

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00343 vom 27. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00343](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00343)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00343 du 27 décembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00343 del 27 dicembre 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Dr. Z., welcher der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 29. Oktober 2008 am 31. Oktober 2008 konsultierte, diagnostizierte mit Bericht vom 14. November 2008 einen Riss des superioren Labrums im rechten Schultergelenk und attestierte dem Beschwerdeführer ab 29. Oktober 2008 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/2).

2.2. Dr. A., welcher den Beschwerdeführer am 11. Dezember 2008 untersuchte, diagnostizierte mit Bericht vom gleichen Tag einen Status nach Kontusions-Unfall auf die rechte dominante Schulter am 29. Oktober 2008 mit (a) gelenksseitiger nicht-transmuraler Partialruptur der Supraspinatussehne (Status nach Débridement), (b) kraniallateraler nicht-transmuraler Partialruptur der Subscapularissehne mit Subluxation der verdickten Bizeps-longus-Sehne, (c) subacromialer Impingementsymptomatik bei aktiver AC-Gelenksarthrose sowie subacromialer Bursitis und (d) Status nach arthroskopischer Refixation des Bizepsankers und Débridement der Unterfl chenl sion der Supraspinatussehne bei SLAP-Läsion Grad II und Unterfl chenl sion der Supraspinatussehne im Pulleybereich vom 11. Februar 2001 im Haus. Dr. A. wies sich nicht zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, er erklärte jedoch, es sei eine arthroskopische D fil e-Erweiterung mit AC-Gelenkresektion und Bursektomie geplant (Urk. 11/5).

2.3. Am 6. April 2009 führte Dr. A. eine therapeutische Schulterarthroskopie rechts mit arthroskopischer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (PASTA-Repair), Refixation der cranio-lateralen nicht transmuralen Partialruptur der Subscapularissehne sowie Tenotomie/Tenodese der langen Bizepssehne, Acromioplastik, AC-Resektion und Bursektomie durch (Operationsbericht vom 6. April 2009, Urk. 11/19). Am 2. Juli 2009 berichtete Dr. A. der Beschwerdegegnerin, drei Monate nach dem Eingriff liege ein klinisch zeitgerechter Heilungsverlauf mit jedoch noch nachweisbarem Funktionsdefizit der rechten Schulter vor. Aufgrund der schmerzhaften Myogelosen habe er dem Beschwerdeführer neu eine myorelaxierende detonisierende Medikation mit Sirdalud verordnet. Des Weiteren soll die bestehende Physiotherapie zur Verbesserung der aktiven Schulterfunktion fortgeführt werden und gleichzeitig können auch myorelaxierende detonisierende Massagen durchgeführt werden. Bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle bleibe der Beschwerdeführer im angestammten Beruf weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/26). Am 19. August 2009 teilte Dr. A. mit, dass ein 50%iger Arbeitswiederaufnahmeversuch ab 1. September 2009 möglich sein sollte. Der Beschwerdeführer sei mit dem vorgeschlagenen Prozedere einverstanden und werde sich selbst bemühen, die Situation am Arbeitsplatz so zu organisieren, dass keine belastenden

Tätigkeiten durchgeführt werden müssten (Urk. 11/28). Am 24. September 2009 berichtete Dr. A. \_\_\_\_, fünf Monate nach dem Eingriff bleibe er beim Standpunkt, dass aus schulterorthopädischer Sicht der Verlauf weiterhin unbefriedigend sei, insbesondere da der Beschwerdeführer gewisse Belastungstoleranzen angebe. Er habe bereits anlässlich der letzten Konsultation beschrieben, dass er ein eigentliches klinisches Korrelat zu den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht finden könne. Auch die veranlasste Sonographie zeige eine intakte Rotatorenmanschette ohne Hinweise für einen Begleiterguss, weder intraartikulär noch subacromial. In Kenntnis der Vorgeschichte und der dokumentierten Befunde sei er weiterhin der Meinung, dass das Schmerzbild im Sinne von schmerzhaften Myogelosen zu interpretieren sei. Aus schulterorthopädischer Sicht ergäben sich seinerseits keine weiteren Massnahmen. Eine angestrebte berufliche Neuorientierung sei sicher wünschenswert (Urk. 11/34).

2.4 Der Beschwerdeführer wurde am 12. Januar 2010 von Kreisarzt Dr. C. \_\_\_\_ untersucht. Dieser hielt mit Bericht vom gleichen Tag fest, neun Monate nach dem operativen Eingriff sei der Beschwerdeführer immerhin in Ruhe einigermaßen beschwerdefrei. Das Schlafen auf der rechten Schulter sei nicht möglich. Eine Schmerzintensität verspüre er bei Bewegung. Aktuell bestehe noch eine aktive Flexion von 100° und eine aktive Abduktion von 50°. Es bestehe also eine erhebliche Funktionseinschränkung. Die Trophik an den oberen Extremitäten weise keinen nennenswerten Unterschied auf. Die rohe Faustschlusskraft der linken Seite betrage im Vergleich zur dominanten gesunden rechten Hand knapp 50 %. Er habe dem Beschwerdeführer offeriert, eine Zweitmeinung einzuholen. Nach deren Eingang werde er zum weiteren Prozedere Stellung nehmen (Urk. 11/47).

2.5 Dr. A. \_\_\_\_ berichtete Dr. C. \_\_\_\_ am 18. Januar 2010, sämtliche von ihm durchgeführten Abklärungen seien unauffällig gewesen und er hätte bis auf schmerzhafte Myogelosen kein fassbares klinisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden finden können. Irrtum vorbehalten, sei er der Meinung, dass aus schulterorthopädischer Sicht, sprich chirurgisch, dem Beschwerdeführer nicht geholfen werden könne (Urk. 11/48).

2.6 Nachdem der Beschwerdeführer am 2. Februar 2010 telefonisch mitgeteilt hatte, dass die Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_ von einer Operation abgeraten hätten und seines Erachtens daher das Einholen einer Zweitmeinung keinen Sinn mache (Notiz vom 3. Februar 2010, Urk. 11/52), hielt Dr. C. \_\_\_\_ am 10. Februar 2010 fest, es sei nun von einem Endzustand auszugehen. Zur Erhaltung des Gesundheitszustandes werde die Beschwerdegegnerin für 6 bis 8 Konsultationen pro Jahr für die Schmerzmittel - falls sie wegen durch die rechte Schulter verursachte Beschwerden benötigt würden - sowie für zwei bis drei Physiotherapiezyklen pro Jahr aufkommen. Aufgrund der erheblichen Funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk sei dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit den ganzen Tag zumutbar. Das Gewicht von zu hebenden Lasten bis Taillenhöhe sei auf 10 Kilogramm und bis Brusthöhe auf 5 Kilogramm limitiert. Körperkopfarbeiten, die den Einsatz von beiden oberen Extremitäten erforderten, seien nicht mehr möglich. Repetitive Tätigkeiten mit der rechten oberen Extremität seien ungeeignet. Ebenso seien Tätigkeiten, die mit Impulswirkungen verbunden seien, wie Arbeit mit vibrierenden oder stossenden Geräten, zu vermeiden (Urk. 11/54).

3.1. Die Beschwerdeführerin ging in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. C. vom 10. Februar 2010 (E. 2.6) davon aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk nur noch eine leichte Tätigkeit ganztags zumutbar sei (Urk. 2 S. 4). Der Beschwerdeführer wendet hiergegen im Wesentlichen ein, durch den Unfall vom 29. Oktober 2008 seien die vorbestehenden Schädigungen, insbesondere die aufgrund des Unfalls vom 1. Februar 1999 bestehende Verletzung der rechten Schulter und die aufgrund des Unfalls vom 15. September 2005 bestehende Verletzung der HWS reaktiviert worden. Im Weiteren verkenne Dr. C., dass er auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nur mit vermehrten Pausen ausführen könne (Urk. 1 S. 4-5).

3.2. Dr. C. stellte anlässlich der Untersuchung vom 12. Januar 2010 (E. 2.4) bei der rechten Schulter des Beschwerdeführers einen geröteten Bereich nach Auflage eines Rheumapflasters fest. Es waren mehrere Arthroskopieeinstichstellen sichtbar. Die Trochik des Deltoideus war vermindert, diejenige des Supraspinatus diskret vermindert. Der Beschwerdeführer klagte über eine Druckdolenz im Bereich des resezierten AC-Gelenkes, es bestand kein subacromiales Reiben. Der Jobe-Test war rechts nicht prüfbar. Der Beschwerdeführer wies eine verminderte Kraftentwicklung bei Innen- und Aussenrotation auf. Der Lift-Off-Test rechts war positiv, der Bizepssehnenstest negativ. Unter Kraftanstrengung zeigte sich ein tieferliegender Bizepsbauch. Zudem klagte der Beschwerdeführer über eine Druckdolenz im ventrokraniellen Pfannenbereich. Bei der Prüfung der aktiven Schulterfunktion ergaben sich folgende Werte: Extension/Flexion: rechts: 20-0-100° (passiv 130°), links: 60-0-160°; Abduktion: rechts: 50° (passiv 70°), links: 170°; Aussenrotation: rechts: 40°, links: 40°; Innenrotation bis DVPA: rechts: 53 cm, links: 27 cm. Die Ellenbogengelenke waren ausserlich unauffällig. Extension und Flexion sowie Pro- und Supination waren seitengleich. Die Umfangsmasse waren am Vorderarm rechts 31,5 cm und am Vorderarm links 31,0 cm, am Oberarm beliefen sie sich links auf 37,0 cm und rechts auf 36,5 cm. Die rohe Faustschlusskraft, gemessen mit Jamar-Gerät, Stufe 2, war links 60 kp und rechts 24 kp (Urk. 11/47). Es ist ohne Weiteres nachvollziehbar, dass Dr. C. anhand dieser Befunde zum Schluss kam, dass dem Beschwerdeführer nur, aber immerhin, eine leichte Tätigkeit noch zumutbar ist. Dr. C. berücksichtigte beim Erstellen des Belastungsprofils auch die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, wies er doch ausdrücklich darauf hin, dass dem Beschwerdeführer die notwendigen Schmerzmittel zu vergüten seien (Urk. 11/54). Da Dr. C. seine Einschätzung nicht nur auf seine eigenen Untersuchungen stützt, sondern er auch die vorhandenen medizinischen Akten berücksichtigt, bilden seine Berichte vom 12. Januar 2010 und vom 10. Februar 2010 eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

3.3. Aus dem Bericht von Dr. Z. vom 31. Oktober 2008 (E. 2.1) kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, äusserte sich doch Dr. Z. nur zum Zustand des Beschwerdeführers unmittelbar nach dem Unfall vom 29. Oktober 2009. Zum längerfristigen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers machte Dr. Z. in diesem Bericht hingegen keine Angaben.

3.4. Dr. A. attestierte dem Beschwerdeführer nach der Operation vom 6. April 2009 zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Mit Bericht vom 19. August 2009 hielt er dann ab 1. September 2009 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit fest. Im Bericht vom 24. September 2009 machte er demgegenüber keine Angaben zum Umfang

der Arbeitsfähigkeit mehr, er erklärte lediglich, dass eine berufliche Neuorientierung wünschenswert sei (E. 2.3). Dr. A. \_\_\_ schloss die Behandlung am 24. September 2009 ab (Urk. 11/34). Aus den Berichten von Dr. A. \_\_\_ gehen also keine der Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ zuwiderlaufenden Angaben hervor. Seine Berichte geben daher keinen Anlass, die Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ in Frage zu stellen.

3.5.4.4 Da keinerlei Anhaltspunkte bestehen, dass der Unfall vom 29. Oktober 2008 andere Folgen als die rechte obere Extremität betreffend gehabt hätte, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit Dr. C. \_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen ist. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Folgen früherer Unfälle seien durch den neuen Unfall reaktiviert worden und hätten zur Verschlechterung des jetzigen Gesundheitszustandes beigetragen, handelt es sich um eine blosser, durch die medizinische Aktenlage nicht gestützte Behauptung. Abgesehen davon, haben sowohl Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ wie auch Dr. A. \_\_\_ hinlänglich dargelegt, an welchen Gesundheitsschäden der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Fallabschlusses litt und voraussichtlich weiterhin leiden wird.

4.4.4.4 Der von der Beschwerdegegnerin zur Prüfung des Rentenanspruchs vorgenommene Einkommensvergleich, gemäss welchem der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden Fr. 77'492.-- (Fr. 6'067.-- [monatlicher Bruttolohn im Transportgewerbe für das Anforderungsniveau 1 + 2 gemäss Tabelle TA7 des Bundesamtes für Statistik] x 12 : 40 x 41,7 [durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2009, vgl. die Volkswirtschaft 12-2011, S. 98, Tabelle B9.2, Sektor 3] x 1,021 [Nominallohnentwicklung, vgl. die Volkswirtschaft 12-2011, S. 99, Tabelle B10.2, Total] verdienen würde und er mit Gesundheitsschaden ein Einkommen von Fr. 60'993.-- (DAP-BLätter, Urk. 11/62) verdienen kann, ist nicht zu beanstanden. Wie ausgeführt kann nämlich auf das von Dr. C. \_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden, weshalb die von der Beschwerdegegnerin beigezogenen DAP-BLätter (Urk. 11/62) dem Leistungsvermögen des Beschwerdeführers entsprechen. Soweit der Beschwerdeführer einen zusätzlichen Pausenbedarf geltend macht, findet auch das in der Zumutbarkeitsbeurteilung von Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ keine Stütze. Der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad von gerundet 21 % ((Fr. 77'492.-- - Fr. 60'993.--) : Fr. 77'492.--) erweist sich somit als rechtens.

5.4.4.4 Zu prüfen bleibt die Höhe der dem Beschwerdeführer zuzurechnenden Integritätsentschädigung.

4.4.4.4 Im Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser

Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

Dr. C. \_\_\_ führte am 10. Februar 2010 zur Höhe der Integritätsschädigung des Beschwerdeführers aus (Urk. 11/55): Massgebend zur Schätzung des Integritätsschadens ist die Feinrastertabelle 1.2 Integritätsschädigung gemäss UVG. Bei einer Beweglichkeit bis zur Horizontalen liegt der Referenzwert bei 15 %, bei einer Beweglichkeit 30° über die Horizontale hinaus (120°) liegt der Referenzwert bei 10 %. Der Durchschnitt zwischen der aktiven Flexion und Abduktion liegt bei 75°. Somit dürfte der Integritätsschaden mit 17,5 % korrekt taxiert sein. Dr. C. \_\_\_ hat die Höhe also gestützt auf die Tabellen der SUVA festgelegt. Seine Einschätzung ist ohne Weiteres nachvollziehbar und steht in Übereinstimmung mit der Tabelle 1 für Integritätsschäden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten. Für eine Erhöhung der Integritätsschädigung besteht kein Anlass.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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