

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00105 vom 19. Januar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00105

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00105 du 19 janvier 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00105 del 19 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1982 geborene X.____ war ab dem 1. November 2009 als Fenstermonteur bei der Y.____ (Urk. 13/299 S. 3) angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA)

obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 27. Dezember 2009 renkte er sich bei einem Sturz mit dem Snowboard das

Schultergelenk des rechten dominanten Armes (Urk. 13/3)

aus

(Schadenmeldung vom 6. Januar 2010 [Urk. 13/1]) .

Im Bericht des Z.____ vom 27. Dezember 2009 wurde ein Status nach traumatische r

Schulterluxation (Erstereignis) rechts diagnostiziert. Der Röntgenbefund ergab keinen Hinweis auf eine ossäre Läsion, und es erfolgte eine konservative Therapie mit Ruhigstellung im Gilchrist für 3 Wochen (Urk. 13/3). Die SUVA kam für die Heilkosten auf und erbrachte Taggeldleistungen . Das Arbeitsverhältnis des Versicherten wurde per 28. Februar 2010 aufgelöst (Urk. 13/12, Urk. 13/16 und Urk. 13/299). Da die Schmerzen in der rechten Schulter des Versicherten

persistierten, wurde am 25. Februar 2010 eine MR- Arthrographie durchgeführt. Es fanden sich eine reserved GLAD-Läsion (posteriore Labrumkapselruptur mit Knorpelabscherung) mit einem 8 mm grossen Flake , eine SLAP II-Läsion, eine partielle interstitielle Ruptur der Infrapinatussehne distal sowie der Verdacht auf einen Status nach Gelenkkapselavulsion am inferoposterioren

Humerus (Bericht von Dr. med.

A.____ , Facharzt FMH für Radiologie, vom 26. Februar 2010; Urk. 13/11). Es wurden in der Folge Infiltrationen in das rechte Schultergelenk durchgeführt, welche jedoch erfolglos blieben (Berichte von Dr. med. B.____ , Chefarzt für Orthopädische Chirurgie und Leiter Schulterchirurgie am Z.____ , vom 25. Mai 2010 [Urk. 13/19] und vom 24. August 2010 [Urk. 13/44]). Am 30. August 2010 fand eine berufliche Standortbestimmung in der C.____ statt, wobei festgestellt wurde, dass die Voraussetzungen für erfolgsversprechende berufliche Eingliederungsmassnahmen momentan nicht gegeben seien (Bericht vom 10. September 2010; Urk. 13/48). Am 2. November 2010 führte Dr. B.____ eine Schulter-Arthroskopie mit partieller Refixation des superioren Labrums rechts durch (Bericht des Z.____ vom 2. November 2010; Urk. 13/52). Zuzufolge eines unbefriedigenden

Verlaufs (Urk. 13/58) nahm er am 17. Februar 2011 eine Arthrotomie der Schulter mit Bicepstenodese und Debridement des superioren Labrums vor (Bericht des Z.____ vom 18. Februar 2011; Urk. 13/73). Hinsichtlich der Schulterproblematik berichtete Dr. B.____ am 24. Mai 2011 von einem weiterhin bestehenden Rehabilitations defizit (Urk. 13/102). Aufgrund dessen ging der Kreisarzt am 4. Juli 2011 noch nicht von einem Endzustand aus (Urk. 13/120). Auch mit Bericht vom 9. August 2011 informierte Dr. B.____ über ein leichtes Rehabilitationsdefizit , wobei sich der Versicherte erstmals einiger massen zufrieden über den Verlauf äussere bei nach wie vor bestehender deutli cher funktioneller Einschränkung (Urk. 13/145). Die SUVA holte e ine Zweitmei nung bei Dr. med. D.____ , Facharzt FMH f ür Orthopädie an der Klinik E.____ , ein . Dieser erstattete seinen Bericht am 15. September 2011 und stellte die Diagnose einer mässiggradigen

Frozen-Shoulder , wobei der Versicherte als Fenstermonteur beziehungsweise Zimmermann noch 100 % arbeitsunfähig sei . Der Vorschlag der SUVA, eine Physiotherapie unter statio nären Bedingungen in der C.____ durchzuführen, werde sowohl vom Operateur als auch vom Versicherten abgelehnt. Er schlage deshalb einen Kompromiss vor mit täglich aktiver und passiver Physiotherapie ambulant in F.____

(Urk. 13/154). Dr. B.____ ging in seinem Bericht vom 7. September 2011 ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Zimmermann aus und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit ohne Belastung der oberen Extremität (Urk. 13/155). Da der Kreisarzt dieser Einschät zung zustimmte (Beurteilung vom 21. September 2011; Urk. 13/157), kündigte die SUVA mit Schreiben vom 27. September 2011 an, die Taggelder per 1. Oktober 2011 auf 50 % zu reduzieren (Urk. 13/161). In Anbetracht einer weiteren geplanten Operation am 2. Dezember 2011 nahm die SUVA das Tag geld ab dem 1. Oktober 2011 jedoch wieder zu 100 % auf (Schreiben vom 29. November 2011; Urk. 13/187). Am 2. Dezember 2011 (Urk. 13/190-192) nahm Dr. D.____

die besagte Operation vor (arthroskopische

Acromioplastik und Bursektomie , Mobilisation Schulter rechts unter arth r oskopischer Kontrolle und Arthroskopie Glenohumeralgelenk rechts). In der Folge berichtete er über einen guten postoperativen Verlauf (Berichte vom 20. Dezember 2011 [Urk. 13/195] , vom 17. Januar 2012 [Urk. 13/201] und vom 13. Februar 2012 [Urk. 13/209]) und hielt im Bericht vom 14. März 2012 fest, die Aufnahme einer leichten Tätigkeit sei möglich . Hinsichtlich der Tätigkeit als Zimmermann bestehe wei terhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 13/221). Im Bericht vom 14. Juni 2012 hielt Dr. D.____ fest, bezüglich Beweglichkeit habe der Versicher te ein gutes Ergebnis erzielt. Weiterhin störend sei ein Painful

arc und das Krepitieren beim Bewegen. Am 24. Mai 2012 sei eine weitere Infiltration durch geführt worden (Urk. 13/243). Mit Bericht vom 29. August 2012 informierte Dr. D.____

über starke Schmerzen des Versicherten bei aktiven Bewegungen der rechten Schulter, wobei der Bewegungsumfang gut sei. Die Physiotherapie sei gestoppt worden, da keine wes entliche Besserung erzielt werde (Urk. 13/250). Mit Schreiben vom 24. September 2012 kündigte die SUVA an, die Taggeld leistungen per 31. Oktober 2012 ein zustellen (Urk. 13/259). Im Bericht vom 22. November 2012 diagnostizierte Dr. med. G.____ , Facharzt FMH für Orthopädie an der Klinik E.____ , den Ver dacht auf eine am 16. November 2012 erlittene

Schultersubluxation/Luxation rechts (Urk. 13/281). Am 3. Dezember 2012 erhob er aufgrund der durchgeführten Kernspintomographie den Befund erheblicher degenerativer Veränderungen mit Chondropathie Grad III bis IV, humeral, craniolateral sowie glenohumeral Grad II bis III, Verschmälerung des Subacromialraumes mit Supraspinatussehnen-Impingement und ausgedünnte r

Subscapulari ssehne bei Status nach einer Bicepsstenodese. Eine frische Labrumläsion könne nicht nachgewiesen werden. Aktuell bestehe keine Indikation zu einem operativen Vorgehen. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (Urk. 13/293). Am 10. Dezember 2012 wurde der Versicherte im Auftrag der SUVA an der

H.____ untersucht (Bericht vom 17. Dezember 2012; Urk. 13/296). Nach subacromialen und glenohumeralen Infiltrationen sowie einer Punktion des Schultergelenkes erfolgte n am 13. Februar 2013 sowie am 3. April 2013 weitere Untersuchungen an der H.____ (Bericht e vom 12. März 2013 [Urk. 13/314] und vom 24. Mai 2013 [Urk. 13/327]). Die se

schloss die Behandlung in der Schultersprechstunde vorerst ab (Urk. 13/327 S. 3). Am 12. Juni 2013 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung bei Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt (Urk. 13/335). Dieser attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 13/335 S. 6) und bestätigte am 2. Dezember 2013 das Erreichen des medizinischen Endzustandes (Urk. 13/348).

Gleichen Tags stellte die SUVA die Leistungen für Heilbehandlungen per sofort sowie die Taggeldleistungen per 31. Dezember 2013 ein (Urk. 13/357). Mit Verfügung vom 19. Dezember 2013 verneinte sie einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 5,37 % (Urk. 13/361).

Am 19. März 2014 sprach sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von Fr. 18'900.-- zu (Urk. 13/377). Mit Einspracheentscheid vom 25. März 2014 wies die SUVA die am 3. Februar 2014 erhobene Einsprache des Versicherten (Urk. 13/369) gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2013 ab (Urk. 2 [= Urk. 13/381]).

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Nach Art.

E. 1.3

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese

unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherter Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht der selbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 365, E. 4.4 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 4.7).

E. 1.5

Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche die SUVA im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus, dass die Anstalt, solange sie in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die von der SUVA beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Gutachten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 122 V 157,

104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 8. Mai 2014 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin ein volles Taggeld auszurichten; eventuell sei ihm ab dem 1. Januar 2014 eine Rente von mindestens 42 % auszurichten (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2 f.). Mit Beschwerdeantwort vom 4. August 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12), was dem Beschwerdeführer am 8. August 2014 angezeigt wurde (Urk. 14). Mit Eingabe vom 5. Juni 2015 (Urk. 15) reichte der Beschwerdeführer zwei Unterlagen ein. Dabei handelt es sich um das Aufgebot des J. ___ an den Beschwerdeführer vom 2. Juni 2015 in Bezug auf einen operativen Eingriff (Einsetzung eines künstlichen Schultergelenkes) am 30. Juni 2015 (Urk. 16/2) sowie um ein Schreiben der Beschwerdegegnerin an den Beschwerdeführer vom 3. Juni 2015 (Urk. 16/3), worin Kosten gutsprache für die Behandlungskosten des am 22. November 2014 gemeldeten Rückfalls erteilt und die Prüfung eines Anspruches auf Taggeldleistungen in Aussicht gestellt wurde (Urk. 16/3).

Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch über den 31. Dezember 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte zusammengefasst geltend, die Ärzte hätten sich durch weitere Behandlungsmassnahmen keine namhafte Verbesserung der Beschwerdesymptomatik mehr versprochen, sodass der medizinische Endzustand am 31. Dezember 2013 erreicht worden sei (Urk. 2 S. 7). Die Beurteilung von Dr. I.____ sei sodann umfassend und schlüssig. Medizinische Berichte, welche dieser widersprächen, lägen nicht bei den Akten. Dr. I.____ habe auch die Schmerzproblematik in seine Beurteilung einbezogen (Urk. 2 S. 9). Beim Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 6,48 %, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2 S. 9 ff.).

E. 2.3

Dem hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen entgegen, der Endzustand sei im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch nicht erreicht worden. Insbesondere sei zu wenig abgeklärt worden, woher die starken Schmerzen im Schultergelenk kämen. Die Behauptung von Dr. K.____ und pract. med. L.____, wonach es keinen eindeutigen Fokus gebe, der die persistierenden Schmerzen erklären würde, sei nicht verständlich. Aufgrund der Tatsache, dass die Einsetzung eines künstlichen Schultergelenkes diskutiert werde, sei auch offenkundig, dass die verletzte Schulter Ursache der Schmerzen sein müsse. Zudem sei auch die Frage nicht beantwortet worden, wann ein künstliches Schultergelenk eingesetzt werden solle und welche Auswirkungen dies auf die Schmerzen und die Beweglichkeit habe (Urk. 1 S. 3). Die ärztlichen Berichte seien zudem widersprüchlich hinsichtlich der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand beziehungsweise des rechten Arms. Es mangle daher an einer rechtsgenügenden Abklärung, weshalb ein Gutachten einzuholen sei.

Weiter seien auch die medizinischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft worden, weder eine Schmerz- noch eine Physiotherapie sei angeordnet worden (Urk. 1 S. 4). In der Eingabe vom 5. Juni 2015 brachte der Beschwerdeführer sodann vor, die Tatsache, dass am 30. Juni 2015 ein künstliches Schultergelenk eingesetzt werde, bestätige, dass die Arbeitsunfähigkeit bis heute andauere und der Endzustand erst nach der Operation und der anschliessenden Rehabilitation erreicht werde (Urk. 15).

3. 3.1

3.1.1

Im Bericht der H.____

vom 17. Dezember 2012 (visiert von Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und pract. med. L.____, Assistenzarzt) wurde zur Anamnese festgehalten, der Beschwerdeführer berichte von persistierenden, bewegungsabhängigen Schmerzen der rechten Schulter vor allem bei Rotationsbewegungen. Ab und zu habe er auch Schmerzen in Ruhe. Er nehme keine Schmerzmittel ein, eine Infiltration habe nichts gebracht. Die Ärzte stellten eine eingeschränkte Schultergelenks-Beweglichkeit fest. Es bestehe der klinische Befund einer

Kapselsteife, die sich vor allem in der Innenrotation manifestiere. Dies korreliere mit dem MR-tomographischen Befund. Ebenso zeige sich eine schmerzhafte Bicepssehnen-Tenodese, die AC-Gelenksproblematik stehe aktuell eher im Hintergrund (Urk. 13/296). 3.1.2

Die Verlaufskontrolle vom 13. Februar 2013 an der H.____

(vgl. Bericht vom 12. März 2013; Urk. 13/314 [visiert von Dr. M.____ und pract. med. L.____])

ergab, dass anamnestisch nach einer weiteren Infiltration keine Beschwerdelinderung erreicht werden konnte. Das Beschwerdebild sei unverändert, weshalb auf den Bericht vom 10. Dezember 2012 (richtig 17. Dezember 2012; E. 3.1.1) verwiesen werde. Die genaue Differenzierung der Schmerzsymptomatik

sei weiterhin erschwert. Eine Komponente stelle sicherlich die massive Vernarbung nach den bekannten Eingriffen, insbesondere im Bereich der Subscapularissehne dar, welche sich in den extern durchgeführten MR-Bildern in ihrem Verlauf stark verändert zeige, insbesondere im anterioren

Glenoidbereich (DD:

ALPSA-Läsion). Die Sehne erscheine jedoch in Kontinuität erhalten. Der Verdacht bestehe auch auf eine verbleibende, zumindest teilweise bestehende vordere Instabilitätsproblematik. Des Weiteren sei ein Beginn glenohumeraler Arthrose auszumachen, die auch einen Teil der Schmerzkomponente darstellen könnte. Auch ein Infekt könne nach den mehrfachen Voroperationen nicht ausgeschlossen werden, weshalb als nächster Schritt zu prüfen sei, ob ein solcher vorliege (Urk. 13/314). 3.1.3

Im Bericht vom 24. Mai 2013 der H.____

(Urk. 13/327; visiert von Prof. Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Teamleiter Schulter-Ellbogen, und pract. med. L.____, Assistenzarzt) wurde ein Infekt ausgeschlossen. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass beim Versicherten eine ausgeprägte Schädigung des Schultergelenkes bestehe. Ein eindeutiger Fokus, der die persistierenden Schmerzen erkläre, gebe es für sie nicht. Zudem hätten die Infiltrationen keinerlei Linderung gebracht, so dass auch die Erfolgschancen bei erneuter Operation gering seien und sich die Situation ebenfalls noch einmal verschlechtern könnte. Mögliche Therapieoptionen als ultima

ratio seien eine Arthrodesis oder im weiteren Verlauf ein künstlicher Gelenkersatz. Auch hier seien die Erfolgsaussichten aufgrund der genannten Gründe zweifelhaft. Der Beschwerdeführer sei nach aktuellem Stand der Dinge nicht mehr in der Lage, als Zimmermann tätig zu sein, sodass eine Umschulung ratsam wäre, um eine berufliche Aktivität zu sichern. Die Behandlung in der Schulterprechstunde werde vorerst abgeschlossen. 3.2

3.2.1

Dr. I.____

führte in seinem Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 12. Juni 2013 (Urk. 13/335)

aus, es bestehe ein Residualzustand der rechten Schulter mit persistierender Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Objektiv sei eine Muskelatrophie der

Schultergürtelmuskulatur rechts mit deutlich ein geschränkter, aktiver Beweglichkeit, positiven Provokationstests und klinischen Hinweisen auf eine vordere Instabilität nachweisbar. Subjektiv werde von per manenten Schmerzen im rechten Schultergelenk mit Durchschlafstörungen, erheblicher Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand respektive des rechten Armes, Kraftverlust in der rechten Hand und Instabilitätsgefühl in der rechten Schulter berichtet (Urk. 13/335 S. 5). Als ultima

ratio kämen, wie von der H.____ beschrieben, nur noch eine Schulterprothese oder eine Arthrodesse im rechten Schultergelenk in Frage. D er Bewegungsumfang im rechten Schultergelenk sei zwar deutlich eingeschränkt, die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand jedoch vollständig intakt. Im Vergleich zur adominanten lin ken Hand sei das Kraftdefizit der rechten Hand respektive des rechten Armes mässig beeinträchtigt. Unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit für das rechte Schultergelenk bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Armvorhaltetätigkeiten und Überkopftätigkeiten mit dem rechten Arm könnten nicht mehr durchgeführt werden. Die rechte Schulter sollte keinen vermehrten Vibrationen ausgesetzt werden. Kurzzeitig sei mit der rechten Hand das körpernahe Anheben von Gewichten bis 5 kg bis zur Gürtelhöhe möglich. Die rechte Hand sei als Haltehand beim beidseitigen, kö r pernahen Anheben von Gewichten bis 15 kg einsetzbar (Urk. 13/335 S. 6). 3.2.2

In der Beurteilung vom 2. Dezember 2013 hielt Dr. I.____ fest, mit überwie gender Wahrscheinlichkeit sei durch weitere Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten (Urk. 13/348). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 25. März 2014 auf die Beurteilung der Ärzte der H.____ sowie des Kreisarztes Dr. I.____ , was nicht zu beanstanden ist. Den ausführlichen und detaillierten Berichten dieser Ärzte ist voller Beweiswert zuzuerkennen, erfüllen sie doch die von der Recht sprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche und beweis kräftige Expertise (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. E. 1.4).

Konkrete Indizien, d ie gegen die Zuverlässigkeit der Berichte sprechen, sind nicht zu fin den . Überdies liegen auch keine den genannten Berichten widersprechenden ärztlichen Berichte vor . 4.2

4.2.1

D er Vorwurf des Beschwerdeführers , es sei zu wenig abgeklärt worden , woher die Schmerzen im Schultergelenk stammten (Urk. 1 S. 3) , greift nicht . Die Ärzte der H.____ hielten im Bericht vom 13. Februar 2013 zwar

fest, d ie genaue Differenzierung der Schmerzsymptomatik sei weiterhin erschwert. Mögliche Gründe für die Schmerzsymptomatik nannten sie aber durchaus: Sie erwähnten die massive Vernarbung nach den bekannt en Eingriffen – insbesondere im Bereich der Subscapularissehne , welche sich in den extern durchgeführten MR Bildern in ihrem Verlauf stark verändert zeige, insbesondere im anterioren

Glenoidbereich (DD: ALPSA-Läsion) – sowie eine beginnende glenohumerale Arthrose (E. 3.1.2). Einen Infekt konnten sie letztlich ausschliessen (E. 3.1.3). Dass die Ärzte im Ergebnis keinen eindeutigen Fokus der Schmerzen lokalisieren konnten, sondern auf die grundsätzliche und ausgeprägte Sch ädigung des Schul tergelenkes ver wiesen (E. 3.1.3), schmälert die Aussagekraft ihrer Beurteilung

in keiner Weise .

Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3) stellten die Ärzte die verletzte Schulter des Beschwerdeführers als Ursache für dessen Schmerzproblematik auch nicht in Frage .

Die Formulierung, es könne kein eindeutiger Fokus der Schmerzen lokalisiert werden, ist verständlich und angesichts ihrer Darlegung nachvollziehbar .

4.2.2

Die Ärzte der H.____

legten ihre Einschätzung in Bezug auf weitere mögliche Eingriffe hinreichend dar. Sie zogen eine Arthrodeese oder im weiteren Verlauf einen künstlichen Gelenkersatz als ultima ratio in Betracht; allerdings hielten sie die Erfolgchancen bei einer erneuten Operation für gering und äusserten ihre Befürchtung, die Situation könnte sich dadurch noch zusätzlich verschlechtern. Als Grund dafür nannten sie die Art der Verletzungen sowie die fehlende Wirkung der Infiltrationen (E. 3.1.3). Kreisarzt Dr. I.____ schloss sich dieser Einschätzung an (E. 3.2.1). Dass in der Zwischenzeit (nach Erlass des Einspracheentscheides vom 25. März 2014, welcher hinsichtlich des gerichtlich zu beurteilenden Sachverhalts massgeblich ist; vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis) ein künstliches Schultergelenk eingesetzt wurde, vermag an der Nachvollziehbarkeit der genannten ärztlichen Einschätzungen, welche auch angesichts des jungen Alters des Beschwerdeführers als schlüssig erscheinen, nichts zu ändern, selbst dann nicht, wenn (zumindest vorläufig) tatsächlich eine Verbesserung der Schmerzproblematik eingetreten sein sollte .

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers war von den Ärzten prognostisch zu beurteilen (E. 1.3). Eine Retrospektive kann nicht dazu dienen, nachvollziehbare ärztliche Beurteilungen im Rückblick zu widerlegen.

Die Frage, wann genau ein künstliches Schultergelenk einzusetzen sei und welche Auswirkungen dies auf die Schmerzen und die Beweglichkeit hätte, war von den Ärzten, entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3),

zudem nicht zu beantworten.

Eine solche Prognose erwies beziehungsweise erweist sich angesichts der Umstände als praktisch unmöglich. Es genügte daher, dass sie mit Blick auf die Einsetzung eines künstlichen Schultergelenks ihre Zweifel hinsichtlich der Erfolgchancen

zum Ausdruck brachten. 4.2.3

Weiter ist festzuhalten, dass keine Widersprüchlichkeit in den ärztlichen Berichten (Urk. 1 S. 4)

auszumachen ist . Im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. Juni 2013 wurden auf der einen Seite die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers wiedergegeben, wonach die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand respektive des rechten Armes eingeschränkt sei und ein Kraftverlust in der rechten Hand vorliege . Auf der anderen Seite wurde im kreisärztlichen Bericht der Befund von Dr. I.____

beschrieben.

Dieser konnte die

subjektiven Angaben des Beschwerdeführers nicht gänzlich

nachvollziehen, weil

er die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand als vollständig intakt einstufte und im Vergleich zur adominanten linken Hand bloss eine mässige Beeinträchtigung des Kraftdefizits der rechten Hand respektive des rechten Armes feststellen konnte (E. 3.2.1). Die Widersprüchlichkeit liegt somit nicht in den Feststellungen von Dr. I.____, sondern darin, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Einschränkungen der Hand nicht objektiviert werden konnten. 4.2.4

Die Behauptung des Beschwerdeführers, es sei weder eine Schmerz- noch eine Physiotherapie angeordnet worden (Urk. 1 S. 4), erweist sich sodann als falsch (vgl. Physiotherapieverordnungen vom 17. Februar 2011 [Urk. 13/70], vom 20. Mai 2011 [Urk. 13/113], vom 29. Juli 2011 [Urk. 13/139], 8. September 2011 [Urk. 13/174], vom 14. November 2011 [Urk. 13/198], vom 18. Januar 2012 [Urk. 13/208], vom 2. Februar 2012 [Urk. 13/206], vom 8. Februar 2012 [Urk. 13/218] sowie die Langzeitverordnungen vom 13. März 2012 [Urk. 13/228], vom 23. Mai 2012 [Urk. 13/238], vom 16. April 2012 [Urk. 13/247], vom 16. Juli 2012 [Urk. 13/251], vom 26. November 2012 [Urk. 13/301], vom 17. Januar 2013 [Urk. 13/323]. Dr. G.____ verordnete nebst dem die Einnahme eines nicht steroidalen Antirheumatikums sowie von Condrosulf während drei Monaten (Bericht vom 3. Dezember 2012, Urk. 13/293). Zusätzlich wurden an der H.____ Infiltrationen durchgeführt (E. 3.1). Allerdings brachten diese Therapiemethoden gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers nichts (Urk. 13/314, 13/327 und Urk. 13/335 S. 3), was die Beurteilung der Ärzte, es sei ein medizinischer Endzustand erreicht, zusätzlich untermauert. 4.3

Angesichts des Umstands, dass Dr. I.____ in Übereinstimmung mit den Ärzten der H.____ davon ausging, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei durch weitere Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten, ist der von der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2013 verfügte Fallabschluss nicht zu beanstanden, zumal am 23. April 2013 auch berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung abgelehnt worden waren

(Urk. 13/322).

5. 5.1

Mit dem Fallabschluss ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung hat. 5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu

schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. 5.3.5.3.1

Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer auch ohne Gesundheitsschaden die bisherige Tätigkeit bei der Y.____ nicht mehr inne hätte. Das Arbeitsverhältnis wurde per 28. Februar 2010 aufgelöst, nachdem der Geschäftsführer der Arbeitgeberin den operativen Teil der Tätigkeit per Ende Februar 2010 aus gesundheitlichen Gründen einstellen musste.

Es folgte schliesslich der Konkurs der Arbeitgeberin (Urk. 13/12, Urk. 13/16 und Urk. 13/299). Auf das Einkommen bei dieser

kann somit nicht abgestellt werden. Aus dem Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (IK Auszug) vom 18. Mai 2011 können denn auch aus der Zeit vor der Anstellung bei der Y.____ keine repräsentativen Einkommenszahlen ermittelt werden. Vielmehr geht hervor, dass der Beschwerdeführer während der gesamten Zeit seiner Erwerbstätigkeit selten eine längerfristige Anstellung inne hatte und nie einen Jahreslohn erzielte, welcher den Betrag von Fr. 33'000.-- (vgl. das Jahr 2008; ohne Berücksichtigung des Betrages von Fr. 11'000.-- als Nichterwerbstätiger) überstieg (Urk. 13/338 S. 378-380). 5.3.2

Nach Eintritt des Gesundheitsschadens nahm der Beschwerdeführer keine neue Erwerbstätigkeit mehr auf. 5.3.3

Damit sind sowohl für die Bestimmung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) heranzuziehen.

Der Beschwerdeführer gab zwar an, gelernter Zimmermann zu sein mit Abschluss im Jahre 2002 (Urk. 13/21 S. 1, Urk. 13/39 S. 6). Er legte jedoch nie ein Zeugnis des Lehrabschlusses vor, auch gegenüber der Invalidenversicherung nicht

(Urk. 13/322) und die Lohnzahlungen der O.____ enden im Februar 2002 (Urk. 13/338 S. 380). Aus dem Lebenslauf sowie den Angaben des Beschwerdeführers ergibt sich, dass er vor dem Unfall nicht längerfristig als Zimmermann tätig war, sondern unterschiedliche Tätigkeiten ausübte, so beispielsweise im Gartenbau und auf dem Bau (Urk. 13/21 und Urk. 13/41). Mangels nachgewiesenen

Abschlusses einer Berufsausbildung sowie langjähriger Berufserfahrung in einer bestimmten Branche ist sowohl für die Bestimmung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert), Anforderungsniveau 4, gemäss LSE 2010 abzustellen. Unter diesen Umständen entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichtes 9C_215/2010 vom 20. April 2010, E. 5.2), weil dem Beschwerdeführer von Dr. I.____ in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (E. 3.2.1). Das Belastungsprofil wurde wie folgt beschrieben: Armborhaltungstätigkeiten und Überkopftätigkeiten mit dem rechten Arm

könnten nicht mehr durchgeführt werden. Die rechte Schulter sollte keinen vermehrten Vibrationen ausgesetzt werden. Kurzzeitig sei mit der rechten Hand das körpernahe Anheben von Gewichten bis 5 kg bis zur Gürtelhöhe möglich. Die rechte Hand sei als Haltehand beim beidseitigen, körpernahen Anheben von Gewichten bis 15 kg einsetzbar (E. 3.2.1). Angesichts der beschriebenen Einschränkungen des dominanten rechten Arms sowie des Umstands, dass der Beschwerdeführer an keinen anderweitigen gesundheitlichen Einschränkungen leidet und noch jung ist, rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug von maximal 5%. Damit ergibt sich keine Erwerbseinkunftsbeschränkung im Umfang der geforderten 10% für eine Invalidenrente der Unfallversicherung. Bei diesem Ergebnis kann offengelassen werden, ob das von der Beschwerdegegnerin anhand der DAP-Zahlen errechnete Invalideneinkommen (Urk. 2 S. 9 ff.) in einer leidensangepassten Tätigkeit erzielt werden könnte. 5.4

Nach dem Gesagten besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung. 6.

Da der Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht zu beanstanden ist und der für die Ausrichtung einer Invalidenrente der Unfallversicherung erforderliche Invaliditätsgrad von 10% nicht erreicht wird, erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 7. 7.1

Mit seiner Beschwerde vom 8. Mai 2014 ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2 f.). Da das vorliegende Verfahren kostenlos ist, erweist sich das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos. Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung, da ausgangsgemäss keine Prozessentschädigung auszurichten ist. 7.2

Mit Eingabe vom 1. April 2015

reichte der Beschwerdeführer nebst dem Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit lediglich zwei Kopien der Steuerbehörde ein (Gesamt-Kontoauszug vom 30. Juni 2014 über Schulden im Umfang von Fr. 9'609.10 [Urk. 9/1] und eine Ermessens-Veranlagung vom 24. Oktober 2013 für das Jahr 2012 [Urk. 9/2]). 7.3

Im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit gab der Beschwerdeführer an, mittellos und verschuldet zu sein. Er räumte aber ein, wirtschaftliche Hilfe in Form von Arbeitslosengeld für 90 Tage (minimale Pauschale) zu beziehen. Als einzige Auslage führte er Telefonkosten in der Höhe von Fr. 300.-- monatlich auf; er sei obdachlos (Urk. 8). Die Angaben des Beschwerdeführers konnten in keiner Weise verifiziert werden. Mit den eingereichten Belegen der Steuerbehörde vermag der Beschwerdeführer seine Mittellosigkeit denn auch nicht darzutun. Insbesondere die Ermessens-Veranlagung dokumentiert bloss, dass

er auch diese

nicht mit den notwendigen Unterlagen bedient. 7.4

Nach dem Gesagten kam der Beschwerdeführer seiner Substantiierungspflicht nicht in genügender Weise nach, was androhungsgemäss (vgl. die Verfügung vom 14. Mai 2014; Urk. 3) zur Folge hat, dass davon ausgegangen wird, es bestehe keine prozessuale Bedürftigkeit. Damit ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung abzuweisen. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 8. Mai 2014 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird im Umfang der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos festgestellt und im Umfang der unentgeltlichen

Rechtsvertretung abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Eugen Koller - Rechtsanwalt Reto Bachmann, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 15 und Urk. 16 /1-3 - 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 HurstMuraro

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 10

Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

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