

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00214 vom 28. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00214

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00214 du 28 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00214 del 28 novembre 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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

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, ATSG), 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). 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).

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

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 Vorkenntnisse (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. 2

9. September 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer in einer näher umschriebenen Tätigkeit vollschichtig einsatzfähig sei, wobei pro Stunde jeweils 10 Minuten Pause angemessen seien (S. 5). Zur Ermittlung des Invalideneinkommens sei auf die genannten DAP-Profile abzustellen. Aufgrund der Notwendigkeit von Pausen sei dieses entsprechend zu reduzieren. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs ergebe sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 29 % (S. 6 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte sie ergänzend aus, dass es nebst den unfallkausalen Beschwerden auch zu erheblichen unfallfremden Beschwerden an beiden Ellbogen sowie am rechten Daumen gekommen sei, welche bei der Beurteilung nicht berücksichtigt werden dürften (S. 5).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil sei unhaltbar. Die Annahme einer vollschichtigen

Einsatzfähigkeit stehe im Widerspruch zu den übrigen Akten (S. 4). Die beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung seien aufgrund des unhaltbaren Zumutbarkeitsprofils gescheitert. Sämtliche Versuche einer Steigerung des Pensums hätten zu einer markanten Zunahme der unfallbedingten Beschwerden am rechten Arm geführt. Zudem seien Beschwerden am vormals gesunden linken Arm aufgetreten. Das Zumutbarkeitsprofil sei auch aus arbeitsrehabilitativen Gründen abzulehnen (S. 9 ff.). Es sei von einer unfallbedingten Restarbeitsfähigkeit von höchstens 50 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Zudem sei es stossend, dass die Beschwerdegegnerin nicht auf die vorgebrachten Einwände zum medizinischen Sachverhalt eingegangen sei (S.

12). Der Berechnung des Invaliditätsgrades könne gefolgt werden. Bei einer 50%igen Erwerbsunfähigkeit ergebe sich demnach eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von 64 % (S. 14).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Höhe der Invalidenrente. Dabei umstritten ist einzig die unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit.

E. 3.1

Vorab gilt es die vom Beschwerdeführer gerügte Gehörsverletzung zu beurteilen, wonach die Beschwerdegegnerin nicht auf die Einwände zum medizinischen Sachverhalt eingegangen sei (vgl. Urk. 1 S. 12).

E. 3.2

Ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben der expliziten gesetzlichen Regelung in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) garantiert wird, ist das Recht der versicherten Person, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1).

Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E).

4.1). Die Beschwerdegegnerin darf ihre Begründung allerdings auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken und muss sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen (BGE 133 I 270 E. 3.1, 124 V 180 E. 1a); es ist nicht erforderlich, dass sich die Begründung mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (BGE

136 I 184 E. 2.2.1). Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und weshalb die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Es muss

erkennbar sein, ob die Behörde es überhaupt in Betracht gezogen hat. Sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 56 zu Art. 49 ATSG, mit Hinweis auf BGE 124 V 182).

E. 3.3

Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort auf die vorgebrachten Einwände zum medizinischen Sachverhalt eingegangen ist. So wiederholte sie vielmehr das bereits in der Verfügung Vorgebrachte und nahm lediglich eine leichte Änderung bei der Bemessung des Invalideneinkommens vor. Auf die vom Beschwerdeführer erwähnten abweichenden medizinischen Beurteilungen sowie die Ausführungen zu den gescheiterten Wiedereingliederungsversuchen ging sie dagegen nicht ein. Zwar hat sich die Beschwerdegegnerin nicht einlässlich mit allen Parteistandpunkten auseinandergesetzt, doch wird durch das vollständige Missachten sämtlicher Vorbringen das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt. Dieser hat allerdings die Gelegenheit erhalten, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, womit die Verletzung als geheilt betrachtet werden kann (BGE 132 V 387 E. 5.1, 124 V 180 E. 4a).

E. 4.1

Am 29. September 2012 wurde der Beschwerdeführer laut Unfallmeldung vom 3. Oktober 2012 von einem Auto angefahren und zog sich dabei Brüche am Oberarm und Gesicht zu (vgl. Urk. 9/2 Ziff. 6, Ziff. 9). Er war daher vom 29. September bis 1. Oktober 2012 im Klinikum der Universität Z. stationär hospitalisiert (vgl. Urk. 9/9 S. 3).

E. 4.2

Nach dem Rücktransport in die Schweiz erfolgte sodann vom 1. bis 9. Oktober 2012 eine stationäre Hospitalisation

im Spital A. Mit Austrittsbericht vom 8. Oktober 2012 (Urk. 9/22; vgl. auch den Operationsbericht vom 4. Oktober 2012, Urk. 9/23) informierten die Ärzte über die operative Versorgung der Humerusschaftfraktur rechts, wobei sich der postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet habe. Als Diagnose nannten sie Folgendes (S. 1): - Polytrauma vom 29. September 2012 mit/bei: - Fraktur der Schädelkalotten temporal links inklusive Pneumenzephalon - stabilem minimem Subduralhämatom temporal links - leicht dislozierter Fraktur des Orbitadachs links - kaum dislozierter Humerusschaftquerfraktur rechts - Verdacht auf Rippenfraktur Th 8-12 dorsolateral rechts

Der Beschwerdeführer sei vom 1. Oktober bis 18. November 2012 vollständig arbeitsunfähig (S. 2).

E. 4.3

Dem Bericht der Ärzte des Spitals A. vom 19. November 2012 (Urk. 9/35) ist zu entnehmen, dass die zur Verlaufskontrolle vorgenommene Computertomographie (CT) des Schädels kein subdurales Hämatom mehr gezeigt habe und eine verheilte Kalottenfraktur ersichtlich gewesen sei. Der Belastungsaufbau des rechten Oberarms habe durch Physiotherapie zu erfolgen (S. 2).

E. 4.4

Dr. med. B.____, Facharzt für Oto - Rhino -Laryngologie, für Arbeitsmedizin sowie für Allergologie und klinische Immunologie, nahm am 9. April 2013 eine ärztliche Beurteilung vor (Urk. 9/91). Hinsichtlich der Kausalität des beklagten Tinnitus hielt er fest, dass das Reintonaudiogramm ein altersentsprechend normales Gehör zeige, weshalb der subjektiv empfundene Tinnitus aus rein oto-rhino-laryngologischer Sicht nicht erklärt werden könne (S. 1).

E. 4.5

Mit Austrittsbericht vom 6. Mai 2013 (Urk. 9/101) informierten die Ärzte der Rehaklinik C.____ über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 11. März bis 16. April 2013 und nannten – hier gekürzt aufgeführt - folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 29. September 2012 mit/bei: - traumatische Hirnverletzung, subduralem Hämatom temporal links, Kalottenfraktur mit intrakraniellen und intraorbitalen Lufteingüssen, geringer Dislokation am linken Orbitadach - Querfraktur des Humeruschafts rechts mit Biegungskeil lateral - Rippenserienfraktur dorsolateral rechts 8. – 12. Rippe - Status nach Anpassungsstörung mit psychotraumatologischer Symptomatik und leichter affektiver Auslenkung, inzwischen weitgehend remittiert (ICD-10 F43.28)

Eine psychische Störung, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte, liege nicht vor. Die bisherige Tätigkeit als Kundenmaurer sei dem Beschwerdeführer derzeit nicht zumutbar. Die Zumutbarkeitsbeurteilung für eine angepasste Tätigkeit sei noch verfrüht, da er sich derzeit noch in der medizinischen Phase befinde. Er sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Das arbeitsrelevante Problem stelle das rechte Schultergelenk mit deutlicher Bewegungseinschränkung dar (S. 2 f.).

E. 4.6

Am 14. Juni 2013 wurde im Spital A.____ eine Narbenkorrektur und eine Osteosynthesematerialentfernung

am Humerus rechts vorgenommen (vgl. Operationsbericht vom 14. Juni 2013, Urk. 9/118). Der Beschwerdeführer war daher vom 14. bis 16. Juni 2013 stationär hospitalisiert, wobei sich der Verlauf komplikationslos gestaltet habe

(vgl. undatierter Austrittsbericht, Urk. 9/131).

E. 4.7

Sodann wurde am 10. Januar 2014 in der D.____ Klinik an der rechten Schulter eine arthroskopische Probeentnahme, eine Fadenankertenodese der langen Bizepssehne sowie eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und eine Akromioplastik durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 10. Januar 2014, Urk. 9/183). Der Beschwerdeführer war vom 10. bis 12. Januar 2014 stationär hospitalisiert, wobei sich der postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet habe (vgl. Austrittsbericht vom 12. Januar 2014, Urk. 9/184).

E. 4.8

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, D.____ Klinik, nannte mit Bericht vom 25. Juni 2014 (Urk. 9/222) folgende – hier gekürzt aufgeführte - Diagnose (S. 1): - Status nach antibiotischer Therapie bei Low-Grade- Infekt der dominanten rechten Schulter mit/bei: - Status nach Humeruskopffraktur, Marknagelung und Wundheilungsstörung im Jahr 2012, Nagelentfernung im Jahr 2013 - arthroskopischer Probeentnahme, Fadenankertenodese der

langen Bizepssehne und Rotatorenmanschettenrekonstruktion am 10. Januar 2014 -
antibiotischer intravenöser (i.V.) Therapie vom 11. Januar bis 7. Februar 2014

Als Nebendiagnose erwähnte er ein leichtes Ausfallsyndrom des Nervus

ulnaris im rechten Sulcus - Bereich bei unauffälliger elektrophysiologischer Untersuchung.
Der Verlauf sei weiterhin frustrierend. Eine Besserungstendenz sei nicht erkennbar.
Langfristig müsse sicherlich eine Tätigkeit

ausgeübt werden, in welcher der rechte Arm lediglich einen Hilfsarm darstelle. Mit grosser
Wahrscheinlichkeit seien mittelschwere und schwere Belastungen lebenslang nicht mehr
durchführbar (S. 1 f.).

E. 4.9

Eine erneute ärztliche Beurteilung durch Dr. B.____ erfolgte am 7. Juli 2014 (Urk.

E. 4.10

Am 21. August 2014 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im gleichentags erstellten Bericht (Urk. 9/233) hielt er im Wesentlichen eine deutlich schmerz- und mechanisch bedingte Funktions einschränkung des rechten Schultergelenks nach operativ versorgter kaum dislozierter Humerusschaftquerfraktur rechts fest. Die Fraktur sei verheilt. Der medizinische Endzustand sei allerdings noch nicht erreicht. Eine Verbesserung der Schmerzsituation sowie der eingeschränkten Funktion sei möglich. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter vollständig arbeitsunfähig. Das provisorische Zumutbarkeitsprofil für den allgemeinen Arbeitsmarkt beschrieb Dr. F.____ wie folgt: der Beschwerdeführer sei vollschichtig einsatzfähig für jede Tätigkeit, bei der die Abspreizung des rechten Oberarmes im Schultergelenk nicht über 40° und die Elevation nicht über 50° hinausgehe. Bei diesen Bewegungsausschlägen und -richtungen sollten keine Lasten über 5 kg bewegt werden. Mittelschwere Lasten bis 15 kg dürften am hängenden Arm transportiert, aber nicht gehoben werden. Dabei sei auch das Anheben von Lasten bis Beckenhöhe zu vermeiden. Mit dem linken Arm könnten mittelschwere bis schwere Lasten ohne Einschränkung bewegt werden. Der Umgang mit Arbeitsgeräten, welche Vibrationen und Schläge übertragen würden, sei ungeeignet. Eine Neubeurteilung sei in frühestens 6 Monaten sinnvoll (S. 7 f. Ziff. 5).

E. 4.11

Mit Bericht vom 2. September 2014 (Urk. 9/236) erachtete Dr. E.____

dieses erstellte Belastungsprofil als eher offensiv. Eine maximale Hebebelastung von 16 kg sei eher zu hoch. Für leichte Tätigkeiten sei derzeit sicherlich eine Arbeitsfähigkeit in einem reduzierten Pensum zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit als Maurer sei der Beschwerdeführer weiterhin vollständig arbeitsunfähig (S. 1 f.).

E. 4.12

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 11. September 2014 (Urk. 9/240) erachtete Dr. F.____ den medizinischen Endzustand aller Unfallfolgen als erreicht (S. 5 Ziff. 3.2).

E. 4.13

Mit Schreiben vom 22. September 2014 (Urk. 9/244) nahm Dr. E.____ eine Zumutbarkeitsbeurteilung vor und erachtete den rechten Arm des Beschwerdeführers für

Hantierungen in Körferferne als nicht einsetzbar . Ebenfalls nicht zumutbar seien Bewegungen, welche 50° Elevation und 40° Abduktion über schreiten würden.

Bei hängendem Arm könnten mittelschwere Lasten bis 15 kg transportiert werden. Am linken Arm bestehe keine Einschränkung.

E. 4.14

Am 19. August 2015 erfolgte eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Dr. F.____ . Im gleichentags erstellten Bericht (Urk. 9/293) nannte er folgende Diagnose (S. 6): - Status nach antibiotischer Therapie bei Low-Grade-Infekt des rechten Schultergelenks mit/bei: - Status nach kaum dislozierter Humerusschaftquerfraktur rechts, Marknagelung und Wundheilungsstörung im Jahr 2012, Nagelentfernung im Jahr 2013 - arthroskopischer Probeentnahme, Fadenankertenodese der langen Bizepssehne und Rotatorenmanschettenrekonstruktion am 10. Januar 2014 - antibiotischer i. V. -Therapie vom 11. Januar bis 7. Februar 2014 - Verdacht auf peripheres Nervenkompressionssyndrom des Nervus

ulnaris rechts

Die klinische Untersuchung zeige , dass sämtliche Funktionen des rechten Schultergelenks im Vergleich zur im August 2014 erfolgten Voruntersuchung schlechter geworden seien. Der medizinische Endzustand sei erreicht. Das im August 2014 beschriebene provisorische Zumutbarkeitsprofil habe sich verschlechtert. Der Beschwerdeführer sei vollschichtig einsatzfähig für Tätigkeiten, bei denen die Abspreizung des rechten Oberarms im Schultergelenk nicht über 30° und die Elevation nicht über 40° hinausgehe. Bei diesen Bewegungsrichtungen sollten keine Lasten über 5 kg bewegt werden . Sporadisch dürften Lasten bis 10 kg am hängenden Arm transportiert, nicht aber gehoben werden. Das Anheben von Lasten bis Beckenhöhe sei zu vermeiden. Der Umgang mit Arbeitsgeräten, welche Stöße und Schläge oder Vibrationen in den rechten Arm übertragen würden, sei ungeeignet. Betriebliche Pausen zur Erholung des rechten Schultergelenkes seien zu gewähren, wobei

E. 4.15

Dr. med. G.____ , Facharzt für Neurologie, nannte mit Bericht vom 7. September 2015 (Urk. 9/308) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Unfall vom 29. September 2012 mit/bei: - Contusio cerebri mit Subduralhämatom temporal links, Kalottenfraktur - Humerusschaftquerfraktur rechts, geschlossene Reposition am 4. Oktober 2012, Metallentfernung am 14. Juni 2013 - Verdacht auf leichte Läsion des Nervus

radialis am Oberarm - nicht-pulssynchronem Tinnitus linksbetont - leichtes Sulcus

ulnaris -Syndrom rechts, wahrscheinlich Druckschädigung - Epicondylitis

humeri

lateralis beidseits linksbetont

Aufgrund der klinischen und elektrodiagnostischen Befunde könne neuerdings von einem leichten Sulcus

ulnaris -Syndrom rechts ausgegangen werden. Dieses sei sehr wahrscheinlich infolge Druckschädigung durch Abstützen des Ellbogens entstanden . Die Schmerzen im rechten Daumen, welche sich lokal nicht eindeutig reproduzieren lassen würden, seien unklar. Das

Hauptproblem bleibe die Schulterproblematik (S. 2).

E. 4.16

Dem Bericht von Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, vom 25. September 2015 (Urk. 9/311) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): -
Rehabilitationsdefizit des Interphalangealgelenks (IP)

Dig. I rechts - Epicondylitis

humeri

radialis links - Status nach Humerusschaftfraktur rechts im Jahr 2012 mit Status nach Marknagelung und postoperativer Wundheilungsstörung - Status nach Marknagelentfernung, 2013 - Status nach arthroskopischer Probeentnahme, Fadenanker, Tenodesse der langen Bizepssehne und Rotatorenmanschettenrekonstruktion rechts vom 10. Januar 2014 - Status nach antibiotischer i.V.-Therapie vom 1. Januar bis 7. Juli 2014 bei Low-Grade-Infekt

Bei den Restbeschwerden am rechten Daumen handle es sich um ein gewisses Rehabilitationsdefizit, welches ergotherapeutisch angegangen werden sollte. Im Rahmen einer forcierten Flexionsbehandlung sollten die derzeit noch vorhandenen Symptome regressieren (S. 2).

E. 4.17

Der Kreisarzt Dr. F.____ kam am 6. Oktober 2015 zum Schluss, dass das endphasige Flexionsdefizit ohne weitere pathologische klinische und radiologische Befunde nicht ausreiche, um einen mehr als nur möglichen unfallkausalen Zusammenhang herzustellen. Daher seien am Daumen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen feststellbar (vgl. Urk. 9/312).

E. 4.18

Mit Schreiben vom 14. Dezember 2015 (Urk. 9/321) berichtete Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, darüber, dass sich der Zustand der rechten Seite nicht verschlimmert habe. Durch die vermehrte Belastung im Sinne einer Epicondylitis

radialis

seien jedoch zusätzlich Schmerzen im Bereich des linken Armes aufgetreten. Die durch die Invalidenversicherung veranlassten Massnahmen zur Reintegration seien gescheitert. Der Beschwerdeführer sei in der freien Wirtschaft vollständig arbeitsunfähig. Zusätzlich liege eine psychische Belastung infolge der Wertlosigkeit und Hilflosigkeit gegenüber den Versicherungen

vor. Das Ausüben einer behinderungsangepassten Tätigkeit setze eine Umschulung voraus.

E. 4.19

Am 29. Dezember 2015 erfolgte eine weitere kreisärztliche Beurteilung durch Dr. F.____ (Urk. 9/325). Dabei hielt er fest, dass nach Angaben des Beschwerdeführers und nach der Aktenlage im Vergleich zum Ausmass der Beschwerden anlässlich der im August 2015 erfolgten kreisärztlichen Untersuchung keine Zustandsverschlimmerung der unfallbedingten Beschwerden vorliege. Der Endzustand der Unfallfolgen sei weiterhin erreicht (S. 5).

E. 4.20

Mit Bericht vom 7. September 2016 (Urk. 9/352) diagnostizierte Dr. E.____ im Wesentlichen eine persistierende posttraumatische Brachialgie und anhaltende Funktionseinschränkung der rechten Schulter. Der Beschwerdeführer habe multiple Wiederein-gliederungsversuche unternommen.

Sämtliche Arbeiten hätten wegen anhaltender und wiederkehrender Schmerzen sowie der Unfähigkeit, gewisse Tätigkeiten auszuüben, wieder abgebrochen werden müssen. Der objektivierbare Befund habe sich im Vergleich zum Sommer 2014 verschlechtert. Eine Belastung des rechten Armes sei nicht zumutbar. Die aktive Bewegungsamplitude habe sich nochmals reduziert und betrage - unter Schmerzen - in Elevation sowie Abduktion und Innenrotation bis 30°. Das im September 2014 festgehaltene Zumutbarkeitsprofil müsse korrigiert werden. Der rechte Arm sei lediglich ein Hilfsarm. Belastungen seien diesem Arm nicht zumutbar, so dass lediglich rein unbelastete Tätigkeiten zumutbar seien. Das Aktivitätsniveau müsse auf Bauchhöhe limitiert werden. Repetitive Belastungen seien nicht zumutbar. Die bisher durchgeführten Reintegrationsversuche würden eine erhebliche Belastungsintoleranz zeigen, so dass die maximale zumutbare Belastbarkeit in rein administrativer Tätigkeit aktuell bei 50 % liege. Dem Beschwerdeführer seien

E. 9

(S. 229). Dieser ging

in Kenntnis der durch den Unfall erlittenen temporalen linken Schädelkalottenfraktur davon aus, dass dadurch ein leichter Tinnitus links generiert worden sei. In Anbetracht des beidseitigen altersentsprechend normalen Gehörs handle es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen leichten Tinnitus. Hinsichtlich des seit zwei bis drei Monaten zusätzlich bestehenden beidseitigen pulssynchronen Tinnitus sei die zeitliche Latenz zum Unfallereignis unwahrscheinlich und auch die radiologischen Abklärungen ergäben keine Gefässveränderungen, womit keine objektivierbare organisch-strukturelle Läsion für das subjektiv pulssynchrone Ohrgeräusch beidseits vorliege. Dieses sei mit Sicherheit nicht unfallkausal (S. 2).

E. 10

bis 15 Minuten Pause pro Stunde zuzugestehen. Von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in administrativer Tätigkeit könne nicht ausgegangen werden (S. 1 f.). 5. 5. 1

Die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung des Rentenanspruchs per 1. Januar 2016 vorgenommen hat, ist im Hinblick darauf, dass der medizinische Endzustand aus ärztlicher Sicht als erreicht erachtet wird und die durch die Invalidenversicherung veranlassten Eingliederungsmassnahmen im Dezember 2015 abgebrochen wurden (vgl. Urk. 9/240 S. 5 Ziff. 3.2; Urk. 9/293 S. 7; Urk. 9/322 S. 2 f.; Urk. 9/325 S. 5), nicht zu beanstanden. 5.2

Aus medizinischer Sicht ist aktenkundig und unbestritten, dass die erheblichen und für die Probleme als hauptursächlich erachteten Beschwerden an der rechten Schulter auf den im September 2012 erlittenen Unfall zurückzuführen sind, wobei der Beschwerdeführer unter anderem eine Humerusschaftquerfraktur erlitt (vgl. Urk. 9/22 S. 1; Urk. 9/118; Urk. 9/183; Urk. 9/222 S. 1 f.; Urk. 9/233 S. 7 f. Ziff. 5; Urk. 9/293 S. 6 f.; Urk. 9/352 S. 1 f.). Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer ebenfalls beklagten Tinnitus hielt Dr. B.____

trotz eines attestierten altersentsprechend normalen Gehörs fest, dass ein leichter subjektiver Tinnitus durch den Unfall generiert worden sei. Gleichzeitig erachtete er den zusätzlich beklagten beidseitigen pulssynchronen Tinnitus aufgrund der zeitlichen Latenz zum Unfall und der Tatsache, dass radiologisch keine Gefässveränderung erfasst werden konnte, als überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal (vgl. Urk. 9/91 S. 1; Urk. 9/229 S. 2). Eine durch den leichten subjektiven Tinnitus attestierte Arbeitsunfähigkeit ist nicht aktenkundig und wäre auch kaum nachvollziehbar, weshalb sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen.

Die im Sommer 2015 zusätzlich aufgetretenen Beschwerden an

beiden Ellbogen sowie am rechten Daumen sind sodann

durch Dr. F._____

nachvollziehbar als nicht unfallkausal eingestuft worden. So liessen sich die Schmerzen am rechten Daumen lokal nicht eindeutig reproduzieren und es konnten abgesehen von einem endphasigen Flexionsdefizit keine pathologischen klinischen oder radiologischen Befunde erhoben werden. Auch wurde wiederholt angegeben, dass die Beschwerden an den Ellbogen durch die vermehrte Belastung entstanden seien (vgl. Urk. 9/308 S. 1 f.; Urk. 9/309; Urk. 9/311 S. 2; Urk.

9/312; Urk. 9/321). Die Beschwerdegegnerin verneinte daher nachvollziehbar bereits mit formlosen Schreiben vom 26. November 2015 (Urk. 9/317) eine entsprechende Leistungspflicht für diese Beschwerden. Die fehlende Kausalität wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht explizit bestritten, verlangte er hierauf insbesondere keine anfechtbare Verfügung. 5.3

Die Ärzte gehen übereinstimmend davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige körperlich belastende Tätigkeit als Bauarbeiter infolge der unfallbedingten Beschwerden an der rechten Schulter nicht mehr zumutbar ist (vgl. Urk. 9/222 S. 1 f.; Urk. 9/233 S. 8 Ziff. 5; Urk. 9/236 S. 1 f.; Urk. 9/293 S. 7), was in Kenntnis der erhobenen Befunde sowie des entsprechenden beruflichen Anforderungsprofils ohne weiteres nachvollziehbar und zwischen den Parteien auch nicht umstritten ist.

Im Hinblick auf die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit erweist sich die durch Kreisarzt Dr. F._____

im August 2015 vorgenommene

Beurteilung als schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen ist. So erstattete er seine Einschätzung in Kenntnis der entsprechenden Vorakten und nahm selbst eine ausführliche klinische Untersuchung des Beschwerdeführers vor. Er erkannte und berücksichtigte auch, dass es nach seiner im Jahr 2014 vorgenommenen provisorischen Zumutbarkeitsbeurteilung zu einer Zustandsverschlechterung an der rechten Schulter kam. So korrigierte er den möglichen Bewegungsradius von Abduktion und Elevation sowie das zumutbare Höchstgewicht der Lasten bei hängendem Arm und konstatierte

die Notwendigkeit von zusätzlichen betriebsunüblichen Pausen zur Erholung der Schulter. Die unfallfremden Beschwerden am Daumen und den beiden Ellbogen klammerte er sodann bei seiner Beurteilung aus (vgl. Urk. 9/233 S. 7 f. Ziff. 5; Urk. 9/293 S. 5 ff.). Dass sich der Zustand der rechten Schulter nach dieser im August 2015 vorgenommenen Zumutbarkeitsbeurteilung nicht nochmals verschlechtert hat, bestätigten sowohl Dr. I._____

als auch der Beschwerdeführer selbst (vgl. Urk. 9/316 S. 1; Urk. 9/321 ; Urk. 9/325 S. 5).
5.4

Soweit der Beschwerdeführer das durch Kreisarzt Dr. F.____ erstellte Zumutbarkeitsprofil als unhaltbar erachtete (vgl. Urk. 1 S. 4 ff.) , kann dem nicht gefolgt werden .
Zugegebenermassen

schätzte

Dr. E.____ den Beschwerdeführer auch in administrativen Tätigkeiten als zu lediglich 50 % arbeitsfähig ein und widersprach damit der kreisärztlichen Beurteilung . Dabei weicht das durch ihn erstellte Belastungsprofil hinsichtlich möglicher Abduktion und Elevation sowie der Notwendigkeit von Pausen jedoch nicht wesentlich von demjenigen des Kreisarztes ab .

Zwar betrachtete er den rechten Arm lediglich noch als Hilfsarm , was allerdings für sich allein nicht zwingend eine prozentuale Einschränkung in einer sehr leichten körperlichen Tätigkeit zu rechtfertigen vermag. So begründete Dr. E.____ die maximale zumutbare Belastbarkeit in rein administrativen Tätigkeiten von derzeit maximal 50 % denn auch damit, dass die bisher extensiv durchgeführten Reintegrationsversuche eine erhebliche Belastungsintoleranz zeigen würden (vgl. Urk. 9/352 S. 2) . Dabei ist allerdings zu beachten, dass während den Eingliederungsmassnahmen auch mehrere aus kreisärztlicher Sicht als nicht geeignet erachtete

Aufgaben ausgeführt wurden

und die unfallfremden Beschwerden an Daumen sowie Ellbogen ebenfalls zum Scheitern der Wiedereingliederungsversuche beigetragen haben, worauf sogleich näher eingegangen wird . Hinsichtlich der durch Dr. E.____ vorgenommenen Einschätzung lässt sich nicht erkennen, ob er nur die unfallkausalen Schulterbeschwerden berücksichtigt oder auch die unfallfremden Beschwerden miteinbezogen hat. Es lässt sich nicht nachvollziehen , weshalb der Beschwerdeführer aufgrund der Schulterbeschwerden in einer rein administrativen Tätigkeit mit zusätzlichen stündlichen Pausen lediglich zu 50 % arbeitsfähig sein soll. Die abweichende Einschätzung von Dr. E.____ vermag demnach keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung aufkommen zu lassen.

Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer das gesetzte Leistungsziel während den durch die Invalidenversicherung veranlassten Eingliederungsmassnahmen

trotz erheblicher Anstrengungen effektiv nicht erreichen konnte, bedeutet - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 4 ff.)

- nicht, dass das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil unhaltbar ist. So trugen die unfallfremden Beschwerden am Daumen und den Ellbogen ebenfalls zum Scheitern der Wiedereingliederungsversuche bei, was indessen bei der vorliegenden Beurteilung unberücksichtigt zu bleiben hat. Die Präsenzzeit wurde etwa wieder reduziert, als sich durch die Überlastung am linken Arm ein Tennisellbogen entwickelt hat (vgl. Urk. 3/17 S. 2 und S. 8 f. ; Urk. 3/19 S. 4). Die verrichteten

Aufgaben entsprachen sodann auch nicht vollends dem kreisärztlichen Belastungsprofil. So sind beispielsweise die Demontage in der Velowerkstatt sowie Bohrarbeiten nicht optimal und das Heckenschneiden wird dem Zumutbarkeitsprofil ebenfalls nicht gerecht .

Demgegenüber wird

etwa erwähnt, dass der Beschwerdeführer Arbeiten im Veloatelier, welche unterhalb des Brustbereiches und ohne grösseren Kraftaufwand machbar gewesen seien, engagiert ausgeführt habe. Dies entspricht auch eher dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil. Sodann konnte er die Tätigkeit beim Mittags-Lieferdienst abgesehen vom Wischen des Bodens problemlos ausführen und erklärte auch, dass es ihm während des Monats, als er dort gearbeitet habe, sehr gut gegangen sei. Er habe sich allerdings gelegentlich unterfordert gefühlt

(vgl. Urk. 3/14 S. 1 ff.; Urk. 3/17 S. 3 ff.; Urk. 3/19 S. 1 ff.).

Es lässt sich demzufolge nicht erkennen, dass die Reintegrationsversuche einzig aufgrund der unfallbedingten Beschwerden an der rechten Schulter gescheitert sind, weshalb die erfolglos durchgeführten Eingliederungsmassnahmen das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil nicht in Frage zu stellen vermögen. 5. 5

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten Beschwerden an der rechten Schulter in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter zwar nicht mehr arbeitsfähig ist. Gestützt auf die beweiskräftige kreisärztliche Beurteilung ist er indessen in einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils vollschichtig einsatzfähig, wobei ihm zusätzlich 10 Minuten Pause pro Stunde zu gewähren sind. 6.

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung wird schliesslich nicht bestritten und ist auch nicht zu beanstanden. So setzte sie das Valideneinkommen auf Fr. 68'900.-- fest (vgl. hierzu etwa Urk. 9/90; Urk.

9/333). Zur Bestimmung des Invalideneinkommens – der Beschwerdeführer geht derzeit keiner beruflichen Tätigkeit nach

–

stellte die Beschwerdegegnerin auf die Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) ab und wählte fünf DAP-Blätter als Elektrotechniker (DAP-Nr. 8080), als Gerätekontrollleur (DAP-Nr. 11307) sowie als Produktionsmitarbeiter (DAP-Nr. 385 1 und DAP-Nr. 5390) und als Verpacker (DAP-Nr. 2944) aus (vgl. Urk. 9/346 S. 1). Diese

Profile sind mit dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil in Einklang zu bringen, handelt es sich

dabei doch allesamt um körperlich sehr leichte Tätigkeiten und das Einschalten von Pausen ist ebenfalls möglich (vgl. Urk. 9/346 S.

E. 12

ff.). Soweit der Beschwerdeführer das Einschalten von betriebsunüblichen Pausen lediglich im geschützten Rahmen als möglich erachtete (vgl. Urk. 1 S. 5), erweist sich dies als unbegründet. Die vorliegende Berechnung anhand der DAP erfolgte sodann rechtskonform (vgl. hierzu die Voraussetzungen in BGE 139 V 592 E. 6.3) und die herangezogenen DAP-Blätter wurden auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Den Umstand, dass der Beschwerdeführer auf zusätzliche Pausen von jeweils 10

Minuten pro Stunde angewiesen ist, berücksichtigte die Beschwerdegegnerin richtigerweise mit einem entsprechenden zeitlichen Abzug (Urk. 2 S. 6; vgl. BGE 139 V 592 E. 7.3, 129 V 472 E. 4.2.3). Das ermittelte Invalideneinkommen von Fr.

49'161. erweist sich

somit als korrekt. Wird das Valideneinkommen von Fr.

68'900. -- dem Invalideneinkommen von Fr. 49'161. -- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 19'739.- -. Dies kommt einem Invaliditätsgrad von gerundet 29 % gleich.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG - 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, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Meierhans

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