

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00066

vom 27. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00066

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00066 du 27 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00066 del 27 agosto 2019

Erwägungen

E. 1

). Ab 26. Oktober 2009 war er wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/13-14).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 13. Juli 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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 bloße 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

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis 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).

E. 1.5

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

(BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa): • besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles; • 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. 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 auf fallend 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 gehäufte 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 möglicher Weise 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).

Ist ein Unfall als mittelschweres Ereignis im mittleren Bereich zu qualifizieren, müssen von den in die Beurteilung mit einzubeziehenden Kriterien mindestens deren drei gegeben sein (Urteile des Bundesgerichts 8C_45/2019 vom 1. April 2019 E. 4.2, 8C_546/2013 vom 24. September 2013 E. 3.2, 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 = SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.5).

E. 1.6

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 16. Februar 2018 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 13. März 2018 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Sache für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 9. Mai 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Am 22. Juli 2019 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte (Urk. 10/1-2) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, der erlittene Unfall sei als mittelschwer einzustufen (S. 6 oben). Von den recht sprechungsgemäss zu prüfenden Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.5) seien nur deren zwei - körperliche Dauerschmerzen, langandauernde Arbeitsfähigkeit - teilweise erfüllt, was nicht genüge, um die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen zu bejahen (S. 6 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Adäquanz der psychischen Beschwerden sei zu bejahen, da aus näher dargelegten Gründen

auch das Kriterium eines schwierigen Heilverlaufs (S. 3 f. Ziff. 2.3) und das Kriterium der ungewöhnlich langen Behandlungsdauer (S. 4 Ziff. 2.4), und damit vier der massgebenden Kriterien erfüllt seien (S. 6 Ziff. 2.8).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob zwischen dem erlittenen Unfall und allfälligen psychischen Beschwerden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 3.1

Am 13. Juli 2009 stürzte der Beschwerdeführer beim Fensterreinigen von einer Leiter und zog sich Verletzungen an der rechten Schulter, dem rechten Hüftgelenk und an den Unterschenkeln zu (Urk. 7/1 Ziff. 4, 6 und 9).

Im Bericht vom 13. Juli 2009 über die gleichentags im Kantonsspital Z.____ (Z.____) erfolgte ambulante Behandlung (Urk. 7/5/3-4 = Urk. 7/27/8-9) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - Schulterkontusion rechts - Hüftkontusion rechts - Schürfwunden Unterschenkel ventral beidseits

Anamnestisch wurde festgehalten, der Patient sei aus etwa 2-3 m Höhe mit der abrutschenden Leiter zu Boden gefallen (S. 1 Mitte).

Die Röntgenbefunde (Schulter, Hüfte und Beckenübersicht) zeigten keinen Hinweis auf ossäre Läsionen (S. 1 unten).

E. 3.2

Im Bericht vom 20. August 2009 über die am Vortag im Z.____ erfolgte Untersuchung (Urk. 7/9 = Urk. 7/27/6-7) wurde nunmehr als Diagnose eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne rechts nach Schulterkontusion am 13. Juli 2009 genannt (S. 1 Mitte).

Es sei mit dem Patienten die Möglichkeit einer operativen Versorgung besprochen worden (S. 1 unten).

E. 3.3

Am 22. Oktober 2009 teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin telefonisch mit, er sei nicht operiert worden. Er arbeite wieder zu 100 %. Er habe noch Schmerzen, aber es gehe soweit ganz gut (Urk. 7/12).

Im Unfallschein wurde die Arbeitsunfähigkeit ab 19. Oktober 2009 mit 0 % eingetragen (Urk. 7/13-14).

E. 4.1

Im Bericht vom 24. Mai 2011 über die am 20. Mai 2011 erfolgte Untersuchung (Urk. 7/20/3-4 = Urk. 7/27/4-5 = Urk. 7/475) nannten die Ärzte des Z.____ folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - subacromiales Impingement Schulter rechts mit - begleitender AC-Gelenksarthrose

Der Patient berichte, erstmalig vor 2 Jahren in Folge eines Sturzes von einer Leiter Beschwerden von Seiten des rechten Schultergelenkes gehabt zu haben. Die damals durchgeführte MRI-Bildgebung habe offensichtlich keinen Hinweis auf eine traumatische Verletzung geben können. Bereits damals hätten sich aber ein leichtgradiger subacromialer Sporn anterolateral mit fraglicher Einengung des subacromialen Raumes sowie beginnende Zeichen einer AC-Gelenksarthrose gezeigt (S. 1).

Beim Patienten bestehe ein symptomatisches subacromiales Impingement mit begleitender AC-Gelenksarthrose. Eine dringende Operationsindikation bestehe sicher nicht (S. 1 unten).

Am 20. September 2011 wurde über eine am 16. September 2011 erfolgte (Infiltrations) Behandlung berichtet (Urk. 7/27/2-3).

E. 4.2

Am 18. November 2011 erklärte der Beschwerdeführer, er sei seit der Rückfallmeldung nicht arbeitsunfähig gewesen, dies werde erst ab dem Operationstermin der Fall sein (Urk. 7/34).

Laut Bericht vom 15. Dezember 2011 fand am 13. Dezember 2011 die vom Beschwerdeführer erwähnte Operation (Schulter-Arthroskopie rechts und sub acromiales Débridement, Acromioplastik, AC-Gelenksresektion rechts) statt (Urk. 7/41/2-3).

Im Bericht vom 31. Januar 2012 über die am 27. Januar 2012 erfolgte Konsultation wurde ein im Wesentlichen fristgerechter Verlauf festgehalten (Urk. 7/48/2).

Im Bericht vom 12. März 2012 über die am 9. März 2012 erfolgte Konsultation wurde ein leicht verzögerter Verlauf festgehalten (Urk. 7/57/2).

Im Bericht vom 16. Mai 2012 über die am 11. Mai 2012 erfolgte Konsultation (Urk. 7/66/35) wurde ein (weiter) deutlich protrahierter Verlauf festgehalten (S. 1 unten).

E. 4.3

Kreisarzt Dr. med. A. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 27. Juli 2012 über die am 23. Juli 2012 erfolgte Untersuchung (Urk. 7/73).

Er führte aus, der Versicherte gebe eine dauernde Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter mit starker Bewegungs- und Belastungseinschränkung an, der Zustand sei heute schlechter als vor der Operation (S. 7 Mitte).

Klinisch werde eine ausgeprägte Schonhaltung des rechten Armes demonstriert und die aktive Schulterbeweglichkeit schlechter als bei einer Pseudoparalyse bei vollständiger Insuffizienz der ganzen Rotatorenmanschette gezeigt. Funktionell erscheine die Rotatorenmanschette aber intakt, die Untersuchung sei aber stark erschwert, alle unterstützten Bewegungen würden muskulär blockiert und als stark schmerzhaft gezeigt. Ein Insistieren bei dieser Untersuchung verbiete sich wegen der lebhaften Schmerzáusserungen des Versicherten. Stark diskrepant dazu sei aber der Muskelstatus am rechten Arm, und auch an der adominanten rechten Hand zeigten sich keine objektivierbaren Hinweise auf eine längerdauernde Minderbelastung (S. 7 unten). Bei stark erschwelter Untersuchung könne er heute zwar eine frozen shoulder nicht ganz sicher ausschliessen, anhand der Unterlagen der Kontrolle im Z. __ am 11. Mai 2012 (vgl. vorstehend E. 4.2) erscheine dies aber äusserst unwahrscheinlich (S. 7 f.). Sofern keine frozen shoulder vorliege, wären das heutige Verhalten und die heute gezeigte Klinik medizinisch nicht nachvollziehbar. Zwischen anamnestischen Angaben und heute gezeigter Klinik ergäben sich ausgeprägte Diskrepanzen, beispielsweise gebe der Versicherte an, dass Autofahren möglich sei, und der muskuläre Zustand spreche wie ausgeführt gegen eine längerdauernde Minderbelastung des adominanten linken Arms (S. 8 oben).

Eine abschliessende versicherungstechnische Beurteilung sei heute nicht möglich, seit der Operation seien erst 7 Monate vergangen und die Dokumentation sei unvollständig (S. 8

Mitte).

E. 4.4

Am 3. August 2012 wurde über die am 9. Juli 2012 auf Zuweisung des Hausarztes zur Zweitmeinung erfolgte Untersuchung in der Schulter-/Ellbogensprechstunde der Universitätsklinik B. ___ berichtet (Urk. 7/80/2-3). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - protrahierter Verlauf mit Komponente einer adhäsiven Capsulitis mit / bei - Status nach Schulterarthroskopie rechts mit subacromialem Débridement, Akromioplastik und AC-Gelenksresektion vom 13. Dezember 2012

Der Patient leide unter deutlichen Restbeschwerden bei Status nach Schulterarthroskopie mit AC-Gelenksresektion und subacromialer Dekompression. Insgesamt zeige sich kein ganz typisches Bild einer frozen shoulder, wobei hier doch eher eine entzündliche Komponente überwiegen könne. Es sollte weiterhin konservativ vorgegangen werden, nicht zuletzt aufgrund der überlagerten Problematik im Sinne einer depressiven Grunderkrankung des Patienten (S. 2 oben).

E. 4.5

Im Bericht vom 26. Juni 2012 über die am 22. Juni 2012 im Z. ___ erfolgte Konsultation (Urk. 7/85/2) wurde folgende Diagnose genannt: - protrahierter Verlauf bei Status nach subacromialem Débridement, Akromioplastik und AC-Gelenksresektion am 13. Dezember 2012 mit - Ausbildung einer reaktiven adhäsiven Capsulitis und begleitenden Zervikobrachialgien

Der Verlauf wurde als weiter protrahiert bezeichnet. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %.

Im Bericht vom 1. Oktober 2012 über die am 27. September 2012 erfolgte Konsultation (Urk. 7/95 = Urk. 7/96 = Urk. 7/103/2-3 = Urk. 7/113/4-5) wurden nebst der schon erwähnten Diagnose folgende Nebendiagnosen genannt (S. 1 Mitte): - Depression - Verdacht auf Somatisierungstendenz

Im Bericht vom 17. Dezember 2012 über die am 14. Dezember 2012 erfolgte Konsultation (Urk. 7/112/2-3 = Urk. 7/113/2-3) wurde unter anderem ausgeführt, es bestehe weiterhin ein gemischtes Beschwerdebild mit auch Dysästhesien an bei den Armen, die sich sicherlich nicht durch die Schulterproblematik erklären liessen, sondern neurologisch abzuklären seien (S. 2 oben).

Im Bericht vom 16. Januar 2013 über die am 14. Januar 2013 erfolgte neurologische Abklärung der Dysästhesien an den Armen (Urk. 7/129/2-3) wurde ausgeführt, die Beschwerden des Patienten wären suggestiv für ein Engpasssyndrom, welches jedoch elektrophysiologisch ausgeschlossen werden könne (S. 1 unten). Ebenso ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine Plexusaffektion oder eine radikuläre Ausfallsymptomatik (S. 2 oben).

Im Bericht vom 27. März 2013 über die am 22. März 2013 erfolgte Konsultation (Urk. 7/131/2-3) wurde ausgeführt, in der Zwischenzeit sei die Schmerzproblematik in einem akzeptablen Masse mit Ruhe- und Nachtschmerzen (S. 1 unten).

Im Bericht vom 22. April 2013 über die am 19. April 2013 erfolgte Konsultation (Urk. 7/137 = Urk. 7/142 = Urk. 7/146/3-4) wurde unter anderem ausgeführt, dem Patienten sei eine nochmalige Operation empfohlen worden, die er sich nun überlege (S. 1 unten).

E. 4.6

Im Bericht vom 19. Juni 2013 (Urk. 7/154) und vom 5. Juli 2013 (Urk. 7/157/ 2-3) über eine am 10. Juni 2013 erfolgte Konsultation führten die Ärzte der Universitätsklinik B.____ aus, der Patient berichte über eine Verbesserung der Mobilität sowie über eine Schmerzreduktion (S. 1 unten).

E. 4.7

Kreisarzt Dr. A.____ (vorstehend E. 4.3) berichtete am 23. Juli 2013 über die am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 7/162) und führte unter anderem aus, nach Behandlungswechsel vom Z.____ ins B.____ sei zuletzt eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts festgestellt worden. Die vor einer Woche durchgeführte Infiltration habe zu einer eintägigen, starken Schmerzverstärkung und im Verlauf höchstens zu einer minimalen Verbesserung geführt. Die fehlende Verbesserung spreche gegen eine organische Schmerzursache im infiltrierte(n) Bereich. Heute gebe der Versicherte eine schlechtere Situation als anlässlich der letzten Kreis arzt-Untersuchung vor einem Jahr an, insbesondere hätte er jetzt dauernde Schmerzen in der rechten Schulter und die Beweglichkeit sei nach wie vor einge schränkt. Zusätzlich würde eine Hypästhesie am ganzen rechten Arm bestehen (S. 6 oben).

Bei der klinischen Beurteilung zeige sich erneut eine Schonhaltung des rechten Armes wie bereits vor einem Jahr. Der Arm werde beim Gang zum Unter suchungszimmer am Körper immobil geführt, beim Heraussuchen von Dokumen ten könne die adominante rechte Hand aber problemlos eingesetzt werden. Aktiv erreiche der Versicherte in etwa die Horizontale, eine Beurteilung der passiven Beweglichkeit sei wegen muskulärer Gegenspannung nicht möglich. Die weit gehend normale Rotationsbeweglichkeit bei vorsichtig-geführten Bewegungen schliesse aber eine erhebliche frozen shoulder oder erhebliche Residuen einer adhäsiven Capsulitis aus. Des Weiteren ergäben sich deutliche Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Angaben einer massiven Belastungseinschränkung des rechten Armes und der muskulären Situation. Eine erhebliche Minderbelas tung des rechten Armes in den letzten Monaten könne ausgeschlossen werden (S. 6 Mitte).

Von einer allfälligen Revisionsoperation bei Bizepstendinopathie rate er ab. Gut eineinhalb Jahre postoperativ sei trotz komplizierender adhäsiver Capsulitis der Endzustand erreicht, der versicherungstechnische Abschluss des Falles ohne erneute Operation dadurch möglich. Die Tätigkeit als Spezialreiniger/Gebäude reiniger erscheine nicht mehr zumutbar. Es ergebe sich ein näher umschriebenes Zumutbarkeitsprofil für eine vollzeitig mögliche Tätigkeit (S. 6 unten).

E. 4.8

Im Bericht vom 12. September 2013 über die am Vortag erfolgte Konsultation (Urk. 7/173) führten die Ärzte der Universitätsklinik B.____ aus, der Patient berichte von einer einwöchigen Besserung der Schmerzen nach AC-Gelenks infiltration; ansonsten wieder gleiche Schmerzen und Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit wie bei der Konsultation vor drei Monaten (S. 1 unten).

Am 10. Oktober 2013 wurde über die am Vortag erfolgte Konsultation berichtet (Urk. 7/178 = Urk. 7/476).

Im Bericht vom 23. Januar 2014 über die Verlaufskontrolle nach glenohumeraler Infiltration (Urk. 7/198/2-3) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - protrahierter

Verlauf mit Komponente einer adhäsiven Capsulitis und schmerzhaftem AC-Intervall, PASTA-Läsion mit ausgeprägter Tendinopathie Supraspinatus, Bicipstendinopathie bei - Status nach Schulterarthroskopie rechts, subacromialem Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion vom 13. Dezember 2011 - Biceps-Tendinopathie rechts - adhäsive Entzündung der Schultergelenkscapsel

Die Beschwerden des Patienten hätten sich nach dorsal im Bereich des Schulterblattes sowie auf zusätzlich Kopfschmerzen ausgedehnt (S. 1 unten).

Am 21. Februar 2014 erfolgte die erneute Schulteroperation (Urk. 7/203/3-4). Im Bericht vom 24. Februar 2014 über die Hospitalisation vom 21. bis 23. Februar 2014 wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte).

- protrahierter Verlauf mit Komponente einer adhäsiven Capsulitis und schmerzhaftem AC-Intervall, PASTA-Läsion mit ausgeprägter Tendinopathie Supraspinatus, Bicipstendinopathie - Status nach Schulterarthroskopie rechts, subacromialem Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion vom 13. Dezember 2011 - Biceps-Tendinopathie rechts - Depression - arterielle Hypertonie

Im Bericht vom 8. April 2014 über die am Vortag erfolgte Kontrolluntersuchung 6 Wochen postoperativ (Urk. 7/214) wurde ausgeführt, es zeige sich ein erfreulicher Verlauf (S. 2 oben).

Im Bericht vom 21. Mai 2014 über die gleichentags erfolgte 3-Monatskontrolle (Urk. 7/219) wurde ausgeführt, der Patient sei zwar bezüglich Ruheschmerzen doch recht gut kompensiert, jedoch bestehe eine deutliche Schultersteife vor allem der Rotationsbewegungen, aber auch der Abduktion (S. 2 oben).

Im Bericht vom 22. August 2014 über die am 20. August 2014 erfolgte 6-Monatskontrolle (Urk. 7/232) wurde ausgeführt, der Patient habe glücklicherweise von der durchgeführten Operation doch profitieren können, er leide jedoch weiterhin unter einer eingeschränkten Schulterfunktion aufgrund einer postoperativen Schultersteife (S. 2 oben).

Im Bericht vom 3. Dezember 2014 über die gleichentags erfolgte 9-Monatskontrolle (Urk. 7/248) wurde ausgeführt, es bestünden leider relativ stagnierende Verhältnisse mit zwar relativ wenig Schmerzen, aber einer eingeschränkten Schulterbeweglichkeit (S. 1 unten).

E. 4.9

Im Bericht vom 20. Mai 2015 über die am 13. Mai 2015 erfolgte Verlaufskontrolle (Urk. 7/281 = Urk. 7/472) nannten die Ärzte der Universitätsklinik B.____ folgende Diagnosen (S. 1): - Ruptur postero-superiore Rotatorenmanschette mit postoperativer adhäsiver Capsulitis mit / bei - Status nach Schulterarthroskopie, Bizepstenotomie, Débridement und Vervollständigen der ausgedehnten PASTA-Läsion, Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, subacromiales Débridement und vordere Acromioplastik rechts am 21. Februar 2014 bei - protrahiertem Verlauf mit Komponente einer adhäsiven Capsulitis und schmerzhaftem AC-Intervall, PASTA-Läsion mit ausgeprägter Tendinopathie Supraspinatus, Bicipstendinopathie - Status nach Schulterarthroskopie rechts, subacromialem Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion vom 13. Dezember 2011 (Z.____) - Biceps-Tendinopathie rechts - Status nach Schultertrauma 2009 - Depression - arterielle Hypertonie

Anamnestisch wurden unverändert Beschwerden in der rechten Schulter festgehalten (S. 1 unten).

E. 4.10

Kreisarzt Dr. A.____ (vorstehend E. 4.3) berichtete am 30. Juni 2015 über die gleichentags erfolgte Abschlussuntersuchung (Urk. 7/296). Er nannte folgende Diagnosen (S. 6 oben): Re-Ruptur posterosuperiore Rotatorenmanschette rechts mit postoperativer adhäsiver Capsulitis nach zweimaliger arthroskopischer Therapie der rechten Schulter (subakromiales Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion 13. Dezember 2012, Supraspinatusrekonstruktion bei PASTA-Läsion, Bizepsstenotomie und Débridement 21. Februar 2014).

Er führte aus, klinisch finde sich heute ein ausgeprägtes Schon- und Demonstrationsverhalten, eine vernünftige Untersuchung der rechten Schulter sei nicht möglich, auch vorsichtige unterstützte Bewegungen würden mit kräftiger anta gonistischer Muskelinnervation blockiert. Das eigentliche Ausmass der Schulterbeweglichkeit könne nicht festgehalten werden, die zusätzlichen Einschränkungen der heute gezeigten Beweglichkeit im rechten Schultergelenk verglichen mit der Untersuchung vom 13. Mai 2015 im B.____ seien medizinisch nicht erklärbar. Die Muskulierung am Unterarm beweise einen weitgehend normalen Einsatz der dominanten rechten Hand im täglichen Leben. Wie bereits bei früheren Kreisarztuntersuchungen festgestellt, bestünden erheblich diskrepante Befunde (S. 6 Mitte).

Auch er halte die früher ausgeübte Tätigkeit als Spezialreiniger für nicht mehr zumutbar (S. 6 unten). Das für eine Verweistätigkeit aufgestellte Zumutbarkeitsprofil (vgl. vorstehend E. 4.7) bleibe gültig (S. 7 oben).

E. 4.11

Im Bericht vom 15. August 2015 über die am 12. August 2015 erfolgte neurologische Untersuchung in der Universitätsklinik B.____ (Urk. 7/306/2-5) wurde ausgeführt, der Patient beschreibe Sensibilitätsstörungen des rechten Armes, die sich nicht sicher auf das Versorgungsgebiet eines Nerven oder eines Dermatoms begrenzen liessen. In der neurophysiologischen Zusatzdiagnostik ergebe sich kein Anhalt für eine periphere Nervenläsion oder eine Plexusläsion als Ursache der Symptomatik. Die Ursache habe letztlich im Rahmen der erfolgten Untersuchung nicht weiter zugeordnet werden können (S. 2 unten).

Am 25. Mai 2016 fand eine weitere Operation (Re-Schulterarthroskopie, Kapsulotomie Schulter rechts) statt (Urk. 7/429; Urk. 7/428; korrigierte Fassungen von Urk. 7/373 und Urk. 7/372; vgl. Urk. 7/430).

Im Bericht vom 11. Juli 2016 über die am 4. Juli 2016 erfolgte Verlaufskontrolle 6 Wochen postoperativ (Urk. 7/378) wurde ausgeführt, der Patient berichte über einen zufriedenstellenden Verlauf und schon leichte Verbesserung der Beweglichkeit (S. 1 unten).

Im Bericht vom 19. Oktober 2016 über die gleichentags erfolgte Verlaufskontrolle (Urk. 7/394 = Urk. 7/395/2-3) wurde ausgeführt, fünf Monate postoperativ bestünden eine Verbesserung der Situation im Vergleich zu präoperativ, dennoch eine verminderte Beweglichkeit und zeitweise Schulterschmerzen, teilweise mit Schlafstörung (S. 1 unten).

Im Bericht vom 25. Januar 2017 über die am 23. Januar 2017 erfolgte Verlaufskontrolle (Urk. 7/418) wurde ausgeführt, der Patient berichte weiterhin über rechtsseitige Schulterschmerzen. Die erfolgte Infiltration habe leider nur 2-3 Tage eine Besserung gezeigt (S. 1 unten).

E. 4.12

Vom 11. Januar bis 25. Februar 2017 weilte der Beschwerdeführer in der Rehaklinik C.____, worüber am 16. Februar 2017 berichtet wurde (Urk. 7/423 = Urk. 7/424/2-12). Dabei wurden die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen genannt (S. 1 f.): - Schulterkontusion - posteroinferiore Schultersteife und Ruptur der posterosuperioren Rotatorenmanschette - mittelgradige depressive Episode, Differentialdiagnose (DD): komplexe anhaltende Anpassungsstörung bei persistierenden Schmerzen, somatoforme Schmerzkomponente (ICD-10 F45.4) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Tätigkeit mit dem rechten (dominanten) Arm sei ganztags zumutbar (S. 3 oben).

In psychosomatischer Hinsicht wurde ausgeführt, aufgrund der langen Leidensgeschichte mit Arbeitslosigkeit sei es beim Kontakt etwas überangepasst, aber im Verhalten adäquaten Patienten zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Anlässlich der psychosomatischen Exploration habe sich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion in Verbindung mit einer maladaptiven Schmerzverarbeitung bei frühtraumatisierenden Belastungen (fehlende emotionale Bindung aufgrund Abwesenheit der Eltern) und sozialer Belastung durch Arbeitslosigkeit (ICD-10: F43.21) diagnostizieren lassen (S. 3 unten).

Aufgrund fehlender dysfunktionaler Bewältigungsform (Angst vor Verschlimmerung und Schonhaltung) beziehungsweise motiviertem Reha-Verhalten, fehlen den Klagen in Bezug auf die Schmerzen und keinem Beharren auf weitere medizinische Abklärungen sei eine somatoforme Komponente am Schmerzgeschehen nicht eindeutig zuzuordnen (S. 4 oben).

E. 4.13

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 14. März 2017 (Urk. 7/433) aus, der Beschwerdeführer habe sich auf eigene Initiative bei ihm am 2. Mai 2012 in die ambulante psychiatrische Behandlung angemeldet (S. 1 unten). Er nannte die folgenden (psychiatrischen) Diagnosen (S. 3 oben): - mittelgradige depressive Episode, chronifiziert (ICD-10 F32.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Aus psychiatrischer Sicht könne durch eine weitere Behandlung keine nennbare Besserung erreicht werden (S. 2 unten). Das Weiterführen der psychiatrischen Behandlung diene der Stützung des verbliebenen Funktionsniveaus und dazu, einer weiteren Zustandsverschlechterung vorzubeugen (S. 3 oben).

E. 4.14

Dr. med. E.____, Facharzt für Anästhesiologie, nannte in seinem Bericht vom 28. März 2017 über die am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 7/465) folgende Diagnosen (S. 1 unten): - bekannte rezessive Enge tieflumbal - Verdacht auf lumbospondylogenen Schmerzanteil - AC-Arthrose, subacromiales Impingement, Supraspinatustendinopathie, nicht-transmurale Einrisse der Subscapularis- und der Infraspinatussehne

Im Unfallschein wurde von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (seit 13. Dezember 2011) bis jedenfalls 17. Januar 2017 eingetragen (Urk. 7/417/3).

E. 4.15

Am 18. Mai 2017 berichtete Kreisarzt med. pract. G.____, Facharzt für Chirurgie, über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/464). Er nannte folgende Diagnosen (S. 11 Mitte): - Schulterverletzung rechts mit posttraumatischer AC-Arthrose - Schulterarthroskopie 13. Dezember 2011: subacromiales Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion - protrahierter Verlauf mit Komponente einer adhäsiven Capsulitis - erneute Schulterarthroskopie am 21. Februar 2014: Bicepstenotomie, Adressierung der PASTA-Läsion, Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, subacromiales Débridement und Revisions-Acromioplastik rechts - posteroinferiore Schultersteife und Re-Ruptur der posterosuperioren Rotatorenmanschette, rechts mögliche adhäsive Capsulitis - 19. Mai 2016 Re-Re-Schulter-Arthroskopie, Kapsulotomie Schulter rechts

Als unfallfremde Nebendiagnosen nannte er einen schon vor dem Unfallereignis vorbestehenden Rückenschmerz aufgrund degenerativer Veränderungen, Schulterschmerzen links, ebenfalls aufgrund degenerativer Veränderungen, eine Adipositas Grad II und eine arterielle Hypertonie (S. 11 unten).

In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, bezüglich der rechten Schulter handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Unfallereignisses 2009 und um die Folgen der verschiedenen subsequent durchgeführten Operationen. Es sei dabei zu einem nur mässigen Resultat gekommen. Es finde sich eine eingeschränkte Beweglichkeit, so könne der Versicherte nur bis zur Horizontalen flektieren und abduzieren. Ebenfalls sei die Retroversion gestört. Daneben fänden sich auch noch Schwächen in der Rotatorenmanschettenmuskulatur. Diese Veränderungen seien sowohl durch den Unfall als auch postoperativ erklärbar und medizinisch nachvollziehbar. Ebenfalls könnten die geäusserten Schmerzen damit in einen Kontext gebracht werden. Aufgrund des Aktenverlaufes sei auf der rechten Seite der Schulter von einem Endzustand auszugehen (S. 12 Mitte).

Bezüglich der linken Schulter könne nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die geschilderten Beschwerden unfallkausal beziehungsweise wegen einer «Überlastung» nach Unfall eingetreten seien (S. 13 oben).

Die Rückenschmerzen des Versicherten seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend, und der Verlauf mit Zunahme der Rückenschmerzen entspricht dem normalen Verlauf, der eingetreten wäre, wenn der Versicherte auch - ohne Unfall im Bereiche der rechten Schulter - normal weitergelebt hätte (S. 13 unten).

E. 4.16

Dr. E.____ (vorstehend E. 4.14) führte in seinem Bericht vom 13. Juni 2019 (Urk. 10/1) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2016 (S. 1 Mitte), und nannte folgende Diagnosen (S. 2): - Teilruptur der Sehnen des M. supraspinatus sowie M. infraspinatus links - Tendinopathie des M. subscapularis links - Reizsyndrom des Ligamentum iliolumbale rechts - Wurzelreizsyndrom L5 sowie S1 rechts bei Modic 2 L4-S1, geringere zentralere Spinalkanalstenose L4/5, rezessaler Enge L4/5 beidseits sowie foraminaler Enge L5/S1

beidseits - Zustand nach wiederholtem arthroskopischem Repair der rechten Schulter mit zuletzt PASTA-Läsion und Kapsulitis - fachneurologisch-klinisch und elektrophysiologisch nicht auszuschliessen sendes beginnendes Karpaltunnelsyndrom sowie Thoracic Outlet-Syndrom

E. 4.17

Dr. D.____ (vorstehend E. 4.13) führte in seinem Bericht vom 2. Juli 2019 (Urk. 10/2) unter anderem aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 2. Mai 2012 ohne Unterbruch in seiner Behandlung. Bereits zu Behandlungsbeginn hätten bei ihm mittelgradig ausgeprägte depressive Beschwerden festgestellt werden können. Unter Therapie sei es im 2012 zu einer anfänglichen Besserung der psychischen Beschwerden gekommen, mit der Zeit aber, aufgrund des ausbleibenden Therapieerfolgs der somatischen Leiden und der psychischen Belastung durch die chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat, sei es im Herbst 2012 zu einer erneuten Zunahme der wieder mittelgradig ausgeprägten depressiven Beschwerden gekommen. Im Herbst 2012 habe sich sein psychischer Zustand zusätzlich mit Panikattacken

kompliziert. In den darauffolgenden Jahren sei es trotz Weiterführung der psychiatrischen Behandlung und diversen somatischen Behandlungen zu einer weiteren Chronifizierung der psychischen, aber auch körperlichen Beschwerden gekommen. Sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht sei es zu keiner wesentlichen Besserung gekommen. Der Behandlungsverlauf seit 2012 zeige, dass der Beschwerdeführer seit Jahren unter chronischen psychischen und körperlichen Beschwerden leide; aufgrund der Erfahrung aus dem bisherigen Behandlungsverlauf sei die Prognose ungünstig (S. 1).

E. 5.1

Es ist mit den Parteien von einem Unfall im mittelschweren Bereich im engeren Sinne auszugehen (Urk. 7/493/3-6 S. 2 unten Ziff. 2.3, Urk. 2 S. 6 oben Ziff. 5c). Somit müssen mindestens drei der massgebenden Kriterien erfüllt sein, damit die Adäquanz der psychischen Beschwerden bejaht werden kann (vorstehend E. 1.5).

E. 5.2

Die Behandlung wurde nach dem Unfall im Juli 2009 aufgenommen (vorstehend E. 3.1) und im Oktober 2009 vorerst abgeschlossen (vorstehend E. 3.3). Im Mai 2011 wurde sie wieder aufgenommen (vorstehend E. 4.1) und - obwohl der Kreisarzt im Juli 2013 den Endzustand als erreicht erachtete (vorstehend E. 4.7) - jedenfalls bis zu einer weiteren (dritten) Operation im Mai 2016 (vorstehend E. 4.10) fortgesetzt.

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2). SVR 2012 UV Nr. 27 S. 96, 8C_498/2011 E. 6.2.3 mit Hinweisen).

Angesichts der sich über rund fünf Jahre erstreckenden (somatisch orientierten) Behandlung mit insgesamt drei Schulteroperationen (vgl. vorstehend E. 4.15) und zahlreichen - vorstehend nicht einzeln referierten - Infiltrationsbehandlungen sind die rechtsprechungsgemäss bei diesem Kriterium zu erfüllenden Bedingungen gegeben. Es ist zu bejahen.

E. 5.3

Würde mit der Beschwerdegegnerin darauf abgestellt, dass der Kreisarzt von der zweiten und dritten Operation abgeraten und den Endzustand im Juli 2013 als erreicht erachtet hatte (Urk. 2 S. 6 oben), und damit die Behandlung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr als kriterienrelevant erachtet, so wäre diese als eigentliche Fehlbehandlung zu qualifizieren, womit dann - alternativ - dieses Kriterium erfüllt wäre.

E. 5.4

Das Kriterium der körperlichen Dauerbeschwerden erachtete die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) als «erfüllt, wenn auch nicht in aus geprägter Weise» (S. 6 Mitte). Dem ist zuzustimmen. Mitwirkende psychische Beeinträchtigungen und vom Kreisarzt registrierte Diskrepanzen, auf welche die Beschwerdegegnerin relativierend hinwies (S. 6 unten), ändern nichts daran, dass das Kriterium erfüllt ist. Dass es nur «teilweise erfüllt» sein sollte (S. 7 oben), trifft somit nicht zu; es ist lediglich nicht in ausgeprägter Weise erfüllt.

E. 5.5

Aus ärztlicher Sicht wurde der Verlauf immer wieder als protrahiert bezeichnet (vorstehend E. 4.2, 4.4, 4.5, 4.8), zuletzt im Mai 2017 auch seitens des Kreisarztes (vorstehend E. 4.15). Bezüglich eines schwierigen Heilungsverlaufes

(oder erheblicher Komplikationen) ist dies zwar ein gewichtiges Indiz, jedoch nicht hinreichend, da es rechtsprechungsgemäss zur Bejahung dieses Kriteriums besonderer Gründe bedarf, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts U 479/05 vom 6. Februar 2007 = SVR 2007 UV Nr. 25 E. 8.5).

Solche Gründe sind hier gegeben. Es sind dies die wiederholten, gemäss kreisärztlicher Beurteilung nicht indizierten, Operationen, die im August 2012 diagnostizierte adhäsive Kapsulitis, und insbesondere die im Mai 2015 diagnostizierte erneute Ruptur der Rotatorenmanschette (vorstehend E. 4.9), auf welche die abermalige Schulteroperation im Mai 2016 folgte (vorstehend E. 4.11). Somit ist dieses Kriterium erfüllt.

E. 5.6

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid aus, das Merkmal der langdauernden Arbeitsunfähigkeit sei zu bejahen, jedoch ebenfalls nicht in ausgeprägtem Ausmass (S. 6 unten), beziehungsweise sei es nur «teilweise erfüllt» (S. 7 oben).

Das Bundesgericht hat unter anderem eine Dauer der Arbeitsunfähigkeit von 1 ½ Jahren als aussergewöhnlich lange beurteilt (BGE 123 V 137 E. 3c). Vorliegend dauerte die Arbeitsunfähigkeit von 100 % - parallel zur steten Behandlung der rechten Schulter - von Dezember 2011 bis jedenfalls Januar 2017 (vorstehend E. 4.14), also über 6 Jahre. Damit ist das Kriterium auf jeden Fall - und nicht nur «teilweise» - erfüllt.

E. 5.7

Es sind somit vier der massgebenden Kriterien erfüllt. Dementsprechend ist die Adäquanz der psychischen Beeinträchtigungen zu bejahen.

Die Beschwerdegegnerin hat die psychischen Beeinträchtigungen im angefochtenen Entscheid unberücksichtigt gelassen. Deshalb ist dieser aufzuheben und die Sache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der psychischen

Beeinträchtigungen prüfe und entsprechend verfüge.

E. 6

Dem obsiegenden Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu. Ausgehend vom beantragten Betrag von 1'500.-- zuzüglich Mehrwertsteuer (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. III) ist sie beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Suva vom 16. Februar 2018 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Fricker - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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