

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00152**

## **vom 9. Juni 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00152](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00152)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00152 du 9 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00152 del 9 giugno 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

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

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). 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).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich am 23. Januar

1990 und am 3. Dezember 2006 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 dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Viel mehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanschuldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei

Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C\_627/2020 vom 10. Dezember

2020 E. 2.3 und 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar. Diesem Umstand ist auch dann Rechnung zu tragen, wenn zu einem früheren Zeitpunkt ein Leistungsanspruch verneint wurde. Unter diesen Titeln kann daher nicht eine uneingeschränkte neuerliche Prüfung vorgenommen werden. Vielmehr ist von der rechtskräftigen Beurteilung auszugehen, und die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (BGE 144 V 245 E. 6.2). 2.

### **E. 2**

Am 16. Juni 2020 teilte der Versicherte der Suva schriftlich mit, er sei mit dem Einspracheentscheid vom 28. Mai 2020 nicht einverstanden (Urk. 1). Die Suva leitete dieses Schreiben am 18. Juni 2020 an das Sozialversicherungsgericht weiter (Urk. 3). Innerhalb der daraufhin angesetzten Nachbesserungsfrist (Urk. 4) teilte der Versicherte sinngemäss mit, er wolle beim Gericht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid erheben und beantrage die Zuspreehung von Versicherungsleistungen. In prozessualer Hinsicht verlangte er zudem, bei der Gerichtsentscheidung dabei sein zu können (Urk. 6). Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), wovon dem Beschwerdeführer am 1. Oktober 2020 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 12).

Am 18. Mai 2021 forderte das Sozialversicherungsgericht den Beschwerdeführer auf, mitzuteilen, ob er die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sinne von Art.

### **E. 2.1**

Die Suva begründete ihre Ablehnung einer Leistungspflicht infolge eines Rückfalls damit, ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den neu gemeldeten rechtsseitigen Schulterbeschwerden und den aufgrund der Unfallereignisse vom 23. Januar

1990 und 3. Dezember

2006 erlittenen Gesundheitsschädigungen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuweisen (Urk. 2, Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, seine Schulterbeschwerden mit Verschlimmerung des Zervikalzustandes

beständen seit dem Unfall vom 3. Dezember

2006 beziehungsweise der Operation im Oktober 2007. Deshalb habe die Invalidenversicherung eine

Invalidität von 100 % anerkannt. Seine Beeinträchtigungen seien indes nicht Folge einer Krankheit, sondern unfallkausal (Urk. 1, Urk. 6). 3.3.1

Zum Hergang und den Folgen des Unfalls vom 23. Januar 1990 ist den Akten Folgendes zu entnehmen: Gemäss Unfallmeldung stiess das Auto des Beschwerdeführers bei einer Kreuzung mit einem entgegenkommenden Fahrzeug zusammen. Dabei kam es zu einer Quetschung der rechten Schulter (Urk. 10/24). Laut dem gleichentags erstellten Polizeirapport war der Beschwerdeführer angegurtet und erlitt keine Verletzungen (Urk. 10/38/17-18). Dem Arztzeugnis des erstbehandelnden Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, ist zu entnehmen, dass er am 24. Januar 1990 über starke Schmerzen in der rechten Schulter und eine Schwellung an der Schädeldecke klagte. Röntgenbilder ergaben keine Anhaltspunkte für eine knöcherne Läsion. Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte eine Kontusion der rechten Schulter und der Schädeldecke und bescheinigte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, voraussichtlich für zwei bis drei Wochen (Urk. 10/25). Am 27. Februar

1990 war die ärztliche Behandlung nach Angaben des Arbeitgebers abgeschlossen (Urk. 10/26; vgl. auch Urk. 10/29). 3.2

Am 3. Dezember 2006 stürzte der Beschwerdeführer eine Treppe hinunter und zog sich eine dislozierte Schaftfraktur des proximalen Phalanges

Dig V der rechten Hand zu. Im Bericht der

erst behandelnden Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_

vom 18. Dezember

2006 wurden keine Schulterbeschwerden dokumentiert (Urk. 11/3 S. 1 und 3). Die Fingerfraktur wurde am 8. Dezember 2006 durch eine offene Reposition und Platten-Osteosynthese operativ versorgt (Urk. 11/5 S. 2 f.). Nach der Gipsentfernung am 19. Januar

2007 bemerkte der Beschwerdeführer eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter, weshalb ihm am 14. Januar

2007 Physiotherapie verordnet wurde (Urk. 11/6). Laut dem behandelnden Assistenzarzt des Spitals C.\_\_\_\_

zeigten die angefertigten Röntgenbilder eine alte laterale Clavicula-Fraktur (Urk. 11/11 S. 2). Im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 11. April 2007 wird erstmals erwähnt, der Beschwerdeführer habe am 3. Dezember

2006 auch eine Schulterkontusion erlitten und deshalb eine posttraumatische Arthrose im AC-Gelenk rechts diagnostiziert (Urk. 11/14 S. 1). Wegen der persistierenden Schulterbeschwerden wurde eine MRI-Untersuchung durchgeführt, welche nebst einer erheblichen AC-Gelenksarthrose eine kleine Ansatznahe Supraspinatussehnenruptur rechts zur Darstellung brachte (Urk. 11/24; vgl. auch Urk. 11/23 S. 1, Urk. 11/29 S. 6). Am 8. Oktober 2007 erfolgte deshalb ein operativer Eingriff an der rechten Schulter (laterale Clavicularesektion, Akromioplastik sowie Supraspinatussehnennaht [Urk. 11/41]).

Dem Bericht der behandelnden Orthopäden der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2008 ist zu entnehmen,

dass die vom Beschwerdeführer

nach wie vor geklagte ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit einer beinahe funktionslosen rechten Schulter von den Ärzten nicht erklärt werden konnte. Die rechte Schulter war inspektorisch unauffällig bei symmetrischem Schulterrelief, wobei keine Atrophien festgestellt werden konnten. Radiologisch fand sich ein Acromion Typ II bei Status nach Acromioplastik sowie eine AC-Gelenksarthrose. Funktionell war eine gezielte Untersuchung der Schulter unmöglich, da der Beschwerdeführer bereits eine geringfügige Bewegung des Gelenks aufgrund von Schmerzen nicht tolerierte. Aus diesem Grund konnten die Radiologen keine axiale Aufnahme der Schulter (benötigt eine Abduktion der Schulter von 70°) anfertigen (Urk. 11/58).

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte die Schulterbeschwerden zunächst in Stellungnahmen vom 31. Juli

2007 sowie 7. März und 1. April

2008 auf das Unfallereignis vom 23. Januar

1990 zurück (Urk. 11/21, Urk. 11/50-51). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 28. Mai 2008

bezweifelte der Beschwerdeführer, dass seine Schulterbeschwerden auf den früheren Unfall zurückzuführen seien. Er wies da drauf hin, er habe bis zum Treppensturz vom 3. Dezember 2006 immer als Gipser arbeiten können. Angesichts der Röntgendiagnostik vom 19. Januar 2007, welche seiner Ansicht nach eine alte laterale Claviculafraktur dokumentierte, gelangte Dr. F.\_\_\_\_ neu zur Beurteilung, die vorgeschädigte rechte Schulter sei am 3. Dezember 2006 möglicherweise doch stärker kontusioniert worden, so dass das nachfolgende Impingement-Syndrom eher als eine Folge des zweiten Unfalls angesehen werden könne (Urk. 11/59 S. 2; vgl. auch Urk. 11/157 S. 1). Da die Ärzte in der Folge über eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und der Angabe massiver Schmerzen berichteten (Urk. 11/58, Urk. 11/69-70), veranlasste die Suva die Observation des Beschwerdeführers vom 28. August bis 18. Oktober

2008 (Urk. 11/71-72). In Anbetracht der durch die Observation dokumentierten Aktivitäten und Bewegungsumfänge

der rechten

Schulter

(unter anderem Abduktion von über 90°) ohne sichtbare Schmerzreaktion oder andere Auffälligkeiten

folgerte

Dr. F.\_\_\_\_ in den Stellungnahmen vom

5. Dezember 2008 sowie 10. Februar 2009,

dass das rechte Schultergelenk vollständig gebräuchsfähig sei.

Der Beschwerdeführer sei spätestens ab dem 3. September 2008, dem ersten Observationstag, sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in jeder anderen Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig.

Zur Unfallkausalität der rechtsseitigen Schulterbeschwerden äusserte sich der Kreisarzt nicht mehr (Urk. 11/74, Urk. 11/78). In der Verfügung vom 3. März 2009 und dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 29. September 2009 begründete die Suva die Einstellung ihrer Leistungen per 3. September 2008 damit, dass spätestens ab jenem Zeitpunkt keine wahrscheinlichen Unfallfolgen nachweisbar seien (Urk. 11/83 S. 1, Urk. 11/99 S. 2 f.). 3.3

Im Urteil UV.2009.00393

vom 30. Juni 2011, welches nach dem Nichteintreten des Bundesgerichts auf die dagegen erhobene Beschwerde (mit Entscheid vom

12. Oktober 2011 [Urk. 11/115]) in Rechtskraft erwachsen ist, gelangte das Sozialversicherungsgericht zur Beurteilung, der Beschwerdeführer könne die angestammte Tätigkeit spätestens ab dem 3. September

2008 uneingeschränkt ausüben (Erwägung 3.2.2-3; Urk. 11/106 S. 6). Dabei stellte es auf die Stellungnahmen des Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 5. Dezember

2008 sowie vom 10. Februar 2009 ab. Zudem erwog es, eine weitere Behandlungsbedürftigkeit der rechten Schulter sei nicht ausgewiesen. Physio- und Ergotherapie seien angesichts der ausgewiesenen uneingeschränkten

Schulterbeweglichkeit nicht zweck mässig.

Gleiches gelte für die von den Behandlern empfohlenen Schmerzmitteln den The rapien, weil die Observation gezeigt habe, dass die Bewegung der rechten Schulter keine Schmerzen verursache (E. 3.2.4; Urk. 11/106 S. 7 f.). Mit dieser Begründung schützte es die Einstellung der Versicherungsleistungen per 3. September

2008 (E. 3.2.5; Urk. 11/106 S. 8 ). 3.4

Mit der Rückfallmeldung vom 12. November

2013

( Urk. 11/131) reichte der Beschwerdeführer zwei Verlaufsberichte seiner Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 15. Februar und 29. Oktober

2013 ein, woraus hervorgeht, dass er im April 2012 ein erneutes (nicht bei der Suva versichertes [vgl. Urk. 11/157 S. 1]) Schultertrauma erlitten hatte und unter chronifizierten Nacken-, Schulter- und Armschmerzen rechts litt, welche sich im Verlauf des Jahres 2013 ausweiteten. Aktuell bewege er die Schulter praktisch gar nicht mehr und halte sie in einer steten Schonhaltung. Kombinierte Schulterbewegungen seien stark eingeschränkt. Er sei seit dem 17. April 2012 zu 100 % arbeitsunfähig ( Urk. 11/131 S. 6 -8 ).

Den bereits zuvor erstellten Verlaufsberichten von Dr. H.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie der Universitätsklinik

E.\_\_\_\_, vom 6. Juni und 11. Juli 2012 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer nach rund drei Jahren Anfang Juni 2012 erstmals wieder bei diesen Ärzten in Behandlung begeben hatte und über verstärkte Beschwerden in der rechten Schulter nach der im April 2012 erlittenen Schulterkontusion klagte. In der klinischen Untersuchung präsentierte sich am 4. Juni 2012 eine funktionslose, komplett eingesteifte rechte Schulter. Im Vordergrund stand ein diffuser, nicht richtig lokalisierbarer Schmerz.

Im Bericht vom 6. Juni

2012 wurde deshalb eine ausgeprägte Frozen

Shoulder rechts diagnostiziert ( Urk. 11/124 ). Eine therapeutische Infiltration glenohumeral sowie in das AC Gelenk wirkte kurzfristig, führte danach aber zur Schmerzexazerbation

( Urk. 11/126 ). Am 9. Juli 2012 zeigte sich die glenohumerale Beweglichkeit symmetrisch für die Aussenrotation. Abduktion und Flexion waren auf Grund der starken Gegenspannung durch den Beschwerdeführer nicht beurteilbar, ebenso die Rotatorenmanschette. Unter Berücksichtigung des Röntgenbefunds vom 4. Juni 2012 und der Arthro-MRI-Bilder vom 27. Oktober 2011 schloss Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Juli 2012, dass der Beschwerdeführer am ehesten unter einem verselbständigten Schmerzsyndrom leide, welches sich durch die objektivierbaren geringfügigen strukturellen Veränderungen an der Rotatorenmanschette, der Bizepssehne und im HWS-Bereich nicht hinreichend erklären lasse. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sehe er keine weiteren Verbesserungsmöglichkeiten und empfehle die Optimierung der Schmerzbehandlung ( Urk. 11/126 ).

MRI-Bilder der rechten Schulter vom 19. September 2016 ergaben Zeichen einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne ansatznah ventral mit schmaler Risslücke und ausreichender Muskelqualität, eine Insertionstendinitis der Subscapularissehne sowie eine minderkapazitive Gelenkkapsel (Urk. 11/156).

In dem vom Beschwerdeführer zu den Suva-Akten gereichten

(Urk. 11/142 S. 1) polydisziplinären

(orthopädisch-psychiatrisch-neurologisch-internistischen) Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 26. Oktober 2016, welches von der Invalidenversicherung in Auftrag gegeben worden war, werden bei den Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unter der Überschrift „unfallbedingt“ chronische Schulterschmerzen rechts mit ausgeprägter Schonhaltung und nicht messbarem Funktionsdefizit der rechten Schulter bei Status nach Frozen

Shoulder rechts, erstmals diagnostiziert am 6. Juni 2012 in der Universitätsklinik E.\_\_\_\_, erwähnt (Urk. 11/142 S. 92). Der Beschwerdeführer gab der orthopädischen Hauptgutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, an, seiner Ansicht nach seien die Schädigungen und Störungen im Bereich der rechten Schulter Folge des Unfallereignisses im Jahr 2006 (Urk. 11/142 S. 65). Im Gutachten wird sodann auf den Befund der

Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 19. September 2016 hingewiesen, wonach Zeichen einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne ansatznah ventral mit einer Risslücke unter 1 cm, eine Insertionstendinitis der Subscapularissehne

ohne wesentliche Knorpel- oder Labrumläsionen sowie eine minderkapazitive Gelenkkapsel erkennbar waren (Urk. 11/142 S. 68, S. 92 und S. 97 f.). In ihrer abschliessenden Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass die minderkapazitive Gelenkkapsel sei wohl Folge der Frozen

Shoulder mit Kapselschrumpfung und erkläre teilweise die Funktionsstörung der rechten Schulter. Durch die schmerzbedingte Schonfehlhaltung sei der Bewegungsumfang deutlich eingeschränkt. Die Insertionstendopathie der Subscapularissehne könne als weiteres pathomorphologisches Substrat die Funktionsstörung erklären. Der Supraspinatussehnenriss rechts sei hingegen von untergeordneter Bedeutung. Aufgrund des langjährigen Verlaufs bestehe zusätzlich eine Schmerzchronifizierung (Urk. 11/142 S. 98). Die vom Unfallereignis mit Schulterdistorsion im März (richtig: April) 2012 ausgehende Störung sei kurzfristiger Natur gewesen. Eine Unterscheidung zwischen unfallbedingten und degenerativ bedingten Schädigungen der Schulter sei schwierig, da der Beschwerdeführer diverse Traumata erlitten habe. Die im Arthro-MRI der rechten Schulter vom September 2016 verifizierten Pathologien seien möglicherweise nicht unfallkausal. Der Supraspinatussehnenriss rechts sei nur marginal transmural im Ansatz. Die Subscapularis-Sehnenreizung und minderkapazitive Gelenkkapsel seien Folgeerkrankungen des langjährigen Impingementsyndroms. Diese Störungen stünden im Vordergrund. Sie würden durch die Schonfehlhaltung provoziert, wobei wegen der fehlenden Schmerztherapie zwischenzeitlich eine Chronifizierung eingetreten sei (Urk. 11/142 S. 99). Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, für sämtliche Tätigkeiten komplett arbeitsunfähig zu sein, sei aufgrund der erhobenen Befunde nur teilweise nachvollziehbar und wohl auch auf eine gewisse Selbstlimitierung zurückzuführen. Seine Arbeitsfähigkeit sei allein wegen der orthopädischen Befunde eingeschränkt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gipser könne er nicht mehr ausüben. In einer leichten wechselbelastenden

Tätigkeit mit behinderungsangepasstem Leistungsprofil sei er zu 50 % arbeitsfähig ( Urk. 11/142 S. 99-100 und S. 104 ). 4. 4.1

Fest steht, dass i m Zeitpunkt der rechtskräftig gewordenen Leistungseinstellung per 3. September 2008 keine

Beschwerden in der rechten Schulter bestanden , welche zum Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen führt e n . Zur Frage, ob die Schulterbeschwerden, für welche bis zum 3. September 2008 Leistungen erbracht wurden, überhaupt unfallkausal waren, äusserten sich nach dem Vorliegen der Observationsergebnisse , die zu neuen Erkenntnissen führten, weder der Kreis arzt Dr. F. \_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 5. Dezember 2008 sowie 1 0. Februar 2009 ( Urk. 11/74, Urk. 11/78; vgl. vorstehend E. 3.2) noch die Suva im Einspracheentscheid vom 2 9. September 2009 ( Urk. 11/99 S. 2 f.) beziehungsweise das Sozialversicherungsgericht im Urteil UV.2009.00393 vom 3 0. Juni 2011 (vgl. vorstehend E. 3.3) .

In seiner Rückfallmeldung vom 1 2. November 2013 machte der Beschwerdeführer geltend, seit Anfang 2011 wieder unter vermehrten Be einträchtigungen zu leiden ( Urk.

#### **E. 6**

Ziff. 1 EMRK wünsche ( Urk. 13). Mit Schreiben vom 9. Juni 2021 teilte der Beschwerdeführer dem Gericht seinen Verzicht auf die Durchführung einer solchen Verhandlung mit ( Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 9**

S. 2

f f.).

#### **E. 11**

/13 1 S. 3). Dementsprechend wurde er von den Orthopäden der Uni versitäts klinik E. \_\_\_ erst nach rund dreijähriger Behandlungspause Anfang Juni 2012 wieder wegen Beschwerden in der rechten Schulter untersucht ( Urk. 11/124). Unter diesen Umständen ist das Bestehen unfallkausaler Schulter schmerzen im Sinne von Brückensymptomen auf jeden Fall – selbst wenn von einer Unfallkausalität der ursprünglichen Schulterbeschwerden ausgegangen wird - nicht ausgewiesen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 522/2013 vom 2 3. September 2013 E. 3.2 mit Hinweisen).

Unbestrittenermassen ist deshalb in erster Linie zu prüfen, ob die ab Anfang 2011

geklagten vermehrten Schulterschmerzen – allenfalls im Sinne eines Rückfall s – in einem natürlichen Kausalzusammenhang

zu den bei der Suva versicherten

Unfällen vom

2 3. Januar

1990 und 3. Dezember

2006 stehen und insofern eine Änderung der anspruchsrelevanten Verhältnisse vorliegt . Die Beweislast für die Un fallkausalität liegt beim Beschwerdeführer ( vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_102/2008 vom 26. September 2008 E. 2.2 mit Hinweis). Dabei ist eine andere Beurteilung der Unfallkausalität der ursprünglichen Schulterbeschwerden in dem

Sinne, dass sie bei richtiger Betrachtungsweise gar nicht unfallkausal seien, trotz damaliger Anerkennung der Leistungspflicht durch die Gewährung von Heilbehandlung und Taggeldern möglich, und zwar ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder (prozessualen) Revisionsgrund. Bis anhin wurden nämlich keine Dauerleistungen ausgerichtet (vgl. zum Ganzen BGE 130 V 380 E. 2.3.1-2 sowie die Urteile des Bundesgerichts 8C\_819/2016 vom 4. August 2017 E. 6.1 sowie 8C\_22/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1). 4.2

Mit Stellungnahme vom

8. Januar 2020 beurteilte der Chirurg

med. pract.

A.\_\_\_\_ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva die Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer mit der Rückfallmeldung vom 12. November 2013 geltend gemachten Schulterbeschwerden (Urk. 11/161).

Gestützt auf die Aktenlage hielt er fest, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Autounfall vom 23. Januar 1990 zu einer strukturellen Verletzung der rechten Schulter geführt habe. Der Beschwerdeführer sei damals angeschnallt gewesen und die Fahrgastzelle sei gemäss Polizeirapport intakt geblieben. Da vom erstbehandelnden Dr. B.\_\_\_\_

weder ein Hämatom, noch eine Prellmarke, eine Schürfung oder eine Schwellung dokumentiert worden seien, sei es wahrscheinlich nicht zu einer Schulterprellung gekommen. Möglicherweise sei es hingegen zu einer Stauchung des rechten Arms gekommen. Die am 24. Januar 1990 angefertigten Röntgenbilder wiesen keine Zeichen einer knöchernen Verletzung der lateralen Clavicula oder des AC-Gelenks auf, und eine Weichteilschwellung als möglicher indirekter Hinweis auf eine Verletzung fehle. Auch habe

keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Fall einer strukturellen Verletzung der rechten Schulter, insbesondere des AC-Gelenks und der lateralen Clavicula, wäre mit erheblichen

Schmerzen und einer Gewebschwellung zu rechnen gewesen, welche klinischer Diagnostik gut zugänglich gewesen wären (Urk. 11/161 S.

12).

Nach dem Treppensturz vom 3. Dezember 2006 sei initial keine Verletzung der rechten Schulter dokumentiert worden;

erst im Januar 2007 seien Schulterbeschwerden aufgrund eines Impingementsyndroms erwähnt worden (Urk. 11/161 S. 12 f.). Die behandelnden Ärzte hätten die Röntgenbilddiagnostik vom 19. Januar 2007 unterschiedlich interpretiert: Während der Radiologe Dr. med. J.\_\_\_\_ keine frische knöcherne Verletzung, leichtgradige degenerative Veränderungen des AC-Gelenks ohne Zeichen einer AC-Gelenks-Luxation sowie eine isolierte Ossifikation (Verknöcherung) am lateralen Clavicula erblickt habe (vgl. Urk. 11/161 S. 8 f.), habe Dr. med. K.\_\_\_\_, Assistenzarzt Chirurgie des Spitals C.\_\_\_\_, aufgrund der Röntgenbilder im Bericht vom 19. Januar 2007 (vgl. Urk. 11/11 S. 2) eine laterale Claviculafraktur rechts diagnostiziert (Urk. 11/161 S. 13). Es sei nicht überwiegend

wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer eine akute strukturelle Verletzung der rechten Schulter erst viele Wochen nach dem Unfall bemerkt habe. Nach allgemeiner Erfahrung wäre es andernfalls

zu

akuten, erheblichen Schmerzen in Ruhe und bei Alltagsaktivitäten gekommen, zumal die rechte Schulter nach dem Unfall nicht mit Schienen oder Verbänden ruhiggestellt gewesen sei (Urk. 11/161 S. 12 f.). Deshalb sei auch die auf den MRI-Bildern vom 6. August 2007 (vgl. Urk. 11/161 S. 4 f.) sichtbar gewordene kleine Läsion im Bereich des Musculus

supraspinatus nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine akute Verletzung der Sehne am 3. Dezember 2006 zurückzuführen. Die ebenfalls bildgebend zur Darstellung gelangte Tendinopathie der Supraspinatussehne sei Ausdruck eines Impingement-Syndroms (Urk. 11/161 S. 14). Beim subacromialen

Impingement handle es sich um ein chronisches Verschleissleiden. Dieses könne nicht nur durch die berufliche Belastung der Schulter

verursacht worden sein, sondern auch durch den bekannten chronischen Nikotinabusus, welcher die Entstehung von Defekten der Rotatorenmanschette fördere. Deshalb seien mit der Operation von Dr. D. \_\_\_ vom 8. Oktober 2007 (Resektion der lateralen Clavicula, Akromioplastik und Supraspinatussehnennaht) nicht mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls vom 3. Dezember

2006 behandelt worden. Nach der Operation habe der Beschwerdeführer weiterhin über massive Schmerzen geklagt und angegeben, mit seinem rechten Arm «überhaupt nichts» machen zu können. In der darauffolgenden Zeit

hätten

die behandelnden Ärzte und auch die Rheumatologin Dr. med. L. \_\_\_ in ihrem Gutachten vom 18. November

2011 eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den subjektiven Beschwerdeangaben festgestellt. Ausserhalb der Untersuchungssituation habe eine recht ordentliche, schmerzfreie Funktion der rechten Schulter mit Elevation über 90° beobachtet werden können. Zusammen mit einer fehlenden Muskelminderung (der rechte Arm sei sogar muskulöser gewesen als der linke Arm) führe dies zu begründeten Zweifeln an der Validität der geäusserten Beschwerden. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass diese Folge einer strukturellen Läsion seien (Urk. 11/161 S. 15 f.).

Der Orthopäde Dr. D. \_\_\_ habe in seinem Bericht vom 11. April 2007 die Diagnose einer posttraumatischen Arthrose des AC-Gelenks gestellt. Da er selbst keine neue radiologische Diagnostik vorgenommen habe (vgl. Urk. 11/14), sei seine Diagnosestellung nicht sachgerecht.

Für die Entstehung einer posttraumatischen Arthrose des AC-Gelenks hätte es einer strukturellen Verletzung des Gelenks bedurft. Während im Bericht vom 19. Januar 2007 im Spital C. \_\_\_ nur eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk zusammen mit einer schmerzhaft eingeschränkten Funktion im rechten Schultergelenk dokumentiert worden sei, habe Dr. D. \_\_\_ am 11. April

2007 von massivsten Schmerzen in diesem Bereich berichtet. Bei einer Unfallkausalität wäre nicht mit einer

solchen Zunahme der Beschwerden zu rechnen, sondern umgekehrt mit einer Abnahme der Schmerzen im zeitlichen Verlauf. Dr. D. \_\_\_ habe im Übrigen darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer, als er sich unbeobachtet geglaubt habe, die Schulter völlig normal bewegt habe. Zudem sei der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem bildgebenden Nachweis der Arthrose mit knapp sechs Wochen deutlich zu gering für einen Zusammenhang. Diese Überlegungen liessen es nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass der Unfall vom 3. Dezember

2006 zu einer posttraumatischen Arthrose des AC-Gelenks geführt

habe (Urk. 11/161 S.

### **E. 13**

f.).

Die Arthrose habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum Unfallzeitpunkt bereits bestanden. Gegen eine Aktivierung der vorbestehenden Arthrose durch den Unfall spreche, dass die Beschwerden solchenfalls deutlich früher aufgetreten wären. Eine Instabilität des AC-Gelenks sei nach dem Unfall nicht dokumentiert worden. Damit sei es auch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass ein knöcherner Ausriss für die Ossifikationen beim lateralen Claviculae ursächlich sei, zumal Ossifikationen auch ohne Trauma entstehen könnten (Urk. 11/161 S. 14).

Im Bericht vom 6. Juni 2012 habe Dr. H. \_\_\_ von der Universitätsklinik E. \_\_\_ die Diagnose einer ausgeprägten Frozen

Shoulder gestellt und diese auf die nicht bei der Suva versicherte Kontusion der rechten Schulter im April 2012 zurückgeführt. Dabei habe er auf einen Bericht vom 10. August 2009 (ebenfalls der Universitätsklinik E. \_\_\_; Urk. 11/98) verwiesen, in welchem angeblich bereits eine Frozen

Shoulder diagnostiziert worden sei. Dem sei entgegenzuhalten, dass im fraglichen Bericht die Diagnose unklarer Schmerzen der rechten Schulter gestellt worden sei. Eine Untersuchung der Schulter sei damals wegen der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen nicht möglich gewesen, und die vorhandenen radiologischen Befunde hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer Kapsulitis

adhäsiva ergeben. Die Ärzte hätten abschliessend lediglich darauf hingewiesen, dass eine Frozen

Shoulder nicht ausgeschlossen werden könne. Hingegen könne die im MRI-Befund vom 19. September

2016 genannte minderkapazitive Gelenkkapsel auf das Vorliegen einer adhäsiven Kapsulitis der rechten Schulter zu diesem Zeitpunkt hinweisen. Die von der orthopädischen Gutachterin der Z. \_\_\_ AG Dr. I. \_\_\_ erhobene Schwellung des rechten Oberarms (mit Umfangsdifferenz zur Gegenseite von mehr als 4 cm) könne dadurch nicht erklärt werden. Dieser Befund sei nicht typisch für eine adhäsive Kapsulitis und auch mit keinem der anderen mittels der MRI-Untersuchung vom 19. September 2016 erhobenen Befunde erklärbar. Das Krankheitsbild einer Kapsulitis

adhäsiva der Schulter entstehe zumeist ohne vorangehendes Schultertrauma ( Urk. 11/161 S. 17) .

Insgesamt stehe damit fest, dass die mit der Rückfallmeldung vom 12. November 2013 geltend gemachten rechtsseitigen Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Unfälle vom 23. Januar

1990 und vom 3. Dezember 2006 zurückzuführen seien. Es lasse sich keine strukturelle Verletzung der rechten Schulter objektivieren, die Folge der beiden Unfälle sei. Bis zu dem Sprechstundenbericht vom 10. August 2009 könne eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung der rechten Schulter mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht belegt werden. Ebenfalls nicht überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es, dass der zumindest in einer Arthrose des AC-Gelenks bestehende Vorzustand sich nach dem Unfall vom 3. Dezember 2006 richtunggebend verschlimmert habe .

Da keine der bis zum 1. Juli 2009 eingeleiteten Behandlungsmassnahmen eine längerfristige Besserung bewirkt habe, habe spätestens ab diesem Zeitpunkt von einer weiteren medizinischen Behandlung keine erhebliche Besserung erwartet werden können. Die im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Oktober 2016 attestierte Einschränkung der zumutbaren Tätigkeiten sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremde Beeinträchtigungen zurückzuführen ( Urk. 11/161 S. 17 ff.). 4.3

Med. pract . A.\_\_\_\_ hat überzeugend dargelegt, dass der erste Unfall vom 23. Januar 1990 zu keinen bleibenden Schäden in der rechten Schulter führte. Dies wird vom Beschwerdeführer nicht in Abrede gestellt (vgl. Urk. 1 und Urk. 11/142 S. 65). Auch die Beurteilung von med. pract . A.\_\_\_\_ , dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Anfang 2011 wieder verspürten

Schulderschmerzen und dem zweiten Unfall vom 3. Dezember

2006 nicht überwiegender Wahrscheinlichkeit sei ,

kann aufgrund seiner Darlegungen sehr gut nachvollzogen werden. Die nicht mit konkreten ärztlichen Befunden und Einschätzungen begründete Behauptung des Beschwerdeführers, die Schulterbeschwerden seien auf den Unfall vom 3. Dezember 2006 zurückzuführen ( Urk. 1, Urk. 6), vermag die Beurteilung von med. pract . A.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

Da med. pract . A.\_\_\_\_ den medizinischen Sachverhalt ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers allein gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten gewürdigt hat, handelt es sich bei seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2020 um ein reines Aktengutachten. Zudem wurde sein Bericht unfallversicherungsintern eingeholt. Rechtsprechungsgemäss sind aus diesen Gründen erhöhte Anforderungen an den Beweiswert seiner

Beurteilung zu stellen . Im Einklang mit diesen Anforderungen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_724/2013 vom 31. März 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen) beruht die Stellungnahme von med. pract . A.\_\_\_\_

auf dem aktenmässig dokumentierten, lückenlosen Untersuchungsbefund mit den notwendigen Informationen über Anamnese, Verlauf und den gegenwärtigen Status ( Urk. 11/161

S. 2-12) . Ferner besteht hinsichtlich der strittigen Frage, ob die Anfang 2011 vermehrt aufgetretenen Schulterbeschwerden ( Urk. 11 /131 S. 3) in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 3. Dezember 2006 stehen, keine anderslautende ärztliche Einschätzung . Die Hausärztin Dr. G.\_\_\_\_

und Dr. H.\_\_\_\_ , Oberarzt Orthopädie der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ , brachten die Beschwerden in ihren Berichten vom 6. Juni und 11. Juli 2012 ( Urk. 11/124, Urk. 11/126) sowie vom 15. Februar und 29. Oktober 2013

( Urk. 11/131 S. 6-8) in einen Zusammenhang mit dem nicht bei der Suva versicherten Unfallereignis vom April 2012 (vgl. Urk. 11/157 S. 1) . Die orthopädische Hauptgutachterin der

Z.\_\_\_\_

AG Dr. I.\_\_\_\_

befasste sich in der interdisziplinären Expertise vom 26. Oktober 2016 im Auftrag der Invalidenversicherung

mit den Schulterbeschwerden, weshalb die Beurteilung der (Unfall-)Kausalität der Beschwerden nicht im Vordergrund stand.

Dementsprechend setzte sie sich mit dieser Frage weniger eingehend auseinander als med. pract . A.\_\_\_\_ . Immerhin hielt sie fest, eine Unterscheidung zwischen unfallbedingten und degenerativ bedingten Schädigungen der Schulter sei schwierig,

und die im Arthro-MRI der rechten Schulter vom September 2016 verifizierten Pathologien (Zeichen einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne , Insertionsentzündung der Subscapularissehne sowie minderkapazitive Gelenkkapsel) seien möglicherweise nicht unfallkausal ( Urk. 11/142 S. 98-99 ) . Zudem ist dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer weitgehend identische Läsionen in der linken Schulter aufweist ( Urk. 11/142 S. 98 ), deren Schädigung durch einen Unfall nicht zur Diskussion steht.

Dies deutet ebenfalls eher darauf hin, dass in der rechten Schulter ein rein degeneratives Geschehen vorliegt. Damit sind die Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_

nicht geeignet, auch nur geringfügige Zweifel an der Beurteilung von med. pract . A.\_\_\_\_ , dass die neu aufgetretenen rechtsseitigen Schulterbeschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit den Unfällen vom 23. Januar 1990 und vom 3. Dezember 2006 stehen, aufkommen zu lassen .

Dem Aktengutachten des Chirurgen med. pract . A.\_\_\_\_ kommt aus diesen Gründen Beweiswert zu (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_724/2013 vom 31. März

2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen), so dass darauf abgestellt werden

kann . Auf dieser Basis steht fest, dass die vom Beschwerdeführer als Rückfall gemeldete Beeinträchtigung der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu einem der Suva- versicherten Unfälle vom 23. Januar 1990 beziehungsweise vom 3. Dezember

2006 steht . Deshalb ist nicht zu beanstanden, dass die Suva diesbezüglich ihre Leistungspflicht mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Mai

2020 verneint hat ( Urk. 2) . Bei diesem Ergebnis ist die Beschwerde abzuweisen .

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Suva, unter Beilage einer Kopie von Urk.

#### **E. 16**

- Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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