

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00203

vom 30. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00203

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00203 du 30 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00203 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1968 geborene X.____ war seit Juli 2011 bei der Y.____ AG als Gipser angestellt und in dieser Tätigkeit bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Am 1. März 2012 wurde der Suva angezeigt, dass dem Versicherten am 28. Februar 2012 lose Rigipsplatten auf den rechten Arm gefallen seien (Urk. 8/1). Die erstbehandelnde Ärztin Dr. med. Z.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, überwies ihn nach Einholen von bildgebenden Befunden (Urk. 8/14/2 und Urk. 8/15) an die Ärzte der Uniklinik A.____, Orthopädie, welche am 8. März 2012 eine Partialruptur der distalen Bizepssehne rechts diagnostizierten (Bericht vom 12. März 2012, Urk. 8/12). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Mit Verfügung vom 23. Juni 2014 schloss die Suva den Fall ab und stellte die Taggelderleistungen per 31. Juli 2014 ein (Urk. 8/185).

Mit Verfügung vom 2. Juli 2014 verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/188). Der zuständige Krankenversicherer erhob hiergegen Einsprache (Urk. 8/192), welche er aller dings mit Schreiben vom 5. August 2014 wieder zurückzog (Urk. 8/196). Der Versicherte erhob ebenfalls Einsprache (Einsprache vom 12. August 2014, Urk. 8/197; ergänzende Einsprachebegründungen vom 30. September 2014, Urk. 8/204 und vom 23. Februar 2015, Urk. 8/220), welche die Suva nach weiteren Abklärungen mit Einspracheentscheid vom 5. August 2016 abwies (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 14. September 2016 Beschwerde und beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei der Invaliditätsgrad richtig zu berechnen, wozu ein gerichtliches Gutachten bei einem Schmerzspezialisten oder Orthopäden einzuholen sei. Eventualiter sei die Sache zur erneuten Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Des Weiteren sei ihm eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-249), was dem Beschwerdeführer am 18. Oktober 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 28. Februar 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 3

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.1.1

Die Partialruptur der distalen Bizepssehne rechts wurde am 22. März 2012 an der Uniklinik A., Orthopädie, operiert (Austrittsbericht vom 26. März 2012, Urk. 8/16). In der klinischen Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ zeigte sich ein regelrechter Verlauf bezüglich der Mobilität, allerdings lägen Beschwerden und eine Hyposensibilität im Bereich des Nervus cutaneus antebrachii lateralis bzw. des Oberflächenastes des Nervus radialis vor. Sie empfahlen die Fortsetzung der physiotherapeutischen Übungen mit progressiver Aufbelastung nach Massgabe der Beschwerden und Verbesserung der Mobilität des Ellbogens sowie eine ergotherapeutische Behandlung zur Normosensibilisierung. Eine klinische Kontrolle erfolgte sechs Monate postoperativ, bis dahin bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/36).

E. 3.1.2

Anlässlich der klinischen Verlaufskontrolle sechs Monate postoperativ am 19. September 2012 konstatierten die behandelnden Ärzte der Uniklinik A.____, Orthopädie, dass sich aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes der Verdacht auf eine Epicondylitis radialis humeri rechts stelle. Sie würden deshalb eine Infiltration im Bereich des Epicondylus radialis humeri rechts durchführen. Eine Verlaufskontrolle erfolge im Dezember 2012 (Urk. 8/57).

E. 3.1.3

Anlässlich der Kontrolle vom 12. Dezember 2012 notierten die Ärzte der Uniklinik A.____, Orthopädie, dass der Beschwerdeführer zweimalig Arbeitsversuche gemacht habe, diese aber nach ein paar Tagen wieder habe aufgeben müssen. Er habe auch versucht, die gesamte Arbeit nun mit dem Gegenarm auszuführen. Er berichte, dass er eine gute Ellenbogenbeweglichkeit, aber keine Kraft und insbesondere bei Belastung Schmerzen im Bereich der Ellenbogenbeuge aber auch im Bereich des antero-lateralen Vorderarmes hätte. Er berichte zudem über eine Hyposensibilität im antero-lateralen Vorderarmbereich sowie auch der ulnaren drei Finger, welche auch mal für die Extension blockiert gewesen seien und durch selbständige Massagen wieder mobil geworden wären. Die Anamnese betreffend den Arbeitsversuch und den Arbeitswillen wirke klar glaubhaft.

Die Beschwerdeschilderung sei glaubhaft und konstant. Der nächste Schritt sollte eine MR-tomographische Bildgebung sein zur genauen Evaluation der Integrität der Rekonstruktion. Daraufhin würden sie mit dem Beschwerdeführer das weitere Prozedere besprechen, allenfalls auch eine Revisionsoperation. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibe klar eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit im körperlich schweren Beruf erstellt (Urk. 7/85).

E. 3.1.4

Aufgrund der weiterhin bestehenden Beschwerden (vgl. Bericht vom 16. Januar 2013, Urk. 8/96 und Bericht vom 13. März 2013, Urk. 8/110) erfolgte am 21. Juni 2013 an der Uniklinik A.____, Orthopädie, eine Reinsertion einer Sehne (distale Bizepssehne) Ellbogen rechts (Austrittsbericht vom 25. Juni 2013, Urk. 8/123). Anlässlich der Verlaufskontrolle am 19. Mai 2014 ein Jahr nach der Operation hielten die behandelnden Ärzte der Uniklinik A.____ fest, dass zwei Jahre nach durchgeführter Reinsertion und knapp ein Jahr nach durchgeführter Revision der langen Bizepssehne nun sowohl MR-tomographisch als auch rheumatologisch und neurologisch kein sicheres Korrelat für die Beschwerden habe gefunden werden können. Die Insertion der langen Bizepssehne sei im MRI regelrecht. Es bestehe weder ein CRPS noch eine neurologische Pathologie. Dementsprechend könnten sie dem Beschwerdeführer keine weitere Therapie mehr anbieten und bäten die Kollegen der Suva um Aufgebot des Beschwerdeführers zur weiteren Abklärung der Arbeitsfähigkeit bzw. Möglichkeit einer Umschulung. Sie hätten dem Beschwerdeführer noch eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis Ende Juni 2014 attestiert. Sie würden ihre Kontrollen hiermit abschliessen (Urk. 8/172).

E. 3.2

Der Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, konstatierte in seinem Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 16. Juni 2014 (Urk. 8/184/6 f.), dass ein mit den Unfallfolgen nicht erklärbares, anhaltend therapieresistentes Schmerzsyndrom an der rechten oberen Extremität nach zweifacher Reinsertion distale Bizepssehne nach Bizepssehnenruptur am 28. Februar 2012 vorliege. In der Beurteilung zur kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Februar 2013 habe

er zu einem äusserst zurückhaltenden Verhalten bezüglich eines erneuten operativen Eingriffes geraten, da er in dieser kreisärztlichen Untersuchung ein eindeutiges Missverhältnis zwischen als Unfallfolgen erklärbaren und geschil derten Beschwerden sowie Hinweise für Selbstlimitierung gesehen habe. Es habe au ch eine Symp tomausweitung vorgelegen. Leider habe sich diese pessimistische Einschätzung bestätigt, der Beschwerdeführer

gebe na ch der erfolg ten zweiten Operation mehr Beschwerden an als zuvor, we lche weiterhin, auch von den be handelnden Ärzten , in ihrem Umfang und Ausmass nicht erklärt werden könn t en. Von den bisher behandelnden Ärzten der Uniklinik A. ___

sei die Behandlung nun für abge schlo ssen erklärt worden.

Nach wie vor sei ein demonstratives Verhalten mit Hinweisen für Selbstlimi tierung zu beobachten, ei ne weitere Symptomausweitung sei (wie im vorigen Absatz erläutert) eingetreten. Auffallend sei hier, dass keinerlei therapeutische Massnahmen (medikamentös, physiotherapeutisch und operativ) zu irgendeinem Zeitpunkt auch nur eine geringe Ver besserung erbracht hätten, sondern aus schliesslich Ver schlechterungen eingetreten seien . Der Beschwerdeführer beschreibe eine völlige Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremitä t, dies bei fortbestehender guter muskulärer Situation, wo bei man bei einer mittlerweile zwei Jahre andauernden Gebrauchsunfähigkeit Muskelatrophien mit einer deutlichen Sei tendifferenz der Umfangsmasse erwarten müsste. Das bei der Bewegungsprüfung aufge fallene minime Streckdefizit im Bereich des rechten Ellbogengelenkes sei funktionell un bedeutend, die zur Verlaufskontrolle durc hgeführte MRI-Untersuchung zeige einen unauffälligen Status nach der Bizepssehnenreinsertion ohne Mu skelbauchreaktion. An den Ex tensorenans ätzen l asse sich eine Partialruptur feststellen, bei der heutigen Prüfung des Widerstandstest s für die Extensorenmuskulatur we rd e allerdings keine Schmerz auslösung eben da angegeben.

Relevante neurologische Defizite seien durch eine umf angreiche neurologische Untersuchung am 18. März 2014 an der Uniklinik A. ___ ausgeschlossen wor den. Die geschilderte Sensibilitätsabschwächung am Unterarm radialseits sei funktionell unbedeutend, fraglich dem Unfallereignis zuzuordnen.

Da alle bisherigen therapeutischen Versuche nur zu Verschlechterungen geführt hätten und auch die nochmalige Nachfrage nach irgendwelchen günstigen Reaktionen auf irgendwelche Therapien oder Modalitäten kategorisch verneint w orden sei, sehe er den medizinischen End zustand gegeben, da keine erfolgs versprech ende Therapie mehr erkennbar sei .

Nach zweimaligen Opera tionen der Bizepssehne rechts mü ss e aufgrund von übli chen Nar benbildungen und Gewebeveränderungen in diesem Bereich davon ausgegangen werden, dass eine 100%ige Tätigkeit als Gipser nicht mehr unein geschränkt zugemutet werden kö nn e . Die Zumutbarkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt sei wie folgt zu beschreiben : Eine vollständige Gebrauchsu nfähig keit des rechten Armes sei unfallbedingt nicht nachvoll ziehbar. Für den Beschwerdeführer ergä ben alle klinischen und diagnostischen Befunde, insbe sondere auch der aktuelle MRI-Befund, sowie das gute funktionelle Ergebnis zusammengenommen folgende Tätigkeiten als zumutbar: Leichte bis mittel schwere Tätigkeiten seien ganztags zumutbar .

Tätigkeiten, welche ein lang andauerndes oder über längere Zeit repetitives kraftvolles Zupacken mit der rechten Hand erfordern, seien zu vermeiden. Eine solche Tätigkeit könne zu 100 % ausgeführt werden.

Es stelle sich damit noch die Frage nach einer Integritätsentschädigung. Im Zumutbarkeitsprofil seien gewisse vorstellbare und mit Unfallfolgen begründbare Einschränkungen dargestellt worden. Diese lägen

s eines Erachtens noch unterhalb dessen, was das UVG mit erheblich und bleibend für eine Integritätsentschädigung fordere, auch wenn sie zu Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils für die Tätigkeit als Gipser führten. Die tatsächlichen Funktionseinbußen seien aufgrund des in der Untersuchung beschriebenen Verhaltens nur schwer einzuschätzen. Immerhin hätten die gesamten Unfallfolgen bisher noch nicht zu einer relevanten Muskelatrophie im Bereich der oberen Extremität geführt, was nach den Aussagen des Beschwerdeführers zu erwarten wäre. Orientiert an dieser Situation liege der Integritätsschaden eines Erachtens gegenwärtig noch unterhalb der Entschädigungsgrenze. Auch ein 10%iges Extensionsdefizit sei nicht entschädigungspflichtig, eben falls nicht die Hyposensibilität im Bereich des radialeseitigen Vorderarms.

Die Medikation mit Dafalgan 1g einmal täglich könne zulasten der Unfallversicherung im Sinne von Leistungen nach Art. 21 UVG weiter verordnet werden.

E. 3.3

Der Beschwerdeführer stellte sich am 24. September 2014 in der Rheumatologie-Sprechstunde der Uniklinik A.____ vor. Die behandelnden Ärzte notierten, dass sich zum jetzigen Zeitpunkt keine klaren Hinweise für das Vorliegen eines CRPS an der rechten oberen Extremität zeige. Im Vordergrund stünden neuropathisch anmutende Schmerzen bei nachgewiesener Läsion des N. cutaneus antebrachii lateralis rechts. Aktuell sähen sie keine Möglichkeit, die Situation aus physikalisch-medizinischer Sicht zu verbessern. Diverseste Physiotherapien seien bereits durchgeführt worden und es sei zu keiner nennenswerten Änderung des Zustandes gekommen. Sollte auf die Neurolyse und Nervendekompression verzichtet werden, empfahlen sie eine Überweisung an das Schmerzambulatorium des C.____ zur schmerztherapeutischen Behandlung (Urk. 8/206).

E. 3.4

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.____ führten in ihrem Bericht vom 8. Juli 2015 (Urk. 8/226) über die ambulanten rheumatologischen Beurteilungen vom 21. April, 1. Juni und 1. Juli 2015 aus, dass sich zusammenfassend hartnäckige chronische Schmerzen im Bereich des rechten Vorderarmes zeigten, welche zu einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Die Schmerzen könnten im Rahmen der postoperativen Veränderungen und der

Tenosynovitis erklärt werden. Hinweise auf ein Komplex-Regionales-Schmerzsyndrom (CRPS) hätten sie nicht, insbesondere zeigten sich keine Trophikstörungen. Therapeutisch hätten sie eine erneute ambulante Physiotherapie initiiert, medikamentös habe der Beschwerdeführer während drei Monaten Ibuprofen ohne Ansprechen eingenommen, auf Voltaren habe er früher nicht angesprochen. Gerne möchten sie noch ein drittes NSAR (Vimovo) ausprobieren und topisch Flector Pflaster anwenden. In Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin hätten sie zudem eine schmerzmodulierende Therapie mit Cymbalta begonnen, wodurch es nach nun zweimonatiger Einnahme laut dem

Beschwerdeführer zu keiner Veränderung gekommen sei. Da ein Vitamin D Mangel zu einer Schmerzverstärkung am Bewegungsapparat führen könnte, sei es bei diesem Beschwerdeführer wichtig, auf eine genügende Substitutionstherapie zu achten. Eine Spiegelkontrolle sei in acht Wochen vorgesehen. Bei Tenosynovitis des M.

extensor carpi radialis longus möchten sie gerne eine Infiltration der dortigen Sehnenscheide durchführen, der Beschwerdeführer werde dafür aufgeboten. Eine ambulante rheumatologische Verlaufskontrolle finde in drei Monaten statt. Sollten diese therapeutischen Massnahmen ebenfalls zu keiner Beschwerdelinderung führen, würden sie ihn im Verlauf allenfalls in die interdisziplinäre Schmerzprechstunde überweisen.

E. 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, hielt in seiner neurologischen Beurteilung vom 14. Oktober 2015 fest (Urk. 8/229/9 f.), dass zusammenfassend festgestellt werden könne, dass relativ frühzeitig im Verlauf eine gewisse Gefühlsminderung im Versorgungsbereich des Nervus cutaneus antebrachii lateralis rechts aufgrund des Unfallmechanismus durchaus plausibel erscheine.

Die folgende Ausdehnung der Sensibilitätsstörung, mal in den Bereich der ulnaren drei Finger rechts, mal in den Bereich des Daumens, seien klinisch, elektrophysiologisch und bildgebend in keinsten Weise nachzuvollziehen. Die Taubheit im Bereich des Unterarmes sei funktionell unbedeutend, eine Beeinträchtigung bei gleichzeitig vollständig erhaltener Greiffunktion für normale Tätigkeiten mit manuellem Schwerpunkt sei nicht erkennbar. Die Kriterien für das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes seien weder nach den Anhaltspunkten in der Diagnostikstellung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Literatur), der Europäischen Neurologischen Gesellschaften, noch den Empfehlungen der Schweizerischen Interessensgemeinschaft gegeben (1-3). Es dürfe bezweifelt werden, ob der Beschwerdeführer konsistente Angaben bezüglich seiner Schmerzsymptomatik abliefern könne, dies insbesondere aus folgenden Gründen: (1) Trotz angeblicher stärkster Schmerzen und deswegen bedingter Ausschaltung des gesamten Armes aus dem Bewegungsablauf liessen sich auch zwei Jahre nach dem Unfallereignis vollkommen normale trophische Muskelverhältnisse, insbesondere mit normalen Umfangsmassen seitengleich gemessen, dokumentieren. Dies wäre bei der schmerzbedingten Ausschaltung des Armes, wie vom Beschwerdeführer angegeben, nicht möglich - es würde sich bereits nach wesentlich kürzerer Zeit eine erhebliche Muskelatrophie auf der betroffenen Seite darstellen. (2) Es fanden sich in sämtlichen relevanten Nervenstrukturen vollkommen normale Verhältnisse, wie in der neurophysiologischen Untersuchung in der Uniklinik A.____, Abteilung Neurologie, nachgewiesen worden sei. Lediglich der Nervus cutaneus antebrachii lateralis rechts werde als mit verminderter oder nicht darstellbarer Amplitude angegeben, klinisch in Übereinstimmung mit der entsprechenden Hyposensibilität. Ein relevantes Schmerzsyndrom, welches sich mit einer Verzögerung von Monaten in diesem Bereich manifestiere, sei ihm nicht bekannt.

Auf jeden Fall wären mögliche Beschwerden (wie vom Beschwerdeführer selbst als leichter massiger Dauerschmerz anlässlich der Besprechung im Betrieb angegeben) nicht limitierend und mit Sicherheit unterhalb dessen, was im UVG als erheblich und dauerhaft anzusehen wäre.

Ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden aus dem Fachgebiet Neurologie sei nicht entstanden.

E. 3.6

Dr. B.____ nahm am 5. November 2015 erneut Stellung und konstatierte, dass bei nun sämtlichen vorliegenden Unterlagen festgestellt werden müsse, dass sich auch mit der neuen MRT-Diagnostik im Vergleich zum Status bei seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Juni 2014 keine relevanten Veränderungen ergeben hätten. Die im MRT vom 15. Mai 2015 dargestellten post operativen Veränderungen entlang der distalen Bizepssehne seien nach zwei maliger Operation dort zu erwarten. Diese Veränderungen seien bei seiner Zumutbarkeitsbeurteilung berücksichtigt worden. Die im MRI vom 5. Juni 2015 am Vorderarm rechts festgestellte leichtgradige Tenosynovitis der Sehne

des Musculus extensor carpi radialis longus sei unbedeutend und sowieso nur fraglich unfallkausal. Neurologischerseits sei in der Beurteilung von Dr. D.____ festgestellt worden, dass keine relevanten neurologischen Defizite vorlägen. Das beschriebene Taubheitsgefühl sei zudem funktionell unbedeutend. Die nun ganzen durchgeführten Untersuchungen hätten ergeben, dass kein Rückfall vorliege, es ergäben sich auch keine Indikationen für besondere therapeutische Massnahmen. Das Zumutbarkeitsprofil bleibe bestehen (Urk. 8/238).

E. 4.1

Der Untersuchungsbericht von Dr. B.____ vom 16. Juni 2014, seine ergänzende Stellungnahme vom 5. November 2015 sowie die neurologische Beurteilung von Dr. D.____ vom 14. Oktober 2015 (vgl. E. 3.2, E. 3.5 und E. 3.6) beruhen auf allseitigen Untersuchungen (Dr. B.____) , berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilungen der medizinischen Situation leuchten ein. Auch sind die Schlussfolgerungen ausführlich begründet. Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Berichts bzw. der Stellungnahmen sprechen, bestehen keine. Der Bericht von Dr. B.____ sowie seine Stellungnahme vom 5. November 2015

und die Beurteilung von Dr. D.____ erfüllen daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.2).

E. 4.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass gestützt auf die Ausführungen von Dr. D.____ und der Ärzte der Klinik für Neurologie des C.____ vom 17. Juni 2016 klinisch nachweisbare Körperschädigungen, nämlich eine Schädigung des N. radialis rechts und des N. cutaneus antebrachii lateralis rechts belegt sei, welche die Beschwerden des Beschwerdeführers erklären würden.

Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. D.____ - wie vom Beschwerdeführer richtigerweise festgehalten - eine Gefühlsminderung im Versorgungsbereich des Nervus cutaneus antebrachii lateralis rechts aufgrund des Unfallmechanismus als durchaus plausibel beurteilte, die folgende Ausdehnung der Sensibilitätsstörung allerdings als in keinster Weise nachvollziehbar erachtete. Auch legte er nachvollziehbar und schlüssig dar, dass die Taubheit im Unterarm funktionell unbedeutend sei und die Kriterien für das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes nicht gegeben seien (E. 3.5).

Daran vermag auch der erst im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der Ärzte der Klinik für Neurologie des C.____ vom 17. Juni 2016 (Urk. 3/4) nichts zu ändern, da daraus keine weitergehende funktionelle Einschränkung hervorgeht: Die Ärzte hielten

zusammenfassend fest, dass bei entsprechender klinischer Angabe einer Hyperalgesie im Innervationsgebiet des R. superficialis n. radialis rechts, sowie Amplitudendifferenz in der sensiblen Neurographie zu Ungunsten von rechts eine Schädigung des R. superficialis n. radialis rechts wahrscheinlich sei. Zudem sei bei in der Uniklinik A. ___ nicht ableitbarer Neurographie und entsprechender klinischer Angabe auch eine Schädigung des N. cutaneus ante brachii lateralis rechts anzunehmen. Zur symptomatischen Therapie seien bereits frustrane Versuche mit Pregabalin und Duloxetin erfolgt, so dass aktuell von den Kollegen der Rheumatologie eine Behandlung mit Saroten empfohlen werde. Sie bäten die Kollegen der Psychiatrie im Rahmen der nächsten Konsultation die Therapie zu initiieren. Eine reguläre Verlaufskontrolle sei nicht geplant.

E. 4.3

Die medizinische Aktenlage erweist sich damit als umfassend und es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ganztags arbeitsfähig ist. Tätigkeiten, welche ein langandauerndes oder über längere Zeit repetitives kraftvolles Zupacken mit der rechten Hand erfordern, sind nicht zumutbar (E. 3.2).

E. 5

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der in qualitativer Hinsicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit:

E. 5.1.1

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 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. 5.1.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2. 3 mit Hinweisen). Die DAP ist eine Sammlung von Beschreibungen in der Schweiz tatsächlich existierender Arbeitsplätze. Damit unterscheidet sie sich von der

tabellarischen Darstellung von Durchschnittslöhnen, die im Rahmen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) vom Bundesamt für Statistik regelmässig erhoben werden. Neben allgemeinen Angaben und Verdienstmöglichkeiten werden in der DAP die physischen Anforderungen an die Stelleninhaber oder Stelleninhaberinnen festgehalten. Der Raster der körperlichen Anforderungskriterien basiert auf dem internationalen medizinischen Standard EFL nach Isernhagen (ergonomische Funktions- und Leistungsprüfung). Die Suva entschloss sich 1995 zum Aufbau der DAP mit dem Zweck, das Invalideneinkommen entsprechend den gerichtlichen Anforderungen so konkret wie möglich ermitteln zu können (BGE 139 V 592 E. 6.1 mit Hinweisen). Bei Heranziehen der DAP hat sich die Ermittlung des Invalideneinkommens auf mindestens fünf zumutbare Arbeitsplätze zu stützen. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Damit soll die Überprüfung des Auswahlermessens ermöglicht werden, und zwar in dem Sinne, dass die Kenntnis der Gesamtzahl der dem verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Arbeitsplätze sowie des Höchst-, Tiefst- und Durchschnittslohnes im Bereich des Suchergebnisses eine zuverlässige Beurteilung der von der Suva verwendeten DAP-Löhne hinsichtlich ihrer Repräsentativität erlaubt. Das rechtliche Gehör ist dadurch zu wahren, dass die Suva die für die Invaliditätsbemessung im konkreten Fall herangezogenen DAP Profile mit den erwähnten zusätzlichen Angaben auflegt und die versicherte Person Gelegenheit hat, sich dazu zu äussern. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben, damit sich die Suva im Einspracheentscheid damit auseinandersetzen kann. Ist die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, kann im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden; die Suva hat diesfalls im Einspracheentscheid die Invalidität aufgrund der LSE-Löhne zu ermitteln. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (BGE

139 V 592 E. 6.3, 129 V 472 E.

4.7.2). Rechtsprechungsgemäss sind im Rahmen des DAP-Systems, bei dem aufgrund der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung anhand von Arbeitsplatzbeschreibungen konkrete Verweisungstätigkeiten ermittelt werden, Abzüge grundsätzlich nicht sachgerecht. Abzüge sind nur vorzunehmen, wenn zeitliche oder leistungsmässige Reduktionen medizinisch begründet sind. Im Übrigen wird spezifischen Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit bei der Auswahl der zumutbaren DAP-Profile Rechnung getragen. Bezüglich der weiteren persönlichen und beruflichen Merkmale (Teilzeitarbeit, Alter, Anzahl Dienstjahre, Aufenthaltsstatus), die bei der Anwendung der LSE zu einem Abzug führen können, ist darauf hinzuweisen, dass auf den DAP-Blättern in der Regel nicht nur ein Durchschnittslohn, sondern ein Minimum und ein Maximum angegeben sind, innerhalb deren Spannweite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann (BGE 139 V 592 E. 7.3, 129 V 472 E. 4.2.3).

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen für das Jahr 2014 in Höhe von Fr. 71'500.-- fest (vgl. Urk. 8/188), was aufgrund der Aktenlage plausibel ist (Urk. 8/162) und des Weiteren unbestritten blieb (Urk. 1).

E. 5.3.1

Die Beschwerdegegnerin hat der Festsetzung des Invalideneinkommens fünf DAP-Blätter zugrunde gelegt (Urk. 8/187). Bei den angeführten Arbeitsplätzen handelt es sich um Stellen als Kontrolleur (DAP-Nr. 6103), Überwacher (DAP-Nr. 6467), Lagerangestellter (DAP-Nr. 10729), Verpacker (DAP-Nr. 5610) und Maschinist (DAP-Nr. 5491). Der Durchschnittslohn dieser fünf Arbeitsplätze beträgt für das Jahr 2014

Fr. 65'678.60 (Urk. 8/187).

E. 5.3.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, dass die Aussichten im Bereich Controlling einen Job zu erhalten reichlich mager seien. So seien bei den vorgeschlagenen Berufen nicht mehr als fünf Arbeitsstellen in Betrieb gesetzt. Dem ist entgegen zuhalten, dass der Einkommensvergleich anhand der ausgeglichenen Arbeitsmarktlage zu bestimmen ist (vgl. E. 5.1.3), wobei nicht massgeblich ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 2.2).

Des Weiteren ist festzuhalten, dass der herangezogene Durchschnittslohn der Beschwerdegegnerin in Höhe von Fr. 65'678.60 ungefähr in der Mitte zwischen dem Minimal- und dem Maximallohn in Höhe von Fr. 65'246.-- ([Fr. 48'321.-- + Fr. 82'171.--] : 2) zu liegen kommt, weshalb die Höhe des herangezogenen Durchschnittslohnes nicht zu beanstanden ist. Auch hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch darauf, fünf seiner Meinung nach angemessene Arbeitsplätze auszuwählen.

E. 5.3.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass der Beruf des Lagerangestellten ungeeignet sei, da es notwendig sei, beidhändig zu arbeiten und man mit dem Handrolli in der Produktionshalle die Materialien herumtransportieren müsse, was einhändig nicht gehe. Auch müssten Gewichte zwischen 10-25 kg bis zur Lendenhöhe gehoben werden, was bei einem gefühllosen rechten Arm eine Überforderung darstelle (Urk. 1). Gemäss dem Anforderungsprofil (Urk. 8/187/38) seien manchmal sehr leichte, leichte und mittelschwere Pakete (10-25 kg) zu heben. Beidhändigkeit sei erforderlich. Des Weiteren sei Material mit dem Handrolli in der Produktionshalle zu transportieren.

Diese Tätigkeiten sind allesamt leicht bis mittelschwer und verlangen kein repetitives kraftvolles Zupacken mit der rechten Hand, sondern lediglich das beidhändige Heben und Tragen von Gewichten bis 25 kg und das Bedienen des Handrollis. Damit entspricht die Tätigkeit als Lagermitarbeiter dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil.

E. 5.3.4

Der Beruf des Verpackers erfordert oft das Heben und Tragen von sehr leichten Gewichten und sehr oft das Heben und Tragen von leichten Gewichten. Das Hantieren wird als mittel qualifiziert, was oft notwendig sei. Für die Tätigkeit ist Beidhändigkeit ein Erfordernis. Es

seien gefaltete Kartonschachteln zu entfalten und auf die Maschine zu legen. Zu verpackende Computergehäuse müssten auf das Förderband gelegt werden. Nach dem maschinellen Verpacken seien die Kartons ab dem Förderband zu nehmen und auf Paletten aufzustapeln (Urk. 8/187/43 f.).

Auch diese Tätigkeit entspricht – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – vollumfänglich dem Zumutbarkeitsprofil, da auch dies eine leichte Tätigkeit ohne langandauerndes oder über längere Zeit repetitives kraftvolles Zupacken mit der rechten Hand ist.

E. 5.3.5

Der Beschwerdeführer brachte des Weiteren vor, dass der Beruf Maschinist eben falls ungeeignet sei.

In dieser Tätigkeit werde manchmal das Heben von sehr leichten und mittel schweren und oft das Heben von leichten Gewichten erfordert. Das Hantieren sei ebenfalls als mittel zu qualifizieren und werde oft durchgeführt. Die Beidhändigkeit sei erforderlich. Es sei eine Tätigkeit an der Vertikalschneidemaschine, wobei Schaumstoffblöcke so geschnitten werden, dass Matten entstehen. Man müsse Zeichnungen lesen, die Maschine einstellen und Störungen beheben. Die Blöcke würden mit dem Stapler von einem anderen Mitarbeiter herangeholt (Urk. 8/187/46 ff.). Auch diese Tätigkeit erfüllt das medizinische Zumutbarkeitsprofil entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers vollumfänglich, da die Tätigkeiten keinerlei kräftiges repetitives Zupacken erfordern und nicht ersichtlich ist, inwieweit er bei der Bedienung der Schneidemaschine physisch eingeschränkt sein soll.

E. 5.3.6

Auch die beiden weiteren von der Beschwerdegegnerin ausgewählten Stellen als Schlusskontrolleur und Überwacher (Urk. 8/187/29 ff.) entsprechen vollumfänglich dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil. Die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten Stellen sind dem Beschwerdeführer entsprechend allesamt zumutbar.

Zusammengefasst gab die Beschwerdegegnerin die Gesamtzahl der in Betracht der Einschränkung des Beschwerdeführers in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an (Urk. 8/187). Des Weiteren hat die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers dadurch gewahrt, dass die konkret herangezogenen DAP-Profile in den Akten vorhanden sind bzw. auflagen (vgl. E. 3.1.3; Urk. 8/187).

Damit sind vorliegend die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Löhne erfüllt (vgl. E.

5.1.2). Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Einkommensvergleich den sich aus den fünf DAP-Profilen ergebenden Durchschnittslohn von Fr. 65'678.60 als Invalideneinkommen zugrunde gelegt hat.

E. 5.4

Setzt man das Valideneinkommen in Höhe von Fr. 71'500.-- dem Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 65'678.60 gegenüber resultiert eine Erwerbseinbusse in Höhe von Fr. 5'821.40 (Fr. 71'500.-- - Fr. 65'678.60), was einem rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von rund 8 % (Fr. 5'821.40 : Fr. 71'500.--) entspricht. Die Beschwerdegegnerin verneinte entsprechend zu Recht einen Anspruch auf eine

Invalidenrente.

E. 6

Der Beschwerdeführer beantragte des Weiteren eine angemessene Integritätsentschädigung.

E. 6.1

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, geistigen oder psychischen 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. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

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). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

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 jedoch 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. 6.2

Dr. B.____ und Dr. D.____ gelangten in ihren beweiskräftigen Stellungnahmen (vgl. E. 4) mit überzeugender Begründung zum Schluss, dass keine Integritätsentschädigung geschuldet sei, worauf verwiesen werden kann (vgl. E. 3.2, E. 3.5 und E. 3.6). Der Beschwerdeführer brachte des Weiteren auch nicht vor, inwieweit die Einschätzungen von Dr. D.____ und Dr. B.____ in Bezug auf die Integritätsentschädigung nicht nachvollziehbar seien oder gestützt auf welche andauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität eine Integritätsentschädigung zuzu sprechen wäre. Die Beschwerdegegnerin verneinte damit zu Recht einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

E. 7

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. August 2016 erweist sich damit als richtig und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 8.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana - Suva - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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