

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00222

vom 25. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00222

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00222 du 25 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00222 del 25 novembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung 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).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 177 E. 3.1, 402 E.

4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 blosses 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. 1.3

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 1 8. September 2013 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es seien der Einspracheentscheid vom 2 0. August 2013 und die Verfügung vom 1 0. April 2013 aufzuheben und es seien ihm eine 50 % über steigende IV-Rente au s UVG sowie eine 10 % übersteigende Integritätsent schädi gung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die SUVA ersuchte am 2 3. Oktober 2013 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde. Im Rahmen des zweiten Schriften wechsels hielten die Parteien an den gestellten Rechtsbegehren fest (Urk. 13 und Urk. 17). Am 3. November 2014 (Urk. 19) legte der Versicherte weitere Arztbe richte (Urk. 20/1-4) auf.

E. 2.1

mit Hinweisen),

namentlich nicht im Rahmen des im Rehatraining erlittene n einschliessende n Schmerz es in der rechten Flankenge gend .

E. 2.2

Auf den durch Dr. B.____ veranlassten MRI-Bildern vom 1 7. September 2009 (Urk. 8/15) erkannte der untersuchende Dr. med. C.____ von der Klinik D.____ , Neuroradiologie Schanze, ein Reizknie mit Baker-Zyste, eine Läsion des Hinterhorns des medialen Meniskus horizontal, leicht klaffend, eine leichte Knorpelausdünnung medial, eine diskrete knöcherne Reizung im Bereich des Seitenbandansatzes, eine leichte Zerrung des Seitenbandes sowie nebenbe fundlich eine Fabella .

E. 2.3

Am 1 9. Mai 2010 (Urk. 8/6/3) erfolgte bei der klinischen Diagnose eines Innenmeniskusrisses linkes Kniegelenk, einer Gonarthrose Grad III (medial betont linkes Kniegelenk), eines freien Gelenkkörpers linkes Kniegelenk, einer Synovitis linkes Kniegelenk sowie einer retropatellären Knorpelreduktion Grad II im E.____ eine Kniearthroskopie links mit Teilresektion des Innenmeniskus, Knorpelshaving und Microfrac t uring im Bereich der media len Belastungszone, Entfernung eines freien Gelenkkörpers aus dem medialen Kompartiment, einer Teilsynovektomie , einem retropatellären

Knorpelshaving sowie Einlage einer Redondrainage .

E. 2.4

Am 2 0. Dezember 2010 (Urk. 8/44) empfahl Dr. med. F.____ , Orthopädische Chirurgie FMH, bei fortbestehenden Knieschmerzen vorerst ein konservatives Vorgehen, welches in der Folge umgesetzt wurde (Urk. 8/45, Urk. 8/73 S. 2 und Urk. 8/74). Nachdem der erhoffte Erfolg aber ausgeblieben war und ver schiedene Arbeitsversuche gescheitert waren (Bericht von Dr. F.____ vom 7. Juli 2011, Urk. 8/92), führte er am 3 0. November 2011 (Urk. 8/119/2) bei der klinischen Diagnose einer posttraumatischen medialen Gonarthrose links eine infra kondyläre

Valgisationsosteotomie links durch.

Am 26. Januar 2012 (Urk. 8/126 S. 1) berichtete Dr. F. ___ über die Nachkontrolle vom selben Tag und schilderte eine klinisch blande Situation mit ergussfreiem und frei beweglichem Kniegelenk sowie unauffälligen lokalen Narbenverhältnissen, die Osteotomie zeige sich im Durchbau.

Am 9. März 2012 (Urk. 8/140) bestätigte Dr. F. ___ das Vorliegen blander Verhältnisse und verwies auf ein Kontrastieren mit den multiplen Klagen des Beschwerdeführers (Schmerzen auch nachts in beiden Kniegelenken, Gehfähigkeit von einer Stunde pro Tag, Kreuz-, Becken- und Rückenschmerzen). Eine Möglichkeit für eine Verbesserung der Belastbarkeit der Kniegelenke sah er nicht.

E. 2.5

Am 9. März 2012 (Urk. 8/142 S. 1) wurden in der Neuroradiologie Schanze verschiedene Bilder angefertigt. Der untersuchende Dr. med. G. ___ , Spezialarzt für Röntgendiagnostik, erwähnte eine skoliotische Fehlhaltung der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine lumbosakrale Hyperlordose mit deutlichen degenerativen Veränderungen ohne Anhaltspunkte für eine Instabilität, eine beginnende Coxarthrose beidseits, eine diskrete Femoropatellararthrose beidseits sowie einen Zustand nach Valgisationsosteotomie links mit Material in situ und intakt bei partieller, fortgeschrittener Konsolidation.

E. 2.6

Im Bericht vom 18. April 2012 (Urk. 8/158) über die Untersuchung vom selben Tag verwies Kreisarzt Dr. A. ___ auf die Angaben des Beschwerdeführers: Trotz Verbesserung der Belastbarkeit innerhalb des letzten Monats habe dieser über dauernde Schmerzen im linken Knie, Tag und Nacht mit wechselnder Intensität geklagt. Besonders schmerzhaft seien hastige Bewegungen, Aufstehen aus dem Stuhl und Knien, ebenso Treppensteigen. Eine Verbesserung durch die Valgisationsosteotomie verspüre er nicht, zusätzlich habe er gar Schmerzen durch das Metall lateral. Gehen könne er eine bis eineinhalb Stunden, dann bekomme er starke Schmerzen, könne diese Gehleistung auch nicht täglich erbringen, weil er noch einige Tage nach längerem Gehen Schmerzen habe (S.

4).

Unter Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse sowie nach Einsichtnahme in die aufliegenden bildgebenden Resultate führte Dr. A. ___ aus, bei MR tomographisch nachgewiesener beginnender Varusgonarthrose links mit Meniskusschädigung medial sei am 19. Mai 2010 arthroskopiert und bereits eine mediale Gonarthrose Grad III-IV festgestellt worden. Nebst der medialen Teilmeniscektomie sei auch ein Knorpeldebridement gemacht worden. Der Verlauf sei ungünstig gewesen, eine längerzeitige und vollzeitige Arbeitsfähigkeit habe nicht resultiert, so dass man sich schliesslich anhand der Bildgebung mit guter Indikation zur infrakondylären

Valgisationsosteotomie links vom 30. November 2011 entschlossen habe. Der Beschwerdeführer habe sich aktuell mit dem Operationsergebnis nicht zufrieden gezeigt, er habe nicht nur Schmerzen medial wie vorher, sondern auch lateral. Allerdings sei im letzten Monat eine Besserung der Beschwerden eingetreten. Klinisch schilderte Dr. A. ___ einen günstigen Befund, die Knieachse links sei nach valgisierender Osteotomie gut, das Gelenk ergussfrei, gut beweglich und ohne ligamentäre Insuffizienzen. Der Rehabilitationszustand der Muskulatur am linken Oberschenkel sei zeitgemäss suboptimal. Vom Röntgenbild her sei die Osteotomie stabil durchgebaut. Er empfahl ein ambulantes Ergonomietraining (S. 8).

Betreffend die Beschwerden im Bereich der LWS, der Hüftgelenke und am rechten Knie inklusive Ober- und Unterschenkel ersah Dr. A.____ keine Unfallkausalität. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Überlastung und Fehlhaltung sei zwar ein populärer, wissenschaftlich aber nicht haltbarer Erklärungsversuch. Als Korrelat zu den Beschwerden fanden sich erhebliche degenerative Veränderungen von Brustwirbelsäule (BWS), LWS, leichte Coxarthrosen sowie ein Varuskniegelenk rechts mit beginnender degenerativer Veränderung medial (S. 7).

E. 2.7

Im Austrittsbericht der Ärzte der Klinik Z.____ vom 9. Juli 2012 (Urk. 8/196) über das vom 29. Mai bis 26. Juni 2012 in 19 Sitzungen durchgeführte umfassende Ergonomie-Trainingsprogramm wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 f.): -

Unfall vom 26. August 2009: Auf der Treppe Fuss verdreht und Stich im linken Knie verspürt -

Läsion des Hinterhorns des medialen Meniskus horizontal, Reizknie mit Baker-Zyste, leichte Knorpelausdünnung medial, diskrete knöcherne Reizung des Seitenbandansatzes, leichte Zerrung des Seitenbandes, nebenbefundlich

Fabella (MRI Knie links vom 17. September 2009) -

19. Mai 2010 Arthroskopie Knie links bei progredienten Kniebeschwerden: „Radiodiskoider“ Riss hintere zwei Drittel des medialen Meniskus mit schwerer Chondromalazie in der femoralen Belastungszone, entsprechend einer Gonarthrose Grad III-IV, mediale Teilmenisektomie, Knorpeldebridement, Entfernung eines Gelenkkörpers, Glättung eines zentralen retropatellären Knorpeldefekts Grad II -

E. 2.8

Mit Bericht vom 18. Oktober 2012 (Urk. 8/231 S. 2) diagnostizierte der wegen epigastrischen und subkostal links gelegenen Abdominalbeschwerden aufgesuchte Dr. med. H.____, Facharzt FMH Gastroenterologie und Innere Medizin, nach Durchführung einer Ösophago-Gastro-Duodenoskopie eine Gastritis sowie eine insuffiziente Kardie. Eine grössere Ulzeration oder Pathologie im oberen Gastrointestinaltrakt fand er nicht.

E. 2.9

Am 26. Dezember 2012 (Urk. 8/204) erklärte sich Dr. A.____ implizit mit dem von den Ärzten der Klinik Z.____ formulierten Zumutbarkeitsprofil einverstanden und befand dieses auch nach einer allfälligen Materialentfernung als zutreffend.

Am 29. Januar 2013 (Urk. 8/244) ergänzte er, nach dem Fallabschluss sei die analgetische Behandlung (wegen des linken Knies) ebenso zu übernehmen wie zwei- bis viermonatliche Kontrollen beim Hausarzt sowie in grösseren Abständen im I.____. Aufgrund des Berichtes von Dr. H.____ (E. 2.8) beruhe die gastrointestinale Hauptsymptomatik nicht auf einer medikamentenbedingten Pathologie, sondern auf einem Reflux bei insuffizienter Magenkardie. Bei einem allfälligen Rückfall, beispielsweise nach der Implantation eines Kunstgelenks, müsste die Situation neu überdacht werden.

E. 3

0. November 2011 infrakondyläre

Valgisationsosteotomie links (Zuklap-Pend) -

medial betonte, femoro-tibiale und femoro-patelläre

Gonarthrose links -

Ereignis vom 13. Juni 2012: Beim Rehatraining plötzlich einschüßender Schmerz in der rechten Flankengegend, Differenzialdiagnose Zerrung des Musculus

obliquus

externus

abdominis rechtsseitig, akutes

thorakolumbos pondylogenes Schmerzsyndrom rechts -

Femorotibiale

Gonarthrose rechts (nicht SUVA-versichert), bei Austritt Knie schmerzen rechts verstärkt -
Schulter Schmerzen rechts, Differenzialdiagnose im Rahmen einer exazerbierten

Periarthropathia

humeroscapularis

tendopathica rechts -

Coxarthrose beidseits -

Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt -

Adipositas Grad I -

Schädlicher Gebrauch von Alkohol

Die Fachleute führten manuelle Weichteiltechniken (Massage Rücken) durch, erarbeiteten mit dem Beschwerdeführer

Copingstrategien (zum Beispiel Lagerungen und Entlastungsstellungen, selbständige Wärme- und Kälteanwendung) und leiteten physikalische Massnahmen (Fango, TENS, Solewickel) ein. Weiter verwiesen sie auf die Teilnahme des Beschwerdeführers an einem intensiven multimodalen Therapieprogramm mit medizinischer Trainingstherapie, Wassertherapie, Ausdauertraining, Aquajogging und Arbeitssimulation. Ein Heimprogramm zum selbständigen Training sei instruiert worden, zusätzlich sei ein Gummiband für aktive Übungen abgegeben worden (S. 5).

Als relevante subjektive Befunde bei Austritt schilderten die Ärzte Schmerzen im Bereich des linken Knies sowie auch an übrigen Lokalisationen (Knie rechts, Schulter rechts, LWS), welche im Verlaufe des Rehaprogramms allmählich zugenommen hätten. Die Eisenplatte mache sich im linken Bein zudem verstärkt schmerzhaft bemerkbar. Im Bereich der rechten Flankengegend habe er durch die angediehenen Therapien einen leichten Schmerzrückgang verbuchen können (S. 18). Die verbleibenden Probleme wurden wie folgt zusammengefasst: Bewegungs- und belastungsabhängige verstärkte, teilweise im Tages- und Wochenverlauf kumulierende Schmerzen im linken Kniegelenk, belastungs- und bewegungsabhängige Knie- und Flankenschmerzen rechts, positions- und belastungsabhängige Schulter Schmerzen rechts, intermittierende belastungs- und positionsabhängige Kreuz- und Gesässschmerzen rechts, bewegungs- und positionsabhängige Schulter Schmerzen rechts, Magenbrennen (differenzial diagnostisch medikamentös induziert), akzentuierte

Persönlichkeitszüge (verletzlich, misstrauisch, zwanghaft), psychosoziale Belastungssituation mit chronischer Schmerzproblematik, unklarer beruflicher Zukunft sowie gesundheitlichen Problemen der Ehefrau (S. 13).

Die Ärzte hielten fest, die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden seien insgesamt nachzuvollziehen. Es handle sich um ein buntes Beschwerdebild mit mehreren Problemkreisen an verschiedenen Lokalisationen des Bewegungsapparates, vor allem die rechte Körperhälfte betreffend. Was die Knieproblematik links betreffe, könne davon ausgegangen werden, dass die nachweisbaren Veränderungen zumindest zu einem gewissen Anteil unfallbedingt seien. Hier müsse davon ausgegangen werden, dass weitere therapeutische Massnahmen nicht-invasiver Art bestenfalls zu einer Stabilisierung führten, jedoch nicht mehr zu einer weiteren, namhaften Verbesserung (S. 5).

Die bisherige Tätigkeit als Polier erachteten die Ärzte aufgrund der entsprechenden Anforderungen als nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittel schwere Arbeit befanden sie als ganztags möglich mit folgenden Einschränkungen: Knie links wechselbelastend (ungefähr 1/3 der Arbeitszeit in sitzender Position) ohne Tätigkeit in der Hocke, auf den Knien sowie wiederholtes Treppensteigen, aus Sicherheitsgründen ohne Tätigkeit auf Leitern (wegen Knieproblematik links erhöhte Sturzgefahr), ausnahmsweise seltenes Hantieren von Lasten bis maximal 25 kg. Aufgrund der derzeit verstärkt manifesten Rückenproblematik seien Arbeiten in länger dauernd vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfposition aktuell zu vermeiden. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit empfahlen sie einen erleichterten Einstieg anfangs halbtags mit sukzessiver Steigerung auf ein Vollzeitpensum innerhalb einer Zeitspanne von drei bis vier Monaten (S. 3).

E. 3.1

Aufgrund der medizinischen Akten ist ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer infolge der verbleibenden Beschwerden im verletzten linken Knie seiner bisherigen Arbeit auf dem Bau nicht mehr nachgehen kann. Unbestritten ist weiter das Zumutbarkeitsprofil in Bezug auf die Knieverletzung im Sinne einer vollzeitlichen, im Wesentlichen wechselbelastenden, leichten bis mittelschweren, knie schonenden Tätigkeit (E. 2.7). Der Beschwerdeführer brachte hiergegen nichts vor und die Ärzte sind sich diesbezüglich einig.

E. 3.2.1

Die Frage, ob die weiteren Symptomkomplexe durch den Unfall verursacht sind und mithin in kausalem Zusammenhang zu jenem stehen, verneinte Kreisarzt Dr. A. ___ unter dem Hinweis, dass sowohl die Veränderungen in der BWS und LWS wie auch jene im rechten Knie medial degenerativ bedingt seien (E. 2.6). Eine abweichende ärztliche Einschätzung hierzu findet sich nicht in den Akten.

E. 3.2.2

Anlässlich der bildgebenden Untersuchungen vom 3. Dezember 2013 (Urk. 14/10) in der Klinik D. ___ schilderte der untersuchende Dr. med. G. ___ , Spezialarzt für Röntgendiagnostik, eine skoliotische Fehllhaltung der LWS sowie eine lumbosakrale Hyperlordose mit generalisierten degenerativen Veränderungen, eine aktivierte Osteochondrose L2/3, eine breitbasige Diskushernie L3/4 mit epiduraler Lipomatose, Spondylarthrose und infolgedessen konzentrisch spinale Enge mit Beeinträchtigung der L4 Wurzel rezessal betont beidseits sowie eine Bandscheibenprotrusion .

Auch aus diesem nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids ergangenen Bericht lässt sich nichts Abweichendes folgern, zumal darin ausdrücklich auf generalisierte lumbale degenerative Veränderungen verwiesen wurde. Zur Diskushernie ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_735/20 09 vom 2. November 2009 E. 5.1). Ein derartiges Unfallgeschehen - so beispielsweise ein röntgenologisch nachgewiesenes plötzliches Zusammensinken der Wirbel nach dem Unfall - ist nicht erstellt (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes U 248/05 vom 28. September 2005 E.

E. 3.2.3

Betreffend die arthrotischen Veränderungen im rechten Knie fehlen medizinische Einschätzungen, welche auf eine Unfallkausalität schliessen liessen. Neben Dr. A.____ befanden auch die Ärzte der Klinik Z.____ die femorotibiale

Gonarthrose rechts als nicht SUVA-versichert und damit als nicht kausal (E.

2.7). Dass durch eine Fehlbelastung eine Pathologie am rechten Knie entstanden ist, kann demgemäss - bei Fehlen entsprechender ärztlicher Meinungen

nicht als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werden.

E. 3.3

Der Beschwerdeführer behauptete replicando denn auch keine unfallbedingte Verursachung der (weiteren) Beschwerden mehr, sondern führte diese auf eine Berufskrankheit zurück.

Hierzu ist festzuhalten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Der angefochtene Einspracheentscheid setzt sich nicht mit der Thematik von Berufskrankheiten auseinander, sondern regelt die Leistungen betreffend die erlittenen Verletzungen im Rahmen des Sturzes vom 26. August 200

E. 4

Eine Hüftpathologie ist sodann nicht ersichtlich und die epigastrischen Beschwerden wurden nicht auf die - unfallbedingt eingenommenen - Schmerztabletten zurückgeführt, sondern auf eine insuffiziente Magenkardia (E.

2.9); dies nachdem Untersuchungen einen entsprechenden Befund gezeigt hatten und auf den angefertigten Bildern keine Pathologie im oberen Gastrointestinaltrakt gefunden worden war (E. 2.8).

E. 4.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die verbleibenden Unfallfolgen am linken Knie in erwerblicher Hinsicht auswirken.

E. 4.2

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 349 E. 3.4.2). Für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, wird in der Regel am zuletzt erzielten Verdienst angeknüpft.

E. 4.3

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Berechnung des Invaliditätsgrades von den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers aus, wonach er im Jahr 2012 ein Einkommen von Fr. 98'280.-- erzielt hätte (Urk. 2 S. 12 und Urk. 8/141). Dagegen liess der Beschwerdeführer zu Recht nichts einwenden. Das Valideneinkommen ist durch die Akten ausgewiesen.

E. 4.4

4

Der Beschwerdeführer monierte weiter, nur eine der aufgelegten DAPs beinhalte einen Minimal- und Maximallohn, weshalb diese keine genügende Grundlage für die Festsetzung des Invalideneinkommens darstellten (Urk.

E. 4.4.1

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf ihre Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) und wies die zumutbaren Stellen aufgrund von fünf DAP-Arbeitsplätzen nach (DAP-Nr. 8837 [Betriebsarbeiter Bahn], 4439 [Metallbearbeiter], 2353 [Detailmonteur], 10047 [Prüfer] und 2587 [Mechaniker-Monteur], Urk. 8/249). Diese stimmen mit dem formulierten Anforderungsprofil überein, was vom Beschwerdeführer

zu Recht nicht bestritten wurde.

E. 4.4.2

Zu beachten ist, dass gemäss Rechtsprechung das Abstellen auf DAP-Löhne voraussetzt, dass nebst der Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern Angaben gemacht werden 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 (BGE 129 V 472).

E. 4.4.5

Der Beschwerdeführer brachte sodann vor, es sei nicht vom ausgewiesenen Durchschnittslohn der verwendeten DAPs auszugehen, sondern vom Minimallohn (1. Dezil von Fr. 48'087.--, Urk. 8/249 S. 1). So sei er bereits in fortgeschrittenem Alter, habe 33 Dienstjahre bis zum Unfall absolviert und würde gemäss Gesamtarbeitsvertrag im Januar

2017 pensioniert. All dies wirke lohn mindernd (Urk. 1 S. 6 f.).

Dass auf das 1. Dezil abzustellen wäre, mithin auf jenen Wert, unter welchem sich 10 % der Löhne befinden, ist mit der Rechtsprechung nicht vereinbar. Das DAP-System dient dazu, aufgrund der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung anhand von Arbeitsplatzbeschreibungen konkrete Verweisungstätigkeiten zu ermitteln, weshalb Abzüge von den gestützt darauf festgelegten Erwerbseinkommen grundsätzlich nicht sachgerecht sind. Zum einen

wird spezifischen Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit bereits bei der Auswahl der zumutbaren DAP-Profile Rechnung getragen. Zum andern ist bezüglich der weiteren persönlichen und beruflichen Merkmale (Teilzeitarbeit, Alter, Anzahl Dienstjahre, Aufenthaltsstatus), die bei der Anwendung der LSE (Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik) zu einem Abzug führen können, darauf hinzuweisen, dass auf den DAP-Blättern in der Regel nicht nur der Durchschnittslohn, sondern ein Minimum und ein Maximum angegeben sind, innerhalb deren Spannweite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann. In mehreren Urteilen hat das Bundesgericht festge stellt, dass zur Festlegung des Invalideneinkommens grundsätzlich vom Mittel wert der Durchschnittslöhne der fünf ausgewählten und im konkreten Fall repräsentativen DAP-Blätter auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2009 vom 6. Oktober 2009 E. 3.2).

Der Beschwerdeführer übersieht sodann , dass das Mittel der Durchschnittslöhne der fünf ausgewählten Arbeitsplätze von Fr. 65'719.-- unter demjenigen aller in Frage kommenden Arbeitsgelegenheiten (Fr. 66'360.--) liegt, die Beschwerde gegnerin

mithin die geltend gemachten persönlichen Umstände zumindest teil weise berücksichtigt hat. Angesichts der beruflichen Qualifikation des Beschwerdeführers ist ohne weiteres anzunehmen, dass er auch in Berücksichti gung des fortgeschrittenen Alters sowie der eingeschränkten Knie belastbarkeit dank jahrzehntelanger Berufserfahrung eher qualifizierte Arbeiten zu verrichten vermag und jedenfalls auf dem für ihn in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einem durchschnittlichen Lohn rechnen kann. Ergänzend mag darauf hingewiesen werden, dass für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Einkommen im mittleren Alter massgebend ist, wenn sich das vorgerückte Alter erheblich auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt (Art. 28 Abs. 4 UVV , vgl. hierzu oben erwähntes Urteil E. 3.3) .

E. 4.4.6

Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer schliesslich , soweit er davon ausgeht, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Stelle mehr finden zu können (Urk.

E. 4.4.7

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass auf die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen DAP-Profile abgestellt werden kann und damit von einem Invalideneinkommen von Fr. 65'719.-- auszugehen ist.

E. 4.5

Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 65'719.-- resultiert im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 98'280.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 32'561.-- was einem Invaliditätsgrad von 33.1 % entspricht . Die von der Beschwerdegegnerin gewährte Invalidenrente basierend auf einer Erwerbseinbusse von 36 % ist damit - jedenfalls aus Sicht des Beschwerdeführers - nicht zu beanstanden. 5.

E. 5

Was schliesslich die Schulterbeschwerden betrifft, zeigten sich auf den Röntgenbildern vom 21. Juni 2012 regelrechte knöcherne Strukturen der gelenkbildenden Skelettteile beider Schultergelenke ohne Anhaltspunkte für traumatisch oder degenerativ bedingte knöcherne Veränderungen (Urk. 8/196 S).

18). Eine Sonographie des rechten Schultergelenkes vom 7. Oktober 2014 ergab ebenfalls unauffällige Resultate ohne pathologische Befunde (Bericht von Dr. med. J.____, leitender Arzt Spital K.____, vom 8. Oktober 2014, Urk. 20/3).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer bemängelte schliesslich die Höhe der Integritätsentschädigung von 10 % unter dem Hinweis, dass sich Arthrosen mit zunehmendem Alter verschlimmerten, was nicht berücksichtigt worden sei. Sodann bestünden weitere unfallkausale Beschwerden (Urk. 1 S. 5). Replicando nahm er diese Thematik - nach Studium der Akten - nicht mehr auf.

E. 5.2

Dass lediglich die Problematik am linken Knie unfallkausal ist, wurde bereits hinreichend beleuchtet. Damit verbleibt lediglich ein Anspruch aufgrund der verbleibenden mässigen medialen Femorotibialarthrose. Kreisarzt Dr. A. ____ legte dar, dass vorliegend nur die mediale Hälfte des Femorotibialgelenks betroffen und die laterale Seite kaum arthrotisch verändert sei. Demgemäss schloss er auf eine mittlere Schädigung im Rahmen des Bereichs von 5 % bis 15 % entsprechend den einschlägigen Tabellen der Beschwerdegegnerin (Bericht vom 9. Januar 2013, Urk. 8/241).

Abweichende ärztliche Einschätzungen liegen nicht vor und eine maximale Entschädigung im Hinblick auf allfällige, sich noch nicht abzeichnende altersbedingte Veränderungen, rechtfertigt sich nicht. 6.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als in allen Punkten rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher René W. Schleifer

- Rechtsanwalt Reto Bachmann unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19 und Urk. 20/1-4 - 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 dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu stellen.

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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

E. 9

Dem gemäss liegt wohl – wie der Beschwerdeführer bemerkt (Urk.

E. 13

S. 9 ff.) beziehungsweise dass ihm eine solche nicht mehr zumutbar sei. Die herangezogenen DAP-Profile weisen konkrete Stellen auf dem Arbeitsmarkt aus und es ist nicht ersichtlich, weshalb es dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sein sollte, eine solche Tätigkeit aufzunehmen. Dass er geplant hatte, mit 60 Jahren in Frühpension zu gehen und zeitlebens auf dem Bau tätig war (Urk. 1 3. S. 10), führt jedenfalls nicht zur Annahme einer Unzumutbarkeit einer neuen, angepassten Tätigkeit.

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