

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00146 vom 1. September 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00146

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00146 du 1 septembre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00146 del 1 settembre 2003

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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 3. August 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

Gemäss Art.

E. 1.3

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art.

E. 1.4

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfall - ereignis 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. 1.5

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. 1.6

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

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). 2. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die beweisbildenden Beurteilungen von Kreisarzt Dr. D.____

sei es beim Ereignis vom 3. August 2009 zu keiner strukturellen Läsion im Bereich des rechten Hüftgelenks gekommen; das CT vom 3. August 2009 habe eine extraartikuläre Fraktur ergeben. Auch habe das Hüftgelenk keine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Daran ändere auch eine mögliche Prellung der Hüftgelenksregion nichts. Zudem bestehe anamnestisch ein Vorzustand in Form einer Präarthrose sowie eines anlagebedingten Impingementsyndroms; als Risikofaktor zudem eine Adipositas. Der Endzustand der Beckenfraktur nach dem Ereignis vom 3. August 2009 sei spätestens sechs Monate nach dem Unfall eingetreten. Mithin sei die erstmals 2020 klinisch manifest gewordene

Coxarthrose

überwiegend wahrscheinlich unfallfremd (Urk. 2). 2.2

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die Hüftbeschwerden seien auf den Unfall vom 3. August 2009 mit heftigem Aufprall auf die rechte Seite zurückzuführen. Vor dem Unfall habe er keine Beschwerden gehabt. Anlässlich des Unfalls 2009 seien die Hüftbeschwerden für ihn sekundär gewesen und mangels Dringlichkeit

vernachlässigt worden. Alsdann sei die fachliche Kompetenz von Dr. D.____ anzuzweifeln. So sei dieser gemäss seinem Werdegang HNO-Facharzt und erst seit einem Jahr in der Chirurgie tätig. Dem gegenüber handle es sich bei Dr. med. E.____ um eine erfahrene Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Diese habe seit Behandlungsbeginn von einem posttraumatischen Ereignis gesprochen. Schliesslich seien die Risikofaktoren (Körpergrösse und Gewicht) sehr weit her geholt. Insbesondere habe er auf der linken Körperseite keine Beschwerden. Der Vorunfall aus dem Jahr 1993 sei ebenfalls unbedeutend. Schliesslich habe ihm die Suva anfänglich Kostengutsprache für die Unfallfolgen an der Hüfte zugesichert. Dies sei irreführend (Urk. 1). 2.3

In der Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen fest, bei Dr. D.____ handle es sich um einen Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie erfahrenen Versicherungsmediziner. Bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Oto - Rhino -Laryngologie, handle es sich um einen anderen Facharzt mit gleichem Namen. Die angezweifelte Fachkompetenz des erstgenannten gehe ins Leere. Zwar habe die Suva dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 13. Juli 2020 mitgeteilt, dass sie für die Folgen des Berufsunfalls vom 3. August 2009 Versicherungsleistungen erbringe. Bei den geklagten Beschwerden am rechten Hüftgelenk handle es sich indes gerade nicht um Unfallfolgen. Dementsprechend sei das Gesuch um Kostengutsprache für die Implantation einer Totalprothese am rechten Hüftgelenk vom 17. November 2020 mangels Unfallkausalität abgelehnt worden. Ein widersprüchliches oder irreführendes Verhalten liege damit nicht vor (Urk. 6). 3.

E. 3

. August 2009 und den nunmehr geklagten Hüftbeschwerden kein Kausalzusammenhang (Urk. 7/197). Auf die Einsprache des Versicherten

vom 11. Januar 2021 (Urk. 7/199) hin, holte

die Suva die kreisärztliche Beurteilung von

Dr. D.____

vom 30. März 2021 (Urk. 7/215) ein. Gestützt darauf hielt sie mit Einspracheentscheid vom 29. Juni 2021

an ihrem Standpunkt fest und verneinte eine Leistungspflicht (Urk. 2). 2.

Da gegen erhob X.____ am 13. Juli 2021 Beschwerde und beantragte (sinngemäss), es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids

für die als Rückfall zum Unfall vom 3. August 2009 gemeldeten

Hüftbeschwerden UV-Leistungen

zuzusprechen (Urk. 1 S. 4 f.). Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 9. September 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

In der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 20. August 2009 hielten die behandelnden Fachärzte des Z.____ folgende Diagnosen fest (Urk. 7/16/5): - Sturz mit

Baustellenfahrzeug - Schädel-Hirn-Trauma I° mit - Comotio cerebri - RQW Schädel temporo-frontal - Schmelzfraktur Zahn 46 - Wirbelsäulentrauma mit - nicht dislozierter Fraktur des Processus

transversus HWK7 rechts - Thoraxtrauma mit - Rippenfraktur 5, 8+9 rechts - Herzkontusion mit VES - Beckentrauma mit - lateraler Beckenkompression s fraktur rechts - Extremitätentrauma mit - mehrfragmentärer Radiusköpfchenluxationsfraktur rechts mit meta physärer Defekt- und Trümmerzone - verschmutzte Schürfungen Vorderarm rechts und prä patellär beidseits

Der Beschwerdeführer sei am 3. August 2009 kreislaufstabil per Sanität in den Schockraum des Z.____ verbracht worden, nachdem er von einer Baumaschine ins Kiesbett gestürzt sei. Es habe keine initiale Bewusstlosigkeit, jedoch eine retro- und anterograde Amnesie bezüglich des Sturzereignisses bestanden. Im Bereich des Beckens habe sich bildgebend (CT) eine nicht dislozierte Beckenringfraktur rechts mit extraforaminaler Längsfraktur des Os sacrum und extraartikulärem Verlauf der Frakturlinie durch den vorderen Acetabulumpfeiler sowie eine nicht dislozierte Fraktur des unteren Schambeinastes nahe der Symphyse gezeigt (Urk. 7/16/6). Nach der Aufnahme über den Schockraum sei die sofortige offene Reposition und Schrauben-/T-Plattenosteosynthese (ORIF) der Radiusköpfchenfraktur erfolgt. Bei zunehmenden Schmerzen sowie klinisch gesicherten Logen des Vorderarmes sei am 4. August 2009 eine Logen- sowie Karpaltunnelspaltung durchgeführt worden, gefolgt von einer viermaligen VAC-Verband-Anlage mit abschliessendem Sekundärverschluss

am 14. August 2009. Bezüglich der Beckenfraktur habe der Beschwerdeführer am Eulenberg resp. an Amerikanerstöcken unter Einhaltung der Teilbelastung rechts langsam mobilisiert werden können. Die anschliessend durchgeführten radiologischen Stellungskontrollen hätten keine Dislokation gezeigt. Am 19. August 2009 sei der Beschwerdeführer in die Weiterbetreuung in die Rehaklinik G.____ [recte: Klinik A.____] entlassen

worden (Urk. 7/16/5)

f.; vgl. der Radiologiebericht vom 7. August 2009, Urk. 7/205). 3.2

Dem Austrittsbericht der Klinik A.____ vom 21. September 2009 zufolge sei die Beweglichkeit des rechten Ellbogengelenks postoperativ noch stark eingeschränkt und schmerzhaft gewesen. Zudem habe der Beschwerdeführer bei Eintritt noch über Schmerzen im Bereich der Rippen rechts geklagt. Das Hauptziel, die Steigerung der Beweglichkeit im rechten Ellbogengelenk, habe im Rahmen eines interdisziplinären Therapieprogramms erreicht werden können (Urk. 7/24).

E. 3.3

Anlässlich der postoperativen Verlaufskontrolle vom 15. September 2009 notierte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Oberarzt, Z.____, einen insgesamt sehr erfreulichen Verlauf. Der Beschwerdeführer nehme keinerlei Schmerzmittel ein. Klinisch zeige sich eine symmetrische Hüftbeweglichkeit und ein stabiles Becken ohne Kompressionsschmerz. Die Röntgenaufnahme des Beckens (Inlet und Outlet) [vom 15. September 2009] zeige im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. August 2009 unveränderte Stellungsverhältnisse. Eine weitere Bildgebung der Beckenverhältnisse sei nicht

indiziert (vgl. Bericht vom 18. September 2009, Urk. 7/28 ; vgl. Radiologiebericht vom 15. September 2009, Urk. 7/206).

E. 3.4

Im Bericht vom 29. Oktober 2009 zur Verlaufskontrolle vom 27. Oktober 2009 notierte Dr. H.____ ein normales Gangbild sowie einen unauffälligen seitengleichen Beckenstatus, ohne Schmerzen . Demgegenüber habe der Beschwerdeführer einen deutlichen Funktionsverlust im Ellbogen rechts

beklagt (Urk. 7/34, vgl. auch Urk. 7/40); es folgte die am

4. April 2010 im Z.____ durchgeführte

Ulna verkürzungs-Osteotomie (12mm) rechts und Plattenfixation

(vgl. Operationsbericht, Urk. 7/62).

E. 3.5

Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 14. April 2010 hielt Dr. med. I.____ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie sowie Oberarzt, Z.____ , als körperliche Einschränkung eine verminderte Kraft und Schmerzen im rechten Handgelenk fest (Urk. 7/63).

E. 3.6

Anlässlich der persönlichen Besprechung mit der Case Managerin der Suva vom 20. Mai 2010 gab der Beschwerdeführer an, die Operation vom April 2010 sei sehr gut verlaufen. Die Handgelenksbeweglichkeit rechts sei viel besser. Das Problem sei nun ein Kraftverlust sowie Schmerzen im Ellbogen rechts (Urk. 7/72) .

E. 3.7

Die zwecks Zweitmeinung konsultierte Dr. med. E.____ , Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie, hielt fest, das Problem sei eine Restsymptomatik im rechten Handgelenk, Schmerzen im Ellbogen vor allem medial sowie eine Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit. Sie diagnostizierte eine Ellbogengelenksarthrose

(Urk. 7/89) und überwies den Beschwerdeführer an die Fachärzte des

B.____ (Urk. 7/97), wo am 25. August 2011 eine weitere Operation am rechten Vorderarm durchgeführt

wurde (Bildung eines one-bone-forearm rechts; vgl. Operationsbericht, Urk. 7/125). Der postoperative Verlauf gestaltete sich problemlos; der Beschwerdeführer beklagte praktisch keine Schmerzen mehr und arbeitete ab dem 4. September 2011 wieder zu 100 %

(Urk. 7/131, Urk. 7/133, Urk. 7/140).

E. 3.8

Am 8. Oktober 2012 führte

Dr. C.____ eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch . Nach Angaben des Beschwerdeführers gehe es mit der rechten oberen Extremität recht gut, die Beweglichkeit sei noch eingeschränkt . Bei repetierten Bewegungen des rechten Handgelenks habe er etwas Schmerzen. Medikamente brauche er nicht und in die Physiotherapie gehe er auch nicht mehr. Zum klinischen Beckenstatus hielt Dr. C.____ fest, akzessorische Gangarten,

tiefes Kauern und einbeiniges Hüpfen seien problemlos gelungen . Im Stehen zeigte sich ein Tiefstand der linken Beckenseite; im Liegen eine Überlänge des rechten Beins. Zudem stellte Dr. C.____ eine reizlose Narbe am rechten Beckenkamm nach Fixateur externe-Behandlung am Oberschenkel rechts (ca. 1993) fest. Die Hüft flexion habe beidseits 110° betragen ; die Aussen- und Innenrotation beidseits 30-0-10°. Das Polytrauma vom 3. August 2009 sei ausgeheilt. Dies gelte auch für die Beckenkompressionsfraktur rechts. Der Zustand sei stabil und der Fall abzu schliessen. Selbstverständlich habe der Beschwerdeführer ein Rückfallmelderecht, insbesondere betreffend das Ellbogen- und Handgelenk rechts. Sei doch diesbe züglich langfristig mit Beschwerden zu rechnen (Urk. 7/152). 4.

Im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Rückfall stellt sich die Aktenlage wie folgt dar: 4.1

Im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2020 hielt Dr. E.____ eine schwere Ellbogenarthrose rechts , (2) einen Zustand nach Ulnarverkrüppelungs-Osteotomie (12 mm) rechts

und Plattenfixation (7. April 2020) sowie (3) eine schwere Coxa rthrose rechts fest . Der Beschwerdeführer habe einer seits eine Wiederaktivierung der Arthrose im Bereich des rechten Ellbogens berichtet. Andererseits sei

die Leistung im Bereich der rechten Hüfte geringer geworden . Auch verspüre er immer wieder Belastungsschmerzen in der Leiste mit Ausstrahlung in den Oberschenkel vorne bis ins Knie, vor allem beim Hochlaufen; beim Hin und terlaufen schmerze das rechte Knie. Klinisch zeige sich eine eingeschränkte Hüftbeweglichkeit rechts. Zudem ergebe sich eine exquisite Druckdolenz über dem Hüftgelenk und in der Leiste rechts . Die Beckenübersicht zeige eine fortgeschrittene Coxarthrose rechts; linksseitig bestünden keine arthrotischen Veränderungen (Urk. 7/165). 4.2

Auf Vorhalt des vorangehend zitierten Berichts (E. 4.1) anerkannte Dr. med. J.____ , Fachärztin FMH für Chirurgie, mit kreisärztlicher Stellungnahme vom 10. Juli 2020 die Unfallkausalität der gemeldeten Beschwerden im Ellbogen rechts (Urk. 7/168). 4.3

Die am 21. August 2020 in der Klinik K.____ durchgeführte MR- Arthrographie der rechten Hüfte brachte eine deutliche Coxarthrose mit Abtragung der Knorpelflächen, ein diskretes subchondrales Knochenödem, deutliche Sklerosezonen , grosse osteophytäre Anbauten, vor allem am Femurkopf sowie Zeichen eines anterioren und superioren Labrumrisses zur Darstellung (Urk. 7/174); es folgte die im Spital L.____ durchgeführte Implantation einer totalen Hüftprothese rechts vom 17. November 2020 (Urk. 7/ 176 ff.). 4.4

Kreisarzt Dr. D.____

nahm am 7. Dezember 2020

zur Sache Stellung. Er hielt fest, beim Ereignis vom 3. August 2009 sei es computertomographisch zu keinen strukturellen Läsionen im Bereich des rechten Hüftgelenks gekommen . Der Endzustand der Beckenfraktur 2009 sei spätestens sechs Monate nach dem Unfall eingetreten. Als Risikofaktor wies er zudem auf eine Adipositas (198.5 cm mit 133 kg) hin. Die

Coxarthrose

sei überwiegend wahrscheinlich unfallfremd

(Urk. 7/179), welche Einschätzung Dr. D.____ im Rahmen einer ausführlicheren Aktenbeurteilung

am 22. Dezember 2020

bestätigte

(Urk. 7/188). 4.5

Im einspracheweise eingereichten Schreiben vom 8. Januar 2021 hielt Dr. E.____ dafür, es handle sich vorliegend um eine posttraumatische Coxarthrose rechts. Anlässlich des schweren Unfalls vom 3. August 2009 sei der Beschwerdeführer auf die rechte Körperseite gestürzt. Über Wochen hätten Hämatome und Schürfwunden an der oberen Extremität sowie im rechten Becken- und Oberschenkelbereich bestanden. Unmittelbar nach dem Unfall sowie im weiteren Verlauf habe man sich ausschliesslich mit dem Ellbogen rechts befasst. Das Problem des Beckens sowie Hüfte rechts sei untergegangen. Bis der Beschwerdeführer nach dem Unfall vernünftig gehen können seien nach eigenen Angaben ca. drei Monate vergangen. Danach habe er immer wieder etwas Beschwerden gehabt in der rechten Leiste. Den Schmerzen mit VA S 1-2 habe er aber nicht viel Gewicht beigemessen. Das CT vom 3. August 2009 zeige im Bereich des vorderen Acetabulumpfeilers rechts eine Dislokation von 2-3 mm. Ein Kontroll-CT bestehe nicht; konventionell-radiologisch könne gestützt auf die Aufnahmen vom 7. August 2009 sowie 15. September 2009 nicht von einer grossen Dislokation gesprochen werden. Als traumatologisch geschulte Orthopädin erlaube sie es sich indes nicht, den Grad einer Dislokation der vorderen Acetabulumfraktur, welche im ersten CT bereits leicht disloziert gewesen sei, lediglich aufgrund von konventionellen Bildern zu stellen. Es sei äusserst schade, dass kein Kontroll-CT durchgeführt worden sei. Aufgrund des CT vom 3. August 2009, der am 21. August 2020 MR-tomographisch dargestellten deutlichen

arthrotischen Veränderungen in der gelenkstragenden Einheit des Acetabulums sowie deutlichen Seitendifferenz sei die Acetabulumfraktur überwiegend wahrscheinlich mit verantwortlich für die entstandene Coxarthrose rechts (Urk. 7/201). 4.6

Auf V orhalt des vorangehenden zitierten Schreibens (vgl. E. 4.5)

hielt Dr. D.____ mit kreisärztlicher Beurteilung vom 30. März 2021 an seiner bisherigen Einschätzung fest. Der Unfall vom 3. August 2009 habe keine richtungsgebende Verschlimmerung der Hüftgelenksregion zeitigt; weder aus der stattgehabten extraartikulären, nicht verschobenen Fraktur der Acetabulum-/Gelenkspfannenregion rechts noch aus einer möglichen Prellung der Hüftgelenksregion lasse sich eine richtungsgebende Verschlimmerung herleiten. Das CT vom Unfalltag habe er erneut befundet; es zeigten

sich keine Frakturausläufer, welche die Gelenkspfanne tangiert und zu Stufenbildungen im Bereich der Gelenkspfanne geführt hätten. Demgegenüber seien bereits am Unfalltag Randzacken am Femurkopf rechts bildgebend dargestellt. Dies als Hinweis auf eine Präarthrose rechts. Im Beckenübersichtsröntgen vom 7. August 2009 seien bei dem damals 26 Jahre alten Beschwerdeführer zudem eine deutliche subchondrale

Sklerosierung im Bereich des rechten gewichtstragenden Anteils der Gelenkspfanne dargestellt sowie eine osteophytäre Anlagerung, einem Impingementsyndrom entsprechend, dargestellt. Bei allem handle es sich überwiegend wahrscheinlich um ein manifest gewordenes, anlagebedingtes Impingementsyndrom des rechten Hüftgelenks, ohne kausalen Zusammenhang mit dem Unfall 2009. Die angeblich bereits anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung 2012 rapportierten Leistenschmerzen rechts könnten schlüssig auf die bereits damals bestehende Präarthrose zurückgeführt werden. Nicht ausser Acht zu lassen sei das nicht sukzessive Ereignis aus dem Jahre 1993, welches zu einer Überlänge des rechten Beins geführt habe und angeblich mit einer Extensionsbehandlung am Oberschenkel behandelt worden sei. Es sei möglich, dass die im Alter von 10 Jahren stattgehabte Behandlung beim Risikofaktor Übergewicht bereits im Alter von 26 Jahren zu einer Präarthrose geführt habe (Urk. 7/215). 5.

5.1

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf die fachärztlich-orthopädisch/chirurgischen

Bearbeitungen von Dr. D.____ vom 22. Dezember 2020 und 30. März 2021 (Urk. 7/179, Urk. 7/189, Urk. 7/215) ab, welche dieser in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgab. 5.2

Konkrete Indizien, die gegen die Beweiswertigkeit der Bearbeitungen von Dr. D.____ sprechen, sind nicht gegeben. Die beschwerdeweise erhobenen Zweifel an seiner Fachkompetenz

erweisen sich als unbehelflich; als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates war Dr. D.____ zur Beantwortung der vorliegend strittigen Fragen fachlich hinreichend spezialisiert.

Alsdann kam Dr. D.____ übereinstimmend mit den Feststellungen der initial behandelnden Fachärzteschaft des Z.____ zum Schluss, der Beschwerdeführer

habe im Rahmen des am 3. August 2009 erlittenen Polytraumas eine nicht dislozierte Beckenringfraktur rechts mit extraforaminärer Längsfraktur des Os sacrum und extraartikulärem Verlauf der Frakturlinie durch den vorderen Acetabulumpfeiler sowie eine nicht dislozierte Fraktur des unteren Schambeinastes nahe der Symphyse erlitten; die radiologischen Stellungskontrollen vom 7. August 2009 und 15. September 2009 zeigten ebenfalls keine Dislokation, insbesondere auch keine sekundäre Dislokation der Frakturfragmente am Schambeinast und Acetabulum rechts (Urk. 7/16/6, Urk. 7/205 f.). Weiter steht fest und ist auch unbestritten, dass das Beckentrauma vom 3. August 2009 keine spezialärztlichen Konsultationen und/oder

Hüft spezifische Behandlungen/Therapien zur Folge

hatte und

zeitnah zum Unfall

keine irgendwie gearteten Hüftbeschwerden dokumentiert sind;

Beschwerden am rechten Hüftgelenk wurden erstmals im Juni 2020 festgehalten (vgl. Urk. 7/165; vgl. auch den

Eintrag in die Krankengeschichte von Dr. med. M.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, wonach der Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation vom 14. August 2020 Schmerzen in der rechten Hüfte beim Sitzen und bei Bewegung berichtet habe, Urk. 7/173).

Demgegenüber notierte Dr. H.____ anlässlich der Verlaufskontrolle vom 15. September 2009 eine symmetrische Hüftbeweglichkeit sowie ein stabiles Becken ohne Kompressionsschmerzen

(vgl. Bericht vom 18. September 2009, Urk. 7/28); im Bericht vom 29. Oktober 2009 hielt er zudem ein normales Gangbild und einen unauffälligen, seitengleichen Beckenstatus, ohne Schmerzen

fest (Urk. 7/34). Dazu passend gab der Beschwerdeführer an, er habe drei Monate nach dem Unfall wieder «vernünftig gehen» können

(vgl. das Schreiben von Dr. E.____ vom 8. Januar 2021 (Urk. 7/201). Bei alledem kann Dr. D.____

ohne Weiteres gefolgt werden, wenn er ausführte, das Beckentrauma habe

spätestens sechs Monate nach dem Unfall den Endzustand erreicht (Urk. 7/179/2). Selbst wenn der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf noch immer

«etwas Beschwerden» resp. Schmerzen der Intensivität

(VAS) 1-2

gehabt und anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 8. Oktober 2012

(vgl. Urk. 7/152, vgl. E. 3.8)

Leistenschmerzen rechts beklagt haben sollte (vgl. Urk. 7/201, Urk. 1), liesse sich dies gestützt auf die Ausführungen von

Dr. D.____

nachvollziehbar mit der bereits im Unfallzeitpunkt bildgebend ausgewiesenen Präarthrose beim anlagebedingten CAM-Impingement

erklären (vgl. Urk. 7/215/4). Zudem entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass selbst im Fall vorbestehender, degenerativer, das heisst abnutzungsbedingter Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeschlossen ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.6 mit Hinweisen). Im Übrigen müsste eine allfällige unfallbedingte, richtunggebende Verschlimmerung bildgebend ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen), was vorliegend

nicht der Fall ist.

Daran ändern auch die anlässlich des Unfalls vom 3. August 2009 allenfalls erlittenen

Prellungen, Hämatome und Schürfwunden im rechten Beckenbereich nichts (vgl. Bericht von Dr. E.____

vom 29. Juni 2020,

Urk. 7/165; vgl. auch Urk. 7/215). Die einzig vom Dr.

E.____ im Becken- CT vom 3. August 2009

gesehene Dislokation von 2 -3 mm steht zudem diskrepant zu den

übereinstimmenden Interpretationen der behandelnden Fachärzteschaft des Z.____ und Dr. D.____, wonach sich computertomographisch keine dislozierte Beckenfraktur ergibt. Im Übrigen räumte

Dr. E.____

selbst ein, gestützt auf die konventionell-radiologischen

Beckenübersicht vom 7. August und 15. September 2009 könne von einer grösseren Dislokation nicht die Rede sein; es sei äusserst schade, dass kein Kontroll-CT vorliege. Tatsächlich tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht insofern eine Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Schliesslich hat Dr. E.____ – entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1) – nicht von Anfang an eine posttraumatische Coxarthrose diagnostiziert (vgl. Bericht vom 29. Juni 2020, Urk. 7/165; vgl. auch den Bericht vom 27. September 2010, worin Dr. E.____

keinerlei Beschwerden und/oder Befunde im Zusammenhang mit dem Beckentrauma dokumentierte, Urk. 7/89) und erscheint die erst im Bericht vom 8. Januar 2021 als für die Entstehung der Coxarthrose

hauptsächlich bemühte Acetabulumfraktur (vgl. Urk. 7/201) als bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst (vgl. BGE 121 V 47 Erw. 2a). Wie bereits von der Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten (vgl. Urk. 2), lässt sich auch allein aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben vor dem Unfall an der Hüfte beschwerdefrei gewesen sei, noch keine Unfallkausalität herleiten. Die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). 5.3

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin nach zutreffender Würdigung der medizinischen Aktenlage zum überzeugenden Schluss gelangt, dass eine Unfallkausalität der im Juni 2020 klinisch manifest gewordene

Coxarthrose rechts jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Folgerichtig hat sie diesbezüglich ihre Leistungspflicht verneint. Dass die Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 13. Juli 2020 die Zusage von Versicherungsleistungen für die Folgen des Berufsunfalls vom 3. August 2009 bestätigte (vgl. Urk. 7/170), steht dazu nicht im Widerspruch (vgl. auch Urk. 7/168, E. 4.2). 6.

Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - 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, 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
HurstHediger

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 11

UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise 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 anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

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