

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00060

vom 19. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00060

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00060 du 19 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00060 del 19 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

Der Einsprache-Entscheid vom 10. Dezember 2008 sei aufzuheben.

E. 1.1

Soweit der Beschwerdeführer erneut die Frage der Taggeldberechnung beziehungsweise die Höhe des versicherten Verdienstes zur Diskussion stellt (vgl. Antrag Ziff. 2), erweist sich die Beschwerde als unzulässig. Darüber wurde bereits abschliessend und rechtskräftig befunden (vgl. dazu insbesondere die Verfügung des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2011 [Urk. 2/7/VI/12] und das Urteil 8C_592/2011 vom 15. Februar 2012 [Urk. 2/7/VI/14] sowie das Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Mai 2011 [UV.2009.00026; Urk. 2/7/VI/7]). Auch im angefochtenen Einspracheentscheid wurde diese Thematik nicht wieder aufgegriffen. Demzufolge ist auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten. 2.

E. 1.2

Am 1. Mai 2005 stürzte der Versicherte, der zu diesem Zeitpunkt als Bezüger von Arbeitslosenversicherungsleistungen bei der SUVA unfallversichert war, auf einer Treppe und verletzte sich dabei an beiden Schultern und am rechten Knie (Urk. 2/7/II/1-2). Die SUVA richtete in der Folge Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen aus.

Mit Verfügung vom 12. April 2008 (Urk. 2/7/II/130) sprach die SUVA dem Versicherten gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 17. Januar 2008 (Urk. 2/7/II/108: mässiggradige

Periarthropathie eines Schultergelenks) eine Integritätsentschädigung von 10 % zu. Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 9. Mai 2008 (Urk. 2/7/II/140) Einsprache erheben und die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung von mehr als 10 % beantragen.

E. 1.3.1

Bereits mit Schadenmeldung vom 7. Februar 2008 (Urk. 2/7/III/1) war der SUVA mitgeteilt worden, dass der Versicherte, der seinerzeit (ab dem 1. Februar 2008) bei der Z.____ angestellt gewesen sei, am 5. Februar 2008 beim Tragen von zwei Kebabspießen einen Unfall erlitten habe. Der erst behandelnde Arzt, Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte eine Rotatorenmanschettenläsion (Urk. 2/7/III/2).

Mit Verfügung vom 8. Juli 2008 (Urk. 2/7/III/72) sprach die SUVA dem Versicherten rückwirkend per 5. Februar 2008 ein Taggeld von Fr. 121.10 zu (Anpassung des Taggeldes), basierend auf einem versicherten Verdienst von Fr. 55'237.30. Mit Eingabe vom 5. August 2008 (Urk. 2/7/III/76) liess der Versicherte gegen diese Verfügung Einsprache erheben und die Ausrichtung eines höheren, nämlich auf einem versicherten

Jahresverdienst von Fr. 81'900. basierenden Taggelds beantragen.

E. 1.3.2

und 1.4) sei jedoch nicht in Rechtskraft erwachsen, wes halb diese Erhöhung angesichts der neu gewonnenen medizinischen Erkennt nisse nicht zu bestätigen sei. Demzufolge sei auch nicht zu beanstanden, dass mit Verfügung vom 15. November 2013 der in der Zeit vom 1. Oktober 2008 bis 30. November 2013 zu viel entrichtete Rentenbetrag von Fr. 10'191.65 zurück gefordert worden sei (S. 14 f.).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 31. März 2014 (Urk. 2/6) verwies die Beschwer degegnerin im Wesentlichen auf die Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid . Auf die Teilnahme an der mündlichen Hauptverhandlung vom 2 2. März 2016 verzichtete sie (vgl. Urk. 5).

E. 1.4

Mit Entscheid vom 10. Dezember 2008 (Urk. 2/7/III/127) wies die SUVA die Ein sprachen gegen die Verfügungen vom 12. April, 8. Juli und 30. September 2008 (vgl. Sachverhalt Ziffern 1.2-1.3) ab.

E. 1.5.1

Am 15. April 2009 meldete der Versicherte, der zu diesem Zeitpunkt erneut als Bezüger von Arbeitslosenversicherungsleistungen bei der SUVA unfallversichert war, einen weiteren Unfall: Er sei am 20. Februar 2009 über die Balkontür schwelle gestolpert, vornüber gefallen und habe sich dabei an der Schulter ver letzt (Urk. 2/7/IV/1/3). Mit Verfügung vom 23. Dezember 2009 (Urk. 2/7/IV/101) stellte die SUVA diesbezüglich ihre Leistungen per 13. September 2009 ein , da nach kreisärztlicher Beurteilung zu diesem Zeitpunkt der Status quo sine eingetreten sei. Die noch vorliegenden Beeinträchtigungen seien nicht unfallbedingt, sondern krankhafter Natur. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 2. Februar 2010 Einsprache erheben (Urk. 2/7/IV/107; vgl. auch Urk. 2/7/IV/116).

E. 1.5.2

Bereits am 17. April 2009 hatte der Versicherte der SUVA einen weiteren Unfall gemeldet (vgl. Urk. 2/7/V/1/2-7): Er hatte sich am 2. April 2009 die rechte Schulter an der Haus türe angeschlagen. Mit Verfügung vom 8. Februar 2010 (Urk. 2/7/V/57) stellte die SUVA ihre Leistungen in Bezug auf die Fälle vom 20. Februar 2009 und 2. April 2009 per 31. Januar 2010 ein. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 1 0. März 2010 Einsprache erheben (Urk. 2/7/V/59).

E. 1.5.3

Mit Entscheid vom 16. September 2010 (Urk. 2/7/IV/132) wies die SUVA diese Einsprachen ab.

E. 1.6.1

Gegen den Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2008 (Urk. 2/7/III/127; vgl. oben Sachverhalt Ziff. 1.4) liess der Versicherte mit Eingabe vom 26. Januar 2009 (Urk. 2/7/VI/1) Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

E. 1.6.2

Gegen den Einspracheentscheid vom 16. September 2010 (Urk. 2/7/IV/132; vgl. Sachverhalt Ziff. 1.5.3) liess der Versicherte mit Eingabe vom 20. Oktober 2010 (Urk.

2/7/VI/5/Beilage 1) Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen: 1.

Der Einsprache-Entscheid vom 16. September 2010 sei aufzuheben. 2.

Dem Beschwerdeführer sei bis auf weiteres ein ganzes Taggeld, basierend auf einem versicherten Jahresverdienst von Fr. 81'900. auszurichten. 3.

Eventualiter - bei Erreichen eines Endzustandes - sei dem Beschwerdeführer für sämtliche SUVA-versicherten Körperschäden unter Einschluss der Unfälle vom 20.02.2009 und 02.04.2009 eine ganze Invalidenrente auszurichten. 4.

Eventualiter - bei Erreichen eines Endzustandes - sei eine Integritätsentschädigung von nicht unter 25 % auszurichten. 5.

Subeventualiter sei die Sache zur polydisziplinären Abklärung unter Beteiligung eines infektiologischen Experten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 1.6.3

In der Folge wurden diese beiden Beschwerdeverfahren vereinigt. Mit Urteil vom 31. Mai 2011 (Urk. 2/7/VI/7) wurden die Beschwerden in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die Einspracheentscheide vom 10. Dezember 2008 und 16. September 2010 - soweit sie nicht die Höhe des ausgerichteten Taggeldes zum Gegenstand hatten - aufgehoben wurden und die Sache im Sinne der Erwägungen (Einholung eines polydisziplinären verwaltungsunabhängigen Gutachtens) an die SUVA zurückgewiesen wurde.

E. 1.6.4

Auf die dagegen von der SUVA erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (Urk. 2/7/VI/8) trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_586/2011 vom 9. Dezember 2011 (Urk. 2/7/VI/12) nicht ein.

Auch die vom Versicherten gegen das Urteil vom 31. Mai 2011 erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erledigte das Bundesgericht durch Nichteintreten (Urteil 8C_592/2011 vom 15. Februar 2012 [Urk. 2/7/VI/14]), nachdem es das Gesuch des Versicherten um unentgeltliche Rechtspflege wegen Aussichtslosigkeit seiner Prozessbegehren abgewiesen (Verfügung vom 9. Dezember 2011 [Urk. 2/7/VI/13]) und der Versicherte den geforderten Kostenvorschuss nicht geleistet hatte.

E. 1.7

Im Juni 2010 wandte sich der Versicherte beziehungsweise sein damaliger Rechtsvertreter erneut an die SUVA und stellte ein Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung (vgl. Urk. 2/7/VIII/1-8). Mit Verfügung vom 23. September 2011 (Urk. 2/7/VIII/15) wies die SUVA dieses Gesuch ab.

E. 1.8

Die SUVA holte in Nachachtung des in Rechtskraft erwachsenen Urteils des Sozialversicherungsgerichts vom 31. Mai 2011 (Urk. 2/7/VI/7) ein polydisziplinäres Gutachten bei der B.____ ein. Oberarzt med. pract. C.____, Facharzt FMH für Arbeitsmedizin, Assistenzarzt Dr. med. D.____, PD Dr. med. E.____, Leitender Oberarzt, Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, reichten ihr Gutachten (nachfolgend: B.____-Gutachten) am 4. Oktober 2013 zu den Akten (Urk. 2/7/VII/303).

Mit Verfügung vom 15. November 2013 (Urk. 2/7/VII/312) reduzierte die SUVA die mit (nicht in Rechtskraft erwachsener und später mit Urteil vom 31. Mai 2011 aufgehobener [vgl. dazu Urk. 2/7/VI/7]) Verfügung vom 30. September 2008 erhöhte Invalidenrente (Erhöhung des Gesamtinvaliditätsgrades von 26 % auf 30 %) wieder auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 26 % basierende Rente (vgl. dazu auch Sachverhalt Ziff. 1.3.2) und forderte die vom 1. Oktober 2008 bis zum 30. November 2013 zu viel entrichteten Rentenleistungen zurück .

Die SUVA verzichtete gleichzeitig auf die Rückforderung der ihres Erachtens ebenfalls zu Unrecht ausgerichteten Integritätsentschädigung von 10 %.

E. 1.9

Mit Einspracheentscheid vom 24. Januar 2014 (Urk. 2/7/VII/337) wies die SUVA die Einsprachen des Versicherten gegen die Verfügungen vom 23. September 2011 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.7 [Hilflösenentschädigung]) und vom 15. November 2013 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.8) ab. 2.

E. 2

Die Taggelder ab dem 05.02.2008 seien mit dem Taggeldansatz, basierend auf einem versicherten Verdienst von Fr. 81'900. , neu zu berechnen. Es sei die bis heute geschuldete Differenz nachzu zahlen.

E. 2.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet, steht ihr nach Art. 24 Abs. 1 UVG eine angemessene Integritätsentschädigung zu. Bei Hilflosigkeit im Sinne von Art. 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat die versicherte Person Anspruch auf eine Hilflösenentschädigung (Art. 26 UVG), deren Höhe sich nach dem Grad der Hilflosigkeit bemisst (vgl. Art. 27 UVG).

E. 2.2

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 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). 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 Leistungs – anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.3

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.3.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 2.3.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 2.3.3

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf –

folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen mass gebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu

berücksichtigenden Kriterien in gehäufter oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 2.4

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). 3.

E. 3

Dem Beschwerdeführer sei bis auf weiteres ein ganzes Taggeld auszurichten.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin gab im angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Januar 2014 (Urk. 2/2) die medizinische Aktenlage sowie den Ablauf des Verwaltungsverfahrens und die vorangehenden Gerichtsverfahren in sehr detaillierter Weise wieder. Darauf kann verwiesen werden. Die Beschwerdegegnerin kam gestützt auf das B.____-Gutachten vom 4. Oktober 2013 zum Ergebnis, dass keine der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden als unfallkausal zu qualifizieren sei, weshalb grundsätzlich weder ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung noch ein Rentenanspruch besteht. Aus formellen Gründen habe der Beschwerdeführer aber weiterhin Anspruch auf die ihm rechtskräftig zugesprochene Invalidenrente von 26 % (bestätigt mit Bundesgerichts Urteil vom 30. Oktober 2007 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1)). Die mit Verfügung vom 30. September 2008 und Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2008 zugesprochene Erhöhung der Invalidenrente von 26 % auf 30 % (vgl. Sachverhalt Ziff.

E. 3.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift (Urk. 2/1) im Wesentlichen geltend, dass auf das B.____-Gutachten nicht abgestellt werden könne. Die Untersuchung bei PD Dr. E.____ habe nur eine Minute und zehn Sekunden gedauert. Er sei sehr schlecht behandelt worden. Sogar die B.____-Geschäftsleitung (Frau lic. iur. H.____) habe die Untersuchung von PD Dr. E.____ nicht akzeptiert und eine neue Untersuchung bei Prof. Dr. med. I.____ organisiert. Die Begutachtung sei fehlerhaft; er akzeptiere sie nicht. Die Begutachtung sei nicht fair und korrekt gewesen. Die Begutachtung bei Prof. Dr. I.____ habe er nicht akzeptiert. Nicht nur die Beschwerdegegnerin habe ihn zu Prof. Dr. I.____ schicken wollen, sondern auch sein damaliger Rechtsanwalt Ausfeld. Dieser habe Druck auf ihn ausgeübt. Da habe er gemerkt, dass Rechtsanwalt Ausfeld mit der Beschwerdegegnerin zusammenarbeite; deshalb habe er ihn „verlassen“ (Beendigung des Mandates). Es sei aber nicht so, dass Rechtsanwalt Ausfeld - wie es die Beschwerdegegnerin behaupte - das Mandat niedergelegt habe. Die B.____-Begutachtung sei nicht akzeptabel; das werde ja dadurch bewiesen, dass die Geschäftsstelle eine neue Begutachtung bei Prof. Dr. I.____ habe durchführen wollen. Wenn die Begutachtung durch

PD Dr. E.____ korrekt gewesen wäre, weshalb hätte man ihn dann nochmals bei Prof. Dr. I.____ begutachten lassen sollen? Die Beschwerdegegnerin über psychischen Druck auf ihn aus. In einer Minute und zehn Sekunden könne man nicht entscheiden, ob die Beschwerden unfallkausal seien oder nicht.

Im Rahmen der durchgeführten Hauptverhandlung hielt der Beschwerdeführer an seinen Standpunkten fest (vgl. Prot. S. 1-11). Er vertrat insbesondere die Auffassung, dass er diskriminiert worden sei und unter dem Rassismus leide (S. 3 f.). Andere Personen, die nicht so schlimme Unfälle gehabt hätten, seien zu mindestens 25 % invalid. Man habe seine Begründungen nicht berücksichtigt. Das Gutachten habe 122 Seiten. Wie könne das Sozialversicherungsgericht sagen, dass 122 Seiten glaubwürdig seien? Die Kontrolle habe nur 1,5 Minuten gedauert. Wie seien 122 Seiten zustande gekommen, wenn es nur 1,5 Minuten gedauert habe? Dr. E.____ habe ihm eine Schachtel Taschentücher nachgeworfen. Wie wenn er ein Hund wäre. Trotz Schmerzen habe er versucht, die Schachtel aufzunehmen. Die Berichte der B.____, der SUVA, der MEDAS und der Befas seien einander alle so ähnlich. Alle hätten voneinander abgeschrieben (S. 4). Die Beschwerdegegnerin habe versucht, das Gericht zu beeinflussen. Deswegen habe man ihn des Betruges beschuldigt (S. 5). Wegen der öffentlichen Verhandlung wolle das Bundesgericht eine Antwort vom Sozialversicherungsgericht. Das Sozialversicherungsgericht habe gesagt, es mache nochmals den selben Entscheid. Das Sozialversicherungsgericht habe gesagt, dass es nichts ändern werde (S. 6). Das J.____ habe festgestellt, dass er an der rechten Schulter einen bleibenden Schaden habe. Er habe auch am rechten Knie Probleme. An der rechten Schulter habe er eine hochgradige Entzündung (S. 7). Das Sozialversicherungsgericht habe von 122 Seiten erzählt, aber am 30. August 2013 habe es einen neuen Termin gegeben. Die Begutachtung sei nicht neutral gewesen. Die Begutachtung habe nach den Wünschen der Beschwerdegegnerin stattgefunden. Er habe eine neutrale Begutachtung gewollt. Das sei abgelehnt worden. Das Gericht tue mit Absicht so, als ob es den Termin vom 30. August 2013 nicht kenne. Das 122seitige Gutachten sei fehlerhaft; deshalb habe er einen neuen Termin bekommen (S. 8). Das Sozialversicherungsgericht verhalte sich parteiisch zugunsten der Beschwerdegegnerin (S. 9). Das Sozialversicherungsgericht und die Beschwerdegegnerin verhielten sich sehr diskriminierend (S. 10).

E. 3.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine auf einem höheren Invaliditätsgrad als 26 % basierende Invalidenrente, eine Integritätsentschädigung von mehr als 10 % und eine Hilflösenentschädigung

hat (vgl. dazu die Ausführungen in der Beschwerdeschrift [Urk. 2/1 vorletzte Seite]).

E. 3.4

Anzumerken ist, dass das Sozialversicherungsgericht gegenüber dem Beschwerdeführer entgegen dessen Behauptungen in der Hauptverhandlung (Prot. S. 6)

- wenn man vom kassierten Urteil vom 31. August 2015 absieht -

zu keinem Zeitpunkt irgendwelche Aussagen betreffend Prozessausgang gemacht hat. 4.

E. 4

Bei Erreichen eines Endzustandes sei dem Beschwerdeführer mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

E. 4.1

Im Folgenden werden die überaus umfangreichen medizinischen Akten nur inso weit wiedergegeben, als sie sich für die Beurteilung der streitentscheidenden Kausalitätsfrage als relevant erweisen. Des Weiteren kann auf die Aktenzusammenfassungen in den Urteilen des hiesigen Gerichts vom 11. Mai 2006 (UV.2005.00017; vgl. Urk. 2/7/I/125) und vom 31. Mai 2011 (UV.2009.00026; Urk. 2/7/VI/7) verwiesen werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass gestützt auf die frühere Aktenlage gerade die Kausalitätsfrage nicht beantwortet wurde, wie das hiesige Gericht in seinem Urteil 31. Mai 2011 festgestellt hatte.

E. 4.2.1

Med. pract . C.____ , Dr. med. D.____ , PD Dr. E.____ , Dr. F.____ und Dr. G.____ hielten im B.____ -Gutachten vom 4. Oktober 2013 (Urk. 7/VII/303) folgende Diagnosen fest (S. 69-71): Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 1.

Chronisches zervikales und zervikozephalales Schmerzsyndrom (M54.82, M42.12, M47.22) mit/bei -

Chondrosen C3/4, C4/5 -

Osteochondrose und Spondylarthrose C5/6, rechtsseitiger dorso lateral-foraminaler Diskushernie mit Kompression der Wurzel C6 rechts -

Osteochondrose , Spondylarthrose und Facettenarthrose C6/7, linksseitiger dorsolateral-foraminaler Diskushernie mit leichter Wurzelkompression C7 links -

neurologisch: sensiblem radikulärem Reizsyndrom C6 rechts -

zervikaler Spinalstenose ohne -

Anzeichen einer Myelopathie -

Störung des Alignementes oder Instabilität 2.

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (M54.16, M51.2, M47.27) mit/bei -

kleiner Diskusprotrusion L4/5 -

Diskushernie L5/S1 leicht regredient (MRI 17.07.2012) -

Osteochondrose , Foraminalstenose und Facettenarthrose L5/S1 -

St. n. Rückenkontusion am 25.08.2002 -

mögliches sensibles radikuläres Reizsyndrom mit/bei -

mediolateral rechts gelegener Diskushernie LWK5/SWK1 mit möglicher Kompromittierung der L5- und S1-Wurzeln bds . (diverse MRI) 3.

Schmerzhaftige Funktionsstörung der rechten Schulter (M25.51, M24.21, M00.81, M75.0) bei -

St. n. Ereignis vom 01.05.2005: Anschlagen der rechten Schulter an Mauer -

St. n. Schulterarthroskopie am 06.01.2006 -

Diagnose: SLAP II-Läsion, gelenkseitige Partialläsion der Supraspinatussehne ventrales Drittel, fransiger Subscapularisrisoberrand , Bursitis subacromialis , AC- Arthropathie -

Operation: SLAP- Repair , Refixation

Supraspinatussehne , AC-Gelenkresektion, Bursektomie und Acromioplastik -

St. n. Schulterarthroskopie am 13.02.2007 -

Diagnose: Frozen

shoulder , Synovitis und V. a. low grade Infekt, Lockerung ein e s Ankers, Bursitis subacromialis . Rotatorenmanschette geheilt -

Operation: Zirkumferentielle

Kapsulotomie , Entfernung Fa den anker , Bizepssehnen -Tenotomie, Biopsieentnahme für Bakteriologie, Narkose-Schultermobilisation -

St. n. Ereignis vom 05.02.2008: Anschlagen der rechten Schul ter an Mauer -

St. n. Schulterarthroskopie am 03.04.2008 -

Diagnose: Infektverdacht auf Propioni

acnes Keime, Chondro malazie Grad I am Humeruskopf

anterosuperior , posteroinferior beginnende Arthrosezeichen . Supraspi natussehne vollständig inseriert -

Operation: Biopsieentnahme , subacromiale Revision -

St. n. mehrwöchiger Antibiose 2008 mit -

aktuell erneut transtendinösem Riss der Supraspinatussehne im ventralen Drittel mit Retraktion des Sehnenstumpfes, Verdünnung der restlichen Sehnedrittel, bekannter artiku larseitiger Partialläsion der Infraspinatussehne , geringer Omarthrose mit oberflächlichen Knorpelabrasionen an Glenoid und Humeruskopf , partiell reseziertem AC-Gelenk und tenodesierter langer Bicepssehne (MRI vom 02.07.2013) 4.

Schmerzhafte Funktionsstörung der linken Schulter (M25.51, M24.21, M00.81) bei -

St. n. Schulterarthroskopie links am 08.01.2010 -

Diagnose: Partialläsion der Subscapularissehne und der Sup raspinatussehne , AC-Arthropathie , Bursitis subacromia lis -

Operation: Refixation des Subscapularis -Oberrandes, AC-Gelenksresektion, Bursektomie und Acromioplastik , Bizepssehnenentotomie und - tenodese -

St. n. Schulterarthroskopie links am 03.02.2010 -

Diagnose: Schulter- und AC-Gelenkinfekt mit Pr op ioni

acnes -

Operation: Spülung; Débridement , Probenentnahme für Bak teriologie/Histologie -

St. n. Schulterarthroskopie links am 05.02.2010 -

geplante zweite Spülung -

St. n. Schulterarthroskopie links am 04.05.2010 -

Diagnose: leichte Synovitis und Bursitis, korrekte Insertion der Subscapularis -, Supraspinatus - und Infraspinatus -Seh nen -

Operation: Probenentnahme -

St. n. sechsmonatiger Antibiose mit Rivactan / Tavanic mit -

aktuell Retraktion des bei der AC-Resektion abgelösten M. trapezius-Anteils um 2 cm, Subscapularissehnen-Insertion intakt, Sehnenanker in situ, Supraspinatus- und Infraspinatussehnen durchgängig intakt, keine Entzündungszeichen, keine Zysten im Tuberculum majus, sonst keine Arthrosezeichen, frühere Muskellücke im M. deltoideus geschlossen 5.

Medial betonte Gonarthrose rechts (M17.1) bei -

St. n. Ereignis vom 01.05.2005: „Anschlagen des rechten Knies auf Treppenstufe“ -

St. n. Plica

medialis-Syndrom Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 1.

V. a. beginnende Coxarthrose links 2.

Senk-Spreizfuß bds. 3.

Anamnestisch Calcaneodynie beidseits 4.

Hüftgelenksnahe enchondrome

Femur / Acetabulumpfeiler rechts ohne Krankheitswert 5.

Biliäre

Pankreatitis 06/2011 (aktenanamnestisch) mit ERCP, Papillotomie 6.

Aktenanamnestisch axiale Hiatus-Hernie, Cholezystolithiasis, Ant rum-Gastritis, Zustand nach Hepatitis B 7.

Unzureichender Vitamin-D-Spiegel

E. 4.2.2

Wie bereits vorgutachterlich festgestellt worden sei, seien dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Chauffeur/Lieferant wie auch alle anderen körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten nicht mehr möglich. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei er in der Lage, körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten in einem Umfang von 70 % auszuüben. Auch bei leichter körperlicher Arbeit seien Tätigkeiten, die mit gehäuften Treppensteigen, dem Besteigen von Leitern oder Arbeiten oberhalb der Brusthöhe einhergingen, ebenfalls nicht mehr möglich. Ab dem Unfall vom 20. Februar 2009 bis zum Frühjahr 2012 habe eine teils unfall-, teils krankheitsbedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Der heute bezüglich zumutbarer Arbeitsleistung festgestellte stabilisierte Gesundheitszustand dürfe nach bestem Ermessen dem Zustand entsprechen, der seit der Untersuchung im K. ___ vom 12. April 2012 vorgelegen habe. Es könnten keine medizinischen Massnahmen, einschliesslich operativer Verfahren, angegeben werden, welche die Arbeitsfähigkeit in relevantem Umfang verbessern könnten (S. 74).

E. 4.2.3

Die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sei auf ein somatisches (und nicht auf ein psychisches oder psychosomatisches) Leiden zurückzuführen (S. 74). Trotz Wahrnehmen der therapeutischen Optionen berichtete der Beschwerdeführer von progredienten Beschwerden, welche vor allem im Bereich der Schultern somatisch - wenn auch nicht in dem

geschilderten Umfang - nachvollzogen werden könnten. In Bezug auf die psychiatrischerseits diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Kausalzusammenhang mit den Unfallereignissen auszugehen. Hätte der Beschwerdeführer keine Unfallereignisse erlitten, so wäre es eher unwahrscheinlich, dass es zur Entwicklung der somatoformen Problematik gekommen wäre. Die somatoforme Störung sei aber nicht konsequent therapeutisch angegangen worden und führe nicht zu einer unüberwindbaren dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich somatisch zu begründen (S. 75).

E. 4.2.4

Hinsichtlich der fraglichen Kausalzusammenhänge äusserten sich die B.____ -Gutachter detailliert auf S. 65- 70 des Gutachtens:

Es sei unzweifelhaft, dass die HWS-Beschwerden und die bildgebenden strukturellen Befunde rein degenerative r Art seien und einen schicksalhaften Verlauf genommen hätten. Keines der fünf Unfallereignisse sei (auch auf fortgeleitetem indirektem Mechanismus) in der Lage, einen Schaden an der Halswirbelsäule zu verursachen (S. 65).

Bezüglich des Lumbalsyndroms erübrige es sich im Grunde, auf die Kausalitätsfrage einzugehen, da mit der bundesgerichtlich bestätigten, rechtskräftigen Unfallrente von 26 % ein kausaler Zusammenhang erstellt sei. Aus medizinischer Sicht sei jedoch darauf hinzuweisen, dass eine traumatische Diskushernienentstehung nach breiter Literatur und allgemeiner Rechtspraxis ein seltener Fall sei. Überwiegend wahrscheinlich sei das nur, wenn neben einem geeigneten Unfallmechanismus sofortige neurologische Ausfälle zu verzeichnen seien; das sei hier beides nicht gegeben. Auch die weiteren Unfälle seien nicht geeignet gewesen, eine solche Verletzung hervorzurufen (S. 65 f.).

Keiner der erlittenen Unfälle sei geeignet gewesen, die Schädigungen an der rechten Schulter hervorzurufen. Dies gelte insbesondere auch für das Unfallereignis vom 1. Mai 2005 (Anschlagen der rechten Schulter an einer Mauer). Nur bei Vorliegen ganz bestimmter Unfallmechanismen und gleichzeitigem Fehlen aller Degenerationszeichen könne eine traumatische Entstehung angenommen werden. Zu den ungeeigneten Mechanismen gehöre ganz explizit die direkte Prellung der Schulter (wie im vorliegenden Fall): Anatomisch überdeckten das knöchern e Akromion , das korako-akromiale Band und der polsternde Delta muskel die Sehnen der Rotatorenmanschette so schützend, dass - ausser durch Stichverletzung - eine schädigende Krafteinwirkung auf die Rotatorenmanschette durch Kontusion nicht möglich sei. Die Operation vom 6. Januar 2006 sei auf die Behandlung degenerativer Schäden ausgerichtet gewesen und leider von Komplikationen begleitet worden (S. 67). Die Ereignisse vom 5. Februar 2008, 20. Februar 2009 und 2. April 2009 hätten zu keiner richtunggebenden Verschlechterung des Vorzustandes geführt; dieser habe vielmehr seinen schicksalsmässigen, langsam progredienten Verlauf genommen. Noch im MRI vom 29. Oktober 2010 sei die Supraspinatussehne , die gelenkseitige Unregelmässigkeiten aufgewiesen habe, oberhalb des Tuberculum majus

refixiert worden, und es habe sich keine Re-Ruptur abgrenzen lassen. Diese sei erst nach diesem Datum zu einem unbekanntem Zeitpunkt und ohne äussere Einwirkung entstanden (S. 66-68).

Eine direkte Verletzung der linken Schulterregion sei bei keinem der fünf Ereignisse etabliert. Bereits im Jahr 2005 sei bildgebend eine Degeneration erkennbar gewesen. Ein kausaler Zusammenhang liege aufgrund der bildgebend dokumentierten Entwicklung, der grundsätzlichen Ausführungen zur Rotatorenmanschette und zu den ungeeigneten Mechanismen nicht vor (S. 68).

Bezüglich der Beschwerden im rechten Knie sei zwar ein kausaler Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. Mai 2005 allenfalls möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Eine unfallfremde idiopathische Gonarthroseentwicklung habe die grössere Wahrscheinlichkeit für sich (S. 68).

Abschliessend hielten die Gutachter fest, sie hätten für keine der vorliegenden somatischen Pathologien einen hinreichend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang objektiv begründen können. Dies stehe in grossem Gegensatz zu vielen bisherigen Annahmen in den medizinischen Akten und zur Überzeugung des Beschwerdeführers. Sie hätten jedoch in den Akten keine wissenschaftlich begründete Auseinandersetzung mit der Kausalität gefunden, die man hätte untersuchen und diskutieren können. Die behandelnden Spezialisten stellten objektivierbare Schäden fest und seien auf mögliche Therapien fokussiert gewesen, wofür die Kausalitätsfrage ja nicht relevant sei, weshalb sie keine diesbezüglichen Aussagen gemacht hätten. Die von ihnen verwendeten Termini „Ruptur“ und „Läsion“ enthielten im üblichen medizinischen Sprachgebrauch keine Aussagen über die Ätiologie. Der hausärztlich in Anfangszeugnissen und Überweisungsbriefen verwendete (und dann in Diagnosenlisten weiterkopierte) Terminus „posttraumatisch“ könne nur im wörtlichen Sinn als Angabe über die Zeitenfolge gesehen werden, stelle aber keine Kausalitätsanalyse dar (S. 68 f.).

E. 4.3

Anlässlich der Hauptverhandlung vom 22. März 2016 reichte der Beschwerdeführer diverse Arztberichte ins Recht (vgl. Urk. 8/1-4). Dabei handelte es sich zum einen um bereits in den Akten befindliche Berichte älteren Datums und zum anderen um neuere Berichte. Ihnen gemein ist allerdings, dass sich ihnen keine Kausalitätsbeurteilungen entnehmen lassen.

E. 4.3.1

Dem Bericht der Rheumaklinik des J.____ vom 20. November 2012 (Urk. 8/1) ist zu entnehmen, dass anhand der Klinik und Bildgebung ein zervikoradikulares Syndrom C6 rechts besteht. Aufgrund der grossen Diskushernie sei durch eine allfällige Wurzelinfiltration C6 rechts nur eine kurzfristige Besserung zu erwarten. Deshalb habe man den Beschwerdeführer in der Neurochirurgie zur Evaluation einer operativen Dekompression angemeldet.

E. 4.3.2

Auch dem Bericht von Oberarzt Dr. med. L.____ und Assistenzärztin Dr. med. M.____ von der Klinik für Rheumatologie des J.____

über die funktionelle Ultraschalluntersuchung vom 9. März 2016 (Urk. 8/3) lassen sich keine Erkenntnisse betreffend die Frage der Unfallbedingtheit der Gesundheitsbeeinträchtigung entnehmen.

E. 4.3.3

Entsprechendes gilt auch für den Bericht von Oberarzt PD Dr. med. univ. N.____ und Assistenzarzt med. pract. O.____ vom Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des J.____ vom 17. März 2016 (Urk. 8/2). Auch diese beiden Ärzte äussern sich nicht zur Kausalitätsfrage.

E. 4.3.4

Bei den in der Sammelbeilage Urk. 8/4 enthaltenen Dokumenten handelt es sich (im Wesentlichen) um bereits früher vom Beschwerdeführer, zusammen mit der Beschwerdeschrift vom 20. Februar 2014 (Urk. 2/1) eingereichte Beilagen (damals als Urk. 2/3/1-18 akturiert). Diesen Beilagen ist keine Kausalitätsbeurteilung zu entnehmen.
5.

E. 5

Ferner sei ihm bei Erreichen eines Endzustandes eine Integritätsentschädigung von mehr als 10 % auszurichten.

E. 5.1

Vorweg ist festzuhalten, dass das B.____ -Gutachten sämtliche in E. 2.4 wiedergegebenen Anforderungen betreffend Beweiswert eines Gutachtens erfüllt. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Dies trifft insbesondere in Bezug auf die Frage der Unfallkausalität zu. Die B.____ -Gutachter erläuterten diese Frage in Bezug auf jede einzelne in Frage kommende Körperregion ausführlich und eingehend, wo dies angezeigt erschien, auch unter Berücksichtigung der medizinischen Fachliteratur.

Die Kritik des Beschwerdeführers am B.____ -Gutachten erweist sich im Wesentlichen als unsubstantiiert. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb das B.____ -Gutachten nicht neutral abgefasst worden sein sollte. Es gibt insbesondere keine objektiven Hinweise dafür, dass die Begutachtung - wie der Beschwerdeführer geltend machte (Prot. S. 8) - nach den Wünschen der SUVA stattgefunden hätte.

Auch der Umstand, dass die bei Prof. Dr. I.____ am 30. August 2013 geplante zusätzliche Untersuchung nicht stattfinden konnte, schmälert den Beweiswert des B.____ -Gutachtens entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. etwa Prot. S. 8) - nicht im Geringsten. Wie sich aus der entsprechenden Erklärung auf S. 4 des B.____ -Gutachtens (Urk. 2/7/V II /303) ergibt, wollte die B.____, nach dem sich der Beschwerdeführer im Anschluss an die orthopädische Untersuchung über diese beklagt hatte, ihm Gelegenheit geben, sich auch noch von Prof. Dr. I.____, dem ehemaligen Chefarzt Orthopädie des P.____, untersuchen zu lassen. Dieses Angebot lehnte der Beschwerdeführer mehrmals (und teilweise unter Hinweis auf seinen damaligen, politisch motivierten Hungerstreik) ab (vgl. etwa Urk. 2/7/VII/289 und Urk. 2/7/V II /300). Die Tatsache, dass die zusätzliche Untersuchung bei Prof. Dr. I.____ wegen der nicht nachvollziehbaren Weigerung des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden konnte, ändert aber nichts am Beweiswert des B.____ -Gutachtens, denn diese zusätzliche Begutachtung war offensichtlich nicht nötig, um zu schlüssigen und wissenschaftlich fundierten Ergebnissen zu kommen. Sie hätte - soweit ersichtlich - wohl eher der Besänftigung des Beschwerdeführers dienen sollen.

Schliesslich ist auch die Kritik des Beschwerdeführers an der orthopädischen Untersuchung beziehungsweise an PD Dr. E.____ (vgl. etwa Prot. S. 4) nicht stichhaltig. Selbst wenn der eigentliche Untersuch von PD Dr. E.____ nur 1,5 Minuten gedauert haben sollte, würde das nichts ändern, denn die eigentliche orthopädische Untersuchung wurde von Dr. D.____ durchgeführt (Supervision durch PD Dr. E.____ [vgl. Urk. 7/VII/303 S. 103]). Soweit der Beschwerdeführer weiter geltend machte, dass das Vorgehen von PD Dr. E.____, der ihm (angeblich) eine Schachtel Taschentücher nachgeworfen (nicht: nach ihm geworfen) habe, ist ihm entgegenzuhalten, dass damit offenbar seine Beweglichkeit in einer für ihn überraschenden Situation getestet werden sollte, wofür es im Rahmen einer Begutachtung durchaus triftige Gründe gibt. Für eine Herabminderung der Person des Beschwerdeführers (vgl. Prot. S. 4 „Hund“) gibt es hingegen keine objektiven Anzeichen (wohingegen er selbst PD Dr. E.____ als „Dreck“ und „Hund“ titulierte [Urk. 7/VII/316 S. 4]).

Aus dem Gesagten folgt, dass auf das B.____-Gutachten und die darin gezogenen Schlüsse vollumfänglich abzustellen ist.

E. 5.2

Wie sich aus den ausführlich und nachvollziehbar begründeten Erwägungen im B.____-Gutachten zur Kausalitätsfrage (vgl. oben E. 4.2.4) ergibt, besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen den erlittenen Unfällen und den zahlreichen somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr). Demzufolge lässt sich mit den bestehenden somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen weder ein (weitergehender) Rentenanspruch, noch ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung oder gar eine unfallbedingte Hilflosigkeit begründen. Entsprechend fallen auch weitere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen ausser Betracht (vgl. zum stabilisierten Gesundheitszustand E. 4.2.2). Die Beschwerde erweist sich somit insoweit als unbegründet.

E. 5.3.1

Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ist gemäss Einschätzung der B.____-Gutachter auf die erlittenen Unfälle zurückzuführen. Hätte der Beschwerdeführer keine Unfallereignisse erlitten, so wäre es eher unwahrscheinlich, dass es zur Entwicklung der somatoformen Problematik gekommen wäre. Die somatoforme Störung sei aber nicht konsequent therapeutisch angegangen worden und führe nicht zu einer unüberwindbaren dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. oben E. 4.2.3).

Angesichts dessen, dass diese Schmerzstörung zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, ist ein Rentenanspruch auch insoweit ohne Weiteres zu verneinen. Schliesslich besteht gemäss Einschätzung der B.____-Gutachter auch keine unfallbedingte Integritätseinbusse (vgl. Urk. 2/7/VII/303 S. 69). Dass die Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung nicht gegeben sind, wurde im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext bereits im rechtskräftigen Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. August 2015 (Prozess Nr. IV.2014.00787, Urk. 9) festgestellt. Darauf kann verwiesen werden.

E. 5.3.2

Überdies ist festzuhalten, dass zwischen der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren und den erlittenen Unfällen kein adäquater Kausalzusammenhang gegeben ist, weshalb - selbst wenn im Sinne einer

reinen Arbeitshypothese durch die genannte psychische Gesundheitsbeeinträchtigung die Arbeitsfähigkeit vermindert, die Integrität beeinträchtigt oder eine Hilflosigkeit begründet worden wäre - ent sprechende Ansprüche zu verneinen wären.

Die erlittenen Unfälle sind, soweit sie nicht als leicht anzusehen sind, höchstens als mittelschwer, an der Grenze zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Während bei leichten Unfällen die Adäquanz zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen ist (vgl. oben E. 2.3.3), ist bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen erforderlich, dass mindestens vier Adäquanzkriterien oder eines in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_131/2010 vom 8. April 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Bei mehreren Unfällen ist zwar die Adäquanzprüfung in aller Regel für jeden Unfall einzeln durchzuführen; angesichts der klaren Sachlage und des Umstandes, dass medizinisch offenbar nicht geklärt werden kann, infolge welchen Unfalls die psychische Fehlentwicklung in Gang gesetzt wurde (beziehungsweise diese offenbar von allen gemeinsam ausgelöst wurde), ist davon nachfolgend abzuweichen. Die Unfälle werden (was für den Beschwerdeführer günstiger ist) zusammen beurteilt; dabei ist jedoch stets zu berücksichtigen, dass es sich um verschiedene und nicht miteinander zusammenhängende Unfallereignisse handelt.

Sämtliche erlittenen Unfälle waren weder dramatisch noch besonders eindrücklich. Die dabei zugezogenen Verletzungen waren nicht schwer oder besonderer Art; namentlich waren sie erfahrungsgemäss nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung sind nicht ersichtlich. Auch das Kriterium „schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen“ ist vorliegend nicht gegeben. Die vom Beschwerdeführer insoweit angeführte bakterielle Infektion

anlässlich einer Operation (vgl. dazu etwa Prot. S. 2) ist keine Unfallfolge; die fragliche Operation war nämlich auf die Behandlung degenerativer Schäden ausgerichtet (vgl. Urk. 2/7/VII/303 S. 67). Ob und inwieweit die verbleibenden drei Kriterien, nämlich „ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung“, „körperliche Dauerschmerzen“ sowie „Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit“, erfüllt sind, kann letztlich offen bleiben. Zum einen ist auszuschliessen, dass eines der genannten Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre; zum anderen müssten mindestens vier (und nicht nur drei) Kriterien erfüllt sein, um die Adäquanz zu begründen. Zudem müsste wohl angesichts der vielen erlittenen Unfälle auch das Kriterium „ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung“ wenigstens bezogen auf die einzelnen Unfallereignisse als nicht gegeben betrachtet werden. Die Adäquanz ist jedenfalls zu verneinen.

E. 5.4

Anzufügen bleibt, dass auch die von der Beschwerdegegnerin angeordnete Rückforderung der zu viel ausgerichteten Rentenbeträge (Rückgängigmachung der Rentenerhöhung von 26 % auf 30 %; vgl. oben Sachverhalt Ziff. 1.8) im Quantitativ nicht in Zweifel gezogen wurde und angesichts der vorstehenden Erwägungen (insbesondere Nichtvorhandensein von adäquat kausalen Unfallfolgen) korrekt ist. Aus formellen Gründen hat der Beschwerdeführer jedoch weiterhin Anspruch auf die ihm rechtskräftig zugesprochene Invalidenrente von 26 %.

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf einzu treten ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- 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
GräubStocker

E. 6

Eventualiter sei die Sache zur neuen medizinischen Abklärung, Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit und Neu Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 7

Es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen.

E. 8

Zustand nach Hepatitis-B-Infektion

Von psychiatrischer Seite her seien die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren erfüllt, welche die Diskrepanz zwischen den im orthopädischen Fachgutachten festgestellten Veränderungen des Bewegungsapparates und den vom Beschwerdeführer postulierten Schmerzen erkläre. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und paranoiden Zügen. Diese Diagnosen würden aber im Vergleich zu den orthopädisch nachweisbaren Befunden in den Hintergrund treten. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, sein Verhalten situationsadäquat anzupassen (S. 73).

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