

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00015 vom 19. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00015)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00015 du 19 septembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00015 del 19 settembre 2013

## Erwägungen

### E. 1.1

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Er werbsunfähigkeit (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 Einglie derungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Ar beitsmarktlage 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). Nach Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditäts grades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditäts grad aufgrund eines Einkom mensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versi cherte Person nach Ein tritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgegliche ner Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbsein kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Der Einkom mensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffern mässig möglichst ge nau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Ein kommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die frag lichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annä herungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schät zung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten be stehen. Vielmehr kann auch eine Gegen überstellung blosser Prozent zahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hy pothe tische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu be werten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend klei neren Prozentsatz veran schlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (so genannter Prozentvergleich; BGE 128 V 29 E. 1, 114 V 310 E. 3a mit Hin weisen; AHI 2000 S. 309 E. 1a mit Hinweisen).

### E. 1.2

Mit Schreiben vom 27. April 2011 (Urk. 7/76) teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass nach Ansicht des Kreisarztes von einer weiteren Behandlung keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten sei, weshalb der Schadenfall unter Einstellung der Heilbehandlungsleistungen abgeschlossen werde. Die Taggeldleistungen würden per 31. Juli 2011 eingestellt. Für die verbleibende Beeinträchtigung werde eine Integritätsentschädigung und ab dem 1. August 2011 eine Rente ausgerichtet.

Mit Verfügung vom 19. August 2011 (Urk. 7/90) sprach die SUVA dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von 17 % zu, verneinte aber den Rentenanspruch des Versicherten mit der Begründung, dass er trotz der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen ein rentenausschliessendes Invaliden einkommen erzielen könne (Invaliditätsgrad von weniger als 10 %). Die dagegen am 20. September 2011 erhobene Einsprache des Versicherten (Urk. 7/95; vgl. auch Urk. 7/97/1-9) wies die SUVA mit Entscheid vom 13. Dezember 2011 (Urk. 2 = Urk. 7/99) ab.

### **E. 1.2.1**

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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.2.2**

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 1.3**

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, dass dieser trotz der vorliegenden unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen erzielen könne. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 61'001. für das Jahr 2011 und einem gestützt auf die bei den Akten liegenden Dokumentationen von Arbeitsplätzen (DAP) ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 60'295. ergebe sich ein Invaliditätsgrad von lediglich 1,16 %, der einen Rentenanspruch ausschliesse.

Im vorliegenden Prozess hielt die Beschwerdegegnerin an den im angefochtenen Einspracheentscheid vertretenen Auffassungen fest. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers bestehe in medizinischer Hinsicht kein weiterer Abklärungsbedarf; die Aktenlage sei schlüssig. Auch die Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf die aufgelegten DAP sei korrekt und stehe im Einklang mit der höchstrichterlichen Praxis. Zudem ergebe auch eine Vergleichsrechnung mit den statistisch ermittelten Werten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010 (LSE 2010; Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2012) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (Urk.

### **E. 2.2**

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, dass anlässlich einer Nachfrage zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit von der D. \_\_\_ am 17. November 2011 Zweifel geäussert worden seien, ob die Einschätzung des Kreisarztes den aktuellen Begebenheiten entsprächen. Weiter sei aktenkundig, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Schmerzverschlimmerungen die Physiotherapie und die Schwimmtherapie habe abbrechen müssen. Zudem sei unklar, ob eine Ruptur der genähten Sehne bestehe. Daraus folge, dass die kreisärztliche Beurteilung nicht über alle Zweifel erhaben sei, weshalb weitere Abklärungen notwendig seien. Die aufgelegten DAP-Profile, welche zur Berechnung des Invalideneinkommens herangezogen worden seien, stimmten nicht mit dem vom Kreisarzt erstellten Zumutbarkeitsprofil überein. In den DAP 6464, 9956 und 8321 würden Arbeitsstellen aufgeführt, die beidhändige Ausführungen und eine Rotationsbeweglichkeit erforderten. Dies sei dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Die Tätigkeit als Metallstanzer (DAP 6464) sei ihm auch nicht zumutbar, weil dies Schrauben und Bohren beinhaltet. Tätigkeiten mit Impulswirkung (wie Arbeiten an stossenden und vibrierenden Geräten), worunter zumindest Bohrarbeiten sicher fielen, seien gemäss Kreisarzt ungeeignet. Zudem erfolge die Bearbeitung auf Bauchhöhe. Diese Bewegungen seien dem Beschwerdeführer durch seine massiv eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter kaum möglich. Weiter sei bei den aufgelegten DAP-Profilen auffällig, dass bei drei von fünf Stellenangaben nur ein Lohn angegeben werde und kein Maximal- und Minimallohn. Es sei daher keine konkrete Berücksichtigung des Einzelfalles im Rahmen der Spannbreite möglich (was den Verzicht auf einen leidensbedingten Abzug bei der Verwendung von DAP-Profilen erst rechtfertige).

tige). Im vorliegenden Fall sei deshalb der Invalidenlohn gestützt auf die LSE zu ermitteln, wobei die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges vom statistisch ermittelten Wert von 20 % angemessen sei. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von mehr als 10 %, weshalb der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente habe (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

Es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente auszurichten.

#### **E. 3.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat beziehungsweise ob die Beschwerdegegnerin seinen Rentenanspruch zu Recht verneint hat, weil er trotz der vorliegenden unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen erzielen kann.

Der Beschwerdeführer liess - wie bereits im Einspracheverfahren - einzig die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente anfechten. In Bezug auf die ihm zugesprochene Integritätsentschädigung von 17 % ist die Verfügung vom 19. August 2011 (Urk. 7/90) demzufolge unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

#### **E. 3.2.1**

Der Radiologe Dr. med. E. \_\_\_ vom Spital B. \_\_\_ hielt ein halbes Jahr nach der Schulteroperation am 27. August 2009 folgende Beurteilung seiner MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks fest (Urk. 7/22/2): „Nachweis einer neu aufgetretenen gut 1,8 cm grossen Humeruskopf-Nekrose ohne Nachweis eines Einbruchs. Bei Status nach Nahrt der Supraspinatussehne ist diese intakt. Kein Kontrastmittelaustritt nachweisbar. Nachweis einer Bursitis subacromialis. Die übrigen Strukturen kommen unverändert im Vergleich zur Voruntersuchung [...] zur Abbildung.“

#### **E. 3.2.2**

Co-Chefarzt Dr. med. F. \_\_\_ vom Spital B. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2009 (Urk. 7/22/3) aus, dass der postoperative Verlauf etwas verzögert sei mit persistierenden Beschwerden und langsam bessernder, aber noch eingeschränkter Schulterbeweglichkeit. Als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig. Der MR-Befund sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden. Aetiologisch für die Humeruskopfnekrose müsste allenfalls der Nikotinabusus diskutiert werden. Ein aktives Vorgehen sei aber momentan nicht möglich beziehungsweise sinnvoll.

#### **E. 3.2.3**

Oberarzt Dr. med. G. \_\_\_ und Assistenzarzt Dr. med. H. \_\_\_ von der D. \_\_\_ erklärten in ihrem Bericht vom 1. März 2010 (Urk. 7/30), dass klinisch eine AC-Arthropathie sowie eine schmerzhafte Bicepssehne vorliege. Es sei weiterhin ein konservatives Vorgehen zu wählen. Insbesondere müsse der Verlauf der Kopfnekrose abgewartet werden.

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 5. Mai 2010 (Bericht vom 21. Mai 2010 [Urk. 7/34]) äusserten sich Dr. G. \_\_\_ und die Assistenzärztin Dr. med. Q. \_\_\_ dahingehend, dass die AC-Gelenks-Arthropathie wohl einen Beitrag zum Beschwerdebild leiste. Was die Humeruskopfnekrose angehe, sei deren Aetiologie unklar.

Oberärztin Dr. med. I. \_\_\_ und Assistenzärztin Dr. med. J. \_\_\_ von der D. \_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 23. Juli 2010 (Urk. 7/46) aus, dass bei Verdacht auf beginnende Frozen shoulder bei Anschlag der glenohumeralen Infiltration der Beschwerdeführer zunächst

während zwei Monaten medikamentös behandelt werde. Dann werde eine klinische Kontrolle durchgeführt. Sollte keine Beschwerderegredienz zu verzeichnen sein, müsste das MRI der linken Schulter wiederholt werden, damit die Ausdehnung der Nekrose und die Konfiguration der Gelenkflächen beurteilt werden könnten.

Am 30. September 2010 hielten Oberarzt Dr. med. K.\_\_\_\_ und Assistenzarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ fest, dass im Bereich der linken Schulter nach wie vor deutliche Beschwerden vorhanden seien. Klinisch finde sich eine Bewegungseinschränkung in allen Bewegungsebenen, endgradig jeweils mit Schmerzauslösung (Urk. 7/52).

Oberarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ und Assistenzarzt Dr. med. N.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ berichteten am 17. November 2010, dass die geklagten Beschwerden aktuell nicht auf ein einziges morphologisches Korrelat reduziert werden. Es bestehe diagnostisch einerseits eine Humeruskopfnekrose, die unklarer Aetiologie sei. Andererseits sei eine SLAP-Läsion vorhanden, die eine gewisse Beschwerdesymptomatik erklären könnte. Zudem bestehe noch eine leichte Capsulitis, welche jedoch klinisch langsam bessere (Urk. 7/54).

Die Dres. M.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ erklärten in ihrem Bericht vom 17. Februar 2011 (Urk. 7/58), dass sie dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht keine weiteren Therapien mehr anbieten könnten, insbesondere weil die Arthro-MRI-Untersuchung vom 3. November 2011 eine gute Kontinuität der rekonstruierten Supraspinatussehne ergeben habe. Sie seien nicht der Auffassung, dass mit einer operativen Behandlung der SLAP-Läsion die diffusen Beschwerden komplett adressiert würden. Die Schmerzen seien wohl auch muskulärer Genese bei Myogelosen im Bereich der Nackenmuskulatur.

#### **E. 3.2.4**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialärztin FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, äusserte sich in ihrem Schreiben an den kreisärztlichen Dienst der SUVA vom 25. Februar 2011 (Urk. 7/62), in dem sie um eine kreisärztliche Beurteilung der vorliegenden Problematik ersuchte, dahingehend, dass aus ihrer Sicht kein rheumatologisches Problem vorliege.

#### **E. 3.2.5**

Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 24. März 2011 (Urk. 7/63; vgl. auch Urk. 7/64 und 7/86) aus, dass sich der Beschwerdeführer am 28. November 2008 bei einem Treppensturz eine Supraspinatussehnenruptur an der linken Schulter zugezogen habe. Am 9. Februar 2009 sei eine Schulterarthroskopie, eine arthroskopische subakromiale Dekompression und eine Supraspinatussehnenennaht durchgeführt worden. Der weitere Verlauf sei protrahiert gewesen. Über zwei Jahre nach dem operativen Eingriff verspüre der Beschwerdeführer ein klemmendes Gefühl, das sich bis zu einem Schmerz intensivieren könne. Insbesondere die Abduktion sei schmerzhaft. Inspektorisch imponiere eine Atrophie des ganzen linken Schultergürtels. Wie die ärztlichen Kollegen erwähnt hätten, aktiviere der Beschwerdeführer den Deltoideus in vollem Umfang. Die klinischen Tests ergäben in der Tat keine Hinweise auf eine Insuffizienz der Rotatorarmmanschette. Es sei ihm - wie den anderen medizinischen Fachpersonen - nicht klar, worauf das Beschwerdebild und die Funktionseinschränkung letztlich zurückzuführen seien. Als Unfallfolge verbleibe bei einer aktiven Flexion und Abduktion von je 80° eine erhebliche Funktionseinschränkung. Die rohe Faustschlusskraft sei auf 10 Kilopond limitiert. Die Physiotherapie und die Schwimmtherapie hätten zu einer Schmerzverschlimmerung geführt, weshalb diese Therapien gestoppt worden seien. Er rechne nicht mehr mit einer erheblichen funktionellen Verbesserung, so dass der Fall mit dem Hinweis auf das Rückfallmelderecht abzuschliessen

sei. Die SUVA werde für sechs bis acht Arzt konsultationen pro Jahr sowie für die Kosten für Schmerzmittel aufkommen müssen. Sollte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes trotz der bisherigen Erfahrungen eine Physiotherapie verordnet werden, so sollten die Kosten für zwei bis drei Zyklen übernommen werden. Dr. C.\_\_\_\_ formulierte folgendes Zumutbarkeitsprofil: „Zumutbar ist eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit den ganzen Tag. Das Gewicht von zu hebenden Lasten ist bis Taillenhöhe auf 15 kg, bis Brusthöhe auf 5 kg limitiert. Repetitiv weit ausreichende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität sind nicht mehr durchführbar. Tätigkeiten, die mit Impulswirkung verbunden sind, wie Arbeiten an stossenden und vibrierenden Geräten sind ungeeignet.“

### **E. 3.2.6**

Oberärztin i.V. Dr. med. P.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ erklärte am 8. Juli 2011, dass die genaue Ursache der Humeruskopfnekrose aus rheumatologischer Sicht nicht erfasst werden könne (Urk. 7/84).

### **E. 3.2.7**

Dr. F.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2011 (Urk. 7/97/5) aus, dass der Beschwerdeführer über langdauernde, anhaltende und starke Schulter schmerzen links mit Ausstrahlung in den Arm und Richtung Schulterblatt klagt. Die klinisch erhobenen Befunde zeigten vor allem eine schlechte aktive, aber eine verhältnismässig gute passive Beweglichkeit. Es liege also keine eigentliche Schultersteife vor. Die diversen Röntgen- und MRI-Untersuchungen (vgl. auch Urk. 7/97/4) zeigten eine konstante kleine, partielle Nekrose im Humeruskopf, welche aber nicht zu einem Einbruch der Gelenkfläche geführt habe. Der Befund sei über die Jahre stationär. Ob dieser Befund für die Beschwerden verantwortlich sei, könne er nicht entscheiden; das erscheine ihm aber eher unwahrscheinlich. Die genähte Rotatorenmanschette (vor allem die Supraspinatussehne) zeige einige Kaliberschwankungen und sei allgemein etwas dünn, zeige aber auch im neuesten MR-Tomogramm (vgl. Urk. 7/97/4) keinen grossen Riss, sondern höchstens fadenförmig durchtretendes Kontrastmittel durch sehr schmale Lücken, welche schwierig zu orten seien. Ebenfalls schlecht zur massiv herabgesetzten Schulterfunktion des Beschwerdeführers in der Untersuchung passe die recht gute, nicht atrophische Muskulatur der genähten Sehne und auch der übrigen Rotatorenmanschetten-Sehnen. Insgesamt glaube er schon, dass der Beschwerdeführer gewisse Restbeschwerden habe, sich er auch wegen der erwähnten partiellen Humeruskopfnekrose. Er zweifle aber daran, dass die Beschwerden so gross seien wie angegeben.

### **E. 3.2.8**

Dr. M.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 17. November 2011 (Urk. 7/97/7) dahingehend, dass er gestützt auf die ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen die Einschätzung des Kreisarztes teile; mit dem Hinweis, dass „diese Aussage nicht auf aktuellsten Berichten“ basiere und „möglicherweise nicht den aktuellen Zustand des Patienten“ repräsentiere. 4. 4 . 1

Aus den wiedergegebenen Arztberichten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen an der linken Schulter vorliegen, die auf den Unfall vom 28. November 2008 zurückzuführen sind. Das ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten. Ebenso klar erstellt ist, dass von einer weiteren medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung der Beschwerden mehr zu erwarten ist. Das geht insbesondere aus den Einschätzungen der Dres. C.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ hervor (Urk. 7/58

und 7/63).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers bedarf der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht keiner weiteren Abklärungen. Die in E. 3.2.8 wiedergegebene Aussage von Dr. M.\_\_\_\_, wonach er gestützt auf die ihm vorliegenden Unterlagen die Einschätzung von Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ teile, aber den Hinweis anbringe, dass diese Aussage nicht auf aktuellen Berichten basiere und deshalb möglicherweise nicht den aktuellen Zustand des Beschwerdeführers repräsentiere (Urk. 7/97/7), bezieht sich nicht auf die Unterlagen des Kreisarztes, sondern lediglich auf diejenigen, die Dr. M.\_\_\_\_ effektiv zur Verfügung standen. Dr. M.\_\_\_\_ hielt denn auch fest, dass er zur aktuellen Situation, da seit der letzten Untersuchung des Beschwerdeführers schon einige Zeit verstrichen sei, keine Angaben machen könne (Urk. 7/97/7). Die genannte Aussage von Dr. M.\_\_\_\_ kann somit - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - gerade nicht als Kritik an der kreisärztlichen Einschätzung interpretiert werden; vielmehr bestätigte Dr. M.\_\_\_\_ diese Einschätzung (wenn auch unter dem Vorbehalt, dass ihm - Dr. M.\_\_\_\_ - keine aktuellen Unterlagen zur Verfügung standen).

Auch die weitere Rüge des Beschwerdeführers, wonach unsicher sei, ob eine Ruptur in der genähten Sehne entstanden sei, erweist sich als nicht stichhaltig. Dr. F.\_\_\_\_ erläuterte in seinem in E. 3.2.7 wiedergegebenen Bericht vom 24. Oktober 2011 (Urk. 7/97/5) gestützt auf das aktuelle MR-Tomogramm (vgl. Urk. 7/97/4), dass kein grosser Riss vorhanden, sondern höchstens fadenförmig durchtretendes Kontrastmittel zu erkennen sei, das durch sehr schmale Lücken dringe, welche schwierig zu orten seien.

#### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin

Die SUVA schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. März 2012 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer liess am 16. April 2012 auf die Erstattung einer Replik verzichten (Urk. 10).

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.2**

Aus dem Gesagten folgt, dass in medizinischer Hinsicht auf die einleuchtende und nachvollziehbare Einschätzung von Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 24. März 2011 (Urk. 7/63) abzustellen ist, der im Einklang mit den übrigen medizinischen Akten steht, insbesondere mit den Auffassungen der Dres. F.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das von Dr. C.\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt (Urk. 7/63 S. 3): „Zumutbar ist eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit den ganzen Tag. Das Gewicht von zu hebenden Lasten ist bis Taillenhöhe auf 15 kg, bis Brusthöhe auf 5 kg limitiert. Repetitiv weit ausreichende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität sind nicht mehr durchführbar. Tätigkeiten, die mit Impulswirkung verbunden sind, wie Arbeiten an stossenden und vibrierenden Geräten sind ungeeignet.“ 5 . 5 .1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 19. August 2011 (Urk. 7/90) bei der Berechnung des Invaliditätsgrades gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin von einem Validenlohn im Jahr 2011 von Fr. 61'464.

und im Einspracheentscheid von Fr. 61'001.-- aus (Urk. 7/90 S. 2; und Urk. 2 S. 6 vgl. zu den Berechnungsgrundlagen: Urk. 7/12, 7/15 und 7/83). Dagegen liess der Beschwerdeführer zu Recht nichts einwenden. Das Valideneinkommen ist durch die Akten ausgewiesen. 5 .2

Bei der Berechnung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf insgesamt fünf DAP (Hilfsarbeiter in der Industrie, Brotschneider, Metallstanzer, Produktionsmitarbeiter und Maschinenführer [Urk. 7/89]). Dagegen liess der Beschwerdeführer einwenden, dass die genannten Tätigkeiten nicht mit dem vom Kreisarzt erstellten Zumutbarkeitsprofil übereinstimmen. Im Einzelnen liess er rügen, dass bei den DAP-Profilen 6464, 9956 und 8321 beidhändige Ausführungen und eine Rotationsbeweglichkeit notwendig seien. Das sei ihm nicht mehr zumutbar. Dem ist entgegenzuhalten, dass dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil - entgegen der offenbaren Ansicht des Beschwerdeführers - nicht zu entnehmen ist, dass ihm nur noch einhändig zu verrichtende Tätigkeiten zumutbar seien. Insoweit besteht lediglich für repetitive weit ausreichende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität eine Einschränkung. Entsprechendes gilt für Rotationsbeweglichkeit; diesbezüglich findet sich im Zumutbarkeitsprofil keine Einschränkung. Schliesslich erweist sich auch der Einwand, dass dem Beschwerdeführer die Arbeit als Metallstanzer (DAP-Profil 6464) nicht zumutbar sei, weil die Arbeit Schrauben und Bohren beinhaltet und dies als Arbeit an stossenden und vibrierenden Geräten (mit Impulswirkung) gelte, als nicht stichhaltig. Gemäss Beschreibung im entsprechenden DAP (Urk. 7/89) handelt es sich um folgende Tätigkeit: „An einer Maschine Metallteile stanzen. Ausschliesslich stehende Tätigkeit. Bearbeitung auf Bauchhöhe. Leicht vorgeneigte Körperhaltung. Gewichte meistens bis 5 kg, gelegentlich bis max. 10 kg.“ Es ist nicht ersichtlich, weshalb diese Tätigkeit nicht vom Zumutbarkeitsprofil umfasst sein sollte. Die Behauptung des Beschwerdeführers, dass es dabei zu (erheblichen) Vibrationen, Impulswirkungen, Stössen oder dergleichen komme, ist durch nichts belegt. Derartiges lässt sich dem DAP-Profil nicht entnehmen. Auch der Umstand, dass bei den meisten der genannten DAP-Profile keine unterschiedlichen Mindest- und Maximallöhne (sondern lediglich ein Durchschnittslohn) aufgeführt sind, führt nicht dazu, dass zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf den ermittelten Durchschnittslohn der aufgelegten DAP in der Höhe von Fr. 60'295.40 abgestellt werden könnte, zumal dieser noch etwas tiefer liegt als der Durchschnitt aller Durchschnittslöhne (vgl. Urk. 7/89; vgl. dazu auch das Urteil des Bundesgerichts 8C\_790/2009 vom 27. Juli 2010, E. 4.5). Auch der Einwand, dass insgesamt nur 21 Stellen von den DAP-Profilen umfasst würden, ändert nichts daran, dass die Voraussetzungen der höchstgerichtlichen Praxis (BGE 129 V 472) zur Verwendung von DAP erfüllt sind. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile sind Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und zulässig (BGE 192 V 472 E. 4.2.3). Demzufolge ist von einem Invalideneinkommen von Fr. 60'295.40 auszugehen. 5 .3

Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 61'464. (vgl. E. 4.1) und einem Invalideneinkommen von Fr. 60'295.40 (vgl. E. 4.2) ergibt sich eine Lohneinbusse von Fr. 1'168.60. Daraus resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 1,9 %.

Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubStocker EG/WS/IDversandt

## **E. 6**

).

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