

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00110

vom 3. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00110

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00110 du 3 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00110 del 3 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

S. 1) .

E. 1.1

Auf die im aufgehobenen Urteil UV.2019.00048 vom 12. Oktober 2020 dargelegten rechtlichen Grundlagen

zu den Voraussetzungen der Leistungspflicht des Unfallversicherers, namentlich zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang, den Grundsätzen zum Fallabschluss und zum Beweiswert ärztlicher Berichte

(Urk. 2/22 E. 1.1 – E. 1.6)

respektive auf deren Bestätigung und Ergänzung im bundesgerichtlichen Urteil 9C_750/2020 vom 23. April 2023 (Urk. 1 E. 4) wird verwiesen.

E. 1.2

Zu ergänzen ist, dass das Gericht nach den Richtlinien zur Beweiswürdigung praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten abweicht (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2, 135 V 465 E. 4.4). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa ; Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2020 vom 3. November 2020 E. 4). 2.

E. 2

Mit Beschluss vom 15. September 2021 stellte das Gericht eine orthopädische Begutachtung bei Dr. med. Y.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in Aussicht (Urk. 4). Die Beschwerdegegnerin erhob keine Einwände gegen den in Aussicht genommenen Experten und verzichtete auf Ergänzungsfragen (Urk. 6), der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Eingabe hierzu. Mit Verfügung vom 25. Oktober 2021 wurde Dr. Y.____ zum Gutachter ernannt (Urk. 7). Am 10. September 2022 erstattete er das Gutachten (Urk. 18). Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin dazu erging am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den folgenlosen Fallabschluss per 20. Juni 2018 mit Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2020 (Urk. 2/2) und ihren Eingaben im Verfahren UV.2019.00048 (Urk. 11/2, 11/20) damit, dass bezüglich der linken Schulterbeschwerden ein krankhafter Vorzustand vorgelegen sei und die Beschwerden degenerativer Natur seien. Eine unfallbedingte schädigende Einwirkung auf die linke Schulter sei nicht erstellt und infolgedessen der natürliche Kausalzusammenhang insbesondere in Bezug auf die adhäsive Kapsulitis zu verneinen. Die Nackenbeschwerden beruhten auf keinem objektivierbaren organischen Substrat und es sei in Anwendung der Schleudertraumapraxis

auch diesbezüglich die Adäquanz zu verneinen. Die diagnostizierte chronische Schmerzstörung habe sodann bereits vor dem Unfall vorgelegen. Die diesbezügliche Adäquanzprüfung habe in Anwendung der Psychopraxis zu erfolgen und sei ausgehend vom einem banalen/leichten Ereignis zum vornherein zu verneinen. Da im Zeitpunkt der kreisärztlichen Beurteilung vom 13. Juni 2018 von einer Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen sei, sei sie zur Adäquanzprüfung befugt gewesen (Urk. 2/2 S. 8 ff. 2/11 S.).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan, dass die Schulterbeschwerden links und insbesondere die adhäsive Kapsulitis in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. Oktober 2017 mehr stünden und der Status quo sine erreicht sei. Die Annahme des Kreisarztes, wonach sich bildgebend keine Verschlechterung eingestellt habe, sei falsch. Gemäss dem behandelnden Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe sich nach dem versicherten Unfall eine adhäsive Kapsulitis entwickelt. Durch den Druck des Sicherheitsgurtes sei es zu einer Schulterkontusion und dadurch zur Verschlechterung des vorgeschädigten Schultergelenks gekommen. Hinsichtlich der Schleudertraumabeschwerden stehe er immer noch in Behandlung und sei die Beschwerdegegnerin nicht berechtigt gewesen, den Fall abzuschliessen. Sodann sei die Adäquanz unter ausschliesslicher Anwendung der Schleudertraumapraxis zu bejahen, eventualiter ein Gutachten anzuordnen (Urk. 2/2 S. 6 ff., 2/17). Einer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten enthielt sich der Beschwerdeführer (Urk. 27). 3.

Mit Urteil 8C_750/2020 vom 23. April 2023 (Urk. 1) hielt das Bundesgericht bezüglich der durch das erlittene Schleudertrauma verursachten, objektiv nicht ausgewiesenen Nackenbeschwerden fest, der Beschwerdeführer vermöge nicht darzutun, inwiefern durch eine auf diese somatischen Leiden gerichtete ärztliche Behandlung bei Fallabschluss per 20. Juni 2018 noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes hätte erwartet werden können. Es bestätigte sodann die zu Gunsten des Beschwerdeführers für sämtliche

nicht objektivierbaren Leiden nach der sogenannten Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) vorgenommene Adäquanzprüfung im Urteil UV.2019.00048 vom 12. Oktober 2020 (Urk. 2/22 S. 17 ff.) und damit auch den Schluss auf das Fehlen einer leistungs begründenden adäquaten Kausalität (E. 8 in: Urk. 1 S. 9 f.).

Was die Beschwerden an der linken Schulter und dabei die Unfallkausalität der Frozen Shoulder anbelangt, hielt das Bundesgericht fest, es treffe zwar zu, dass bereits im

MRI-Bericht vom 11. März 2013 «geringe Zeichen einer Kapsulitis adhäsiva» vermerkt worden seien. Jedoch habe sich der Suva-Kreisarzt Dr. med. A.____ in seiner Beurteilung vom 17. Januar 2019 hinsichtlich dieses Befundes nicht weiter geäußert respektive sei dieser seiner Auffassung nach nicht weiter zu diskutieren gewesen. Es lasse sich mangels Begründung nicht nachvollziehen, was den Kreisarzt zu dieser Schlussfolgerung veranlasst habe. Insbesondere fehle es an weitergehenden Ausführungen dazu, ob eine (sofern überhaupt stattgehabte) Kontusion oder Distorsion beim Unfall geeignet gewesen wäre, eine Verschlimmerung dieses Befundes zu bewirken, auch wenn keine anderweitigen unfallbedingten strukturellen Schädigungen bildgebend nachgewiesen seien. Auch bleibe ungeklärt, wie die im MRI genannten weiteren Zeichen für eine Kapsulitis zu interpretieren seien, insbesondere, ob diese für eine weitere unfallbedingte Schädigung sprächen. Angesichts der von Dr. Z.____ gestellten Diagnose einer posttraumatischen, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Frozen

Shoulder bestünden zumindest geringe Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung (E. 7.4 in: Urk. 1 S. 8 f.).

Das Bundesgericht hob daher den Entscheid UV.2019.00048 vom 12. Oktober 2020 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen in diesem Punkt und neuem Entscheid zurück (Urk. 1).

E. 3

0. September 2022 (Urk. 24), der Verzicht des Beschwerdeführers auf eine Stellungnahme am 10. Januar 2023 (Urk. 27), was den Parteien mit Verfügung vom 13. Januar 2023 gegenseitig zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4

Dr. Y.____ erstattete sein Gutachten am 10. September 2022 (Urk. 18) gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten, seine ambulante orthopädische Untersuchung vom 22. Juni 2022, zusätzlich veranlasste MRI- und radiologische Untersuchungen

sowie eine Ultraschalluntersuchung vom 16. und 22. Juni 2022 (Urk. 18 S. 2). Seine Diagnosen lauteten wie folgt (S. 29): - Steilstellung der HWS - Arthrose der kleinen Wirbelgelenke im gesamten HWS-Bereich - Forameneinengung im Segment C3/C4 beidseits und C4/C5 beidseits - Blockierung der kleinen Wirbelgelenke - Chronische Nervenwurzelreizung C3/C4 und C4/C5 - Subacromiales Impingement linke Schulter - Ansatzentzündung des Musculus supraspinatus und des Musculus infraspinatus - Leichtgradige Bursitis subacromialis und subdeltoidea links - Chronisches Schmerzsyndrom der HWS - Beginnende Arthrose am AC-Gelenk nach AC Gelenksluxation Tossy I

In Auseinandersetzung mit den bildgebenden Vorbefunden schloss Dr. Y.____, der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 17. Februar 2011 eine AC-Luxation Tossy I mit Kontusion des AC-Gelenkes erlitten. Das MRI vom 13. März 2012 habe die Folgen der AC-Verletzung in Form einer Arthrose des AC-Gelenkes gezeigt, ansonsten aber keine Veränderungen zum Vorbefund (S. 32). Dannzumal habe eine Ausheilung der vorher verletzten Strukturen vorgelegen. Im Befund zum MRI vom 11. März 2013, zwei Jahre nach dem Unfall, seien zum ersten Mal geringe Zeichen einer Kapsulitis adhäsiva angegeben worden bei im Übrigen intakten Sehnen und eutropher Muskulatur (S. 30).

In einlässlicher Darlegung der medizinischen Begrifflichkeiten einer Kontusion und Distorsion und der damit einhergehenden Symptomatiken (S. 30 f.) folgerte Dr. Y.____, was den Unfall vom 7. Oktober 2017 anbelange, könne aufgrund des angegebenen Unfallmechanismus und der Erstuntersuchung davon ausgegangen werden, dass es sich weder um eine Kontusion noch um eine Distorsion der Schulter gehandelt habe. Die erstbehandelnde Ärztin habe weder eine Ultraschalluntersuchung oder Röntgenuntersuchung der HWS noch der linken Schulter angeordnet, was darauf schliessen lasse, dass die Verletzungen hierfür nicht hinweisend gewesen seien. Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung hätten keine Gelenkschwellung, keine Gelenkinstabilität oder Einschränkung der Schulterbeweglichkeit und kein Hämatom bestanden, mithin keine Hinweis auf eine Distorsion oder Kontusion. Sodann zeige der Vergleich von Röntgenaufnahmen, welche kurz vor dem Unfall am 6. Juli 2017 erstellt worden seien, mit denjenigen vom 17. Oktober 2017 keine Veränderung des Befundes am linken Schultergelenk, speziell keine frischen Verletzungszeichen. Die Bilder seien vielmehr identisch. Anlässlich einer nachfolgenden neurologischen Untersuchung am 8. November 2017 seien keine Beschwerden an der Schulter oder sonstige Behinderungen an der Schulter angegeben worden. Die Befunde aus dem Assessment in der Rehaklinik B.____ vom 26. Februar 2018 hätten sodann denjenigen aus dem Jahr 2011 entsprochen, wobei auf eine muskuläre Problematik ohne Verschlimmerung hingewiesen worden sei, definitiv aber nicht auf Zeichen auf eine Kontusion oder Distorsion (S. 35 f.).

Was sodann den MRI-Befund vom 18. April 2018 anbelange, werde bescheinigt, dass es sich hier um eine adhäsive Kapsulitis handle ohne Verletzung von Strukturen am Schultergelenk. Im Rahmen des verletzungsbedingten Gesamtgeschehens sei dieser Befund dahingehend zu deuten, dass es sich um eine Schwellung und Verdickung der Gelenkkapsel handle, wobei es auch zu einer erschwerten intraartikulären Kontrastmittelapplikation gekommen sei. Sowohl das erschwerte Einbringen von Kontrastmittel mit erhöhtem Druck als auch die Verdickung der Gelenkkapsel und vor allem des Recessus habe dem Radiologen gezeigt, dass es sich um eine Entzündungsreaktion der Gelenkkapsel handle. Doch könne bei dieser Befundlage definitiv nicht gesagt werden, ob es sich eher um eine akute Entzündung oder um ein chronisches Entzündungsgeschehen handle (S. 37).

Die Definition der posttraumatischen adhäsiven Kapsulitis könne nur gestellt werden, wenn eine Schädigung oder Verletzung die Ursache für die adhäsive Kapsulitis sei. Gemäss der derzeit verfügbaren Literatur reiche hierfür die Diagnose einer adhäsiven Kapsulitis gestützt auf ein MRI als alleiniges Diagnostikum nicht aus.

Zusammengefasst könne gutachterlich festgestellt werden, dass aufgrund der vorliegenden Darstellung der Fallsituation, der Befunde und eigener Untersuchung durch den Unfall weder eine Distorsion noch eine Kontusion am Schultergelenk stattgefunden habe. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden könnten in frühere Jahre zurückverfolgt werden und insgesamt habe sich nach dem letzten Unfall keine Verschlimmerung des Befundes ergeben. Die objektiven Befunde der Röntgenuntersuchung, der MRI-Untersuchungen und des Ultraschallbefundes zeigten keine pathologischen Veränderungen am Schultergelenk, wie man es nach einer schweren Distorsion und Kontusion ohne Heilungstendenz erwarten würde. Sodann sei im MRI 2012, ein Jahr nach dem ersten Unfall, noch keine pathologische Veränderung im Sinne einer adhäsiven Kapsulitis beschrieben worden. Die progredienten Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis als Unfallfolge darzustellen, sei abzulehnen (S. 38 und S. 40).

Durch den Unfall vom 7. Oktober 2017 sei es zu keinen Verletzungen und keinem Folgeschaden am linken Schultergelenk gekommen. Die im MRI-Befund vom 18. April 2022 (gemeint: 2018, Urk. 2/12/50) beschriebene Verdickung des coracohumeralen Ligamentes sei die Folge der Verletzung aus dem Jahre 2011 und als Ausheilung an diesem Gelenk anzusehen. Was die progrediente AC-Gelenksarthrose anbelange, handle es sich hierbei um eine Unfallfolge aus dem Jahr 2011. Weiterhin werde eine diskrete und stationäre Bursitis beschrieben und es bestünden die Diagnosen einer Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit Oberflächenirregularitäten bursa- und gelenkseitig. Dabei handle es sich um einen chronischen, nicht entzündlichen Zustand, der definitiv nicht als Unfallfolge zu werten sei. Die sogenannten Irregularitäten hätten keinen pathologischen Befund, sondern zeigten einzig, dass es sich um eine ältere Sehne handle.

Vielmehr werde im MRI eindeutig definiert, dass es sich insgesamt um eine intakte Rotatorenmanschette handle, weshalb gesagt werden könne, dass der Beschwerdeführer den linken Arm auch nach dem Unfall im normalen Alltag benutzt habe, ansonsten hätten sich im Laufe der Zeit von Oktober 2017 bis April 2018 muskuläre Atrophien einstellen müssen (S. 41). Auch dies spreche dafür, dass die Diagnosen, welche aufgrund der MR-Arthrographie vom 18. April 2018 gestellt worden seien, in keiner Weise als Unfallfolgen nach einer Heckkollision vom 7. Oktober 2017 zu werten seien. Die bestehenden chronischen Prozesse, die schon seit Jahren bestünden, beeinträchtigten die Funktionstüchtigkeit der Schulter sodann nicht in einer Weise, dass sich dadurch muskuläre Atrophien eingestellt hätten und somit Folgeschäden am Knorpel und anderen Strukturen. Die vom Radiologen vorgebrachten weiteren Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis (vgl.

dazu: Urk. 2/12/50) seien entsprechend definitiv nicht als Folge des Unfalls vom 7. Oktober 2017 zu werten (S. 42).

Was die Diagnose einer posttraumatischen Frozen

Shoulder anbelangt, für deren Vorliegen sich Dr. Z. ___ (unfallkausale Kapselsteife) ausgesprochen hatte (Urk. 7/1 und 7/2), legte Dr. Y. ___ dar, dass in der wissenschaftlichen Literatur Übereinstimmung darin bestehe, dass die Ursachen einer primären Frozen

Shoulder nicht geklärt seien. Als Ursache würden systemische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen oder neurologische Erkrankungen diskutiert. Die sekundäre Schultersteife könne als Folge einer längeren Gelenkruhgstellung nach einer Operation, einer Entzündung oder einer Verletzung auftreten. Sie führe durch Schrumpfung der Gelenkkapsel zur Reduktion der Beweglichkeit. Die sekundäre Frozen

Shoulder sei immer Folge einer Verletzung der angrenzenden Strukturen an das Schultergelenk. Die Verletzung bedinge die entzündliche Folgereaktion, welche wiederum die Bewegungseinschränkung bedinge. Eine sekundäre Frozen

Shoulder als Unfallfolge ohne vorherige Verletzung gebe es nicht (S. 44 f.).

Ergänzend merkte Dr. Y. ___ an, dass sich anamnestisch zeige, dass der Beschwerdeführer seit 2006 schmerzbedingte Beschwerden an der Halswirbelsäule und Einstrahlungen in die Schultergelenke habe. Aufgrund der Dauer der Schmerzen könne sicher von einer chronischen Schmerzerkrankung ausgegangen werden. Es liege eine chronische Nervenwurzelreizung an der HWS in Höhe C4 und C

E. 5

vor. Sowohl die vorherigen als auch die aktuellen MRI zeigten eindeutig Forameneinengungen der Segmente C3/C4 und C4/C5, die auch neurologisch den schmerzhaften Segmenten an der Schulter zuzuordnen seien (S. 45). Die Uniklinik C.____ habe eine C5-Radikulopathie rechts mit Neuroforamenstenosen C4/C5 beidseits diagnostiziert. Bei den endgradigen Bewegungseinschränkungen am linken Schultergelenk handle es sich aus seiner Sicht um ein subacromiales Impingement. Wie das aktuelle MRI eindeutig zeige, werde beim Beschwerdeführer ein Acromion Typ II nach Bigliani diagnostiziert, welches ein prädisponierender Faktor für ein subacromiales Impingement sei. Hierfür sprächen auch die klinischen Befunde (S. 46).

E. 5.1

Das ausführliche und sorgfältige Gerichtsgutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (BGE 134 V 23 I. E. 5.1). So ist es für die streitigen Belange umfassend und beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen inklusive MRI-, Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen. Auch erging es in Kenntnis der Vorakten sowie in einlässlicher Auseinandersetzung mit den für die vorliegend zu klärende Frage insbesondere massgeblichen bildgebenden Befunden wie auch den klinischen Befunden im Nachgang zum versicherten Ereignis. Sodann leuchtet die Beurteilung von Dr. Y.____ in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und erweisen sich seine Schlussfolgerungen als begründet.

Überzeugend erweist sich die gutachterliche Beurteilung insbesondere in Bezug auf die Verneinung einer beim Unfall vom 7. Oktober 2017 erlittenen Distorsion oder Kontusion, legte doch Dr. Y.____ nachvollziehbar dar, dass weder der Unfallhergang noch die von der am 1. Oktober 2017 erstbehandelnden Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, wiedergegebenen Befunde (Urk. 2/12/9) auf einen derartigen Verletzungsvorgang schliessen lassen. Weder finden sich darin Hinweise auf eine Gelenkschwellung oder Gelenkinstabilität noch auf eine Einschränkung der Schulterbeweglichkeit oder ein Hämatom. Auch sah sich Dr. D.____ aufgrund der Anfangsbefunde offensichtlich weder zu weiterführenden Abklärungen noch zu einer die Schulterproblematik betreffenden Diagnostik veranlasst. Dass die Röntgenaufnahmen vor dem Unfall vom 6. Juli 2017 identisch mit denjenigen vom 17. Oktober 2017 ausfielen und der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch den neurologischen Facharzt Dr. med. E.____ am 8. November 2017 abgesehen von Ausstrahlungen der Nackenschmerzen in den Schulter-Arm-Bereich links (Urk. 2/12/13 S. 1) über keine Beschwerden oder sonstigen Behinderungen an der linken Schulter geklagt hatte, interpretierte Dr. Y.____

nachvollziehbar als zusätzlich fehlenden Hinweis auf eine beim Unfall erlittene Kontusion oder Distorsion. Entsprechend überzeugt, dass er angesichts dessen sowie der MRI-Befunde im Nachgang zum Unfall vom 7. Oktober 2017 (Urk. 2/12/50) nicht nur unfallbedingte strukturelle Schäden im Bereich der linken Schulter ausschloss, sondern den Unfallhergang mangels irgendwelcher nachweisbarer Begleitverletzungen auch als nicht geeignet erachtete, eine Verschlimmerung einer vorbestehenden adhäsiven Kapsulitis zu bewirken. Was die Ätiologie der erstmals im MRI-Befund

vom 11. März 2013 erwähnten Kapsulitis adhäsiva (Urk. 2/13/149) angeht, zeigte Dr. Y.____ sodann überzeugend auf, dass im Lichte des MRI-Befundes vom 13. März 2012 (Urk. 2/13/103) ein Jahr nach dem Unfall vom 17. Februar 2011 eine Ausheilung der vorher

verletzten Strukturen vorlag und entsprechend auch keine durch diesen Unfall verursachte adhäsive Kapsulitis (S. 33).

Im Gegensatz zu Dr. Z.____, welcher in seinem Bericht vom 21. Februar 2019 zwar seit einem Unfall im Jahr 2006 bestehende Schulterbeschwerden links anführte (Urk. 7/2 S. 1), seinem Schluss auf eine durch den Unfall vom 7. Oktober 2017 verursachte respektive verschlechterte adhäsive Kapsulitis dann aber auf die widersprüchliche Annahme einer zumindest bis zum Unfall vom 17. Februar 2011 beschwerdefreien linken Schulter stützte (Urk. 7/1 S. 4), erweist sich die ätiologische Herleitung der Schulterbeschwerden von Dr. Y.____ als mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers kohärent (S. 45 f.).

Begründet und nachvollziehbar erweist sich seine Beurteilung denn auch insoweit, als Dr. Y.____ die

von PD Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, in dessen Beurteilung des MRI-Befundes vom 18. April 2018 vorgebrachten weiteren Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis (Urk. 2/12/50) im Wesentlichen chronischen Prozessen zuordnete, die seit Jahren bestünden und nicht als Unfallfolgen zu interpretieren seien. Dass er angesichts der im Nachgang zum Unfall vom 7. Oktober 2017 insgesamt intakten

Rotatorenmanschette und Alltagsfunktionalität der linken Schulter durch den Unfall verursachte Folgeschäden an Knorpel und anderen Strukturen ausschloss (S. 42) und die nunmehrigen Schulterbeschwerden einem subacromialen Impingement zuordnete, für welches mit dem Vorliegen eines Acromions Typ II nach Bigliani ein prädisponierender Faktor vorliege (S. 45), bestätigt sodann die Schlussfolgerung im bundesgerichtlichen aufgehobenen Urteil UV.2019.00048 vom 12. Oktober 2020, wonach der Unfall vom 7. Oktober 2017, wenn überhaupt, so höchstens zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Vorzustandes geführt hat und der Status quo sine bezüglich der linken Schulter, mithin auch bezüglich einer allfällig vorübergehend aktivierten Arthrose, spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 20. Juni

2018 erreicht war (E. 5.2 in Urk. 2/22). Ein Grund zum Abweichen vom Gerichtsgutachten liegt nicht vor.

E. 5.2

Zusammengefasst ist gestützt auf das beweiskräftige Gerichtsgutachten von Dr. Y.____ vom 10. September 2022 erstellt, dass der Unfall vom 7. Oktober 2017 weder Ursache einer Frozen

Shoulder war noch zu einer über den Zeitpunkt des verfügten Fallabschlusses vom 20. Juni 2018 hinausreichenden Verschlimmerung des Vorzustandes der linken Schulter geführt hat. Nachdem sich die über den 20. Juni 2018 relevanten Beschwerden nicht mit einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge erklären lassen und

der Fallabschluss per 20. Juni 2018 bundesgerichtlichen ebenso bestätigt wurde wie die Verneinung der Adäquanz der nicht organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden, kann unter Verweis auf die diesbezüglichen Ausführungen im Urteil 8C_750/2020 vom 23. April 2021 (E.

8, Urk. 1 S. 9 f.), welche ihrerseits auf das aufgehobene Urteil UV.2019.00048 des hiesigen Gerichts vom 12. Oktober 2020 (E. 6 und E. 7, Urk. 22 S. 16 ff.) Bezug nehmen, auf Weiterungen verzichtet werden. Der angefochtene Entscheid vom 21. Januar 2019 erweist

sich als rechters , was zur Abweisung der Beschwerde führt .

E. 6

Besteht ein Zusammenhang zwischen Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, können die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden. Dies ist unter anderem der Fall, wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilung grundlegend nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 mit Hinweisen).

Das Bundesgericht hat in seinem Rückweisungsurteil festgehalten, dass die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiswertig sind (Urk. 1 E. 7.4). Damit sind die Voraussetzungen für eine Kostenüberbindung an die Beschwerdegegnerin gegeben. Diese ist demnach zu verpflichten, dem Gericht die Kosten des Gerichtsgutachtens im Betrag von Fr. 17'001.90 (Urk. 12 , Urk. 17 und Urk. 19 mit Beilage) zu ersetzen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 17'001.90 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Suva unter Beilage je einer Kopie von Urk. 12, 17 und 19 (mit Beilage) - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

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