

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00040

vom 17. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00040 du 17 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00040 del 17 aprile 2014

Erwägungen

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 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

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

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall

seelisch weniger gut verkräftet als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.4

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E.

5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S.

237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

E. 1.5

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr.

U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem

Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mit begünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S.

448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E.

2).

E. 1.6

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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 Erwerbsunfähigkeit. 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.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 1. Februar 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei ihm in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 14. Dezember 2012 eine volle, mindestens jedoch eine halbe SUVA-Rente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1), und es sei betreffend der Frage seiner Erwerbsfähigkeit ein umfassendes medizinisches Gutachten bei einer unabhängigen Fachstelle in Auftrag zu geben (S. 2 Ziff. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Februar 2013 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 28. Februar 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass es sich im Sinne der Rechtsprechung um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich handle (S. 5 lit. c). Die massgeblichen Adäquanzkriterien in Bezug auf die psychischen Beschwerden seien weder in gehäufte noch in auffallender Weise erfüllt, weshalb ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 18. Februar 2011 zu verneinen sei (S. 7 Mitte). Die Beurteilung der Ärzte der Z.____, wonach dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar sei, ihm hingegen mindestens leichte Tätigkeiten ohne Leiternsteigen, ohne Zwangshaltungen des

Nackens und hinsichtlich der rechten Hand aktuell ohne Schläge und Vibrationen noch ganztags zumutbar seien, sei vollumfänglich nachvollziehbar (S.

11). Aufgrund von DAP-Zahlen sei ein zumutbares Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 62'870.-- ermittelt worden. Werde dieses dem unbestrittenen Validen Einkommen von Fr. 75'400.-- gegenübergestellt, resultiere eine massgebende Erwerbsunfähigkeit von 16.62 % , weshalb die Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 17 % nicht zu beanstanden sei (S. 12 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), die Verneinung der Adäquanz der psychischen Beschwerden werde bestritten , zumal er erst seit dem 31. März 2011 und damit klar nach dem Unfall in psychiatrischer Behandlung stehe (S. 5 Ziff. 10). Ferner sei er 60 Jahre alt, habe Zeit seines Lebens als Maler gearbeitet, nie eine andere Ausbildung absolviert, nie auf einem anderen Beruf gearbeitet und spreche als ausländischer Staatsbürger mehr schlecht als recht deutsch. In einem solchen Fall, in dem kumulativ derart viele Faktoren der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit entgegenstünden, sei es in hohem Mass stossend, an der Fiktion einer künftigen Erwerbsmöglichkeit festzuhalten. Faktoren wie Alter, Sprachkenntnisse oder Berufserfahrung hätten einen direkten Einfluss auf die Bestimmung des der versicherten Person offen stehenden Arbeitsmarkts, weshalb sie bei der Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt werden müssten (S. 6 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in leidens angepasster Tätigkeit verhält, auf welche medizinischen Berichte diesbezüglich abgestellt werden kann , sowie der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente beziehungsweise deren Höhe. 3. 3.1

Gemäss Akten stürzte der Beschwerdeführer am 18. Februar 2011 die Treppe hinunter und zog sich dabei Prellungen, Schürfungen und Frakturen zu (vgl. Urk. 6/1 Ziff. 6-9, Urk. 6/12, Urk. 6/16).

Dr. med. A.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 4. März 2011 (Urk. 6/12) aus, die Erstbehandlung habe am Unfalltag stattgefunden (Ziff. 1) und nannte als Befunde multiple Prellungen und Schürfungen am Kopf, eine Rissquetschwunde oberhalb des linken Auges, Schürfungen rechts im Nacken und über der oberen Brustwirbelsäule (BWS), Druck- und Klopfdolenz über der Halswirbelsäule (HWS) und der mittleren BWS, Schmerzen am Sternum, Vesikuläratmen beidseits sowie fragliche Fraktur radial am rechten Handgelenk (Ziff. 4), und diagnostizierte multiple Kontusionen an Kopf, Wirbelsäule und Sternum sowie eine fragliche Radiusfraktur rechts (Ziff. 5). Er attestierte dem Beschwerdeführer bis auf weiteres eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8). 3.2

Die Ärzte des B.____ , Klinik für Orthopädie und Traumatologie, berichteten am 25. Februar 2011 (Urk. 6/13/2-3) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 18. bis 23. Februar 2011 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Sturz frontal aus zirka 3.5 m Höhe am 18. Februar 2

E. 7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (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). 1.

E. 8

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 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 011

mit/bei - commotio cerebri mit Rissquetschwunde frontal - Deckplattenimpressionsfraktur Halswirbelkörper (HWK) 7 mit Fraktur ausläufern ins Uncovertebralgelenk links und konsekutiver Subluxationsstellung in diesem Gelenk, zudem Frakturausläufer in Hinterkante - nicht dislozierte Querfraktur corpus

sterni - nicht dislozierte distale Radiusfraktur rechts - Hämatom submandibulär links - CT Schädel-Gesichtsschädel-HWS-Thorax-Abdomen-Becken am 18.

Februar 2011 - Thrombozytopenie unklarer Ätiologie - erhöhte Leberwerte - im Verlauf spontan regredient - Obstipation

Sie führten aus, es hätten sich ein komplikationsloser Spitalaufenthalt sowie eine zeitgerechte und problemlose Mobilisation unter Fixation der HWS im harten Halskragen gezeigt (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand, weitgehend schmerzfrei unter Analgesie sowie mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen in eine weiterführende Behandlung verlegt worden (S. 2 Mitte). 3.3

Die Ärzte des C.____, Klinik für Unfallchirurgie, berichteten am 1. März 2011 (Urk. 6/15) und nannten folgende Diagnosen (S.

1): - Flexions-Distraktionsverletzung HWK 6/7 mit Berstungsfraktur HWK, Bandscheibenriss HWK 6/7, Läsion posteriorer Bandkomplex HWK 6/7 - Querfraktur Corpus sterni - distale Radiusfraktur links, Typ AO 23-C1 - Riss-Quetschwunde frontal rechts - Status nach Wundversorgung am 18. Februar 2011

Sie führten aus, die Bildgebung habe in Bezug auf das Handgelenk verglichen mit der Voruntersuchung vom 18. Februar 2011 regelrechte Stellungsverhältnisse bei Status nach distaler Radiusfraktur mit Gelenkbeteiligung gezeigt (S. 1 f.). Mittels am 24. Februar 2011 durchgeführter Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS konnten eine bekannte frische kraniale Berstungsfraktur HWK 7 mit Fraktur des Proc. articularis

superior links, eine mögliche Einblutung der Bandscheibe C6/7, eine Ruptur der Ligamenta flava und interspinale C6/7, eine mögliche Ruptur auch des Ligamentum supraspinale auf dieser Höhe sowie frische Deckplattenimpressionsfrakturen BWK 1-3, hingegen keine Spinalkanals tenosen und keine foraminale Enge festgestellt werden (S. 2 Mitte) .

Die Ärzte des C.____ , Klinik für Unfallchirurgie, berichteten am 13. April 2011 (Urk. 6/31/4-5) , nannten die bekannten Diagnosen und führten aus, der Beschwerdeführer berichte über eine nur leichte Besserung der Schluckbeschwerden und anhaltende in Schulter und Kopf ausstrahlende Schmerzen im Bereich der HWS. Zudem bestünden nur leicht gebesserte Schmerzen im Bereich der rechten Hand sowie des linken Bizeps. Die Bildgebung der HWS sowie des rechten Handgelenks habe verglichen mit der Voruntersuchung vom 23. Februar 2011 unveränderte Stellungsverhältnisse und keinen Anhalt für eine Sekundärdislokation gezeigt (S. 2). Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

Am 8. Juni 2011 (Urk. 6/31/2-3) nannten die Ärzte des C.____ , Klinik für Unfallchirurgie, die bekannten Diagnosen und führten aus, bezüglich der HWS zeigten sich reizlose Narbenverhältnisse sowie keine Druckdolenz, hingegen ein deutlicher Muskelhartspann paravertebral palpabel sowie im Verlauf des Musculus

trapezius . Bezüglich des rechten Handgelenks zeigten sich nach wie vor eine diskrete Schwellung und Druckdolenz über dem distalen Radius. Es bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Maler (S. 1).

Die Ärzte des C.____ , Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, berichteten am 16. August 2011 (Urk. 6/44) und nannten als Diagnose ein ulnocarpales

Impingement posttraumatisch mit degenerativen Veränderungen im TFCC Handgelenk rechts bei Status nach Sturz und distaler Radiusfraktur. Sie führten aus, das MRI zeige ein deutliches ulnocarpales

Impactions -Syndrom mit Knochenmarködem und Knochenveränderungen im Lunatum und Ulnakopf , degenerative TFCC-Veränderungen sowie eine Teilverletzung des SL-Bandes, wobei der Beschwerdeführer diesbezüglich asymptomatisch sei.

3.4

Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 9. Oktober 2011 (Urk. 6/60) und nannte als Diagnose eine nichtorganische Insomnie im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F51.0, F32.1 ; S. 2) . Er führte aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 31. März 2011 in seiner fachärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer erscheine immer pünktlich und in einem leicht ungepflegten Zustand. Trotz der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungen sei es nicht zu einer Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. Der Beschwerdeführer wirke unsicher, leidend sowie niedergeschlagen. Es sei häufig schwierig, ihn von der gedanklichen Schmerzfixierung abzulenken (S. 2 Ziff. 4) . Aktuell sei er für jede für ihn in Frage kommende Tätigkeit gemäss medizinischer Gesamtbeurteilung zu 100 %

arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 6) . 3.5

Dr. med. E.____ , Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin FMH, SUVA-Kreisarzt, berichtete am 18. November 2011 (Urk. 6/65 = Urk. 6/74/14-16) über die neurootologische Untersuchung

des Beschwerdeführers vom 16. November 2011. Er führte aus, im Reintonaudiogramm finde sich eine ausgeprägte, linksbetonte, pancochleäre Innenohrschwerhörigkeit mit einer Betonung im Tieftonbereich und zusätzlichem Hochtonabfall (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer habe beim Unfall auch Kopfverletzungen erlitten und habe seither Schwindelbeschwerden beklagt, welche bezüglich des Gleichgewichtsfunktionssystems wenig Systematik hätten erkennen lassen. Vielmehr beschreibe der Beschwerdeführer akute Exazerbationen seiner Schmerzen mit eventuell auch massiveren vegetativen Reaktionen. Entsprechend hätten im Rahmen der heutigen neurootologischen Untersuchung keine Befunde erhoben werden können, welche auf eine organisch-strukturelle Läsion des Gleichgewichtsfunktionssystems hinweisen würden. Vielmehr hätten sich bei einigen Untersuchungen doch Hinweise darauf ergeben, dass neben einer starken Beschwerdebetonung auch eine nicht unerhebliche Verdeutlichungstendenz vorliege (S. 3 oben). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass im Rahmen der heutigen Untersuchung das Vorliegen einer relevanten, unfallbedingten, organisch-strukturellen Läsion des Gleichgewichtsfunktionssystems habe ausgeschlossen werden können (S. 3 unten). 3.6

Die Ärzte des C.____, Klinik für Unfallchirurgie, berichteten am 9. November 2011 (Urk. 6/76) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Schmerzverarbeitungsstörung mit Schulter-Nacken-Arm-Syndrom rechtsbetont - Impingement-Syndrom Schulter beidseits - verheilte Flexionsdistraktionsverletzung HWK 6/7 mit Berstungsfraktur HWK 7, Bandscheibenriss HWK 6/7, Läsion, posteriorer Bandkomplex HWK 6/7 - verheilte Querfraktur Corpus sterni - u Inocarpales

Impingement posttraumatisch mit degenerativen Veränderungen im TFCC Handgelenk rechts bei Verdacht auf traumatische TFCC und partieller SL-Band Verletzung - verheilte distale Radiusfraktur links - distale Bizepssehnenruptur links

Sie führten aus, beim Beschwerdeführer bestünden nach wie vor ausgeprägte Restbeschwerden, welche bis zum heutigen Tage in der Z.____ therapiert würden. Es zeige sich ein regelrechter und radiologischer Verlauf bezüglich der Frakturen. Bezüglich des Handgelenks sei der Beschwerdeführer in weiterer Behandlung (S. 2 unten). 3. 7

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 29. November 2011 (Urk.

6/74) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 27.

Oktober bis 24. November 2011. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 18. Februar 2011: Treppensturz aus zirka 3.5 m Höhe - Commotio cerebri mit Rissquetschwunde frontal - Deckplattenimpressionsfraktur HWK 7 mit Frakturausläufern ins Unkovertebralgelenk links und konsekutiver Subluxationsstellung in diesem Gelenk, zudem Frakturausläufer in Hinterkante - nicht dislozierte Querfraktur Corpus sterni - Hämatom submandibulär links - nicht dislozierte distale Radiusfraktur rechts - Verlaufsdiagnosen - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Hintergrundsymptomatik (ICD-10 F43.1) - Verdacht auf Novalgine-Allergie

Sie führten aus, beim Austritt hätten beim Beschwerdeführer bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich beidseits sowie im rechten Handgelenk, intermittierende Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen bestanden (S. 2 oben). Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien

nicht vorgesehen. Aus psychosomatischer Sicht sei die Wiederaufnahme der fachpsychotherapeutischen und allenfalls auch psychopharmakologischen Behandlung zur Unfallverarbeitung und Unterstützung nach dem Klinikaustritt notwendig. Der Beschwerdeführer sei dem gegenüber auch aufgeschlossen und versuche noch von hier aus einen Termin beim vorherigen Behandler auszumachen. Beim Beschwerdeführer sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden, welche teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur teilweise erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm (S. 2

Mitte).

Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen. Es werde ein erleichtertes Einstieg ohne Leitern-Expositionen empfohlen. Bei Antreten einer Traumatherapie sei mit einer Besserung oder dem Verschwinden der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung und der Höhenangst zu rechnen, so dass dann aus psychosomatischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben wären (S. 2 unten).

Aus unfallkausaler Sicht sei dem Beschwerdeführer die berufliche Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar, da diese wiederholtes Hantieren bis schwerer Lasten sowie wiederholte Zwangshaltungen des Nackens beinhalte. Diesbezüglich bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 25. November 2011. Dem Beschwerdeführer seien aus unfallkausaler Sicht jedoch ganztags leichte Tätigkeiten ohne Leitersteigen, ohne Zwangshaltungen des Nackens und ohne Schläge und Vibrationen der rechten Hand zumutbar (S. 2 f.).

Von der Fortsetzung der Behandlung könne keine namhafte Besserung mehr erwartet werden (S. 3 oben). Zirka neun Monate nach dem Unfall und nach anteriorer Diskektomie C6/7 und kranialer Teilresektion Korpus C7 bei Deckplattenimpressionsfraktur bestünden aktuell ständige Schmerzen in den unteren Segmenten der HWS mit Ausstrahlung in den Schulterbereich beidseits (S. 3 unten). Gesamthaft betrachtet seien die aktuell vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden in ihrem Ausmass aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde nicht nachvollziehbar. Vor dem Hintergrund der aktuell diagnostizierten psychiatrischen Problematik werde das Gesamtbild klarer. Unabhängig davon müsse jedoch konstatiert werden, dass der Beschwerdeführer auch ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster habe (S. 4 oben). Die arbeitsrelevanten Probleme seien die subjektiv stark ausgeprägten Nackenschmerzen beziehungsweise Schmerzen im HWS- und Schulterbereich beidseits und intermittierende Kopfschmerzen, wobei die Beschwerden durch eine mässige Symptomausweitung funktionell überlagert würden (S. 4 unten). 3.8

Die Ärzte des C.____, Klinik für Unfallchirurgie, berichteten am 8. Februar 2012 (Urk. 6/86/2-3), nannten die bekannten Diagnosen (S. 1) und führten aus, radiologisch sei die Osteosynthese intakt und mittlerweile sei der Knochenspan regelrecht überbaut. Klinisch

bestehe ein muskulärer Hartspann paravertebral der Wirbelsäule , so dass eine chiropraktische Behandlung empfohlen werde (S. 2 unten) . 3.9

Dr . D.____ berichtete am 1 8. März 2012 (Urk. 6/98) , nannte als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und führte aus, der Beschwerdeführer nehme die therapeutischen Sitzungen alle vierzehn Tage zuverlässig wahr. Im bisherigen Therapieverlauf habe eine Stabilisierung erreicht beziehungsweise aufrechterhalten werden können. Bis zum jetzigen Zeitpunkt habe jedoch keine signifikante Veränderung erzielt werden können. Die Therapie werde unter anderem durch die schwierige psychosoziale Situation, in der sich der Beschwerdeführer befinde, erschwert (S. 2 Ziff. 4).

Gemäss medizinischer Gesamtbeurteilung sei der Beschwerdeführer aktuell und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 6) . 3.10

Dr. med. F.____ , SUVA-Kreisarzt, nahm am 1 4. Juni 2012 Stellung (Urk. 6/120) und führte aus, aus somatischer Sicht sei das von den Ärzten der Z.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil gültig. Sofern sich durch die Höhenangst und die damit verbundene Einschränkung der Leiterarbeit aus versicherungsmedizinischer Sicht eine erhebliche Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit mit Rentenrelevanz ergebe, sei noch eine fachärztlich-psychiatrische Beurteilung einzuholen. Im Austrittsbericht der Z.____ werde davon ausgegangen, dass sich die Höhenangst unter psychologischer Behandlung zurückbilde und die dadurch verursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr zu berücksichtigen sei. 3.11

Dr. med. G.____ , FMH Allgemeine Medizin, führte

am 2 2. August 2012 aus (Urk. 6/138), der Beschwerdeführer sei als Maler zu 100 % arbeitsunfähig. Auch für angepasste Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig, es seien ihm keine Arbeiten zuzumuten.

Am 2. November 2012 führte Dr. G.____

aus

(Urk. 6/144), der Beschwerdeführer klagt über ständige Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Nacken und im rechten Handgelenk. Er sei von Beruf Maler und könne nicht auf eine Leiter oder ein Gerüst steigen und könne auch keine Kübel tragen oder Pinsel betätigen.

Am 2 3. November 2011 führte Dr. G.____ aus (Urk. 6 /146), beim Beschwerdeführer sei ein komplikationsloser Verlauf zu verzeichnen. Laut Angaben des Beschwerdeführers verschlechtere jegliche physikalische Therapie seinen Zustand. 4. 4.1

Die Beurteilung der Ärzte der Z.____ (E. 3 .7) berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und stützt sich ausserdem auf die vor Ort erhobenen

Assessments (vgl. Urk. 6 / 74/9). Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. So machten die Ärzte darauf aufmerksam, dass beim Beschwerdeführer eine Symptomausweitung beobachtet worden sei (S. 2 Mitte). Weiter legten sie plausibel dar, dass die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren

körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien (S. 2 Mitte). Die Ärzte der Z.____ zeigten ausserdem in nachvollziehbarer Weise auf, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur teilweise erklären lassen (S. 2 unten). Überdies machten sie darauf aufmerksam, dass sich die Beurteilung der Zumutbarkeit unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen

stützen (S. 2 unten). Einleuchtend ist in diesem Zusammenhang auch die Argumentation, dass der Beschwerdeführer auch ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster an den Tag lege, weshalb die Prognose auf substantielle weitere Fortschritte beziehungsweise Linderung der Beschwerdeproblematik leider schlecht sei (S. 4 oben). Die Ärzte der Z.____ bezogen ausserdem ausdrücklich Stellung zur psychosomatischen Beurteilung des Beschwerdeführers (S. 3 unten).

Die ärztliche Beurteilung

durch die Ärzte der Z.____ entspricht somit den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (vgl. E. 1. 7 und E. 1. 8

hiervor) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Zudem wird die Beurteilung durch die Stellungnahme von SUVA-Kreisarzt Dr. F.____ (E. 3.10) gestützt; so ging dieser explizit davon aus, dass das von den Ärzten der Z.____ umschriebene Zumutbarkeitsprofil Gültigkeit habe.

4.2

Auf die Beurteilung und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3. 4, E. 3. 9) kann demgegenüber nicht abgestellt werden. So nannte er in seinen Berichten einzig die Diagnosen, legte jedoch weder die erhobenen psychopathologischen Befunde dar, noch erstattete er eine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die von Dr. D.____ genannte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in sämtlichen Tätigkeiten kann vor diesem Hintergrund nicht nachvollzogen werden. Die Auflistung der Diagnosen stellt keine medizinische Begründung dar und ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit somit nicht massgebend. Abgesehen davon erläuterte Dr.

D.____ seine Einschätzung nicht und führte aus, es sei schwierig, den Beschwerdeführer von der gedanklichen Schmerzfixierung abzulenken. Seine Berichte vermögen demnach die Einschätzung durch die Ärzte der Z.____

nicht zu entkräften.

Auch auf die Beurteilungen durch Dr. G.____ (vgl. vorstehend E. 3.11) kann nicht abgestellt werden. Sie nannte ebenfalls einzig die Diagnosen und legte weder die erhobenen Befunde dar, noch lieferte sie eine nachvollziehbar begründete Beurteilung der postulierten Arbeitsunfähigkeit. So machte sie insbesondere keine Angaben zu funktionellen Einschränkungen, sondern stützte ihre Einschätzung im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, welche jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sind.

Zusammenfassend wurden somit keine neuen Erkenntnisse vorgebracht, welche die ausführlich und nachvollziehbar begründete Beurteilung im Bericht der Ärzte der Z.____ umzustossen vermöchten. 4.3

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen vorzunehmen, vermag dies nach dem Gesagten nicht zu überzeugen.

Sowohl der physische als auch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurden in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt. Der Beschwerdeführer vermochte sodann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig sein sollte. Da der Sachverhalt nach dem Gesagten durch weitreichende medizinische Einschätzungen aus verschiedenen Fachrichtungen abgeklärt wurde, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden. 4.4

Zusammenfassend kann zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit auf die überzeugende, nachvollziehbare und ausführlich begründete Einschätzung der Ärzte der Z.____ abgestellt werden. 5. 5.1

Ob die geklagten psychischen Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat zugrunde liegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen, kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist

anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen.

Da im vorliegenden Fall gemäss den medizinischen Akten weder eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) noch eine schleudertraumaähnliche Verletzung ausgemittelt ist, hat die Prüfung der Adäquanz nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien zu erfolgen (vgl. vorstehend E. 1.5). 5.2

Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts 8C_356/2007 vom 1. Juni 2008, E. 6.1).

Betreffend den Unfallhergang ist der plausible Schilderung des Beschwerdeführers vom 2. März 2011 (Urk. 6 /

E. 16

). Es waren namentlich keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung dieses Kriteriums gestatten würden.

Der Beschwerdeführer erlitt beim Sturz keine schweren oder besonders gearteten Verletzungen. Zwar erlitt er eine Commotio cerebri, eine Flexions-Distraktionsverletzung C6/7 mit Berstungsfraktur C7, einen Bandscheibenriss C6/7, eine Läsion des Bandkomplexes C6/7, eine nicht dislozierte Querfraktur des Corpus sterni, eine nicht dislozierte distale Radiusfraktur rechts, eine Partialruptur der distalen Bizepssehne links sowie eine Scaphoidfraktur rechts und litt im Anschluss an den Unfall auch an

diesbezüglichen Beschwerden . Doch ergaben die nach der operativen Versorgung durchgeführten Untersuchungen keine relevanten Befunde und die Frakturen waren bereits am 9. November 2011 verheilt

(vorstehend E. 3.1 -3.1.1). Die erlittenen Verletzungen sind erfahrungsgemäss denn auch nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztlicher Kontrollen sind im Rahmen dieses Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fand nebst der operativen Versorgung sowie einer medikamentösen Schmerzbehandlung eine Rehabilitation mit Physiotherapie und Chiropraktik in der Z.____

statt . Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht.

Das

Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann angesichts der vom Beschwerdeführer durchwegs

angegebenen einschränkenden Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich sowie im rechten Handgelenk sowie intermittierenden Kopfschmerzen als erfüllt betrachtet werden, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer jederzeit adäquat behandelt, an jeweilige Spezialisten überwiesen und umfassend medizinisch betreut. Auch der Heilungsverlauf war gut und komplikationslos.

Zum Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer eine gemäss dem im Austrittsbericht der Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.7)

umschriebenen Zumutbarkeitsprofil ganztägige Tätigkeit zumutbar sei. Somit sind der Grad sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht dermassen hoch, als das Kriterium als erfüllt zu betrachten wäre. 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass lediglich eines der gemäss Rechtsprechung massgebenden

Kriterien erfüllt ist, dies jedoch nicht besonders ausgeprägt, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom

E. 18

. Februar 2011 und den geklagten psychischen Beschwerden

zu verneinen ist. Eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für psychische Beschwerden dafür ist folglich zu verneinen, weshalb auch auf weitere psychiatrische Abklärungen verzichtet werden kann. 6. 6.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, welches Einkommen der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände

erzielt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 169 S. 100 f. E. 3b).

6.2

Die

Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin, der Y. ____

(Urk. 6 / 122), und errechnete für das Jahr 201 2 einen Betrag von Fr. 75 '4 00 .-- (13 x Fr. 5'800.-- ; Urk. 6/126 Ziff. 10).

Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer weder gerügt noch

in Frage gestellt und gibt aufgrund der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen und von einem Valideneinkommen von Fr. 75 ' 400 .-- auszugehen ist. 6.3

Zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin fünf DAP-Profile bei (Dokumentation über Arbeitsplätze; Urk. 6 / 123) und errechnete ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 62 ' 870 .-- (Urk. 2 S. 12 lit . c , Urk. 6 / 1 26 Ziff. 10). 6.4

Leichte Tätigkeiten ohne Leitersteigen, ohne Zwangshaltungen des Nackens und ohne Schläge und Vibrationen der rechten Hand sind dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.7 und E. 3.10). Über diese Einschränkungen hinaus sind keine Funktionen und Körperhaltungen beeinträchtigt . Bei den verwendeten Profilen werden Tätigkeiten beschrieben, die diese Vorgaben berücksichtigen (vgl. Urk. 6 / 123).

Die aufgezeigten Arbeitsplätze gemäss den aufgelegten DAPs erweisen sich als den Einschränkungen des Beschwerdeführers angepasst und somit zumutbar.

6 . 5

Nachdem die Profile weitere Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe enthalten , erweist sich das Abstellen auf DAP-Profile als rechtsprechungskonform (BGE 129 V 472). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens erweist sich demnach als rechtens und ist nicht zu beanstanden, weshalb die Arbeitsplätze gemäss DAP als Berechnungsgrundlage geeignet sind. Eine Vergleichsrechnung für die Berechnung des Invalideneinkommens nach den Löhnen gemäss LSE erübrigt sich demnach.

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 75'400.-- (vgl. vorstehend E. 6.2) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 62 ' 870 . -- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 12'530.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 16.62 % . Der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad kann somit nicht beanstandet werden. 6.6

Zu bemerken bleibt, dass die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf seine Herkunft, seine Ausbildung, sein Alter und so weiter (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff.

14) fehl gehen und nicht gehört werden können.

So ist der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E.

4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S.

462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxismässig nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat viel mehr nur soweit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarkt verhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S.

290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I

591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000).

Der Beschwerdeführer war im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides 60 Jahre alt und daher zwar nicht leicht vermittelbar. Trotzdem bestehen für den Beschwerdeführer mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Möglichkeiten, eine geeignete Stelle zu finden. So wer den Hilfsarbeiten in der Regel altersunabhängig nachgefragt. Ausserdem ist der Beschwerdeführer nach wie vor im Rahmen eines vollzeitlichen Pensums arbeitsfähig, und die ihm zumutbaren Tätigkeiten unterliegen nicht derart vielen Einschränkungen, dass eine Anstellung als nicht mehr realistisch zu bezeichnen wäre.

Demnach ist auch unter diesen Umständen der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich nicht zu beanstanden, vielmehr entspricht er den gesetzlichen und rechtsprechungsgemässen Vorgaben.

7.

Zusammenfassend erweist sich der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 14. Dezember 2012 in sämtlichen Punkten als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Corinne Gadola - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schüpbach

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