

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00153 vom 29. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00153

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00153 du 29 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00153 del 29 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren.

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 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 entfiel (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 Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, 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 eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U
172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber 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). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr nach Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

E. 1.5

Wird der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art. 8 ATSG) invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird

das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 1.6

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 1.7

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 134 V 231 E. 5.1, 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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 25. August 2015 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1): „1. Der Einspracheentscheid vom 23. Juni 2015 sei aufzuheben und es seien weitere Abklärungen an die Hand zu nehmen, insbesondere sei ein Arbeitsassessment am I.____, durchzuführen. 2. Gestützt auf die Ergebnisse des Arbeitsassessments gemäss Ziffer 1 seien dem Versicherten die Leistungen gemäss UVG zuzusprechen. 3. Es sei dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von 10 % zu gewähren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.“

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was dem Beschwerdeführer am 4. Dezember 2015 angezeigt wurde (Urk. 13).

E. 2.1

Die bis zur Begutachtung durch Dr. G.____ aufliegenden Arztberichte wurden in dessen Gutachten

vom 1. März 2014 (Urk. 11/M23/2-19) und dessen Ergänzungsgutachten vom 10. Mai 2014 (Urk. 11/M24/2-7) zusammengefasst, wes halb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden.

E. 2.2

Dr. G.____ stellte in seinem Gutachten vom 1. März 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/M23/54-57): (1) Funktionsbeschwerden im rechten Schultergelenk (ICD-10 M25.51) mit folgender Symptomatik: • leichte Schulterreckgelenksarthrose rechts sowie beginnende Schultergelenksarthrose rechts (ICD-10 M19.91) • leichte Schulterreckgelenksinstabilität etwa entsprechend Rockwood I-II • leichter Hochstand des inneren Schlüsselbeins rechts und beginnende Brust-bein-Schlüsselbeinarthrose (Sternoclaviculargelenksarthrose) • grenzwertig schmerzhafter Bogen und mässig ausgeprägte Impingement-Konstellation (ICD-10 M75.4) sowie • ansatznahe Tendinopathie der Obergrätenmuskelsehne (Supraspinatussehne; ICD-10 M77.9) mit geringer Verkalkung (ICD-10 M65.89) bei ansonsten intakter Rotatorenmanschette • Formvariante des Schulterdaches entsprechend Stadium II nach Bigliani nach folgender Entwicklung: • am 27. Dezember 2005 Schlittelfall mit Distorsion/Stauchung im rechten Schultergelenk (ICD-10 S43.5) und Kapselläsion am Schulterreckgelenk (ICD-10 T14.3VZ) • im MRI vom 18. September 2008 erstmaliger Nachweis einer vorbestehenden Schulterreckgelenksarthrose rechts (Unfallfolge vom 27. Dezember 2005?), einer Steilstellung des Akromions und einer ansatznahen Signalerhöhung der Supraspinatussehne • am 7. Februar 2011 Skiunfall mit Prellung des rechten Schultergelenks (ICD-10 S43.5) und nachfolgend diagnostiziertem schalenförmigem Knochenbruch an der Unterseite des inneren Schlüsselbeindrittels rechts (ICD-10 S42.01Z) sowie Verdacht auf nicht verschobene Fraktur am Rippen-Knorpel-Übergang der 1. Rippe rechts (ICD-10 S42.0). Länger anhaltende

Beschwerden im Schlüsselbein-Brustbein-Gelenk rechts und Entwicklung eines leichten myofaszialen Schmerzsyndroms (ICD-10 M79.19) • am 16. Februar 2013 erneuter Skiunfall mit: 1. Distorsion des Schultergelenks (ICD-10 S43.5) und Aktivierung der vorbestehenden Arthrose des Schultergelenks rechts (ICD-10 M19.89) 2.

Hüftgelenksprellung rechts (siehe unten) sowie 3. Aktivierung einer schlummernden diskogenen Lumbago (siehe unten) (2) Schmerzen und Funktionsbeschwerden im rechten Hüftgelenk (ICD-10 M25.55)

nach Hüftprellung am 16. Februar 2013 (ICD-10 S70.0Z) mit folgendem Abklärungsergebnis : •

Manifestierung einer vorbestehenden CAM-Konstellation mit Neigung zum femoroacetabulären

Impingement (ICD-10 M24.85) •

Nachweis einer Degeneration der knorpeligen Gelenkfläche mit Einriss (ICD-10 M24.19) ohne bildtechnisch nachweisbare posttraumatische Schädigung •

beidseitige Hüftgelenksdysplasie (ICD-10 Q65.8) und •

beidseitiger Status nach leichtem jugendlichem Hüftkopfgleiten (Epiphysiolyse capitis

femoris ; ICD-10 M93.9) mit •

Bewegungseinschränkung vorwiegend für die Einwärtsdrehung beidseits (3) ein zeitweiliges, wechselhaftes diskogenes

Vertebralsyndrom (ICD-10 M54.5) mit muskulären Dysbalancen (ICD-10 M62.99) aufgrund folgender Entwicklung: •

Osteochondrose und Spondylose

deformans an der Halswirbelsäule (HWS) im Segment C5/6 (ICD-10 M42.92) •

Leichte, zunehmende Uncovertebralarthrose und Streckhaltung der HWS (ICD 10 M47.82) •

Osteochondrose und Spondylose

deformans der Brust- und Lendenwirbelsäule (BWS und LWS;

ICD-10 M93.8, M47.9) und •

mittig liegender Bandscheibenvorfall Th 12/L1 (ICD-10 M51.2) ohne neuro-motorische Ausfallerscheinungen •

geringe linkskonvexe Skoliose der LWS Grad I (ICD-10 M41.99)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. G.____

ein deutliches körperliches Übergewicht (ICD-10 E66.9, Urk. 11/M23/57) . Er verneinte, dass eine weitere Heilbehandlung als Folge des Unfalles vom 16. Februar 2013 noch notwendig, zweckmässig und geeignet sei, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nachhaltig und effektiv zu verbessern. Weiter erklärte Dr. G.____ , dass in der Tätigkeit als Religionslehrer und Imam sowie bei Hausbesuchen unter Benutzung des PW seit Anfang April 2013 keine unfallbedingten Beeinträchtigungen mehr vorliegen würden (im Hinblick

auf das Unfallereignis vom 16. Februar 2013). Ein unfallbedingter Integritätsschaden könne aufgrund des Ereignisses vom 16. Februar 2013 nicht festgestellt werden (Urk. 11/M23/66-70).

E. 2.3

Im Ergänzungsgutachten vom 10. Mai 2014 gab Dr. G.____ an, dass bezüglich der Folgen der Unfallereignisse vom 27. Dezember 2005 und vom

7. Februar 2011 keine weiteren

Heilbehandlungen erforderlich seien, da in der Zwischenzeit die Arbeitsfähigkeit jeweils wieder eingetreten

und der Gesundheitszustand durch allfällige Massnahmen nicht mehr namhaft und effektiv zu verbessern sei. Sodann erklärte Dr. G.____, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis am 27. Dezember 2005 nur kurzfristig als arbeitsunfähig beurteilt worden sei. Am 3. Januar 2006 habe er die Tätigkeit als Religionslehrer und Imam offen sichtlich ohne massgebliche zeitliche Einschränkung wieder aufgenommen. Nach dem Unfallereignis vom 7. Februar 2011 sei eine Anpassung/Angebot an die Unfallfolgen im Hinblick auf die auszuführenden Tätigkeiten (als Religionslehrer und Imam) aus seiner Sicht etwa Ende April 2011 abgeschlossen gewesen. Die Anerkennung eines Integritätsschadens könne nicht empfohlen werden (Urk. 11/M24/14-17).

E. 2.4

Dr. H.____ führte in der Aktenbeurteilung vom 16. Juni 2015 aus, dass es sich bei den Expertisen von Dr. G.____ um zwei ausführliche, auf genauer Aktenkenntnis und seriöser Befunderhebung basierende Gutachten handle, wobei er den Schlussfolgerungen weitestgehend zustimmen könne. Im Unterschied zur Beurteilung von Dr. G.____ erachte er die rechtsseitige AC-Gelenksarthrose

aber lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit als Folge des Unfallereignisses vom 20

E. 2.5

Dr. med. J.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab im an den Beschwerdeführer gerichteten Bericht vom 24. August 2015 an,

dass beim Beschwerdeführer ein belastungsabhängiger Schulterschmerz und teilweise eine Wetterfühligkeit mit Einschränkung von aktiven Armbewegungen rechts über die Horizontale vorliegen würden. Weiter bestehe auch ein muskulärer Dauerschmerz im Bereich des rechten Gesässes, was auf einen Muskelhartspann hindeute. Die Beschwerden im Bereich des Gesässes stünden für ihn nicht in ursächlichem Zusammenhang mit den Unfallereignissen. Die Schulterbeschwerden

stünden

dagegen in ursächlichem Zusammenhang mit den Ereignissen vom 27. Dezember 2005 und vom

7. Februar 2011. Eine weitere Verschlechterung im Bereich des AC-Gelenks sei möglich und denkbar. Anlässlich der heutigen Untersuchung habe sich sonographisch aber noch keine fortschreitende AC-Gelenksarthrose gezeigt, so dass sich diese langsam entwickeln werde. Es sei aber zu betonen, dass die Schmerzen nicht parallel mit der Entstehung einer Arthrose einhergehen würden, sondern vor allem im Bereich der Schulter auch mechanisch

bedingt sein könnten, durch die früheren Verletzungen mit Instabilität im AC-Gelenk.

Durch die Instabilität und die Reizung in den periartikulären Weichteilen rund um das Schlüsselbein sei es auch denkbar, dass sich ein neuropathischer Schmerz (sogenannter Nervenschmerz) entwickelt habe. Allenfalls könnte eine Injektion in das AC-Gelenk eine Besserung bewirken. Eine solche sei vor zwei Jahren bereits einmal erfolgt und habe keine Besserung gebracht. Aufgrund der Chronizität und des diffusen Schmerzes sei eine Besserung aber eher fraglich. Weiter erklärte Dr. J.____, dass er aufgrund der Untersuchung und der Unterlagen leider keine relevanten unfallbedingten Beschwerden erkennen könne, welche die Tätigkeit als Imam oder auch andere wechselnde Tätigkeiten (Büro, Verkauf) relevant einschränken würden. Die Arbeitsfähigkeit betrage trotz der Beschwerden 85 % bis 100 %. Hier könnte allenfalls ein Arbeitsassessment im I.____ Aufschluss bringen. Die unfallfremden Beeinträchtigungen würden die Arbeitsfähigkeit leicht beeinträchtigen. Dies insofern, als dadurch die Mobilität etwas eingeschränkt sei und das Einnehmen von gewissen Stellungen (Beten, langes Stehen) Mühe bereite. Aus rheumatologischer oder orthopädischer Sicht daraus jedoch

eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit abzuleiten, sei schwierig nachvollziehbar. Aufgrund der doch schweren Unfälle vom 27. Dezember 2005 und vom 7. Februar 2011 sei es zu einer mechanischen Schädigung im Bereich des rechten Schlüsselbeines gekommen, einerseits der Verbindung zum Brustbein, andererseits der Verbindung zum Schulterblatt. Gemäss MRI bestehe eine mässige AC-Arthrose. Im MRI vom 7. Februar 2011 sei auch eine Fraktur festgestellt worden. Die Beschwerden seien seit dem Unfall konstant. Es könne heute mit Sicherheit angenommen werden, dass es durch die Unfälle zu einer Schädigung im

AC- und SC-Gelenk gekommen sei. Aufgrund der Literatur sei eine Arthrosebildung wahrscheinlich. Die Kausalität sei hier überwiegend wahrscheinlich. Eine deutliche Einschränkung im AC-Gelenk werde mit einem Integritätsschaden von 5 % bis 10 % angegeben (Urk. 3). 3.

E. 3

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 10. Juni 2014 einen Anspruch von X.____ auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die von ihm am 9. Juli 2014 beim hiesigen Gericht eingereichte Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess Nr. IV.2014.00741).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer wurde vorliegend von Dr. G.____ am 2. Dezember 2013 in orthopädisch-chirurgischer Hinsicht eingehend untersucht. Seine

Expertise ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben (Gutachten vom 1. März 2014, Urk. 11/M23,

vgl. auch Ergänzungsgutachten vom 10. Mai 2014,

Urk. 11/M24).

E. 3.2.1

Betreffend die

geklagten

Wirbelsäulenbeschwerden führte

Dr. G.____ im Gutachten vom 1. März 2014 im Wesentlichen aus , dass diese im Bereich der HWS und LWS im Einklang mit den bildtechnisch nachgewiesenen Aufbrauch- und Umformungsveränderungen stehen würden (insbesondere in den Segmenten C5/6 und Th 12/L1) . Zu einem früheren Zeitpunkt sei auch eine pseudoradi kuläre Symptomatik diagnostiziert worden (Urk. 11/M23/54) . Unfallbedingt - am 16. Februar 2013 war es gemäss Dr. G.____ zur Aktivierung einer schlummernden diskogenen Lumbago gekommen – liege nun keine Funktionsstörung

der LWS mehr vor (Urk. 11/M23/56 und Urk. 11/M23/62).

E. 3.2.2

Diese Beurteilung von Dr. G.____ ist unumstritten und findet in den vorliegenden den medizinischen Akten ihre Stütze. Im Weiteren wies der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 2. Dezember 2013 auch

selbst darauf hin, dass er nach den vom Chiropraktor

Dr.

K.____ durchgeführten Behandlungen jetzt schon seit längerem keine Rückenschmerzen mehr habe (Urk. 11/M23/24).

E. 3.3.1

Was die

geklagten Hüftgelenksbeschwerden rechts betrifft, legte Dr. G.____

in seinem Gutachten vom 1. März 2014

dar, dass sich der Beschwerdeführer beim letzten Ereignis vom 16. Februar 2013 nicht nur eine Schulter-, sondern auch eine Hüftprellung rechts zugezogen habe. Letztere habe zu Beschwerden am rechten Hüftgelenk geführt. Bildtechnisch seien degenerative Veränderungen und ein Einriss in der knorpeligen Gelenkklappe des rechten Hüftgelenks festgestellt worden . Beides sei allerdings nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 16. Februar 2013, sondern auf einen bis dato „stummen“ Vorzustand zurückzuführen. Es habe aber auch ein bis zum 16. Februar 2013 ruhender/stummer anatomischer Zustand mit Neigung zu einer CAM -Symptomatik vorgelegen, der erst durch dieses Ereignis auffällig und bewusst geworden sei (Urk. 11/M23/53-54). Die anlässlich des Ereignisses vom 16. Februar 2013 ausgelösten Beschwerden am rechten Hüftgelenk seien mit dem Erreichen des Status quo sine Mitte März 2013 abgeheilt gewesen. Unfallbedingt lägen am rechten Hüftgelenk seither keine Beeinträchtigungen mehr vor (Urk. 11/M23/62).

E. 3.3.2

Auch diese Beurteilung von Dr. G.____ ist überzeugend, und anderslautende ärztliche Einschätzungen liegen nicht vor. Dr. H.____ ergänzte

in diesem Zusammenhang im Bericht vom 16. Juni 2015 noch , dass der Beschwerdeführer eindeutig eine anlagebedingte Variante

im Bereich des Hüftkopfes/Schenkelhalses beidseits aufweise, was prädisponierend für das Auftreten einer Labrumläsion im Bereich der Hüftgelenkspfanne sei. Praktisch alle diesbezüglichen Labrumläsionen seien vergesellschaftet mit dieser anlagebedingten Situation und praktisch nie Folge eines Unfalls (Urk. 11/M25/2).

E. 3.4.1

Hinsichtlich der

geklagten

Schulterbeschwerden rechts führte Dr. G.____

im Wesentlichen aus, dass eine entscheidende Teilursache für das Fortbestehen der Schultergelenksbeschwerden rechts im Ereignis vom 16. Februar 2013 nicht erkannt werden könne. Daran ändere auch das Ergebnis des MRI vom 1. November 2013 nichts: Die dort angegebenen pathologischen Befunde würden eine natürliche Fortentwicklung der Befunde darstellen, die bereits im MRI vom 18. September 2008 erhoben worden seien. Hierfür sei kein weiteres Unfallereignis erforderlich gewesen. Nachvollziehbar sei lediglich, dass durch das Ereignis vom 16. Februar 2013 eine vorübergehende Beschwerde-Verdeutlichung mit Aktivierung der leichten arthrotischen Veränderungen und vorübergehender Reizung der Schulterweichteile eingetreten sei. Der unverschobene knöcherne Schalenbruch am Schlüsselbein rechts innen unten (Unfallereignis vom 7. Februar 2011) sei erwartungsgemäss nach sechs bis acht Wochen knöchern verheilt gewesen, habe aber ebenfalls schon vor dem 16. Februar 2013 zur Entwicklung einer leichten lokalen Arthrose im Gelenk zwischen Brustbein und Schlüsselbein rechts beigetragen.

Die jetzt noch vorliegenden bzw. bei der Untersuchung am 2. Dezember 2013 festgestellten Funktionsbeschwerden am rechten Schultergelenk seien also nicht mehr auf das Unfallereignis vom 16. Februar 2013 zurückzuführen (Urk. 11/M23/59-60).

Weiter erklärte Dr. G.____, dass die wechselnden Schulterbeschwerden rechts durch die Schulterergelenksarthrose je nach Belastung und gegebenenfalls auch Wetterlage zu erklären seien. Ein ausgeprägter Rotatorenmanschetten schaden habe zwar nicht nachgewiesen werden können; zusätzliche Voraussetzungen für zeitweilige Schulterschmerzen könnten indes auch in der Form variante des Schulterdaches (Stadium II nach Bigliani) und in einem leichten Reizzustand der Ansatzzone der Obergrätenmuskelsehne (Musculus

supraspinatus) erwartet werden. Eine ausgeprägte Instabilität des Schulterhaupt- und des Schulterergelenks bzw. des Gelenks zwischen Schlüssel- und Brustbein rechts sei nicht gefunden worden. Die Beschwerden beim Einschlafen, in Abhängigkeit von der Körperlage, seien jedoch durch die Schulterergelenksarthrose rechts begründet (Urk. 11/M23/53). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Arthrose des Schulterergelenks rechts entweder durch das Ereignis vom 27. Dezember 2005 ausgelöst worden sei oder

dadurch zumindest eine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren habe (Urk. 11/M23/57). Die festgestellte Formvariante des Schulterdaches sei üblicherweise keine Unfallfolge, sondern entstehe zumeist im Laufe von vielen Jahren (Urk. 11/M23/72; vgl. Urk. 11/M23/57).

E. 3.4.2

Dr. H.____

stimmte dieser Beurteilung hinsichtlich der Schulterbeschwerden rechts grundsätzlich zu. Anders als Dr. G.____ war Dr. H.____ jedoch der Auffassung, dass die rechtsseitige AC-Gelenksarthrose bzw. Schulterreckge lenksa rthrose lediglich möglicherweise Folge des Unfallereignisses vom 27. Dezember 2005 sei. Er begründete dies im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer zwar glaubhaft angegeben habe, er habe vor dem Unfallereignis vom 27. Dezember 2005 nie rechtsseitige Schulterbeschwerden gehabt. Die Arthrose in diesem Gelenk sei aber erstmals im Anschluss an die Begutachtung bei Dr. B.____ im Jahr 2008 radiologisch festgestellt worden. Des Weiteren sei zu bemerken, dass Arthrosen des AC-Gelenks in unserer Bevölkerung und unter Berücksichtigung des Alters des Beschwerdeführers auch ohne Traumatisierung sehr häufig beobachtet würden. Es sei somit ex post nicht mehr beurteilbar, ob zum Zeitpunkt des Unfalls von 2005 eine AC-Gelenksarthrose bereits vorhanden gewesen oder ob diese 2008 erstmals diagnostizierte Arthrose als Unfallfolge des Ereignisses von 2005 zu interpretieren sei (Urk. 11/M25).

E. 3.4.3

Diese Kausalitätsbeurteilung von Dr. H.____

erscheint überzeugend. Eine

Brückensymptomatik im Zeitraum

zwischen dem Unfallereignis vom 27. Dezember 2005 und dem 18. September 2008, als eine leichte AC-Gelenksarthrose

im MRI nachgewiesen wurde (vgl. Urk. 12/2005/M8/B1), ist vorliegend nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer begab sich

nach der einmaligen Behandlung vom 28. Dezember 200

E. 3.4.4

Der

Bericht von Dr. J.____ vom 24. August 2015 (Urk. 3) vermag die Kausalitätsbeurteilung von Dr. H.____ sodann nicht in Zweifel zu ziehen, zumal Dr. J.____ nicht nachvollziehbar begründet hat, weshalb die Schulterreckge lenksarthrose rechts

überwiegend wahrscheinlich in ursächlichem Zusammenhang mit den Unfallereignissen vom 27. Dezember 2005 und vom 7. Februar 2011 stehen soll. Ferner fehlt in diesem Bericht von Dr. J.____ auch jegliche Auseinandersetzung mit den Vorakten, und der Bericht ist

angesichts dessen, dass Dr. J.____ etwa davon sprach, er habe „leider“ keine relevanten unfallbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers in der Arbeitsfähigkeit als Imam finden können, ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen.

E. 3.5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass weder die geklagten Wirbelsäulenbeschwerden

und die Hüftgelenksbeschwerden rechts noch die Schulterbeschwerden rechts im Zeitpunkt der Untersuchung vom 2. Dezember 2013 bei Dr. G.____ noch überwiegend wahrscheinlich unfallkausal waren. Demzufolge erübrigen sich weitere Ausführungen betreffend Behandlungsbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Integritätsschaden. 4.

E. 4

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend feststellte (Urk. 2 S. 7), wäre ein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen gemäss UVG allerdings auch dann zu verneinen, wenn – entgegen der Auffassung von Dr. H.____

– angenommen würde, dass die Kausalität zwischen den gemeldeten Unfallereignissen und den Schulterbeschwerden rechts zu bejahen ist.

E. 4.2.1

Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten von Dr. G.____

vom 1. März 2014 nämlich im Wesentlichen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung vom 2. Dezember 2013 beide Arme etwa gleich weit nach vorne heben können. Die Bewegungsauslässe seien beidseits insgesamt etwas eingeschränkt gewesen (bezogen auf die Altersnorm), während die Armhebung zur Seite (vor der Frontalebene) beidseits eingeschränkt gewesen und auch die Rotationsfähigkeit an beiden Schultergelenken etwa gleichartig ausgeprägt gewesen sei (bei eher überdurchschnittlicher Innendrehfähigkeit). Unter Berücksichtigung der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen sollte der Beschwerdeführer aber nach Möglichkeit keine längerfristigen Arbeiten über Schulterhöhe ausführen und auch keine schweren Gegenstände (mehr als

E. 4.2.2

Diese Beurteilung von Dr. G.____ erscheint angesichts der genannten Befunde und der Erläuterungen dazu nachvollziehbar. Wie aus dem Aussendienst-Bericht der Beschwerdegegnerin vom 5. April 2013 (Urk. 11/A3) und dem Gutachten von Dr. G.____ vom 1. März 2014 (Urk. 11/M23/20) hervorgeht, hat der Beschwerdeführer im Rahmen der Tätigkeit als Religionslehrer und Imam keine Arbeiten über Schulterhöhe, wie sie von Dr. G.____ umschrieben wurden, auszuführen. Da laut der überzeugenden Beurteilung von Dr. G.____

die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in dieser Tätigkeit im Zeitpunkt der Untersuchung vom 2. Dezember 2013 wieder vollständig hergestellt war, konnte jedenfalls ab diesem Zeitpunkt von einer weiteren Heilbehandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1). Im Übrigen konnte auch Dr. J.____

keine relevanten unfallbedingten Beschwerden erkennen, die den Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Imam einschränken würden. Weshalb Dr. J.____ schliesslich aber doch

angab, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lediglich 85 % bis 100 % betrage, begründete er nicht (vgl. Bericht vom 24. August 2014, Urk. 3 ; vgl. E. 2.5).

E. 4.3.1

Im Weiteren führte Dr. G._____

im Ergänzungsgutachten vom 10. Mai 2014 betreffend einen allfälligen Integritätsschaden aus, dass es bezüglich des wiederholt verletzten rechten Schultergelenks nicht zu einer Versteifung in irgend einer Position oder Bewegungsrichtung gekommen sei. Die messbaren Bewegungseinschränkungen der Armhebung nach vorne würden beide Schultergelenke annähernd gleichartig betreffen, so dass von einer konstitutionell – nicht von einer unfallbedingt – eingeschränkten Anhebung der Arme nach vorne auszugehen sei. Diese Einschätzung werde bestätigt durch die Feststellung, dass die Einwärtsdrehung an beiden Schultergelenken vermindert sei (links sogar deutlicher als rechts), die übrigen Bewegungsachsen aber vollkommen der Altersnorm entsprechen würden. Eine unfallbedingte Minderung der Beweglichkeit liege also nicht vor. Es bestehe auch keine gewohnheitsmässige Schultergelenksverrenkung rechts (oder links; = „habituelle Luxation“ oder gar eine nicht korrigierte Luxation). Das verbliebene Beschwerdebild am rechten Schultergelenk sei vergleichbar mit einer sogenannten „Periarthrosis

humeros capularis“ in leichter Form; diese werde in den SUVA-Tabellen

mit 0 % angegeben. Massgebliche unfallbedingte Schädigungen der Rotatorenmanschette seien nicht festgestellt worden. In der SUVA-Tabelle 5 „Integritätsschaden bei Arthrosen“ würde eine „mässige Arthrose des Schultergelenks“ sodann mit 0 % eingestuft (nur eine schwere Arthrose entspreche etwa einem Integritätsschaden von 5 % bis 10 %). Laut SUVA-Tabelle 6 „Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten“ sei eine Instabilität entsprechend Tossy II mit einem Integritätsschaden von 0 % angegeben. Bei einem Schaden nach Tossy II bzw. III komme allenfalls ein Integritätsschaden von 0 % bis 5 % in Frage. Eine solche Instabilität bestehe beim Beschwerdeführer aber nicht.

Zusammenfassend könne die Anerkennung eines Integritätsschadens daher nicht empfohlen werden (Urk. 11/M24/15-17).

E. 4.3.2

Auch diese Einschätzung von Dr. G._____ ist überzeugend. Wie Dr. G._____ zutreffend bemerkte, ist gemäss SUVA-Tabelle 5 selbst bei Vorliegen einer mässigen AC-Arthrose, wie sie von Dr. J._____

im Bericht vom 24. August 2015 festgestellt wurde, keine Integritätsentschädigung geschuldet (vgl. <http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungs-medizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>). Im Weiteren hat Dr. J._____ nicht nachvollziehbar begründet, inwiefern das AC-Gelenk des Beschwerdeführers inzwischen deutlich eingeschränkt sein soll.

E. 4.4

Von weiteren medizinischen Abklärungen bzw. vom beantragten Arbeitsassessament am I._____ sind im Übrigen keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten. 5 .

Es ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen zu Recht per 31. Mai 2014 eingestellt und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung ebenfalls

zu Recht verneint hat (Urk. 11/A64 und Urk. 2).

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Juni 2015 (Urk. 2)

erweist sich damit 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: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - Rechtsanwältin Marianne I. Sieger - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 05

(Urk. 11/M25).

E. 5

bei

Dr. Z.____ (vgl. Bericht vom 30. März 2006, Urk. 12/2005/M2) wegen der Schulterbeschwerden rechts erst am 7. Juni 2007 wieder in ärztliche Behandlung, damals bei Dr. A.____. Dieser verordnete dem Beschwerdeführer NSAR und Physiotherapie, schloss seine Behandlung jedoch

gleichentags wieder ab (vgl. Bericht vom 9. Oktober 2007, Urk. 12/2005/M1; vgl. Urk. 12/2005/M5 S. 5).

Es war somit anfänglich kaum eine Behandlungsbedürftigkeit gegeben,

und im Weiteren bestand auch keine Arbeitsunfähigkeit. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bei Dr. G.____ angab, dass er sportliche Aktivitäten wie

Fussball, Skifahren, Karate, Basketball und Volleyball

–

erst – nach dem zweiten Unfall vom 7. Februar 2011 habe aufgeben müssen (Urk. 11/M23/25). Auch dies spricht dagegen, dass er seit dem Unfallereignis vom 28. Dezember

2005 unter andauernde n Schulterbeschwerden rechts infolge einer damals ausgelösten oder richtungsgebend verschlimmerten AC-Gelenksarthrose litt . Zudem sind diesbe züglich auch die Aussagen von Dr. G.____ widersprüchlich, zumal er an anderer Stelle in seinem Gutachten ebenfalls

erklärte , dass die Arthrose des Schulterreckgelenks zu den häufigsten des menschlichen Körpers gehöre und bei über 50-Jährigen pathologisch-anatomisch fast zu 100 %

gefunden werde. Als dann wies er auch darauf hin, dass die rechtsseitige Schulterreckgelenksa rthrose des Beschwerdeführers

also mit überwiegender Wa hrscheinlichkeit bereits am 27. Dezember 2005 „stumm“ bestanden habe (Urk. 11/M23/ 70- 71). Schliesslich gab Dr. G.____ auch im Ergänzungsgutachten vom 1 0. Mai 2014 an, dass nicht eindeutig habe g eklärt werden könne n , ob die im September 2008 erkennbaren leichten degenerativen Veränderungen am rechten Schulterreckgelenk auf das Unfallereignis von 2005 zurückzuführen seien (Urk. 11/M24/8).

Dass Dr. H.____

lediglich eine Aktenbeurteilung vornahm, ist im Übrigen n icht zu beanstanden. Denn vorliegend geht es nur um die Beurtei lung des Kausal zusammenhangs zu einem bestimmten Unfallereignis, was rechtsprechungsge mäss in einem Aktengutachten erörtert werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2011 vom 21. September 2011 E. 5.2).

E. 10

kg bis

E. 15

kg) in die Schulterhöhe und darüber anheben (Urk. 11/M23/67). Eine unfallbedingte Einschränkung des Beschwerde führers in der Tätigkeit als Religionslehrer und Imam – die gemäss Dr. G.____ einer leidensangepassten Tätigkeit entspricht

– konnte er im Zeitpunkt der Un ter suchung vom 2. Dezember 2013 jedoch nicht feststellen (Urk. 11/M23/66-67 , vgl. auch Ergänzungsgutachten vom 1 0. Mai 2014, Urk. 11/M24/14 -15). Ferner verneinte Dr. G.____

auch, dass eine weitere Heilbehandlung den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung vom 2. Dezember 2013 noch namhaft und effektiv verbessern könne (Urk. 11/M23/69 und Urk. 11/M24/15).

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