesen ist, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 5. März 2019 ein Hyperextensionstrauma an der rechten Schulter zugezogen hat

und dass die rechte Schulter rund fünf Monate vor diesem Ereignis, am 2. Oktober 2018, mittels einer Arthroskopie operiert worden war (Urk. 8/19/1).

Zum H ergang des Unfalls vom 5. März 2019 gab der Beschwerdeführer gemäss dem Rapport vom 8. August 2019 an, er sei bei der Arbeit in die Schräglage geraten und dabei mit den Füßen nach hinten weggerutscht. Hierbei sei er mit dem ausgestreckten Arm auf eine Transportrolle der Maschine gefallen, neben welcher er seitlich gestanden habe und auf welcher er einen zirka 10

Meter langen, 160 Zentimeter breiten und 60 Zentimeter hohen Schaumstoffblock mit dem rechten ausgestreckten Arm sowie mit dem vollen Körpergewicht auf der Maschine habe verschieben wollen. Als er sich mit dem rechten ausgestreckten Arm habe abstützen wollen, habe er einen stechenden, einschliessenden Schmerz im rechten Schultergelenk verspürt und es sei sofort eine eingeschränkte Beweglichkeit spürbar gewesen (Urk. 8/33/1-2).

E. 2.3.2

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für die gesundheitlichen Folgen dieses Unfalls bis sechs Monate nach dem Unfall und längstens bis zur Einstellung ihrer Leistungen per 30. November 2019 (Urk. 2 S. 4). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen bei der Beschwerdegegnerin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_895/2010 vom 1. Februar 2011 E. 5.1 mit Hinweis).

Vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde und nicht strittig ist, dass die Beschwerdegegnerin allein die durch den Unfall verschlimmerten

somatischen Beschwerden an der rechten Schulter und nicht auch die nach dem Unfall behandelten psychischen Beschwerden (Urk. 8/44) als Unfallfolgen anerkannte.

Davon, dass die psychischen Beschwerden keine Unfallfolgen sind und hierfür keine Leistungspflicht besteht, ist auszugehen. Dies gilt insbesondere schon deshalb, weil es sich bei einem gewöhnlichen Sturz oder einem einfachen Ausrutschen -

wie beim Ereignis vom 30. November 2019 -

um einen leichten Unfall handelt, bei welchen

der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen rechtsprechungsgemäss in der Regel - wie auch hier - ohne Weiteres verneint werden kann. Denn bei einem solchen Unfall darf

aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse ohne aufwendige Abklärungen im psychischen Bereich davon ausgegangen werden, dass er nicht geeignet ist, einen erheblichen psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

E. 2.3.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine über den 30. November 2019 hinausgehende Leistungspflicht zu Recht verneint hat.

Zur Frage steht dabei, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Restbeschwerden an der rechten Schulter und dem Unfallereignis vom 5. März 2019 am 30. November 2019 dahingefallen ist, weil der Gesundheitsschaden an der rechten Schulter ab dann nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhte, so dass keine weiteren unfallversicherungsrechtlichen Leistungen mehr geschuldet sind. Dies wäre zu bejahen, wenn ab dem 30. November 2019 wieder derjenige Gesundheitszustand vorlag, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestand (Status quo ante), oder wenn ein Gesundheitszustand eingetreten ist, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine).

Zu klären ist insbesondere auch, ob durch den Unfall vom 5. März 2019 mit dem hier geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Frozen

Shoulder

(Capsulitis , Schultersteife) an der rechten Schulter verursacht worden ist, welche über den 30. November 2019 hinaus eine richtunggebende Verschlimmerung gegenüber dem krankhaften Vorzustand respektive gegenüber dessen schicksalsmässigen Verlauf darstellt.
3. 3.1 3.1.1

Den medizinischen Akten ist zum relevanten Sachverhalt das Folgende zu entnehmen:

Vor der Operation der rechten Schulter vom 2. Oktober 2018 (Urk. 8/8/1) und damit auch vor dem Unfall vom 5. März 2019 war am 4. April 2018 eine MR- Arthrographie der rechten Schulter durchgeführt worden. Laut dem Bericht des Medizinischen Radiologischen Instituts vom 4. April 2018 ergab diese eine geringe Reizung des AC-Gelenkes bei leichter Arthrose, eine leichte Reizung der Bursa subacromialis / subdeltoidea, eine flächige gelenkseitige Partialläsion der Supraspinatussehne

anterior bei Tendinopathie sämtlicher Rotatorenmanschetten-Sehnen und bei unauffälliger Rotatorenmanschetten-Muskulatur, einen Verdacht auf eine SLAP-II-Läsion am Bizepssehnenanker

posterior sowie eine Chondropathie

glenoidal

anterior (Urk. 8/15).

Bei der Operation der rechten Schulter vom 2. Oktober 2018 wurde mittels einer Arthroskopie eine subpektorale Tenodese der langen Bizepssehne (LBS), ein Débridement, eine Acromioplastik und eine Acromioclaviculär-(AC-)Gelenkresektion vorgenommen. Dieser Eingriff war aufgrund des Status nach symptomatischer AC-Gelenkarthrose, lateraler Pulley-Läsion mit gelenkseitiger PASTA-Läsion (partial articular

supraspinatus

tendon

avulsion) Typ Ellman I, Subscapularis-Sehnenoberrand-Partialläsion Typ Lafosse I bis II und subacromialem

Impingement durchgeführt worden (Bericht der Klinik A.____ vom 7. März 2019; Urk. 8/19/1) .

Zwei Tage nach dem Unfall vom 5. März 2019 erklärte der Beschwerdeführer g emäss dem Konsultationsbericht der Orthopädie der Klinik A.____ vom 7. März 2019, er sei nach dem operativen Eingriff vom 2. Oktober 2018 gut mit der rechten Schulter zurechtgekommen und habe seinem Beruf als Maschinist zu 100 % nachkommen können. Seit dem Unfall vom 5. März

2019 habe er wieder starke Schmerzen im Bereich der rechten Schulter bei Bewegung und nachts und es sei ihm eine deutliche Einschränkung des Bewegungsumfanges aufgefallen. Im Konsultationsbericht wurde weiter festgehalten, mittels MR- Arthrographie der rechten Schulter vom 7. März 2019 habe ein relevanter, struktureller Schaden ausgeschlossen werden können. Die angegebenen Beschwerden seien am ehesten im Rahmen des frischen Hyperextensions-Traumas, differentialdiagnostisch einer Bursitis subacromialis zu werten (Urk. 8/19).

Im Bericht des Medizinischen Radiologischen Instituts vom 7.

März 2019 wurde zur Beurteilung des Magnetresonanz-(MR-) Arthrographie -Befundes der rechten Schulter festgehalten, es liege im Vergleich zur letzten Voruntersuchung vom 4. April 2018 zwischenzeitlich der Status nach distaler Tenodese der Bizepssehne , eine stationäre Tendinose der distalen Supraspinatussehne mit abgrenzbaren Einrissen , aber ohne eine transmurale Läsion und mit unauffälliger Darstellung der Muskulatur sowie eine unverändert leichtgradige Degeneration im AC-Gelenk ohne signifikante Aktivierungszeichen und vermehrte Flüssigkeit in der Bursa subacromialis vor (Urk. 8/16).

Anlässlich der Konsultation in der Orthopädie der Klinik A.____

vom 24. April 2019 zeigte sich gemäss dem Bericht gleichen Datums ein positives Ansprechen auf eine subacromiale Infiltration. Weiterhin hätten jedoch noch deutliche schmerzhafteste Einschränkungen bei fast allen endgradigen Bewegungen bestanden, sodass vermutlich auch eine Kapselreizung weiterhin zum Schmerzgeschehen beitrage. Zudem würden sich multiple muskuläre Befunde ausmachen lassen (Urk. 8/17/1).

Am 11. Juli 2019 wurde in der Radiologie der Universitätsklinik G.____ eine weitere Arthro-Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter durchgeführt. Sie ergab laut dem am selben Tag verfassten Bericht einen im Vergleich zum MRT vom 7. März 2019 stationären Befund bei Status nach Schulterarthroskopie. Die kleinen Partialrupturen am Ansatz der Rotatorenmanschettensehnen (vorbestehende kleine Partialrupturen am Ansatz der Supraspinatussehne , der Infraspinatussehne und am Oberrand der Subscapularissehne) könnten aufgrund der geringen Ausprägung einem Restbefund nach Débridement dieser Sehnen entsprechen und seien stationär zur Voruntersuchung vom 7. März 2019. Es sei keine neu aufgetretene Läsion und kein Hinweis auf einen Reizzustand abgebildet (Urk. 8/40) .

Gemäss dem Bericht der Schulter- und Ellbogenchirurgie der Klinik A.____ vom 5. August 2019 traten im Verlauf nach dem Sturz auf den ausgestreckten (rechten) Arm von Mitte März 2019 zunehmende bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und auch eine leichte Bewegungseinschränkung auf. Am heutigen Tag (5. August 2019)

sei die Arbeit zu 100 % wieder

auf genommen worden, dies jedoch im körperlich schweren Beruf nur unter starken Schmerzen. Neben den bekannten Diagnosen zum vorbestehenden Beschwerde bild sei aktuell die Diagnose R etrauma am 19. März 201

E. 6

. Januar 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 7

S. 2) , was dem Beschwerdeführer am 15. Januar 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7.1

mit Hinweisen zu Art.

6 ATSG ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts U 301/02 vom 1. Oktober 2003 E.

E. 9

mit Sturz auf den ausgestreckten Arm mit mässiger Frozen

Shoulder gestellt worden und als Nebendiagnose jene eines Diabetes mellitus

II. Das aktualisierte Arthro -MRT vom 11. Juli 2019 habe keine neuen deutlichen strukturellen Schäden gezeigt. Klinisch werde am ehesten das Bild einer mässigen Schultersteife gesehen

(Urk. 8/37/1-2).

Aus dem Bericht der Schulter- und Ellbogenchirurgie der Klinik A.____ vom 22. August 2019 geht hervor, dass nach einer glenohumeralen Infiltration keinerlei Schmerzbesserung eingetreten sei . Insgesamt habe sich ein sehr diffuser Schmerz, mal dorsal, mal ventral gezeigt. Auch das resezierte AC-Gelenk habe weiterhin eine Druckdolenz gezeigt. Aus therapeutischer Sicht sei man aktuell etwas ratlos bei fehlendem neuen strukturellen Schaden und diffuser Klinik. Aktuell seien keine Kontrollen geplant (Urk. 8/38/1-2).

Laut dem

Bericht der Schulter- und Ellbogenchirurgie der Klinik A.____ vom 10. Oktober 2019 wurde der Beschwerdeführer nach einem abgebrochenen Arbeitsversuch vom Hausarzt erneut zugewiesen. Es habe ein ähnlicher Befund wie in der Voruntersuchung mit sehr variablem Schmerz mal posterior , mal in den ventralen Oberarm entlang, sowohl als Druckschmerz, als auch bei Bewegung, bestanden. Ein Kapselmuster habe nicht festgestellt werden können. Weiterhin habe eine leicht schmerzhaft, jedoch gute Kraftentwicklung in Abduktion bestanden. Der Spurling -Test sei negativ ausgefallen. Nach erneuter Konsultation des gesamten Bildmaterials und auch der letzten MRT-Untersuchung nach dem Sturz im März 2019 sei kein Hinweis für eine strukturelle Läsion im Bereich der Schulter auszumachen. Die Schmerzen mit Ausstrahlung bis in die Hand seien sehr schwierig einzuordnen. Am ehesten seien sie wohl teilweise myofaszial bedingt. Hinweise für eine radikuläre Genese gebe es nicht (Urk. 8/54/1-2). 3.1.2

Von den Kreisärzten wurde dazu wie folgt Stellung genommen :

Die Kreisärztin med. pract . D.____ hatte am 3. Juni 2019 erklärt, es sei von einer Retraumatisierung der operierten rechten Schulter auszugehen, insofern seien die Beschwerden unfallkausal. Im MRT hätten keine traumatischen Läsionen nachgewiesen werden können, insofern sei eher von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen (Urk. 8/20/1).

Zur Frage, ob aus medizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch Unfallfolgen vorliegen würden,

führte der Kreisarzt Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 23. September 2019 aus, die Situation sei ziemlich komplex, da zwischen dem 4. April 2018 und dem 7. März 2019 eine Operation durchgeführt worden sei. Das Acromioclaviculargelenk sei dadurch gespreizt und stets gereizt. Zwischen dem 7. März und 11. Juli 2019 gebe es lediglich eine leichte

Regredienz der Flüssigkeit in der Bursa subacromialis und im AC-Gelenk sowie eine Regredienz der ödemartigen Knochenmarkveränderungen Acromion und Clavicula (Urk. 8/50/1). Die Kreisärztin

med. pract . D.____

hielt am 25.

September 2019 zu derselben Frage fest, Unfallfolgen lägen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor. Denn sowohl im MRT vom 7. März 2019 als auch im Verlaufs-MRT vom 11.

Juli 2019 seien weiterhin keine traumatischen Läsionen nachgewiesen worden. Die radiologischen Befunde seien nochmals mit dem Radiologen Dr. C.____ besprochen worden und es hätten keine strukturellen Läsionen, welche auf das Unfallereignis vom 5. März 2019 zurückzuführen wären, festgestellt werden können. In den Berichten der Klinik A.____ sei eine mässige Frozen

Shoulder angegeben worden. Bei vorliegendem Diabetes mellitus und fehlenden frischen strukturellen Läsionen sei diese Diagnose nur mit möglicher Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 5. März 2019 zurückzuführen (Urk. 8/50/2). Am 22. Oktober 2019 erklärte die Kreisärztin med. pract . D.____ auf die Anschlussfrage, seit wann Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden, dies sei spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis der Fall (Urk. 8/52/1).

In der ärztlichen Beurteilung vom 14. November

2019 schlossen der Kreisarzt Dr. E.____ und die Kreisärztin med. pract . D.____

ebenfalls darauf, dass mit den nach dem Unfall vom 5. März 2019 erstellten MR-Arthrographien der rechten Schulter vom 7. März und vom 11. Juli 2019 je keine traumatischen Läsionen hätten nachgewiesen werden können. Die behandelnden Ärzte der Klinik A.____ seien von einer Re-Traumatisierung der rechten Schulter bei Hyperextensionstrauma ausgegangen. Auch nach der Besprechung der bildgebenden und klinischen Befunde mit dem leitenden Arzt seien laut dem Bericht der Klinik A.____ vom 10. Oktober 2019 keine Hinweise für eine strukturelle Läsion im Bereich der Schulter festgestellt worden. Die Besprechung mit dem kreisärztlichen Radiologen Dr. C.____ habe ebenfalls ergeben, dass zwischen dem MR-Arthrogramm vom 4. April 2018 und dem 7. März 2019 ausser den postoperativen Veränderungen keine wesentlichen

Befundveränderungen vorliegen würden. Ab August 2019 seien die weiterhin bestehenden Beschwerden vom behandelnden Orthopäden der Klinik A.____ als mässige Frozen

Shoulder interpretiert worden. Der aktive Bewegungsumfang vom 5. August 2019 mit «Flexion 130°, Abduktion 100°, tiefe Aussenrotation 45°, tiefe Innenrotation ISG» sei im Verlauf ohne wesentliche Veränderung dokumentiert worden. Ob bei diesem klinischen Befund tatsächlich eine Frozen

Shoulder vorliege, könne diskutiert werden, auch MR-tomographisch hätten sich keinerlei Hinweise für einen Verdacht auf eine Frozen

Shoulder gezeigt. Eine (primäre) Frozen

Shoulder könne idiopathisch oder in Verbindung mit anderen Erkrankungen entstehen. Bei Diabetes mellitus, welche r im aktuellen Fall auch vorliege, werde von einer höheren Prävalenz im Vergleich mit der gesamten Population ausgegangen. Eine (sekundäre) Frozen

Shoulder könne auch posttraumatisch auftreten. Aufgrund der fehlenden strukturellen Läsionen nach dem Unfallereignis vom 5. März 2019 erscheine die diagnostizierte Frozen

Shoulder möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Insofern sei nach dem Unfallereignis vom 5. März 2019 von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen. Spätestens sechs Monate nach dem Unfall würden Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr spielen (Urk. 8/59/3 -4). 3.1.3

Mit E-Mail vom 25. Februar 2020 führte der Oberarzt F.____ von der Klinik A.____

zu Fragen der damaligen Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aus, es sei zur Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit gekommen (glenohumerale Abduktion 70°), die vor dem Unfall nicht bestanden habe, es habe zuvor gemäss dem Bericht von Dr.

med. H.____, Oberarzt der Orthopädie Obere Extremitäten der Klinik A.____, vom 30. Januar 2019 eine freie Schulterfunktion bestanden, so dass aus ihrer Sicht, jener der behandelnden Ärzte der Klinik A.____, eine sekundäre Frozen

Shoulder durch das Unfallereignis vorliege. Vor dem Unfallereignis vom 5. März 2019 hätten Restbeschwerden nach erfolgter Operation bestanden, welche mittels glenohumeraler

Infiltration zum Teil hätten verbessert werden können und zum Teil als muskuläre Restbeschwerden beschrieben worden seien. Eine eingeschränkte Beweglichkeit (sowohl aktiv, wie auch passiv) mit wenig Ansprechen auf die durchgeführte subacromiale Infiltration und eine bereits am 24. April 2019 im Bericht von Dr. H.____ beschriebene Kapselreizung seien durch das Unfallgeschehen aufgetreten. In der Folge habe diese leichte, jedoch vorhandene Bewegungseinschränkung bis zur Kontrolle in der Klinik A.____ vom 10. Oktober 2019 bestanden, bei welcher in der Untersuchung kein Kapselmuster (eingeschränkte passive tiefe Aussenrotation und glenohumerale Abduktion) mehr vorhanden gewesen sei, nachdem am 7. August 2019 eine glenohumerale Infiltration durchgeführt worden sei (Urk. 8/78/5). 3.2.3.2.1

Die kreisärztlichen Stellungnahmen sind in sich stimmig und die gezogenen Schlussfolgerungen sind vor dem Hintergrund der übrigen Aktenlage nachvollziehbar begründet. Insbesondere hat die Beschwerdeführerin

im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 3 f.) gestützt darauf zu Recht als erwiesen erachtet, dass durch den Unfall vom 5. März 2019 keine strukturellen traumatischen Läsionen im Bereich der betroffenen rechten Schulter verursacht wurden, wie dies auch in der kreisärztlichen Beurteilung vom 14. November 2019 (Urk. 8/59/3-4) unter Bezugnahme auf die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte und die bildgebenden MRT-Befunde zutreffend ausgeführt wurde.

3.2.2

Auch der Beschwerdeführer räumt ein, dass die MRT vom 7. März und 11. Juli 2019 (Urk. 8/16, Urk.

8/40) keine neu aufgetretenen Läsionen ergaben (Urk. 1 S. 4). Der Einwand, dass seine Beschwerden dennoch somatisch nachvollziehbar seien, da kleine Partialrupturen am Ansatz der Rotatorenmanschettensehne, gleichzeitig eine stationäre Tendinose der distalen Supraspinatussehne und ein Status nach

distaler

Tendinose

(richtig: Tenodese; Urk. 8/16) der Bizepssehne, eine leichtgradige Degeneration des AC-Gelenks sowie vermehrt Flüssigkeit in der Bursa subacromialis festgestellt worden seien (Urk. 1 S. 4), ist in Bezug auf die Frage der natürlichen Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 5. März 2019 sowie deren Aufhebung (Status sine quo vel ante) nicht stichhaltig.

Denn diese bildgebenden Befunde (Urk. 8/16) sind nicht neu aufgetreten und nicht unfallbedingt, sondern entsprechen nach übereinstimmender ärztlicher Einschätzung postoperativen Veränderungen respektive dem Vorzustand an der rechten Schulter nach der Operation vom 2. Oktober 2018 (Urk. 8/19). Dies ergibt sich schon aus dem MRT-Bericht vom 7. März 2019 selbst, wo im Vergleich zum Zustand vor dem Unfall (Voruntersuchung vom 4. April 2018) von einer stationären, mithin unveränderten Tendinose der distalen Supraspinatussehne und einer unverändert leichtgradigen AC-Gelenksdegeneration gesprochen wurde (Urk. 8/16). Ausserdem wurde im Bericht der Radiologie der Universitätsklinik G.____ vom 11. Juli 2019 festgehalten, dass die kleinen Partialrupturen am Ansatz der Rotatorenmanschettensehnen (vorbestehende kleine Partialrupturen am Ansatz der Supraspinatussehne, der Infraspinatussehne und am Oberrand der Subscapularissehne) aufgrund der geringen Ausprägung einem Restbefund nach Débridement dieser Sehnen, mithin einem Restbefund des operativen Eingriffs und nicht etwa des beim Unfall erlittenen Hyperextensionstraumas, entsprechen würden (Urk. 8/40). Gemäss dem ersten, dem Unfall vom 5. März 2019 folgenden Bericht der Klinik A.____ vom 7. März 2019 kamen die behandelnden Ärzte zum Schluss, dass die angegebenen Beschwerden am ehesten im Rahmen des frischen Hyperextensions-Traumas und lediglich differentialdiagnostisch im Rahmen einer Bursitis subacromialis zu werten seien (Urk. 8/19/2).

Im Arthro-MRT der rechten Schulter vom 11. Juli 2019 wurde eine Bursitis subacromialis-subdeltoidea bei Status nach Bursektomie schliesslich ausgeschlossen (Urk. 8/40, Urk. 8/37/2).

Dass das am 5. März 2019

erlittene Hyperextensions-Trauma zunächst Beschwerden verursacht, wurde von der Beschwerdeführerin denn auch anerkannt. Dieses führte indes nachweislich zu keinen neuen strukturellen Läsionen. Daher besteht keine Unfallkausalität, soweit die bildgebend festgestellten strukturellen und - wie ausgeführt - vorbestehenden Befunde an der rechten Schulter

die Beschwerden zu erklären vermögen

und

als insofern die Beschwerden «somatisch nachvollziehbar» (Urk. 1 S. 4) sind. 3.3 3.3.1

Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, die diagnostizierte Frozen

Shoulder erkläre seine Beschwerden, diese Diagnose könne durchaus vorliegen und durch das Unfallereignis ausgelöst worden sein, sei es direkt vollständig, sei es teilsächlich im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus oder der Operation (Urk. 1 S. 4 f.), ist das Folgende in Erwägung zu ziehen.

Die Diagnose einer Frozen

Shoulder wurde erstmals in der Sprechstunde in der Schulter- und Ellbogenchirurgie der Klinik A.____ vom 5. August 2019 (Urk. 8/37/1-2), mithin erst fünf Monate nach dem Unfall vom 5. März 2019 gestellt. Es ist nachvollziehbar, dass diese Diagnose in der kreisärztlichen Beurteilung vom 14. November 2019 (Urk. 8/59/4) mit Hinweis auf die Befunde zum Bewegungsumfang und bei MR-tomographisch fehlenden Hinweisen auf den Verdacht auf eine Frozen

Shoulder zumindest als diskutierbar bezeichnet wurde. Denn auf das Beschwerdebild der Frozen

Shoulder schlossen die Ärzte der Klinik A.____ beim Beschwerdeführer aufgrund der klinischen Untersuchung ohne Bezug zu den bildgebenden Befunden («Wir sehen klinisch am ehesten das Bild einer mässigen Schultersteife.»; Urk. 8/37/2). Die Pathogenese des Beschwerdebildes besteht gemäss dem Klinischen Wörterbuch Pschyrembel in einem verminderten Volumen der Gelenkkapsel mit Regression der Reserveräume bei blander

Synovialitis; im Verlauf kommt es zu Adhäsionen, Kapselkontraktur und Kapselfibrosierung (Pschyrembel, 266. Auflage 2014, S. 719). Derartige Veränderungen wurden in den Berichten der Klinik A.____ und in den Befunden der Arthro-MRT indes nicht aufgeführt. Klinisch wurde von den Ärzten der Klinik A.____ - wie in der kreisärztlichen Beurteilung vom 14. November 2019 zudem korrekt festgehalten wurde (Urk. 8/59/4) - der Befund zum aktiven Bewegungsumfang der rechten Schulter «Flexion 130°, Abduktion 100°, tiefe Aussenrotation 45°, tiefe Innenrotation ISG» erhoben (Urk. 8/37/2), was nach der ärztlichen Feststellung lediglich mässigen Schultereinschränkungen

entspricht («mässige Schultersteife», Urk. 8/37/2). Auch wurde von einer lediglich leichten Bewegungseinschränkung gesprochen (Urk. 8/37/1). Nach dem Klinischen Wörterbuch Pschyrembel handelt es sich bei der Frozen

Shoulder

jedoch um eine Bezeichnung für eine

massive aktive und passive Bewegungseinschränkung im Schultergelenk (Pschyrembel, 26. Auflage 2014, S. 719). 3.3.2

Auch im Übrigen

ist die kreisärztliche Einschätzung nachvollziehbar. Insbesondere ist schlüssig, dass die vom behandelnden Orthopäden Anfang August 2019 als

Frozen

Shoulder

interpretierte

leichte

Bewegungseinschränkung an der rechten Schulter, jedenfalls lediglich möglich erweise, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal

ist (Urk. 8/59/4). Dazu wurde in der kreisärztlichen Beurteilung vom 14. November 2019 (Urk. 8/59/4) zutreffend berücksichtigt, dass solche Bewegungseinschränkungen mit oder ohne vorangegangenes Trauma wie bei einer Schulterprellung, Schultergelenkluxation, Fraktur oder Operation (idiopathisch/primär oder traumatisch/sekundär) und auch

in Verbindung mit anderen Erkrankungen entstehen können sowie, dass unter anderem bei metabolischen Störungen eine erhöhte Inzidenz besteht (Pschyrembel, 26. Auflage 2014, S. 719). Da beim Beschwerdeführer ein Diabetes mellitus vorliegt (Urk. 8/37/1) und an seiner rechten Schulter ausserdem nur fünf Monate vor dem Unfall vom 5. März 2019 eine Operation durchgeführt worden war (Urk. 8/8/1) sowie nicht unfallbedingte kleine Partialrupturen am Ansatz der Rotatorenmanschette n Sehnen

vorlagen (Urk. 8/40), ist bei ihm bereits aufgrund dessen und unabhängig vom Unfall von einem erhöhten Risiko für den Eintritt dieses Beschwerdebildes einer solchen Bewegungseinschränkung auszugehen.

Vor diesem Hintergrund ist es dagegen nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine Frozen

Shoulder - sei es teil-, sei es vollursächlich - durch das Hyperextension-Trauma

vom 5. März 2019 eingetreten ist. Dies gilt - wie in der kreisärztlichen Beurteilung ebenfalls zutreffend berücksichtigt wurde (Urk.

8/59/4) - insbesondere auch im Hinblick darauf, dass das unfallbedingte Hyperextension-Trauma keine strukturellen Schäden an der rechten Schulter verursacht hat und nicht besonders schwerwiegend war, was beweisrechtlich ins Gewicht fällt.

Zwar ist es korrekt, was der Beschwerdeführer vorbringt (Urk. 1 S. 5), dass der Unfallversicherer auch dann leistungspflichtig bleibt, wenn die nach einem Unfall aufgetretenen Beschwerden lediglich im Sinne einer Teilursache neben weiteren Ursachen durch ein Unfallereignis hervorgerufen wurden und anhaltend bestehen. Jedoch gilt dies nur, wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich und nicht wie hier nur möglicherweise eine solche Teilursache des betreffenden Beschwerdebildes darstellt. 3.3.3

Dafür, dass die gesamten geklagten Beschwerden mit Schmerzen und Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter jedenfalls spätestens Ende November 2019 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr Folge des Hyperextensions-Traumas waren und

ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhten, spricht sodann, dass diese ab der Konsultation in der Klinik A.____ vom 22. August 2019 von den behandelnden Ärzten nicht mehr eindeutig zugeordnet werden konnten. So wurde von einem sehr diffusen Schmerz und einer diffusen Klinik (Bericht vom 22. August 2019, Urk. 8/38/2) sowie von sehr variablem Schmerz ohne Kapselmuster

(spezifische Bewegungseinschränkung des Schultergelenks bei der passiven Gelenkuntersuchung), am ehesten teilweise myofaszial bedingt, und ohne Hinweise für strukturelle Läsionen oder eine radikuläre Genese

(Bericht vom

10. Oktober 2019, Urk. 8/54/2) gesprochen.

Aufgrund dessen

ist

auch die kreisärztliche Feststellung, wonach spätestens sechs Monate nach dem Unfall vom 5. März 2019 Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr spielen (Urk. 8/59/4), nachvollziehbar, zumal bereits rund fünfeinhalb Monate nach dem Unfall eine diffuse Klinik festgestellt worden war. 3.4

3.4.1

An der

kreisärztlichen Beurteilung vermögen auch die Ausführungen des Oberarztes

F.____ von der Klinik A.____

in der E-Mail vom 25. Februar 2020 (Urk. 8/78/5)

keine Zweifel zu wecken. So wurde die Einschätzung, es liege eine sekundäre Frozen Shoulder (verursacht) durch das Unfallereignis vor, allein damit begründet, dass die Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit vor dem Unfall nicht bestanden habe. Jedoch sind ärztliche Auskünfte, die - wie hier - allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime « post hoc ergo propter hoc »: BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2; 119 V 335 E. 2b/ bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_5 89/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.4).

In der E-Mail vom 25. Februar 2020 wurde die « bereits am 24. April 2019 im Bericht von Dr. H.____ beschriebene Kapselreizung » ebenfalls ohne Weiterungen als unfallursächlich (« durch das Unfallgeschehen aufgetreten ») aufgeführt. Im Bericht der Orthopädie der Klinik A.____ vom 24. April 2019 war eine solche Kapselreizung jedoch lediglich als Vermutung erwähnt worden (Urk. 8/17/1). Ausserdem ergab das darauffolgende Arthro-MRT vom 11. Juli 2019 keinen Hinweis auf einen Reizzustand (Urk. 8/40). Eine allfällige unfallbedingte anfängliche Kapselreizung wurde in den folgenden ärztlichen Berichten auch nicht mehr erwähnt.

Schliesslich hat der Oberarzt in der E-Mail vom 25. Februar 2020 bestätigt, dass anlässlich der

Kontrolluntersuchung vom 10. Oktober 2019 kein Kapselmuster (eingeschränkte passive tiefe Aussenrotation und glenohumerale Abduktion) mehr vorhanden gewesen sei, nachdem

am 7. August 2019 eine glenohumerale Infiltration durchgeführt worden sei; die leichte Bewegungseinschränkung bestand nach seinen Angaben bis zur Kontrolluntersuchung vom 10. Oktober 2019. Das Fehlen eines Kapselmusters war sodann anhaltend, auch noch nach Einstellung der Leistungen per November 2019, wie im Bericht der Klinik A.____ vom 2. Dezember 2019 festgehalten wurde (Urk. 8/66). 3.4.2

Damit lässt auch die E-Mail der Klinik A.____ vom 25. Februar 2020

letztlich keinen anderen Schluss zu, als dass die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter einige Monate nach dem Unfall, spätestens aber am 10. Oktober 2019, überwiegend wahrscheinlich nicht mehr Folge des Hyperextensions-Traumata respektive des Unfalls vom 5. März 2019 waren und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen.

Dass nach kreisärztlicher Einschätzung der Status quo sine bereits sechs Monate nach dem Unfall, mithin spätestens am 5. September 2019, erreicht war, schadet nicht, nachdem bereits in der Kontrolluntersuchung vom 22. August 2019 ein sehr diffuser Schmerz und eine diffuse Klinik festgestellt worden waren und auch schon in diesem Bericht zur Untersuchung eine klar feststellbare Einschränkung der passiven tiefen Aussenrotation und glenohumerale Abduktion respektive ein Kapselmuster im Befund keine Erwähnung gefunden hatten (Urk. 8/38/2).

Die Frage, wann genau der Status quo sine der Beschwerden an der rechten Schulter eingetreten ist, ob Anfang September oder erst im Oktober 2019, kann schliesslich offen gelassen werden, da die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Leistungen ohnehin erst per Ende November 2019 verfügt hat. 3.4.3

Es ist vor dem Hintergrund dieser Aktenlage im Übrigen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Akteneinschätzung ihrer Kreisärzte ohne deren eigene Untersuchung abstellte, zumal einer ärztlichen Stellungnahme nicht in jedem Fall eine persönliche Untersuchung des Versicherten vorausgehen muss. Nach der Rechtsprechung sind Aktengutachten zulässig. Entscheidend ist, ob genügend Unterlagen vorliegen, was dann der Fall ist, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, so dass sich der Experte gesamthaft ein lückenloses Bild machen kann (Urteile des Bundesgerichts U 330/02 vom 5. Dezember 2003 E. 2 und 8C_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2, je mit Hinweisen). Dies ist hier zu bejahen.

Damit ist abschliessend festzuhalten, dass keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen gemäss der kreisärztlichen Beurteilung vom 14. November 2019 (Urk. 8/59) bestehen. 3.5.1

Nach dem Gesagten kam die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Restbeschwerden an der rechten Schulter und dem Unfallereignis vom 5. März 2019 überwiegend wahrscheinlich spätestens per 30. November 2019 dahingefallen ist und ab dem 1. Dezember 2019 keine Leistungspflicht mehr bestand. 3.5.2

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Namentlich kann der Beschwerdeführer aus der Rüge, die kurzfristige Einstellung der Leistungen nach dem Unfallereignis sei rechts widrig, da er sich auf eine solche Veränderung nicht habe einstellen können (Urk. 1 S. 4), nichts zu seinen Gunsten

ableiten . Denn eine solche Übergangs- oder Anpassungsfrist ist bei Wegfall oder Fehlen des Kausalzusammenhangs und der Leistungspflicht

nicht vorgesehen. Eine solche wäre allenfalls zu beachten, wenn - anders als hier - die Kausalität und grundsätzliche Leistungspflicht weiterbestehen würde und dabei feststehen würde, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8 C_926/2008 vom 30. Juli 2009 E).

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