

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00127 vom 8. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00127

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00127 du 8 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00127 del 8 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw.

1b, je mit Hinweisen).

1.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

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 112 Erw. 2.1).

1.4 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 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Streitig und zu präzisieren ist die Höhe der Invalidenrente, insbesondere der Grad der unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit und das Invalideneinkommen.

2.2 Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Gipser aufgrund der verbleibenden Unfallrestfolgen an der rechten Schulter nicht mehr zumutbar sei respektive er die verbliebene Resterwerbsfähigkeit bei einem Einsatz von gut 30 % nicht auf zumutbare Weise verwerte (S. 2 Mitte und S. 6 oben). Aus medizinischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit vollschichtig zumutbar (S. 2 Mitte). Das Panvertebralsyndrom, welches Dr. F. ___ anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung diagnostiziert habe, sei keine Unfallfolge, weshalb die diesbezüglichen Beeinträchtigungen bei der Zumutbarkeit nicht zu berücksichtigen seien (S. 6 oben). Der Beschwerdeführer könne in einer den Unfallfolgen angepassten Arbeit ein

durchschnittliches Einkommen von Fr. 52'570.-- im Jahr erzielen, was verglichen mit dem Einkommen ohne Unfall von Fr. 81'913.-- einen Minderverdienst von Fr. 29'343.-- respektive von 36 % ergebe (S. 2 Mitte).

2.3. Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass eine erneute kreisärztliche Untersuchung angezeigt sei. Die Schmerzen in der rechten Schulter, am Rücken und im Brustbereich hätten sich wieder verstärkt. Zusätzlich seien neu Schmerzen im linken Schulterbereich hinzu gekommen (S. 3 Mitte). Des Weiteren machte er geltend, die DAP-Profile könnten im vorliegenden Fall gestützt auf BGE 129 V 472 ff. nicht als Basis für die Festlegung seines Einkommens verwendet werden. Das vom Bundesgericht verlangte Kriterium von mindestens fünf zumutbaren Arbeitsplätzen sei nicht erfüllt (S. 4).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort (Urk. 14) führte der Beschwerdeführer an, dass keineswegs rechtsgenügend erstellt sei, dass die Beschwerden in Schulter, Brust und Rücken nicht unfallkausal seien (beziehungsweise nicht auf unfallbedingte Schonhaltungen zurückzuführen seien). Lediglich anhand eines neuen Gutachtens respektive einer erneuten kreisärztlichen Untersuchung werde festgestellt werden können, ob und woher seine Beschwerden stammen. Es müsse noch abgeklärt werden, welches die Unfallfolgen seien (S. 5).

E. 3

3.1. Dr. med. G. ____, Allgemeine Medizin FMH, nannte im Bericht vom 15. September 2006 (Urk. 7/50) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose eine Periarthropathia humero-scapularis (PHS) tendopathica rechts, Impingement bei Status nach zweimaliger Operation der rechten Schulter 1999 (Ziff. 5). Er führte aus, dass beim Beschwerdeführer seit den Schulteroperationen im Jahre 1999 wiederholt massive Schulterschmerzen rechts aufgetreten seien. Seit zwei Monaten hätten die Schmerzen beim Bewegen und teilweise auch in Ruhe nachts zugenommen (Ziff. 2).

Im Bericht vom 8. November 2006 (Urk. 7/52) führte Dr. G. ____, der Auslöser für die zunehmenden Schulterschmerzen sei möglicherweise das Heben von schwereren Lasten gewesen. Klinisch imponiere das Ganze als Impingement und er habe es einmalig mit einer Diprophos subacromial versucht. Damit sei eine deutliche Besserung während vier Wochen eingetreten, nun klagte der Beschwerdeführer aber über gleiche, eher zunehmende Schmerzen.

3.2. Dr. med. E. ____, Orthopädie/Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, nannte im Bericht vom 5. Dezember 2006 (Urk. 7/53) folgende Diagnosen (S. 1):

- Supraspinatussehnenruptur, subacromiale Impingementkonfiguration mit Acromion Typ II, AC-Gelenksarthrose Schulter rechts, aktuell rezidivierend symptomatisch
- Status nach Schultereingriff mit Operation an den Bändern, Refixation des Bicepsankers, danach Revision

Das MRI habe eine transmurale, vor allem ventrale Supraspinatussehnenruptur mit narbigem Gewebe der Sehne gezeigt. Das AC-Gelenk zeige eine aktivierte Arthrose. Subacromial erscheine der Raum sehr eng und narbig verändert (S. 1 unten; vgl. auch Urk. 7/56). Dr. E. ____, gab zum Procedere an, dass er bei dieser therapierefrakturen Situation eine Schulterarthroskopie mit Beurteilung der Gesamtsituation mit anschliessender Naht der Rotatorenmanschette anbieten könne. Da

nicht klar sei, was mit dem Biceps passiert sei, würde er eine Tenodese, falls nicht bereits durchgeführt, vorschlagen (S. 2).

3.3 Am 16. Januar 2007 führte Dr. E. im Spital D. eine Schulterarthroskopie mit arthroskopischer Acromioplastik, AC-Gelenksresektion, Delta Split und Mini open nahe der Supraspinatussehne durch (vgl. Operationsbericht vom 6. Februar 2007, Urk. 7/58). Im Austrittsbericht des Spitals D. vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/60) wurde über einen komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf berichtet. Die postoperative Mobilisierung habe sich ohne Probleme gestaltet und der Beschwerdeführer sei am 20. Januar 2007 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden.

3.4 Aus den Berichten von Dr. E. vom 6. Februar und 6. März 2007 (Urk. 7/59; Urk. 7/64) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer nach der Operation vor allem an in der Nacht auftretenden Schmerzen litt. Dr. E. diagnostizierte eine ausgeprägte Kapsulitis (auch «frozen shoulder») im entzündlichen Stadium. Wegen der stark entzündlichen Komponente behandelte er den Beschwerdeführer intraartikulär mit Steroiden.

Im weiteren Verlauf heilte die Kapsulitis ab. Die Beweglichkeit war zwar gut, der Beschwerdeführer berichtete aber über belastungsabhängig starke Schmerzen. Dr. E. hielt schliesslich fest, dass das Gelenk rein mechanisch gut beweglich und muskulär recht gut aufgebaut sei. Die Beschwerden seien für ihn nicht nachvollziehbar, höchstens im Rahmen von myofaszialen Schmerzen muskulär, weshalb er die Fortführung der Physiotherapie noch unterstützte (vgl. Berichte vom 28. April 2007, Urk. 7/65, 9. Juni 2007, Urk. 7/68, und 7. Juli 2007, Urk. 7/70).

3.5 Kreisarzt Dr. med. F., Chirurgie FMH, berichtete am 30. Juli 2007 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/74). Als Diagnose nannte er einen Status nach dreimaliger Schulteroperation mit Supraspinatusrekonstruktion, Impingementoperation, Bankartrefixation und LWS (Lendenwirbelsäule) - Tenodese in den Jahren 1999 und 2007. Anamnestisch gebe der Beschwerdeführer vor allem muskuläre Beschwerden an. Die Kraft sei auch noch nicht so gut. Schmerzmedikamente benötige er nur noch selten. Zweimal wöchentlich gehe er in die Physiotherapie (S. 3 Mitte). Klinisch finde sich eine erfreuliche Schulterbeweglichkeit. Es zeige sich eine diffuse Druckdolenz im gesamten Schultergürtel. Insgesamt zeige sich nach dreimaliger Schulteroperation und postoperativer Kapsulitis inzwischen ein sehr schöner Verlauf. Die Beschwerden seien am ehesten muskulär bedingt. Die Druckdolenz sei diffus und die Beweglichkeit insgesamt gut. Auch seien die Rotatorenmanschettentests weitgehend symmetrisch durchführbar und kräftig. Hier sei sicherlich weiterhin Physiotherapie angezeigt. Inwiefern die Tätigkeit als Gipser mit doch überwiegend überkopfarbeiten möglich sei, lasse sich noch nicht abschliessend beurteilen. Es sei ein schrittweiser Arbeitseinstieg mit anfänglich leichteren Tätigkeiten ab September zu versuchen (S. 3 unten).

3.6 Dr. E. gab im Bericht vom 11. August 2007 (Urk. 7/76) an, dass der Beschwerdeführer vor allem Beschwerden bei überkopfarbeiten beklage. Es werde nochmals eine Vorladung bei der Beschwerdegegnerin empfohlen. Er sei der Meinung, dass der Beschwerdeführer ab dem folgenden Monat die Arbeit in einem Teilpensum wieder aufnehmen solle.

Im Bericht vom 18. September 2007 (Urk. 7/80) führte Dr. E. ___ aus, dass ein Kontroll-MRI durchgeführt werde. Ziel sei es, eine Re-Ruptur auszuschliessen beziehungsweise ein organisches Korrelat für die Beschwerden zu bestimmen. Er habe dem Beschwerdeführer ab dem 10. September 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (ganzer Tag, halbe Leistung) bescheinigt.

3.7 In der MR Arthrographie der rechten Schulter vom 24. September 2007 zeigte sich kein grösserer Kontrastmittelübertritt in die Bursa subacromialis subdeltoidea und keine grössere Partialläsion bei deutlichen Suszeptibilitätsartefakten. Es bestehe eine regelrechte Entfaltung des Recessus axillaris ohne Kapselverdickung und ohne Anhalt für eine Kapsulitis. Intraartikulär liege eine nicht abgrenzbare Bicepssehne vor (Bericht des H. ___ Centers, Urk. 7/86).

3.8 Am 29. September 2007 (Urk. 7/82) führte Dr. E. ___ aus, bezüglich der Funktionalität bestehe nach wie vor noch ein Kraftdefizit. Auch die Schmerzen, zum Teil auch in Ruhe und vor allem unter Belastung, seien ebenso wie vor einem Monat. Er empfehle, dass die Arbeitsfähigkeit bis Ende Jahr doch noch etwas reduziert werde. Er habe den Beschwerdeführer darauf aufmerksam gemacht, dass er den Verlust seiner Arbeitsstelle riskiere. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit werde vorerst so belassen.

Im Bericht vom 3. November 2007 (Urk. 7/89) gab Dr. E. ___ an, der subjektive Verlauf sei sehr viel schlechter als seine objektiven Befunde. Die rechte Schulter sei bezüglich Aussenrotation um 10° eingeschränkt, die Innenrotation ebenfalls. Die glenohumorale Abduktion sei geschmeidig und vollständig. Die Kraftentwicklung sei noch etwa 20 % geringer im Vergleich zur Gegenseite. Die Umfangbeziehung Oberarm und Vorderarm seien fast symmetrisch. Anamnestisch gebe der Beschwerdeführer an, dass die Beschwerden zum Teil schlimmer seien als vor der Operation, er könne kaum schlafen.

3.9 Am 13. Dezember 2007 erfolgte erneut eine kreisärztliche Untersuchung. Dr. F. ___ führte in seinem Bericht vom selben Tag (Urk. 7/94) aus, dass sich gemäss Angaben des Beschwerdeführers seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung nichts geändert habe (S. 3 oben).

Klinisch finde sich eine erfreuliche Beweglichkeit der Schulter. Die Kraft sei leicht eingeschränkt. Die Rotatorenmanschettentests seien soweit unauffällig. Ebenfalls finde sich kein eindeutiges Impingementzeichen. Auffallend sei eine erhebliche Schmerzhaftigkeit der Schulter-/Nackenmuskulatur, dies im Sinne eines Zervikalsyndroms. Die Arbeit als Gipser sei grundsätzlich nach dreimaligem Schultereingriff eher nicht geeignet. Aktuell sei die Situation aber entsprechend erfreulich, da der Arbeitgeber dem Beschwerdeführer mit einer langsamen Arbeitssteigerung entgegenkomme. Die Arbeitsfähigkeit werde jeweils im Rahmen von Aussendienstbesprechungen festgelegt. Aktuell werde eine Arbeitsunfähigkeit von 85 % festgehalten (S. 4 Mitte). In Bezug auf die weiteren Abklärungen beziehungsweise Therapien schlage er ein Skelettszintigramm vor. Damit könne ein Low grade-Infekt, welcher allenfalls die chronischen Beschwerden erklären könnte, definitiv ausgeschlossen werden (S. 4 Mitte). Er habe den Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass theoretisch an einer geeigneten Arbeitsstelle eine höhere Arbeitsleistung erwartet werden könne. Die aktuellen Beschwerden seien wahrscheinlich auf eine muskuläre Dekonditionierung zurückzuführen. Neben Schulterschmerzen beständen vor allem Rückenbeschwerden, was für eine

Dysbalance spreche (S. 5).

3.10 Dr. E. ___ fÃ¼hrte am 18. Dezember 2007 (Urk. 7/96) aus, dass er das MRI der Schulter wiederholen wÃ¼rde, um zu sehen, ob die Rotatorenmanschette gut reinsert sei. Des Weiteren unterstÃ¼tze er eine second opinion in einer Zentrumsklinik.

Im Bericht vom 15. Januar 2008 (Urk. 7/98) zuhanden der Beschwerdegegnerin gab Dr. E. ___ an, dass der BeschwerdefÃ¼hrer Ã¼ber Weihnachten/Neujahr weniger gearbeitet habe und der Zustand deutlich besser sei. Bei kÃ¶rperlicher Belastung merke er aber nach wie vor die Beschwerden im RÃ¼cken und am unteren Teil des Armes. Er sehe sich ausser Stande, mehr als die momentan attestierten 50 % zu arbeiten. Es werde eine Zweitmeinung bei der I. ___ Klinik eingeholt, da die objektiven Befunde und die geschilderten Beschwerden nicht eins zu eins zur Deckung gebracht werden kÃ¶nnten.

Ebenfalls am 15. Januar 2008 (Urk. 7/99) berichtete Dr. E. ___ zuhanden der Ãrzte der I. ___ Klinik und bat um eine objektive Beurteilung der Schulterproblematik.

3.11 Dr. med. J. ___, Oberarzt OrthopÃdie an der I. ___ Klinik, diagnostizierte am 30. Januar 2008 (Urk. 7/100) ein myofasiales Schmerzsyndrom trapezoidal und periscapulÃ¤r rechts ausstrahlend in die rechte obere ExtremitÃ¤t mit Myogelosen im Bereich des distalen Trapezius rechts bei Status nach den bekannten Operationen (S. 1 Mitte).

Die Schulterfunktion und insbesondere der Bewegungsumfang rechts seien in Anbetracht der Voroperationen erstaunlich gut. Ebenso sei auch die Kraftentwicklung zumindest bis Scapulaebene noch recht gut erhalten. Eine Szintigraphie sei nicht notwendig, da klinisch kein Verdacht auf einen Infekt bestehe. Es werde eine AbklÃ¤rung bei Dr. K. ___ im Haus empfohlen. Es bestehe die Hoffnung, dass eventuell manualtherapeutisch eine LÃ¶sung der Myogelosen periscapulÃ¤r mÃ¶glich sei (S. 2 unten).

Insgesamt sei die jetzige Schulterfunktion gut. Es sei aber auch klar und sofort erkennbar, dass durch die schwere berufliche Belastung mit praktisch Ã¼berwiegend Ãberkopfarbeiten eine hÃ¶hergradige ArbeitsfÃhigkeit als 50 % auch langfristig nicht mehr mÃ¶glich sein werde. Er empfehle, die jetzige ArbeitsfÃhigkeit von maximal 50 % auf keinen Fall zu steigern. Dies sei in der TÃ¤tigkeit des BeschwerdefÃ¼hrers unrealistisch. Dennoch solle versucht werden, dass er in seiner Firma integriert bleiben kÃ¶nne. Langfristig sei eine ArbeitsfÃhigkeit von 40 % eher realistisch (S. 3).

Im Bericht der I. ___ Klinik vom 28. Februar 2008 (Urk. 7/101) hielt Dr. med. K. ___, Leitender Arzt Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie, ein unklares Schulter-/Nacken-/Armsyndrom als Hauptproblem fest. Eine relevante Problematik der HalswirbelsÃ¤ule (HWS) oder BrustwirbelsÃ¤ule (BWS) primÃ¤ren oder sekundÃ¤ren Ursprungs kÃ¶nne ausgeschlossen werden. Die beschriebenen Beschwerden seien nicht ganz objektivierbar, zumal das Schultergelenk selbst, ausser in Gelenksendstellung, kaum schmerzhaft gewesen sei und die direkt umgebene Muskulatur Myogelosen und Triggerpunkte diskreten Ausmasses gezeigt habe. Eine Erkrankung im rheumatologischen Formenkreis scheine klinisch wenig wahrscheinlich, wahrscheinlicher eine Ãberlastungsproblematik der Schulter umgebenden Muskulatur bei noch leichter EinschrÃ¤nkung der Gelenkbeweglichkeit glenohumoral in Aussenrotation. Aus seiner

Sicht bestehe im angestammten Beruf eine 40%ige Arbeitsfähigkeit, dies vor allem aufgrund der Einschränkung bei Überkopfarbeiten. Bei einer adaptierten Arbeit könnte die Arbeitsfähigkeit sicherlich gesteigert werden. Die konservativen Therapiemassnahmen seien völlig ausgeschöpft, die physiotherapeutische Behandlung sei vor kurzer Zeit sistiert worden. Falls nicht bereits durchgeführt, sei eine spezifische Kräftigungstherapie der Schulter umgebenden Muskulatur und des Rumpfes einzuleiten (S. 1 unten).

3.12 Dr. E. ___ hielt im Bericht vom 5. März 2008 (Urk. 7/102) fest, dass er mit dem Beschwerdeführer vor allem den Bericht von Dr. J. ___ der I. ___ Klinik besprochen habe. Zur Zeit sei eine Arbeitsunfähigkeit von 85 % attestiert, angestrebt werde eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

Im Bericht vom 20. Mai 2008 (Urk. 7/110) führte Dr. E. ___ aus, der Beschwerdeführer sei völlig aufgebracht, da die Beschwerdegegnerin den Fall offenbar abschliessen wolle. Für den Beschwerdeführer sei die Schulter unbelastet gut beweglich, er könne einfach so nicht arbeiten. Zudem komme es bei den Bewegungen über Kopf zu Schmerzen ausstrahlend in Schulter, Brust, Rücken bis in die Beine. Die Schulter sei der Ausgangspunkt für diese Probleme. Er habe mit dem Beschwerdeführer besprochen, dass es wahrscheinlich nicht so sei, wie er es schildere. Auf der anderen Seite dürfe die Dekonditionierung des Bewegungsapparates und die gesamte belastete psychische Situation einen grossen Einfluss auf das Beschwerdeempfinden haben.

3.13 Dr. G. ___ führte im Schreiben vom 5. Juni 2008 (Urk. 7/115) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, er habe den Beschwerdeführer nach langem wieder einmal gesehen. Er habe täglich Schmerzen in der Schulter, im Bereich der BWS rechts und im Kreuz vermehrt nach Arbeiten. Aktuell sei er zu 15 % als Gipser tätig. Seines Erachtens seien die Beschwerden glaubhaft. Der Beschwerdeführer könne beim bisherigen Arbeitgeber weiterhin Arbeiten mit einem verminderten Belastungsgrad ausführen, womit eine Arbeitsfähigkeit von etwa 40 % möglich wäre. Er müsste dabei jedoch eine Rente von 50 % erhalten. Eine Umschulung erscheine ihm nicht realistisch.

3.14 Im Bericht des Kreisarztes Dr. F. ___ über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 19. Juni 2008 (Urk. 7/116) wurden als Diagnosen ein Status nach dreimaliger Schulteroperation rechts und eine panvertebrale Symptomatik genannt (S. 5 Mitte). In der klinischen Untersuchung sei die Muskulatur im Schultergürtel-/Nackengebiet sowie im Bereich der LWS leicht druckdolent gewesen mit weichem Tonus. Triggerpunkte hätten nicht festgehalten werden können (S. 5 unten). Insgesamt müsse von einem sehr schlechten Operationsresultat ausgegangen werden. Inzwischen sei die Schulterbeweglichkeit weitgehend frei und die Kraft sei ordentlich. Der Beschwerdeführer klage zunehmend über Rückenschmerzen, welche vom Nacken bis zur LWS ausstrahlen würden. Zur weiteren Stabilisierung der Situation empfehle er, 36 Sitzungen Medizinische Trainingstherapie (MTT) pro Jahr zu übernehmen, um die Schultermuskulatur kontinuierlich zu trainieren. Ebenfalls habe er den Beschwerdeführer angehalten, regelmässig schwimmen zu gehen. Insgesamt könne zum heutigen Zeitpunkt von einem Endzustand ausgegangen werden (S. 6 oben).

Die Rückenschmerzsymptomatik sei nicht als unfallkausal zu beurteilen. Im Bereich der LWS sei keine Verletzung nachgewiesen worden. Ein Zusammenhang der

Schulterbeschwerden mit LWS-Beschwerden sei nicht gegeben. Des Weiteren sei die Schulterbeweglichkeit soweit frei, dass aufgrund der Schulterfunktion keine wesentliche Einschränkung im Nackenbereich zu erwarten sei. Ebenfalls habe Dr. K.____ keine HWS- und BWS-Einschränkung objektivieren können. Insofern müsse die gesamte Wirbelsäulenproblematik als nicht unfallkausal beurteilt werden (S. 6 oben).

Die Tätigkeit als Gipser sei ungeeignet, da der Beschwerdeführer regelmäßig Überkopfarbeiten durchführen müsse. Ihm sei eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit vollschichtig zumutbar, wobei Tätigkeiten über Kopf zu vermeiden seien. Geeignet seien Arbeiten auf Hüft- beziehungsweise Tischhöhe. Einsatz bis zur Horizontalen könnten zugemutet werden. Gewichte sollten körpernah gehoben werden. Vibrationen sowie hämmernde Arbeiten seien zu meiden (S. 6 Mitte).

Ebenfalls am 19. Juni 2008 nahm Dr. F.____ Stellung zum Integritätsschaden (Urk. 7/117). Er schätzte diesen auf 10 %.

Dr. G.____ nannte im Bericht vom 22. Juli 2008 (Urk. 7/127) als Diagnose panvertebrale Schmerzen mit insbesondere lumbo- und zervikovertebralem Syndrom. Seit dem 4. Juli 2008 seien verstärkte Kreuz- und Nackenschmerzen, teilweise Schmerzen im Bereich der BWS aufgetreten. Unter Medikation sei eine Besserung erfolgt, Restschmerzen beständen vor allem im Kreuz. Am 21. Juli 2008 habe der Beschwerdeführer die Arbeit wieder aufgenommen.

Dr. E.____ führte in seinem Schreiben vom 11. November 2008 (Urk. 7/141) an die Beschwerdegegnerin aus, der Beschwerdeführer mache nach wie vor geltend, dass die Rückenschmerzen von der rechten Schulter her kommen und demnach auch unfallbedingt seien, und zudem die linke Schulter durch die Überbelastung nun auch Beschwerden bereite. Er habe versucht ihm zu erklären, dass die Symptomausweitung in den Rücken krankheitsbedingt sei, ebenso diejenige auf die linke Seite.

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2008 (Urk. 7/142) führte Dr. E.____ an, im MRI der rechten Schulter habe sich ein gereiztes AC-Gelenk gezeigt. Es sei arthrotisch verändert. Die Supraspinatussehne sei intakt, es bestehe eine leichte Tendinose. Zur Beurteilung gab er an, dass die Schulterbeschwerden links einer AC-Gelenksarthralgie zugeordnet werden könnten. Bei zunehmenden Beschwerden könne lokal ins Gelenk infiltriert werden, als weitere Massnahme sei theoretisch eine AC-Gelenksresektion möglich. Bei diesem Patienten mit Hang zur Symptomausweitung müsse diese krankheitsbedingte Pathologie aber nur mit äußerster Zurückhaltung angewandt werden.

E. 4

4.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Gipser aufgrund der verbleibenden Unfallrestfolgen an der rechten Schulter ungeeignet ist. So gehen die Ärzte übereinstimmend davon aus, dass Überkopfarbeiten vermieden werden müssen. Eine Arbeitsfähigkeit von über 50 % im angestammten Beruf ist auch langfristig nicht mehr möglich.

4.2 Der Beschwerdeführer ging davon aus, dass seine (rechtsseitigen) Schulterbeschwerden der Ausgangspunkt für Schmerzen im Rücken sowie in der Brust und der linken Schulter seien (Urk. 7/110; vgl. auch Urk. 1 S. 3 Ziff. 2). Dr. E.____ gab dazu

an, dass er mit dem Beschwerdeführer besprochen habe, dass dies wahrscheinlich nicht so sei, wie er es schildere (Urk. 7/110). Auch in den weiteren Akten findet die Annahme des Beschwerdeführers keinerlei Stütze. So ergibt sich aus dem Bericht von Dr. K., dass eine relevante HWS- oder BWS-Problematik primären oder sekundären Ursprungs ausgeschlossen werden kann. Die Beschwerden wurden als nicht ganz objektivierbar taxiert und im Rahmen einer Überlastungsproblematik der die Schulter umgebenden Muskulatur gesehen (Urk. 7/101). Dr. F. hielt fest, dass im Bereich der LWS keine Verletzung nachgewiesen worden sei; ein Zusammenhang der Schulterbeschwerden mit den LWS-Beschwerden sei nicht gegeben. Bei freier Schulterbeweglichkeit sei auch aufgrund der Schulterfunktion keine wesentliche Einschränkung im Nackenbereich zu erwarten. Die gesamte Wirbelsäulenproblematik müsse als nicht unfallkausal beurteilt werden (Urk. 7/116). Die Schulterbeschwerden links führte Dr. E. auf eine krankheitsbedingte AC-Gelenksarthralgie zurück (vgl. Urk. 7/141-142).

Damit ergibt sich, dass sowohl die Schmerzen in der linken Schulter als auch im Brust- und Rückenbereich nicht unfallbedingt sind.

4.3 Zu klären bleibt, inwiefern sich die noch bestehenden Unfallrestfolgen an der rechten Schulter auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirken.

Dr. G., der Hausarzt des Beschwerdeführers, stellte sich auf den Standpunkt, dass dem Beschwerdeführer eine Rente von 50 % zuzusprechen sei. Dabei ging er neben den Schulterbeschwerden auch von Schmerzen im Nacken, im Bereich der BWS und im Kreuz aus. Eine Umschulung erschien ihm nicht realistisch und er machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Damit können seine Berichte nichts zur Klärung der hier interessierenden Frage beitragen.

Auch die Ärzte der I. Klinik beurteilten lediglich die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, welche sie mit 40 % bezifferten. Dr. K. führte zudem an, dass bei einer adaptierten Arbeit die Arbeitsfähigkeit sicherlich gesteigert werden könne.

Der behandelnde Facharzt Dr. E. äusserte sich ebenfalls nicht konkret zum Ausmass der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Er gab jedoch an, dass er den Beschwerdeführer darauf hingewiesen habe, dass theoretisch an einer geeigneten Arbeitsstelle eine höhere Arbeitsleistung erwartet werden könne.

Kreisarzt Dr. F. ging davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit vollschichtig zumutbar sei, wobei Tätigkeiten über Kopf zu vermeiden seien. Geeignet seien Arbeiten auf Hüft- beziehungsweise Tischhöhe. Einsätze bis zur Horizontalen könnten zugemutet werden. Gewichte sollten rpernah gehoben werden. Vibrationen sowie hämmernde Arbeiten seien zu meiden.

4.4 Das von Dr. F. formulierte Zumutbarkeitsprofil erscheint angesichts der vorliegenden medizinischen Akten als nachvollziehbar. So ist im Bericht von Dr. J. von einer guten Schulterfunktion und einer recht gut erhaltenen Kraftentwicklung die Rede. Als problematisch wurden die schwere berufliche Belastung mit praktisch überwiegend Überkopfarbeiten betont (vgl. Urk. 7/100). Demnach sind schwere Arbeiten sowie Arbeiten über Kopf zu vermeiden. Dies stimmt auch mit der Beurteilung von Dr. F. überein. Dass Gewichte rpernah gehoben werden sollen, erscheint aufgrund der

geringeren Belastung der Schulter sinnvoll. Insgesamt trug Dr. F. ___ mit seiner Beurteilung den vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers angemessen Rechnung. Das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil vermag zu überzeugen und es kann darauf abgestellt werden.

Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Weitere Abklärungen sind nicht erforderlich.

E. 5

5.1 Zu prüfen ist, wie sich die dargelegte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2 Nach Angaben des Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2008 ohne Gesundheitsschaden einen Lohn von Fr. 6'301.-- pro Monat erzielt (vgl. Urk. 7/128), was unter Berücksichtigung des 13. Monatslohns (vgl. Urk. 7/128) ein Jahreseinkommen von Fr. 81'913.-- ergibt. Dieser Betrag ist als Valideneinkommen einzusetzen.

5.3 In Bezug auf das Invalideneinkommen stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP). Dabei stellte sie auf fünf zumutbare Arbeitsplätze (DAP-Nr. 1574, 4214, 989, 2861 und 3458) ab und gab die Gesamtzahl der mit der Behinderung des Beschwerdeführers in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an (vgl. Urk. 7/130). Damit sind sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellt (vgl. BGE 129 V 472), erfüllt.

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass die evaluierten Arbeitsplätze mit dem Zumutbarkeitsprofil unvereinbar seien. Wie unter Erwägung 4 gezeigt, kann auf das von Kreisarzt Dr. F. ___ formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden. Die Profile der evaluierten Arbeitsplätze stehen dem Zumutbarkeitsprofil laut den Angaben des Kreisarztes Dr. F. ___ nicht entgegen. Dazu kann auf die überzeugende Begründung der Beschwerdegegnerin zu den einzelnen DAP-Profilen im Rahmen der Beschwerdeantwort verwiesen werden (Urk. 6 S. 4 f.). Gestützt auf den Durchschnitt der Lohnangaben aller fünf DAP ging die Beschwerdegegnerin von einem Invalideneinkommen von rund Fr. 52'570.-- aus (vgl. Urk. 7/130). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

5.4 Mit Blick auf die standardisierten monatlichen Bruttolöhne (Zentralwert) gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 hält dies einer Überprüfung stand. Unter Berücksichtigung einer im Jahre 2008 geltenden betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2010 S. 94 Tabelle B9.2) betrug der für Männer im privaten Sektor für einfache und repetitive Tätigkeiten geltende, durchschnittliche Bruttolohn Fr. 59'979.-- jährlich (Tabelle TA1, Fr. 4'806.-- : 40 x 41,6 x 12).

Zum Ausgleich lohnmindernder Faktoren kann vom Tabellenlohn ein Abzug vorgenommen werden, welcher unter Berücksichtigung sämtlicher persönlicher und beruflicher Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) nach pflichtgemäßem Ermessen zu schätzen ist, wobei der Abzug höchstens 25 %

beträchtigt (BGE 126 V 75 Erw. 5b).

Die im Zumutbarkeitsprofil formulierten, vorwiegend positionellen Anforderungen schränken das in Frage kommende (Lohn-) Spektrum in einem Masse ein, welches es rechtfertigt, vom ermittelten Tabellenlohn einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Ein höherer Abzug rechtfertigt sich vorliegend nicht, insbesondere da es dem Beschwerdeführer noch möglich ist, vollzeitlich erwerbstätig zu sein. Demnach ist als Invalideneinkommen Fr. 53'981.-- (Fr. 59'979.-- x 0.9) einzusetzen.

Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 81'913.-- und dem unter Zugrundelegung der Tabellenlöhne errechneten Invalideneinkommen von Fr. 53'981.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 27'932.--, entsprechend einem Invaliditätsgrad von rund 34 %.

Nach dem Gesagten hält die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin aufgrund der DAP-Löhne auch einem Vergleich mit der Berechnung des Invaliditätsgrades mittels Tabellenlöhnen stand. Insbesondere resultiert beim Abstellen auf Tabellenlöhne kein höherer Invaliditätsgrad.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Höhe der Invalidenrente zutreffend ermittelt hat.

Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Carmine Baselice
 - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
 - Bundesamt für Gesundheit

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).