

# **BL\_GERICHTE 725 22 48 / 158 vom 14. Juli 2022**

BL Gerichte, 2022-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_22\\_48\\_\\_\\_158](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_22_48___158)

FR: BL\_GERICHTE 725 22 48 / 158 du 14 juillet 2022

IT: BL\_GERICHTE 725 22 48 / 158 del 14 luglio 2022

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 3. Februar 2022 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist einzig der Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Der verneinte Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ist mangels Anfechtung in (Teil-) Rechtskraft erwachsen und deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands

der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). 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 bzw. 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr 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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2010, 8C\_626/2010, E. 5; BGE 112 V 30 E. 1b).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach

entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5).

## **E. 5**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2). 6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind. 6.2 Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 24. Oktober 2017 wurden linksseitig eine posttraumatische Schultersteife (Stadium II) mit/bei Status nach Sturz am 5. Mai 2017, eine Kontusion der HWS/BWS, Deckplattenimpressionsfrakturen BWK 3 und BWK 4, ein Verdacht auf eine Pseudarthrose BWK 3 und eine distale, intraartikuläre Radiusfraktur links diagnostiziert. Der Versicherte klagt seit geraumer Zeit über akute Schulterschmerzen und es sei ihm nicht mehr möglich, den Arm stark zu abduzieren oder zu flektieren. Das Schulterrelief sei symmetrisch. Es bestünden periscapuläre Druckdolenz und ein endgradiger Kapseldehnungsschmerz. Die Rotatorenmanschette sei kräftig, aber schmerzhaft und der Bellypress-Test sei mit positivem Napoleonzeichen. Der Hook-Test sei negativ. In der Thorax-Computertomographie vom 6. Mai 2017 seien keine frischen ossären Läsionen im Bereich des Sternums objektivierbar. Das Brustbein-Schlüsselbein-Gelenk sei zentriert. Das Röntgenbild der Schulter links vom 9. September 2017 zeige auch keine frischen ossären Läsionen, die Stellung des Schultergelenks sei regelrecht. Eine AC-Gelenksluxation sei

nicht ersichtlich. 6.3 Am 28. November 2017 wurde der Versicherte kreisärztlich untersucht. Gleichentags stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass der Versicherte am 5. Mai 2017 eine distale Radiusfraktur links und eine Deckplattenimpressionsfraktur BWK 3 und BWK 4 ohne Hinterkantenbeteiligung erlitten habe. Noch nicht geklärt sei die Kausalität der Beschwerden in der linken Schulter. Aufgrund der guten klinischen Entwicklung und des konsolidierten radiologischen Befunds sei hinsichtlich des linken Handgelenks der medizinische Endzustand eingetreten. 6.4 Am 14. Dezember 2017 wurde im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin des Spitals C.\_\_\_\_ eine Magnetresonanztomographie (MRT) der linken Schulter durchgeführt. In der Folge wurde berichtet, dass eine ansatznahe kleine Partialruptur der Sehne des Musculus Supraspinatus sowie eine Partialruptur der Sehne des Musculus Subscapularis am Oberrand über ein Drittel des Querschnitts festgestellt worden seien. Die restlichen Sehnen der Rotatorenmanschette seien intakt. Es bestünden weder fettige Involutionen der Muskelbäuche noch Hinweise auf eine Tendinopathie der langen Bizepssehne. Hingegen lägen eine gering aktivierte AC-Gelenksarthrose sowie ein Verdacht auf eine Partialruptur des mittleren glenohumeralen Bands und des anterior inferioren Labrums mit Reparationsgewebe wie bei einer chronischen GLAD Läsion vor. 6.5 Die Suva beauftragte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, mit einer Beurteilung der Kopf- und Nackenbeschwerden. Am 26. März 2018 diagnostizierte er ein chronisches zerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit zephaler Komponente, einen Status nach Sturz am 5. Mai 2017 mit Distorsion und Kontusion von HWS und BWS sowie eine mögliche milde traumatische Hirnschädigung (Commotio cerebri), leichte Deckplattenimpressionsfrakturen BWK 3 mehr als BWK 4 ohne Anhaltspunkte für eine Myelo- oder Radikulopathie sowie einen Status nach Autounfall mit HWS resp. Wirbelsäulen-Distorsionstrauma am 6. Dezember 2012. Es persistiere ein als chronisch zu bezeichnendes zerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit zum Teil - zumindest im Nacken - vorbestehenden Beschwerden nach dem Unfall im Jahr 2012 und akzentuiert - respektive im Bereich der BWS ausgelöst - durch einen Sturz vom 5. Mai 2017 mit Distorsion und Kontusion der HWS und BWS. Bildgebend seien Deckplattenimpressionsfrakturen BWK 3 und BWK 4 festgestellt worden. Eine Kopfschmerzproblematik stünde nicht im Vordergrund und die Ausstrahlungen in den Hinterkopf könnten dem Zervikalsyndrom im Sinne einer zephalen Komponente zugeordnet werden. Möglicherweise habe der Versicherte eine milde traumatische Hirnschädigung durchgemacht. Er beschreibe eine posttraumatische Gedächtnislücke, wobei keine darauf zurückzuführenden Beschwerden mehr bestünden. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. 6.6 Die Suva beauftragte Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Radiologie, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, mit einer Befundung der MRI-Diagnostik der linken Schultern vom 14. Dezember 2017. Am 5. April 2018 führte er aus, es liege eine artikulärseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit Beteiligung des tendo-ossären Übergangs im Sinne einer PASTA-Läsion vor. Der Musculus supraspinatus selbst zeige keine Hinweise für eine Atrophie. Die Subscapularissehne sei regelrecht. Ohne MR-Arthrographie könne weder gesagt werden, ob es sich bei den Veränderungen im kranialen Abschnitt dieser Sehne um eine Tendinopathie oder um eine Partialruptur handle, noch könnten Aussagen zu den Läsionen des Labrums und den glenohumeralen Ligamenten gemacht werden. Bei diesem Befund sei eine traumatische Genese von intraartikulären strukturellen Läsionen eher unwahrscheinlich. Die Partialruptur der distalen Supraspinatussehne sei degenerativ und eine traumatisch bedingte

Subscapularissehnen-Oberrandläsion eher unwahrscheinlich. 6.7 Am 17. April 2018 hielt der Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass das Ereignis vom 5. Mai 2017 mit Abstützen auf beide Vorderarme grundsätzlich nicht geeignet sei, eine Läsion der Rotatorenmanschette im Bereich der linken Schulter zu verursachen oder eine bestehende Läsion der Rotatorenmanschette richtungsgebend zu verschlimmern. Das Unfallereignis sei nicht geeignet, Verletzungen im Bereich des Labrums hervorzurufen. Ein Luxationsereignis im Zusammenhang mit dem Sturz vom 5. Mai 2017 sei nicht dokumentiert. Gemäss der Beurteilung von Prof. Dr. F.\_\_\_\_ seien die Partialrupturen der Supraspinatus- und Subscapularissehne eher degenerativen Ursprungs. Das Ereignis vom 5. Mai 2017 habe überwiegend wahrscheinlich zu keinen strukturell objektivierbaren Läsionen im Bereich des linken Schultergelenkes geführt. Die persistierenden Beschwerden im Bereich der linken Schulter seien daher unfallfremd. 6.8 Nach einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. D.\_\_\_\_ am 28. Mai 2018 daran fest, dass die Beschwerden im Bereich der linken Schulter unfallfremd seien. Der Versicherte habe einen Schlag im Bereich des linken Handgelenks und der BWK 3 und BWK 4 mit Frakturbildung erlitten. Aufgrund der Tatsache, dass die Unfallenergie im Bereich BWK 3 und BWK 4 angekommen sei, sei es im Bereich der HWS und LWS nicht zu strukturell objektivierbaren Läsionen gekommen. Die Beschwerden in diesem Bereich stünden ebenfalls nicht im Zusammenhang zum genannten Unfallereignis. Bezüglich der BWK 3 und BWK 4 sowie des linken Handgelenks sei der medizinische Endzustand erreicht. Die angestammte Tätigkeit im Baustellenbereich sei dem Versicherten beschwerdebedingt nicht mehr zumutbar. Hingegen seien ihm auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, Vibrationsbelastungen, repetitive Haltetätigkeiten mit dem linken Handgelenk und ohne vermehrte Rumpfrotationen ganztags zumutbar. 6.9 Das Spital C.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 31. Mai 2018 über einen Verdacht auf eine Tenosynovitis der Extensorensehnen am linken Handgelenk sowie eine Epikondylitis humeri radialis links bei Status nach distaler intraartikulärer Radiusfraktur links am 5. Mai 2017. 6.10 Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Schmerztherapie, vom 17. August 2018 wurden eine posttraumatische Schultersteife links mit/bei bursalseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne und Tendinopathie der langen Bicepssehne, eine traumatisierte AC-Gelenksarthrose bei Status nach Sturz am 5. Mai 2017, eine subakromiale/intraartikuläre Infiltration am 20. Dezember 2017 ohne signifikante Schmerzbesserung, eine distale intraartikuläre Radiusfraktur links, ein Zervikobrachialsyndrom und eine Epikondylitis humeri radialis links diagnostiziert. Die rechte Schulter sei frei beweglich, die linke Schulter werde bis 95° abduziert/eleviert, Schürzen- und Nackengriff seien möglich. Die Ellenbogengelenke seien frei beweglich. Das linke Handgelenk sei gegenüber rechts in der Palmar- und Dorsalflexion gegenüber rechts eingeschränkt. Zudem bestünde ein Druckschmerz im Bereich des Epicondylus humeri radialis links. Für den Versicherte stünden derzeit die Beschwerden in der linken Schulter im Vordergrund. 6.11 Am 28. August 2018 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerden im linken Ellbogen unfallfremd seien. Durch das Ereignis vom 5. Mai 2017 seien in diesem Bereich keine strukturell-objektivierbaren Läsionen entstanden. 6.12 Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 24. September 2018 wurden hinsichtlich des Ellbogens links eine Operation nach Hohmann-Wilhelm, mit Débridement des ECRB-Ansatzes, lokaler Denervation, Probenentnahme, Dekompression des Nervus radialis im Supinator-tunnel

links bei posttraumatischer Epikondylitis humeri radialis und Supinatortunnelsyndrom links mit/bei konservativ behandelter distaler intraartiuklärer Radiusfraktur links vom 5. Mai 2017 diagnostiziert. 6.13 Die Suva veranlasste im Spital C.\_\_\_\_, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, ein MRT der linken Schulter. Im Bericht vom 17. Juni 2020 wurden eine seit Dezember 2017 etwas zunehmende posteriore Dezentrierung des Humeruskopfs gegenüber dem Glenoid und ein langsam fortschreitender Knorpelschaden, anterior im glenohumeralen Raum eine interponierte bradytrophe Weichgewebsmasse, aber ein kaum erkennbares anteriores Labrum, eine Rotatorenmanschette mit muskulär leichter Volumenreduktion und beginnender Muskelverfettung, tendinös am Supraspinatus eine ältere artikulareseitige Verletzung des Footprint und weitere oberflächliche Teilläsionen sowie eine Tendinose an Subscapularis und Infraspinatus eher gering und ohne Riss festgestellt. 6.14 Am 3. Juli 2020 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass die MR-Arthrographie der linken Schulter vom 17. Juni 2020 weiterhin eine Partialruptur der Supraspinatussehne und zudem degenerativ eine bestehende Muskelverfettung im Bereich der linken Schulter zeige. Die Bildgebung sei mit Kontrastmittel angefertigt worden und stelle im Bereich des mittleren glenohumeralen Bands eine unfallfremde anatomische Variante im Sinne eines Buford-Komplexes dar. Der Befund bestätige, dass die kreisärztlichen Beurteilungen, wonach die Beschwerden in der linken Schulter unfallfremd seien. 7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der Beschwerden, des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit des Versicherten auf die kreisärztlichen Beurteilungen vom 28. November 2017, 17. April 2018, 28. Mai 2018, 28. August 2018 und 3. Juli 2020. Sie ging in der Folge davon aus, dass die Beschwerden im Bereich der HWS und der LWS, in der linken Schulter und im linken Ellbogen sowie die psychischen Beschwerden als nicht unfallkausal zu betrachten, von weiteren ärztlichen Behandlungen betreffend die linksseitigen Handgelenks- und Brustwirbelbeschwerden keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten und dem Versicherten angepasste Verweistätigkeiten ganztags zumutbar seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend ergibt sich indes nichts, was Zweifel an der Stichhaltigkeit der Angaben des Kreisarztes Dr. D.\_\_\_\_ wecken würde. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Schlüsse der kreisärztlichen Erkenntnisse beruhen auf persönlichen Untersuchungen des Versicherten, zusätzlichen fachärztlichen Abklärungen bei den Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ (Berichte vom 26. März 2018 und 5. April 2018; vgl. E. 6.5 f. hiervor), einer im Spital C.\_\_\_\_ veranlassten MR-Arthrographie (Bericht vom 17. Juni 2020; vgl. E. 6.13 hiervor) sowie einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Die kreisärztlichen Beurteilungen erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Insgesamt erfüllen sie die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist. Demnach war hinsichtlich der linksseitigen Handgelenks- und der Brustwirbelbeschwerden der medizinische Endzustand erreicht. Die Beschwerden an der linken Schulter und dem linken Ellbogen stehen hingegen nicht in einem natürlichen und die psychischen Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Ereignis.

Die Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau ist dem Beschwerdeführer unfallbedingt nicht mehr möglich. Hingegen sind ihm angepasste Verweistätigkeiten ganztags zumutbar.

7.2.1 Was der Beschwerdeführer gegen die Kausalitätsbeurteilung der linken Schulter und des linken Ellbogens vorbringt, verfährt nicht. Zunächst läuft die Argumentation ins Leere, wonach die Beschwerdegegnerin (auch) für diese Beschwerden Versicherungsleistungen erbracht und damit ihre Leistungspflicht anerkannt habe, weshalb sie nun den Wegfall der Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen müsse. Vielmehr ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Schulterbeschwerden links nie anerkannt hatte, weshalb die Rechtsprechung zur Umkehr der Beweislast (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2 [8C\_354/2007]) auf die vorliegende Konstellation keine Anwendung findet.

7.2.2 Der Beschwerdeführer wendet weiter ein, aufgrund des Unfallmechanismus, der Schwere des Unfalls sowie der linksseitigen Handverletzung sei entgegen den kreisärztlichen Darstellungen von vornherein einleuchtend, dass neben der linken Hand auch die Schulter und der Ellbogen hätten verletzt werden können. Zudem seien in den Berichten des Spitals C.\_\_\_\_ eine "posttraumatische Schultersteife" attestiert und die Ellbogensymptomatik in Zusammenhang mit der Radiusfraktur gebracht worden. Dieser Argumentation kann nicht beigelegt werden. Es trifft zwar zu, dass in den oben zitierten Berichten des Spitals C.\_\_\_\_ von einer "posttraumatischen Schultersteife" die Rede ist. Darunter ist aber nicht zwingend eine unfallkausale Schultersteife, sondern auch ein eben erst nach dem Unfall entstandener Befund zu verstehen. Der Begriff "posttraumatisch" wird im medizinischen Sprachgebrauch zwar häufig gleichbedeutend mit "unfallkausal" verwendet. Nach üblichem, allgemein geläufigem Sprachverständnis wird der Ausdruck "post" oft aber auch mit der zeitlichen Abfolge - unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung - in Verbindung gebracht. Bei dieser Sachlage ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung den Begriffen "post" beziehungsweise "posttraumatisch" beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2014, 8C\_524/2014, E. 4.3.3 mit Hinweisen). Vorliegend fehlt es in sämtlichen oben genannten Berichten der behandelnden Spitalärzte an näheren Ausführungen zur Verursachung der Schulterbeschwerden links, weshalb die Verwendung des Begriffs "posttraumatisch" allein, ohne entsprechende Begründung, noch keinen verlässlichen Anhaltspunkt für eine kausale Bedeutung des Unfalls vom 5. Mai 2017 darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 8C\_189/2011, E. 5.2). Auch die Formulierung "Status nach Sturz" betrifft nur eine anamnestische Feststellung und liefert keine hinreichende Aussage zur Frage der Kausalität. Im Übrigen war es auch nicht die Aufgabe der behandelnden Spitalärzte, zur Kausalität Stellung zu nehmen. Sie hatten vielmehr gestützt auf die erhobenen medizinischen Befunde die geeignete Behandlung durchzuführen. Nachdem auch der konsiliarisch beigezogene externe Radiologe Prof. Dr. F.\_\_\_\_ die Partialruptur der distalen Supraspinatussehne als degenerativ und eine traumatisch bedingte Subscapularissehnen-Oberrandläsion als eher unwahrscheinlich erachtete und die MR-Arthrographie der linken Schulter vom 17. Juni 2020 nach Auffassung des Kreisarztes keine eindeutigen Hinweise auf eine unfallkausale Schulterschädigung ergaben, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine unfallkausale Ursache für die Schulterbeschwerden vorliegt. Vor diesem Hintergrund vermögen die Berichte der behandelnden Spitalärzte keinen auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Beurteilung, wonach die Schulterbeschwerden links nicht unfallkausal seien, zu wecken.

7.2.3 Gleiches gilt hinsichtlich der erstmals über ein Jahr nach dem Unfallereignis im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2018

dokumentierten Beschwerden im linken Ellbogen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ergeben sich weder aus dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 24. September 2018 noch aus demjenigen vom 10. Dezember 2018 nähere Angaben zur Ursache der Ellbogenbeschwerden. Bei dieser Sachlage und unter Berücksichtigung, dass bei grösserem zeitlichen Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen sind (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c am Ende), leuchtet die Beurteilung des Kreisarztes Dr. D.\_\_\_\_ ein, wonach eine Kausalität der geltend gemachten Ellbogenbeschwerden mit dem Unfall vom 5. Mai 2017 zu verneinen sei. 7.3 Nach dem Gesagten ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen vom 28. November 2017, 17. April 2018, 28. Mai 2018, 28. August 2018 und 3. Juli 2020 bestehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet und davon ausgegangen werden kann, dass in Bezug auf die unfallkausalen Beschwerden an der linken Hand und der BWS der medizinische Endzustand zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Juli 2018 erreicht war und die Beschwerden im Bereich der HWS und der LWS, in der linken Schulter und im linken Ellbogen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 5. Mai 2017 zurückzuführen sind. Die kreisärztliche Beurteilung der Zumutbarkeit wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Demnach steht fest, dass ihm trotz der unfallbedingten Restbeschwerden angepasste Verweistätigkeiten zu 100% zumutbar sind. 8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 18 Abs. 2 UVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). 8.2.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: 1. August 2018) aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte. Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich festzusetzen. Da nach empirischer Erfahrung in der Regel ohne gesundheitliche Beeinträchtigung die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2020, 9C\_109/2020, E. 2.2.2). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweisen). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar oder hätte die versicherte Person ihre bisherige Stelle

auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung verloren, so können die Zahlen der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik (BfS) herangezogen werden (Urteile des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1 und vom 9. Juni 2015, 9C\_212/2015, E. 5.4). 8.2.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid bestimmte die Suva das Valideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne (LSE 2018, TA1, Wirtschaftszweige 41-43 [Baugewerbe], Männer, Kompetenzniveau 1) und ermittelte für das Jahr 2018 einen an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,3 Wochenstunden angepassten Lohn von Fr. 69'657.-- (Fr. 5'622.--: 40 x 41,3 x 12). Dem hält der Beschwerdeführer entgegen, aufgrund seiner langjährigen Berufserfahrung müsse zwingend das Kompetenzniveau 2 angewendet und das Valideneinkommen mit Fr. 73'369.-- [recte wohl: Fr. 73'869.--] (Fr. 5'962.--: 40 x 41,3 x 12) beziffert werden. 8.2.3 Diesem Ansinnen des Beschwerdeführers kann nicht beigeplichtet werden. Zwar können Versicherte ohne (qualifizierte) Berufsausbildung, aber mit in langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichen Geschick grundsätzlich in einem höheren Kompetenzniveau eingestuft werden (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2011, 9C\_800/2011, E. 2.3.2, und vom 13. Dezember 2010, 8C\_439/2010, E. 3.3.3). Allerdings hat das Bundesgericht festgehalten, dass eine mehrjährige Berufserfahrung zwar nicht ausser Acht zu lassen sei, heutzutage indessen in den meisten Berufssparten ein Abschluss oder zumindest (formalisierte) Aus- und Weiterbildungen verlangt würden, was wiederum gegen eine höhere Einstufung spreche (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2011, 9C\_800/2011, E. 2.3.2, und vom 23. Juni 2010, 9C\_837/2009, E. 3.4). Der Beschwerdeführer hat zwar im Kosovo das Gymnasium besucht. Er verfügt aber über keinen Berufsabschluss und über allfällige formale Weiterbildungen oder andere erworbene besondere Qualifikationen ist nichts bekannt. Anzeichen für ein berufliches Fortkommen und eine entsprechende Lohnsteigerung (z.B. eine geplante oder begonnene Weiterbildung oder ein konkretes Stellenangebot im Unfallzeitpunkt) liegen ebenfalls nicht vor. Vielmehr spricht die Tatsache, dass er bei der B.\_\_\_\_GmbH lediglich temporär angestellt war, gegen die Annahme einer fortschreitenden beruflichen Etablierung. Vor diesem Hintergrund vermag seine langjährige Berufserfahrung die Einstufung in das Kompetenzniveau 2 für sich allein nicht zu rechtfertigen. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer während seiner gesamten beruflichen Laufbahn nie auch nur annähernd ein Einkommen von Fr. 73'869.-- erzielte, wie dem in den Akten liegenden IK-Auszug vom 7. Juni 2018 (vgl. act. 132 und 244) zu entnehmen ist. Das im angefochtenen Einspracheentscheid ermittelte Valideneinkommen aufgrund des Kompetenzniveaus 1 von Fr. 69'657.-- ist demnach nicht zu beanstanden. 8.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind für die Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (BGE 143 V 295 E. 2.2). 8.3.2 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, weshalb auch für die Bemessung des Invalideneinkommens auf lohnstatistische

Werte der LSE abzustellen ist. Die Beschwerdegegnerin ging innerhalb der TA1 der LSE 2018 vom "Total" der Männerlöhne im Kompetenzniveau 1 und somit von einem Monatslohn von Fr. 5'417.-- aus. Angepasst an die Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden ergibt dies ein Invalideneinkommen von jährlich Fr. 67'766.-- (Fr. 5'417.--: 40 x 41,7 x 12). Der Beschwerdeführer beanstandet dieses Vorgehen. Er vertritt die Auffassung, dass gestützt auf die Studien der BASS AG die Löhne von versicherten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen signifikant tiefer ausfallen würden als die Löhne von gesunden Personen. Angesichts dieser gesundheitlich bedingten Lohnunterschiede sei es nach den Erkenntnissen der BASS AG angezeigt, bei einem Beizug der LSE vom mittleren Quartil bzw. Median abzuweichen und das unterste Quartil heranzuziehen. Weil die LSE keine Differenzierungen nach dem Gesundheitszustand oder der Behinderung der von einer Erwerbseinbusse betroffenen Personen zulasse, würden sie ein Hindernis namentlich für den Eingliederungsauftrag der Invalidenversicherung darstellen. In Nachachtung dieser Problematik seien die Tabellenlöhne der LSE soweit wie möglich anzunähern, und es müsse deren Tabelle TA1 adaptiert werden, weil sie für die Berechnung des Invaliditätsgrads namentlich für Versicherte ohne Berufsausbildung und mit einer gesundheitsbedingt zumutbaren Restarbeitsfähigkeit im Segment nur noch körperlich leichter Arbeiten letztlich zu hoch ausfalle.

8.3.3 Das Bundesgericht verzichtete in einem Urteil 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 auf eine Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung zur Ermittlung des IV-Grads anhand der Tabellenlöhne der LSE. Namentlich hielt es fest, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass das Abstellen auf das unterste Quartil des Tabellenwerts der LSE statt auf deren Medianwert besserer Erkenntnis des Gesetzeszwecks, veränderten Verhältnissen oder gewandelter Rechtsanschauungen entspreche, wie dies für eine Praxisänderung erforderlich wäre. Weiter führte das Bundesgericht aus, dass vom Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarkts gemäss Art. 16 ATSG nicht abgewichen werden dürfe, indem stattdessen konkret existierende Erwerbsmöglichkeiten oder konkrete Arbeitsmarktverhältnisse beigezogen würden. Es sei deshalb weiterhin vom Medianlohn der standardisierten Brutto-Löhne der LSE auszugehen. Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung kann der Argumentation des Beschwerdeführers nicht beigespflichtet werden. Das Abstellen auf die Tabellenlöhne der LSE zwecks Bemessung des Invalideneinkommens erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig und die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Berechnung auf der Grundlage der LSE hält einer Überprüfung stand.

8.3.4 Wird das Invalideneinkommen anhand der LSE ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert allenfalls gekürzt werden. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthalts-kategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25% nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher

liegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3). 8.3.5 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Bemessung des Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 5% vorgenommen. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit weiterhin vollständig arbeitsfähig ist und die Kriterien Alter, Dienstjahre, Beschäftigungsgrad und Nationalität/Aufenthaltskategorie keinen Abzug rechtfertigen, zwar eher grosszügig. Er liegt aber dennoch innerhalb des Ermessensspielraums, welcher der Beschwerdegegnerin offen stand. Daher besteht für das Gericht kein Anlass, in ihr Ermessen einzugreifen. Wird das vorstehend ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 67'766.-- um 5% gekürzt, so resultiert daraus ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 64'377.-- (Fr. 67'766.-- x 95%). 8.4 Stellt man im Einkommensvergleich dieses Invalideneinkommen von Fr. 64'377.-- dem Valideneinkommen von Fr. 69'657.-- gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'280.--, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von aufgerundet 8% ergibt (Art. 18 Abs. 1 UVG; zur Rundungspraxis des Bundesgerichts: BGE 130 V 121 ff.). Somit hat die Suva einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente zu Recht abgelehnt.

#### **E. 9**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

#### **E. 10**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht ausgerichtet. Demgemäss wird erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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