

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00055

vom 27. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00055

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00055 du 27 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00055 del 27 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die hier zu beurteilende Unfälle haben sich am 4. Februar 1997 und am 31. Juli 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden (Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Gemäss Art. 45 UVG hat der versicherte Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber oder dem Versicherer den Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine

Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, unverzüglich zu melden (Abs. 1 Satz 1). Versäumt der Versicherte die Unfallmeldung in unentschuldbarer Weise und erwachsen dem Versicherer daraus erhebliche Umtriebe, so können die auf die Zwischenzeit entfallenden Geldleistungen bis zur Hälfte entzogen werden (Art. 46 Abs. 1 UVG). Der Versicherer kann zudem jede Leistung um die Hälfte kürzen, wenn ihm der Unfall infolge unentschuldbarer Versäumnis des Versicherten nicht binnen dreier Monate gemeldet worden ist (Abs. 2). Auch bei Spätfolgen ist eine Anmeldung innert drei Monaten erforderlich (Rumo Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 231).

E. 1.4

Art. 29 ATSG knüpft die Leistungsausrichtung ausdrücklich an eine Anmeldung zum Leistungsbezug an. Dies lässt klar werden, dass durch eine Nichtanmeldung auf einen solchen Bezug verzichtet werden kann. Allerdings unterscheidet sich ein solcher formloser Verzicht vom ausdrücklichen Verzicht nach Art. 23 ATSG; insbesondere fallen die in Art. 23 ATSG festgelegten verfahrensrechtlichen Elemente und die dort geregelten Fälle des Ausschlusses einer Verzichtsmöglichkeit ausser Betracht. Denn beim Verzicht in der Form einer Nichtanmeldung zum Leistungsbezug erfährt der Versicherungsträger ja gerade nicht vom vorgegenommenen Verzicht, weshalb er auch kein bestimmtes Verzichtserfassungsverfahren durchführen kann (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, N 25 zu Art. 29).

Durch einen solchen formlosen anfänglichen Verzicht ist eine spätere Anmeldung zum Leistungsbezug nicht grundsätzlich ausgeschlossen (anders BGE 108 V 29). Ein „Widerruf“ des stillschweigenden „Verzichts“ ist insoweit zulässig. Allerdings können sich aus einer solchen (allenfalls verspäteten) Anmeldung Einschränkungen im Leistungsanspruch ergeben. Nachzahlungen erfolgen im Rahmen der Leistungsverwirkung (vgl. Art. 24 Abs. 1 ATSG), und das Einzelgesetz kann bei der verspäteten Anmeldung weitere Einschränkungen vorsehen (vgl. etwa Art. 46 UVG; Kieser, a.a.O., N 26 zu Art. 29).

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Art. 24 Abs. 1 ATSG).

E. 1.5

Mit Schadenmeldung UVG vom 21. August 2013 informierte die damalige Arbeitgeberin D.____, wo der Versicherte seit 1. Januar 2011 in einem Pensum von 70 % in der Gastronomie tätig (Urk. 10/84/7) und somit weiterhin bei der Suva versichert war, dass X.____ am 31. Juli 2013 einen Motorradunfall erlitten (Urk. 10/2) und sich im Wesentlichen eine Acromionfraktur rechts und eine Fraktur des linken Fusses zugezogen hat (Austrittsbericht des E.____ über die Hospitalisation vom 31. Juli bis 3. August 2013, Urk. 10/9; vgl. auch Urk. 10/35). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Am 1. April 2014 wurde auch an der rechten Schulter eine Hemiprothese implantiert (Urk. 10/69). Am 18. August 2014 fand ferner eine kombinierte Nieren- und Pankreastransplantation bei Grunderkrankung eines Diabetes mellitus Typ 1 seit früher Kindheit statt (vgl. Berichte des F.____, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, Urk. 10/107 108).

E. 1.6

Mit Verfügung vom 1. Mai 2015 (Urk. 10/136) sprach die Suva dem Versicherten für die Unfälle vom 4. Februar 1997 und vom 31. Juli 2013 mit Wirkung ab 1. Juni 2015 eine Invalidenrente ausgehend von einer Erwerbsunfähigkeit von 39 % sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätsentschädigung von insgesamt 25 % zu (6.25 % für den Unfall vom 31. Juli 2013 und 18.75 % für den Unfall vom 4. Februar 1997). Daran hielt sie nach Einsprache des Versicherten vom 10. Juni 2015 (Urk. 10/148) mit Entscheid vom 27. Januar 2016 (Urk. 10/161 = Urk. 2) fest.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ mit Eingabe vom 25. Februar 2016 Beschwerde und beantragte - über die gewährte Rente hinaus - die Zusprache einer Invalidenrente von mindestens 10 % für die Zeit vom 1. Februar 2009 bis 31. Mai 2015. Für die AC-Gelenksarthrose sei ihm eine zusätzliche Integritätsentschädigung von mindestens 5 %

zu gewähren, eventualiter sei die Sache zur Bestimmung der für die AC-Gelenksarthrose geschuldeten Integritätsentschädigung an die Suva zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Diese schloss mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

Das Gericht räumte dem Beschwerdeführer am 29. August 2017 Gelegenheit zur Stellungnahme zur in Aussicht genommenen Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zwecks weiteren Abklärungen und zum Rückzug der Beschwerde ein (Urk. 12). Am 3. Oktober 2017 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er an der Beschwerde festhalte (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) auf den Standpunkt, die Verletzung der rechten Schulter nach den Unfällen in den Jahren 1996 und 1997 habe zwar Einschränkungen nach sich gezogen, die jedoch nicht invalidisierend gewesen seien. Die invalidisierenden Einschränkungen wegen der rechten Schulter hätten sich erst nach dem Unfall vom 31. Juli 2013 ergeben, weshalb der Rentenbeginn am 1. Juni 2015 nicht zu beanstanden sei (S. 7). Im Rahmen der Invaliditätsbemessung legte sie die Ermittlung des massgebenden versicherten Verdienstes dar (S. 9 f.). Im Zusammenhang mit der Integritätsentschädigung machte sie geltend, es sei von einer schweren Omarthrose und damit dem entsprechenden Maximalbetrag von 25 % ausgegangen worden, darin sei die AC-Gelenksarthrose bereits eingeschlossen. Die Einschränkung der linken Schulter sei nicht unfallkausal (S. 12; vgl. auch Urk. 9).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer beanstandete - aus jeweils näher dargelegten Gründen - den Rentenbeginn, den versicherten Verdienst und die Höhe der Integritätsentschädigung (Urk. 1 S. 6 unten). Unter Hinweis auf das seitens der Invalidenversicherung am 1. Februar 2009 eröffnete Wartejahr postulierte er, seither bestehe eine rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit (S. 7). Der Rentenbeginn sei dem nach von der Beschwerdegegnerin auf den 1. Februar 2009 festzulegen, da sich seit jenem Zeitpunkt die unfallkausale Verletzung der rechten Schulter auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe (S. 7 f.). Der versicherte Verdienst bezüglich des Unfalles vom 4. Februar 1997 sei nach Art. 24 Abs. 2 UVV festzusetzen, da die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall beginne (S. 9). Der

versicherte Verdienst im Zusammenhang mit dem Unfall vom 31. Juli 2013 bestimme sich nicht nach Art. 24 Abs. 1 UVV, sondern nach Art. 24 Abs. 4 UVV, der für Bezü ger einer Rente der Unfallversicherung gelte, die einen weiteren Unfall erleiden, der zu einer höheren Invalidität führt (S. 9 f.). Die Integritätsentschädigung sei auch für die AC-Gelenksarthrose zu gewähren. Diese sei nicht durch die Omarthrose konsumiert (S. 11).

E. 2.3

Die Parteien sind sich einig, dass für die Verletzung der linken Schulter und deren Folgen mangels Unfallkausalität nicht die Beschwerdegegnerin einzu stehen hat (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 22). Strittig ist hingegen mit Blick auf die Frage des Rentenbeginns und den rückwirkenden Rentenanspruch zunächst, ob die Verletzung der rechten Schulter, deren Unfallkausalität seitens der Beschwerde gegnerin nicht in Frage gestellt wurde, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bereits vor dem Unfall vom 31. Juli 2013 beeinträchtigt hat.

E. 3.1

Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich nach Lage der Akten im Wesentli chen wie folgt:

E. 3.2

Kreisarzt Dr. A.____ gab ihm Bericht zur Untersuchung vom 13. Juli 1998 (Urk. 10/150) an, der Beschwerdeführer habe sich an seiner dominanten linken Schulter wahrscheinlich früher eine Luxation zugezogen. Verblieben sei eine Bewegungseinschränkung in Aussenrotation, Abduktion und weniger in Fle xion. Die linke Schulter sei indolent.

Weiter legte er dar, dass es am 4. Februar 1997 bei einem Arbeitsunfall zu einer Luxation der adominanten rechten Schulter gekommen sei. Die rechte Schulter sei in der Folge chronisch instabil gewesen. Es habe sich eine riesige Hill-Sachsläsion und eine vordere untere Limbusverletzung (Bankartläsion) gezeigt. Am 11. März 1998 sei durch Dr. Z.____ eine präoperative Arthroskopie des rech ten Schultergelenkes durchgeführt und die Indikation zur Rotationsosteotomie gestellt und in der gleichen Sitzung offen durchgeführt worden. Der postopera tive Verlauf sei zufriedenstellend. Die Kapsel- und Subskapularisraffung habe klinisch zu einem Aussenrotationsdefizit von minus 25° geführt. Die Abduktion sei stark, die Flexion weniger stark eingeschränkt. Der Beschwerdeführer arbeite zu 50 %, über eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit werde später befunden.

E. 3.3

Am 6. September 2001 überwies der damalige Hausarzt Dr. med. G.____, Allge meine Medizin FMH, den Beschwerdeführer zur Abklärung der zunehmenden Schulterbeschwerden vorwiegend re chts, weniger ausgeprägt links, an Dr. med. H.____, Chefarzt Orthopädie am B.____. Dabei gab Dr. G.____ an, dass die Beschwerden den Beschwerdeführer zunehmend bei seiner Tätigkeit als Käser behinderten. In Anbetracht der anderen Leiden (Dia betes mellitus Typ I, Insulinpumpe, Hypertonie sowie Status nach epileptischem Anfall im Februar 2000) sei erstaunlich, dass der Beschwerdeführer immer noch einen körperlich anspruchsvollen Beruf ausübe (Urk. 10/34/7).

Dr. H.____ veranlasste Röntgenbilder, ein CT sowie eine MR-Schulter- arthrogra phie (Urk. 10/34/1-3) und stellte im Bericht vom 5. Oktober 2001 (Urk. 10/34/5) die Diagnose eines Zustandes nach Rotationsosteotomie rechte Schulter (1998 I.____ Dr. Z.____) sowie eines Zustandes nach Luxation der linken Schulter mit Bewegungseinschränkungen, Impingement links und rechts.

Anlässlich der Implantation einer Schulter-Hemiprothese links am 18. März 2003 diagnostizierte Dr. H.____ unter anderem eine Omarthrose beidseits (Urk. 10/154).

Im Bericht des B.____ vom 10. Januar 2005 zuhanden der IV-Stelle Schwyz gaben Dr. H.____ und Dr. med. J.____, welche die Behandlung am 28. August 2003 abgeschlossen hatten, an, bei einem Status nach Implantation einer Endoprothese am linken Schultergelenk und einer auch rechts bereits deutlichen Omarthrose bei Instabilität nach rezidivierenden Luxationser eignissen könne die Ausführung des bisher angestammten Berufs als Käser nicht mehr realistisch empfohlen werden. Bei einem allfälligen Berufswechsel sollten Arbeiten, die mit Heben von Lasten über 10 Kilogramm und Überkopfarbeit verbunden seien, vermieden werden (Urk. 3/8).

Der Arzt des RAD schloss am 18. Februar 2005 auf Schulterbeschwerden beidseits und Omarthrose. Wegen drohender Invalidität aufgrund der fortschreitenden arthrotischen Veränderungen beider Schultern empfahl er berufliche Massnahmen im Sinne einer Eingliederung/Umplatzierung in eine angepasstere Tätigkeit (Urk. 3/9).

E. 3.4

Im nur auszugsweise bei den Akten liegenden BEFAS-Bericht der Abklärungsstätte C.____ vom 17. Oktober 2008 (Urk. 3/11) wurde als invalidisierend unter anderem die Minderbelastbarkeit/Funktionseinschränkung der Schultern beidseits erwähnt und unter Hinweis auf den Bericht des B.____ vom 10. Januar 2005 (vgl. E. 4.3 hievore) eine fortgeschrittene Omarthrose rechts genannt (S. 3). Tätigkeiten mit Armeinsätzen auf oder über Schulterhöhe erachteten die Berufsabklärer für unmöglich (S. 11; vgl. Urk. 10/153).

E. 3.5

Dem Feststellungsblatt vom 17. Juni 2010 betreffend Zusprache der Rente der Invalidenversicherung (Urk. 10/122/1-5) ist zu entnehmen, dass letztere von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % (S. 4) ausging. Dieser wurden folgende Diagnosen zu Grunde gelegt (S. 5): - beidseitige proliferative diabetische Retinopathie - Cataracta complicata - chronische Schultergelenkinstabilität links und fortgeschrittene Omarthrose beidseits - Diabetes mellitus Typ I seit dem ersten Lebensjahr - arterielle Hypertonie seit 1987 - Amaurose rechts nach Motorradunfall

Hausarzt Dr. K.____, Allgemeine Medizin FMH, sprach im Bericht vom 29. Juni 2008 (Urk. 3/10) ebenfalls über Schulterbeschwerden beidseits bei Omarthrose (Ziff. 1.1), welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten (Ziff. 3.4; vgl. auch Formularbericht vom 13. Dezember 2009, Urk. 3/13).

Anlässlich der Rentenrevision im Jahr 2012 wurde als Hauptdiagnose für die Rente der Invalidenversicherung ein Status nach Schulterendoprothese vermerkt (Urk. 10/122/6). Der Arzt des RAD erwähnte am 14. September 2012 unter anderem eine Omarthrose rechts und einen Status nach Schultergelenksendoprothese links bei fortgeschrittener Omarthrose links. Er schloss auf einen im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand (Urk. 10/122/8 oben).

E. 3.6

Dr. med. L.____, Oberarzt an der Klinik für Unfallchirurgie des F.____, diagnostizierte im Bericht vom 1. Oktober 2013 eine posttraumatische Omarthrose rechts bei Status nach Plattenosteosynthese vor zwanzig Jahren und eine Pseudarthrose Acromion rechts bei Status nach Fraktur im Juli 2013. Der Beschwerdeführer habe zwar schon vor dem Unfall

Schmerzen bei Bewegungen des rechten Arms verspürt, aber nicht in der selben Intensität. Die Beschwerden rührten von der aktivierten Omarthrose her (Urk. 10/42).

E. 3.7

Im Bericht der zuständigen Ärzte der M.____ vom 27. Januar 2014 (Urk. 10/53) wurden zur Hauptsache folgende Diagnosen genannt: - posttraumatische Omarthrose rechts - Pseudarthrose Acromion rechts - Status nach Schulterhemiprothese links 2003 bei Omarthrose

Weiter wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe vor dem Motorradunfall weder rechts (nach Rotations-Osteotomie) noch links (nach Implantation der Hemiprothese) Beschwerden gehabt (vgl. dazu auch Urk. 10/69 S. 1). Er sei arbeitsfähig als Logistiker (Urk. 10/53).

Das CT der rechten Schulter zeigte am 3. März 2014 eine ausgeprägte Omarthrose und grosse subchondrale Zysten glenoidal (Urk. 10/57). Am 1. April 2014 wurde in der M.____ auch die rechte Schulter mit einer Hemiprothese versorgt (Urk. 10/69), wofür die Beschwerdegegnerin aufkam (Urk. 10/59). Anlässlich der Verlaufskontrolle wurde von Schmerzfremheit in Ruhestellung oder bei geringer Belastung berichtet. Das aktive Bewegungsausmass sei noch zu verbessern (Urk. 10/85).

Aus dem CT der rechten Schulter vom 3. November 2014 ersah der Radiologe der M.____ eine Pseudarthrose des Acromions, aber keine Lockerung der Hemiprothese (Urk. 10/103).

E. 3.8

Am 18. August 2014 erfolgte im F.____ die (krankheitsbedingte) Transplantation von Niere und Pankreas (Urk. 10/107). Wegen der in diesem Zusammenhang etablierten Immunsuppression sahen die Orthopäden der M.____ in der Folge von einer weiteren Schulteroperation ab. In ihrem Verlaufsbericht vom 7. November 2014 wurde weiterhin von einer nicht zufriedenstellenden Überkopffunktion berichtet, aber auch von wenig Schmerzen im Alltag. Die Tätigkeiten als Käser könne der Beschwerdeführer schon lange nicht mehr ausführen. Bis auf Höhe des Bauchnabels könne der Beschwerdeführer repetitiv Gewichte von 10-15 kg heben, Überkopfgewichte repetitiv bis maximal 1 kg (Urk. 10/106).

E. 3.9

Kreisarzt Dr. med. N.____, Facharzt für Chirurgie FMH, nannte in seiner im Hinblick auf den Integritätsschaden verfassten Aktenbeurteilung vom 3. Dezember 2014 (Urk. 10/115) folgende Diagnosen: - Status nach Implantation einer Schulterhemiprothese rechts mit/bei: - posttraumatischer Omarthrose rechts - Status nach Rotations-Osteotomie rechte Schulter 1998 (Dr. Z.____) - posttraumatischer rezidivierender ventro-kaudaler Schulterluxation rechts mit grosser Hill-Sachsläsion und ventro-kaudaler Limbusabscherverletzung - Pseudarthrose Acromion rechts bei Status nach Acromionfraktur vom Juli 2013

Der Kreisarzt schätzte den Integritätsschaden auf 25 % und führte dazu unter Hinweis auf den Kreisarztbericht vom 13. Juli 1998 (E. 3.2 hier vor) aus, dass eine schwere Omarthrose gemäss Feinrastertabelle 5 vorliege. Der Hauptschaden liege in der operativen Revision aus dem Jahr 1998; entsprechend sei $\frac{3}{4}$ des Integritätsschadens auf das damalige Ereignis zu berechnen, $\frac{1}{4}$ könne als Folge des letzten Traumas erklärt werden (Urk. 10/115).

Weiter legte er dar, die Implantation der Hemiprothese vom April 2014 sei bei einer posttraumatischen, schweren Omarthrose rechts nach einem operativen Eingriff im Jahr 1998 erfolgt. Der Kreisarzt erachtete das von den Ärzten der M.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil für nachvollziehbar. Zumutbar sei eine leichte Arbeit, ganztags. Als optimale Arbeitshöhe sollte die Tätigkeit auf Tischhöhe bzw. Bauchhöhe durchgeführt werden können. Körperfernes Manipulieren sei nicht möglich. Das Heben von sehr leichten Gewichten von Bauchhöhe bis zur Horizontalen sei selten möglich. Überkopfarbeiten seien unbelastet selten wahrzunehmen. Hämmernde, vibrierende und stossende Tätigkeiten hielt der Kreisarzt für nicht mehr zumutbar (Urk. 10/116).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte, dass die Omarthrose der rechten Schulter bereits vor dem Motorradunfall vom 31. Juli 2013 die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigte. Dabei berief sie sich auf den Bericht von Dr. O.____ vom 1. Dezember 2014 (Urk. 2 S. 7 oben, Urk. 9 S. 4 oben). Dieser ist zwar nicht aktenkundig (vgl. dazu auch Aktenverzeichnis, Urk. 10/0), doch ist auch dem Bericht der M.____ vom 27. Januar 2014 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die rechte Schulter von Beschwerdefreiheit vor dem Motorradunfall gesprochen haben soll (E. 3.7 hievor). Diese Angabe steht jedoch im Widerspruch zur gesamten übrigen Aktenlage. So liess Dr. G.____ bereits im Jahr 2001 beidseitige Schulterschmerzen weiter abklären, worauf im B.____ wiederholt von Omarthrose rechts die Rede war und ein Berufswechsel nahe gelegt wurde (E. 3.3).

Im Rahmen der Erhebungen der Invalidenversicherung wurden neben den degenerativen Erkrankungen stets die beidseitigen Schulterbeschwerden thematisiert und in die Zumutbarkeitsbeurteilungen miteinbezogen. Die Beschwerdegegnerin machte zwar zutreffend geltend (Urk. 2 S. 7), dass im Feststellungsblatt vom 26. November 2012 von einem Status nach Schulterendoprothese - was sich aufgrund des zeitlichen Verlaufs auf die damals damit versorgte linke Schulter bezogen haben muss - als Hauptdiagnose für die Rente die Rede war (Urk. 10/122/6). Diese Feststellung der Sachbearbeiterin findet indes in den hierfür massgebenden medizinischen Unterlagen keine Stütze. Vielmehr gingen sämtliche befassten Ärzte wie auch der RAD (E. 3.5 hievor) seit der Behandlung im B.____ durchwegs und übereinstimmend von beid- beziehungsweise rechtsseitiger Omarthrosen (E. 3.3-5) aus. Selbst Kreisarzt Dr. N.____ sprach von posttraumatisch schwerer Omarthrose rechts nach der Operation im Jahr 1998 (E. 3.9).

Den aufliegenden Unterlagen betreffend die Zusprache der Rente durch die Invalidenversicherung ist zwar zu entnehmen, dass nicht nur die Schulterproblematik, sondern auch nicht unfallkausale Beschwerden, namentlich der Diabetes und die Sehbehinderung die Erwerbsunfähigkeit begründeten. Welcher Anteil davon der rechten Schulter zuzuschreiben ist, ist jedoch nicht ersichtlich und für die finale Invalidenversicherung auch nicht relevant, doch kann nicht einfach angenommen werden, die rechte Schulter sei im Sinne der Unfallversicherung nicht invalidisierend. Wenn auch die rechte Schulter im Vergleich zur linken im Verlauf in den Hintergrund getreten sein mag, wie die Beschwerdegegnerin darlegte (Urk. 2 S. 7), ist ihr entgegen zu halten, dass sie selbst den ermittelten Integritätsschaden im Umfang von $\frac{3}{4}$ dem Unfall vom 4. Februar 1997, der die rechte Schulter betraf (vgl. Urk. 2 S. 2 lit. B), zuschrieb (Urk. 10/136/4), was doch auf einen erheblichen Schaden schliessen lässt.

An diesem Ergebnis vermögen die Aussagen des Beschwerdeführers, er beziehe die Rente der Invalidenversicherung wegen des Diabetes und der Augenleiden (vgl. Urk. 9 S. 4 oben), nichts zu ändern, da seine subjektive Einschätzung nicht ausschlaggebend und zudem im klaren Widerspruch zur medizinischen Aktenlage ist. Ebenso wenig kann die Beschwerdegegnerin aus dem Umstand, dass die Tätigkeit des Beschwerdeführers bei der D.____ mit viel Überkopfarbeit verbunden gewesen sein soll (Urk. 9 S. 3 unten), etwas zu ihren Gunsten ableiten, da die Darstellung gänzlich unbelegt blieb. Bei dieser - nach der Zusprache der halben Rente durch die Invalidenversicherung angetretenen - pensumsreduzierten Arbeit handelt es sich lediglich um eine Verweistätigkeit, wobei der Beschwerdeführer die Restarbeitsfähigkeit offenbar bestmöglich verwertete. Im Übrigen bemerkte die Beschwerdegegnerin am 19. Dezember 2013 selbst, dass der Schaden an der rechten Schulter auch ohne den Motorradunfall als Rückfall zum Schadenfall aus dem Jahr 1998 hätte übernommen werden können (Urk. 10/48).

Nach dem Gesagten hat es die Beschwerdegegnerin entgegen ihrer Untersuchungspflicht unterlassen, die Auswirkungen der unfallkausalen Beschwerden auf die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Zeit vor 1. Juni 2015 medizinisch abzuklären. Dies hat sie nachzuholen. Hiefür könnte auch der Beizug der vollständigen Akten der Invalidenversicherung hilfreich sein. Nach der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch (Rentenanspruch, Rentenbeginn und allenfalls Heilbehandlungskosten)

neu zu befinden haben, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Folgen aus Ver säumnis der Unfall- bzw. Rückfallmeldung (Art. 46 UVG) und der Leistungsver wirkung (Art. 24 Abs. 1 ATSG; vgl. E. 1.4-5 hievov).

E. 4.2

Strittig und zu prüfen ist sodann die Festsetzung des versicherten Verdienstes.

Die Beschwerdegegnerin zog hiefür Art. 22 Abs. 2 UVV heran und ging vom bei der D.____ im Jahr vor dem Unfall vom 31. Juli 2013 erzielten Einkommen von monatlich Fr. 1'901.15 x 13 aus (Urk. 2 S. 10). Wie im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend erwogen wurde, fällt die seitens des Beschwerdeführers verlangte (vgl. Urk. 1 S. 9 f.) Anwendung von Art. 24 Abs. 2 UVV (Rentenbeginn mehr als fünf Jahre nach dem Unfall) beziehungsweise von Art. 24 Abs. 4 UVV (Bezüger einer Invalidenrente erleidet einen weiteren versicherten Unfall, der zu einer höheren Invalidität führt) von vornherein ausser Betracht, wenn sich aufgrund der noch zu tätigen Abklärungen kein früherer Rentenbeginn ergebe sollte.

Wie es sich damit verhält, kann in Anbetracht des noch offenen Rentenbeginns zur Zeit nicht beurteilt werden, weshalb die Beschwerdegegnerin je nach Ausgang der ergänzenden Erhebungen über den versicherten Verdienst neu zu entscheiden haben wird.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer verlangte schliesslich eine höhere Integritätsentschädigung, weil bei deren Bemessung die AC-Gelenksarthrose zu Unrecht ausser Acht geblieben sei (Urk. 1 S. 11). Die Beschwerdegegnerin vertrat hingegen die Auffassung, der Kreisarzt sei von einer schweren Omarthrose gemäss Feinrastertabelle 5 ausgegangen und habe den Integritätsschaden mit nachvollziehbarer Begründung auf 25 %, das heisst auf den Maximalbetrag geschätzt. Die Omarthrose bestehe meist in Kombination mit einer

AC-Gelenksarthrose, welche kaum ins Gewicht falle und in den Tabellenwert von 25 % eingeschlossen sei (Urk. 2 S. 12).

E. 5.2

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht.

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416).

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

E. 5.3

Gemäss Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) wird nur eine schwere AC Arthrose mit einem Wert von 5-10 % entschädigt. Für leichte Arthrosen ist laut Tabelle von vornherein keine Entschädigung geschuldet. Auch wenn bei Endoprothesen, worunter auch die Hemiprothese zu begreifen ist, rechtsprechungsgemäss auf den unkorrigierten Zustand abzustellen ist (Urteil des schweizerischen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 313/302 vom 4. September 2003 E. 4.3), ist aufgrund der Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass vor dem Eingriff eine schwere Arthrose vorlag. Anlässlich des CT der rechten Schulter vom 3. März 2014 (Urk. 3/19) sowie im Bericht der Orthopäden der M. ___ vom 4. März 2014 (Urk. 10/57) wurde eine AC-Gelenksarthrose zwar erwähnt; in die Diagnoseliste fand dieser Befund jedoch keinen Eingang (Urk. 3/19). Hingegen wurde der entsprechende Befund im CT vom 3. November 2014 ausdrücklich als leichte AC Gelenksarthrose beschrieben (Urk. 10/103), was einem Anspruch auf Integritätsentschädigung jedenfalls entgegensteht.

Von weiteren Erhebungen sind diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb von den beantragten ergänzenden Abklärungen (Urk. 1 S. 2) abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E.

1d).

Damit hat es mit der zugesprochenen Integritätsentschädigung sein Bewenden, was insoweit zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Der Beschwerdeführer unterliegt in der Frage der Integritätsentschädigung. Im Übrigen obsiegt er, gilt doch nach ständiger Rechtsprechung die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2). Es erscheint daher gerechtfertigt, dem Beschwerdeführer eine um ein Drittel auf Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) gekürzte Prozessentschädigung zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Januar 2016 aufgehoben und die Sache betreffend den Rentenbeginn und -gegebenenfalls - die massliche Rentenhöhe an die Suva zurück gewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. Hinsichtlich der Integritätsentschädigung wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Andrea Cantieni - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 Der Gerichtsschreiber Gräub Sonderegger

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