

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00223**

## **vom 7. Mai 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00223](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00223)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00223 du 7 mai 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00223 del 7 maggio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1957 geborene X.\_\_\_\_ war seit dem 1. November 2001 als Auto mechaniker bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt und bei der Suva obligato risch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 25. März 2015 eine Schnittverletzung am Mittelfinger der rechten Hand zuzog (Urk. 8/2) . Der Hausarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_ überwies ihn am 26. März 2015 in das Spital A.\_\_\_\_ , wo ein Verdacht auf eine Hohlhandphlegmone rechts diagnostiziert wurde (Urk. 8/1). Gleichentags wurde der Versicherte in die Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B.\_\_\_\_ verlegt. Dort wurde die Diagnose eines massiven Infektes der rechten Hand nach Schnittverletzung Dig . III dorsalseits mit fulminantem Verlauf und die Differentialdiagnose einer

nekrotisierenden

Fasziitis gestellt (Urk. 8/ 26 ) . In der Folge wurde der Versicherte mehrmals an der rechten Hand operiert (Urk. 8/ 24 31) . Am 1. Mai 2015 wurde der Versicherte in die Rehabilitations klinik C.\_\_\_\_ (Urk. 8/42) und am 15. Juli 2015 nach Hause entlassen (Urk. 8/ 67). Die Suva kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Das Arbeitsverhältnis des Versicherten wurde von S eiten des Arbeitgebers per 30. November 2015 aufgelöst (Urk. 8/114). Am 3. Dezember 2015 wurde der Versicherte kreisärztlich untersucht (Urk. 8/104). Gestützt darauf stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 29. Februar 2016 ein (Urk. 8/119) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 7. März 2016 ab 1. März 2016 ei ne Invalidenrente von 27 % sowie eine au f einer Integritätseinbusse von 35 % basierende Integritätsentschädigung zu (Urk. 8/123). Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten wies sie mit Entscheid vom 19. August 2016 ab (Urk. 8/138 = Urk. 2).

#### **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 ver wirklicht 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

25. März 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 1. 2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung der Unfall folgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weiteren durch den Chiropraktor ( lit . a), die vom Arzt oder Zahnarzt ver ordneten Arzneimittel und Analysen ( lit . b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals ( lit . c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren ( lit . d) und die der Heilung dien lichen Mittel und Gegenstände ( lit . e).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine nam hafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 28. September 2016 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die Leistungen (insbesondere Taggelder und Heilungskosten) bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes zu erbringen. Eventualiter sei ein neutrales orthopädisches Gutachten zu erstellen. Es sei ihm nach Erlangung des medizinischen Endzustandes eine angemessene Rente und Integritäts entschädigung zuzusprechen. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch nach der Rentenzusprechung für alle noch anfallenden unfallbedingten medizinischen Massnahmen, welche der Erhaltung des Gesundheitszustandes dient en, aufzu kommen (Urk. 1 S. 2 f.). Mit Beschwerde antwort vom 3. November 2016 bean tragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwer de (Urk. 7 ), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. November 2016 mitgeteilt wurde

(Urk. 9). Mit Eingaben vom 11. Mai und 13. Dezember 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ein (Urk. 10, Urk. 11, Urk. 13 und Urk. 14), welche der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt wurden (Urk. 12 und Urk. 15).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, mit dem Kreisarzt sei davon auszugehen, dass für die degenerativ bedingten Schulterbeschwerden links keine Leistungspflicht bestehe. Es bestehe auch kein Anlass , die Zumut barkeitsbeurteilung des Kreisarztes in Frage zu stellen, da sie auf einer sorgfäl tigen Untersuchung des Beschwerdeführers beruhe. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer seine rechte Hand noch als Hilfshand einsetzen könne, recht fertige bei der Ermittlung des Invalideneinkommens keinen Maximalabzug. Aufgrund der Aktenlage erscheine ein höherer Validenlohn nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Rentenprüfung sei nicht zu früh erfolgt. Im Zeitpunkt des Rentenbeginns habe keine nam hafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr erwartet werden können und es seien auch keine Ein gliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung vorgesehen gewesen

(Urk. 2 S. 6 ff.).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer

machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, der medizinische Endzustand sei nicht erreicht. Dr. Z. \_\_\_ gehe davon aus, dass durch die Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden dürfe. Die Schulterschmerzen links seien als Folge der Serratus -Lappenplastik als Folge-Operation der Handverletzung entstanden. Diese seien nicht erst neun Monate nach Unfallereignis sondern bereits kurze Zeit nach der Operation vom 25. April 2015 aufgetreten. Das Valideneinkommen betrage mindestens Fr. 85'406.--. Die Lohnreduktion von Fr. 6'400. -- auf Fr. 5'600. -- pro Monat sei nur vorübergehend während maxi mal eines Jahres geplant gewesen. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens

sei der maximal mögliche leidensbedingte Abzug von 25 % gerecht fertigt. Somit betrage das Invalideneinkommen Fr. 45'495.75. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 47 % (Urk. 1 S. 8 ff.). 3.

## **E. 3**

Die gegen die Verfügung der Invalidenversicherung vom 1. September 2016 erhobene Beschwerde, welche Gegenstand des Verfahrens IV.2016.01079 bildet, wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen.

### **E. 3.1**

Im Bericht der chirurgischen Klinik des Spitals A. \_\_\_ vom 30. März 2015 betreffend die notfallmässige Konsultation vom 26. März 2015 wurde ein Verdacht auf eine Hohlhandphlegmone rechts mit/bei Rissquetschwunde Endglied

Dig. III Hand rechts vom 25. März 2015 diagnostiziert. Der Beschwerdeführer wurde in die Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B. \_\_\_ verlegt (Urk. 8/1).

### **E. 3.2**

Im Austrittsbericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B. \_\_\_ vom 6. Mai 2015 betreffend den Aufenthalt vom 26. März bis 1. Mai 2015 wurde die Diagnose einer nekrotisierenden

Fasziitis Hand rechts bei Status nach Schnittverletzung Dig. III dorsalseits mit fulminantem Verlauf genannt. Bei fulminantem Infekt mit Nachweis von Beta hämolysierenden Streptokokken der Gruppe A seien mehrere operative Débridements durchgeführt und die Wunden mit VAC-Verbänden konditioniert worden. Der Beschwerdeführer sei stets hämodynamisch stabil gewesen und die systemischen Entzündungszeichen hätten sich unter der empirischen intravenösen Antibiotikatherapie mit Augmentin / Dalacin

regredient gezeigt. Am 8. April 2015 sei die Defektdeckung mittels freier Lappenplastik erfolgt. In der Folge habe sich eine weitere Demarkierung/Nekrose der Fingerspitzen des Mittel- und Ringfingers sowie von Teilen der transplantierten Haut dorsalseits gezeigt. Es sei eine Ilomedin -Therapie gestartet worden. Am 25. April 2015 hätten die Restdefekte mittels Spalthaut gedeckt werden können. Die antibiotische Therapie mit Augmentin sei bis und mit 29. April 2015 weitergeführt worden. Der Beschwerdeführer sei am 1. Mai 2015 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen in die

Rehabilitation nach C.\_\_\_\_ entlassen worden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. März bis 1. Juni 2015 attestiert (Urk. 8/42).

### **E. 3.3**

Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2015 wurden als Diagnosen eine nekrotisierende

Fasziitis Hand rechts sowie eine Schulter schmerzproblematik links bei subtotaler Ruptur der Supraspinatussehne , voll ständiger Ruptur der Infraspinatussehne und der Bizepssehne , Gelenkerguss und degenerativen Veränderungen glenohumeral und am AC-Gelenk ( Arthro -MRI vom 18. Juni 2015) genannt. Es wurde ausgeführt, bei Klini k eintritt h ätten eine eingeschränkte Handfunktion rechts und eine noch nicht abgeschlossene Wundheilung bestanden. Unter den angeordneten ergotherapeutischen Mass nahmen habe bis Klinikaustritt erreicht werden können, dass sich die Hand funktion dahingehend verbessert habe, dass v.a. im Dig . I ein aktiver Schlüssel griff möglich gewesen sei. Die Hand habe zunehmend in Alltagsaktivitäten eingesetzt werden können, so dass der Beschwerdeführer in den ADL ( Activities

of Daily Living) selbständig gewesen sei. Es habe nach wie vor eine eingeschränkte passive und nahezu aufgehobene aktive Fingerbeweglichkeit bestanden. Die MCP-Gelenke Dig . II-V seien in Flexionsstellung 30/30/30/20° gestanden, nach intensiver Therapie seien aktive Bewegungsauslässe von 10/15/20/20° gelungen. Die PIP II-V seien in 40° Flexionsstellung gestanden, passiv hätten ausser PIP V alle voll gestreckt werden können, die Flexion sei passiv bis zu 70/70/70/80° gelungen. Die Handgelenksfunktion in DE/PF habe auf 30-0-30° verbessert werden können. Wegen der noch guten Beweglichkeit im linken Schultergelenk wünsche der Beschwerdeführer diesbezüglich keine weiteren medizinischen/operativen Massnahmen. Am 15. Juli 2015 sei der Beschwerdeführer nach Hause entlassen worden (Urk. 8/67).

### **E. 3.4**

Im Verlaufsbericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2015 nannte

Oberarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie,

folgende Befunde : Verheilte reizlose Wunden. Gute Mobilität des Handgelenkes mit 40° Extension und 40° Flexion. Gute Beweglichkeit des Daumens im IP-Gelenk , im MCP sei diese jedoch mit 20° eingeschränkt. Auch das CMC-Gelenk des Daumens sei leider fixiert. Die Daumen stellung befinde sich in einer Mittelopposition, natürlich auch weil eine Kontraktur der 1. Kommissur 3. Grades (30°) vorliege. Der Beschwerdeführer könne keine grossen Objekte greifen. Sehr eingeschränkte Beweglichkeit der Langfinger, die Strecksehnen seien in den Narben verklebt, so auch die Beuge sehnen. Er schätze die Situation der Hand jetzt definitiv als nicht gross verbesserungsfähig für die Zukunft (Urk. 8/85).

### **E. 3.5**

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 7. November 2015 zuhanden der Suva betreffend die Konsultation vom 27. Oktober 2015 die folgenden Diagnosen: - Massive Funktionseinschränkung Hand rechts - nach nekrotisierender

Fasziitis (3/15) - aktuell: fehlende aktive Langfingerbewegung - aktuell: beginnende aktive Daumenbewegung - Schulterschmerzen links nach Operation (4/15) - Verkürzung und muskuläre Dysbalance nach Serratusresektion - konsekutive myofasziale Verspannungen im Schultergürtel - degenerative gelenksumgebende Veränderungen (MRI 6/15)

Er führte aus, trotz intensiver Beübung der rechten Hand bestehe praktisch sieben Monate nach dem Ereignis eine fast vollständige Funktion

laesa, d.h. mit der dominanten Hand könnten nur minime Stützfunktionen ausgeübt werden. Es sei deshalb kaum zu erwarten, dass je wieder mechanische Arbeiten, wie dies im Beruf als Automechaniker erforderlich sei, ausgeübt werden könnten. Die Beschwerden der linken Schulter seien vorwiegend Folge der am 8. April 2015 zur Defektdeckung erfolgten freien Serratus-Lappenplastik. Die im Arthro-MRI vom 18. Juni 2015 gefundenen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen (subtotale Ruptur der Supraspinatussehne, vollständige Ruptur der Infraspinatussehne und der Bizepssehne, Gelenkerguss, degenerative Veränderung glenohumeral und am AC-Gelenk) seien unschön, könnten aber im Alter von 58 Jahren und aufgrund des Mechanikerberufs als altersentsprechend beurteilt werden. Der Beschwerdeführer leide vor allem an den schmerzhaften myofasziellen Verspannungen. Diese könnten durch Physiotherapie durchaus verbessert werden (Urk. 8/95).

### **E. 3.6**

Am 3. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer kreisärztlich untersucht. Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, führte in seiner Stellungnahme aus, anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung habe sich der fulminante Verlauf einer Schnittverletzung Dig. III rechts mit nekrotisierender

Fasziitis und mehrfachen operativen Revisionen gezeigt. Die rechte Hand sei funktionell als Beihand /Hilfshand einzuschätzen. Einzig ein kraftloser Schlüsselgriff mit DII sei möglich. Nach Kenntnis der medizinischen Befundberichte hätten sich die Einschränkungen der rechten Hand im Vergleich zur heutigen Untersuchung nicht mehr wesentlich verändert, sodass aus kreisärztlicher Sicht der medizinische Endzustand festgestellt werde. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien sehr leichte körperliche Tätigkeiten ganztags zumutbar, keine repetitiven Belastungen, keine Stoss- und Vibrationsbelastungen der oberen rechten Extremität. Die rechte Hand sei nur als Hilfshand/ Beihand zu gebrauchen. Zur Erhaltung des jetzigen Zustandes seien weitere Therapiemassnahmen nach Art. 21 erforderlich. 1-2 Serien pro Jahr Ergotherapie, die erforderlichen Schmerzmittel (Dafalgan) und ein komprimierender Handschuh seien von der Suva zu erstatten. Die physiotherapeutische Behandlung könne vom Beschwerdeführer zu Ende geplant werden. Die Schulterbeschwerden bzw. die Beschwerden im Bereich des rechten Thorax seien unfallkausal (Urk. 8/104).

Am 15. Dezember 2015 ergänzte Prof. Dr. E.\_\_\_\_ seine Stellungnahme dahingehend, dass ergänzend zur kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Dezember 2015 festzustellen sei, dass die Schulterbeschwerden links aus medizinischer Sicht nicht unfallkausal seien (Urk. 8/106).

In seiner medizinischen Beurteilung vom 5. Januar 2016 schätzte Prof. Dr. E.\_\_\_\_ den Integritätsschaden auf 35%. Massgebend sei die Feinrastertabelle 3 „Integritätsentschädigung gemäss UVG“. Darin werde für eine Amputation der Hand die Integritätsentschädigung mit 40% eingeschätzt. Die Funktions Einschränkung der rechten

Hand könne gemäss Feinrastertabelle 3 UVG mit einer Amputation einer Hand verglichen werden. Im Gegensatz zu einer Amputation einer Hand könne der Versicherte die rechte Hand noch als Bei hand /Hilfshand benutzen und sei in der Öffentlichkeit nicht durch einen Verlust kompromittiert, sodass die Integritätsentschädigung mit 35 % ausreichend bewertet erscheine (Urk. 8/110).

In seiner ergänzenden Beurteilung zur kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Dezember 2015 führte Prof. Dr. E.\_\_\_\_ aus, erst mit Bericht des Hausarztes vom 7. November 2014 (recte: 7. November 2015) seien myofasziale Beschwerden im Schulter-/Nackengürtel berichtet worden. Aus kreisärztlicher Sicht sei die Kausalität von Schulterbeschwerden nicht nachvollziehbar, da sie erst neun (recte: sieben) Monate nach Unfallereignis aufgetreten bzw. dokumentiert worden seien. Der zeitliche Verlauf zum Unfallereignis vom 27. März 2015 (recte: 25. März 2015 ) sei nicht gegeben bzw. nicht plausibel und damit auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen (Urk. 8/113) .

### **E. 3.7**

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2016 zuhanden der Suva aus, am 8. April 2015 habe im Rahmen von mehreren Folgeoperationen ein Serratus - Faszi -Lappen von links zur Hand rechts angelegt werden müssen. Gleich postoperativ sei mit einer physikalischen Behandlung der rechten Schulter begonnen worden. In der nachfolgenden Rehabilitation in C.\_\_\_\_ sei die rechte Schulter stets mitbehandelt worden. Die Schulterschmerzen links seien also sehr wohl Folge der Serratus -Lappenplastik als Folgeoperation der Handverletzung, ebenso die aktuellen Verkürzungen und muskuläre Dysbalance mit den konsekutiven myofaszialen Verspannungen im Schultergürtel. Die Kreisärztliche Untersuchung habe nur etwas mehr als acht Monate nach dem Unfallereignis und sieben Monate nach der letzten Folgeoperation stattgefunden. Nur schon aufgrund des Beurteilungszeitpunktes könne es sich nicht um einen medizinischen Endzustand handeln . Umso mehr als der Beschwerdeführer immer noch eine fühl- und messbare Verbesserung der Mobilität der Finger erfahre (Urk. 8/115).

### **E. 3.8**

Dr. Z.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 3. Mai 2017 zuhanden der Suva fest, die rechte dominante Hand sei aktuell gut zwei Jahre nach dem Ereignis immer noch stark berührungsempfindlich. Es seien mit den Fingern nur andeutungsweise Wackelbewegungen möglich. Der Pinzettengriff zwischen Daumen und Zeigefinger sei so, dass der Beschwerdeführer nicht einmal ein Blatt Papier halten oder beim Einköpfen der Kleider helfen könne. Funktionell sei der Beschwerdeführer Einhänder . Die rechte Hand könne knapp als Stützhand gebraucht werden. Mit der Selbstbeübung und der Ergotherapie mache der Beschwerdeführer immer noch leichte funktionelle Fortschritte in der Fingerbeweglichkeit. Fast das grösste Problem seien die linksseitigen Schulterbeschwerden. Die Region um die lange s-förmige Narbe von der Axilla bis zum Rippenbogenrand in der mittleren Axillarlinie zeige eine unangenehme Dysästhesie, so dass das Tragen der Kleider und das Berühren der Region sehr unangenehm sei. Die Weichteile und die Muskeln am seitlichen Thorax seien verhärtet. Es bestünden Verspannungen und Verkürzungen der medialen Schulterblatt fixatoren, der Pars horizontalis und ascendens , des M. Latissimo

dorsi sowie des M. levator

scapulae . Auch im linksseitigen Halsbereich zeigten sich störende Verspannungen. Der Beschwerdeführer komme mit Mühe mit dem linken Arm über Schulterhöhe. Inspektorisch zeige sich eine Asymmetrie der Weichteile am seitlichen Thorax (Urk. 11). 4.

#### **E. 4**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin mit der Leistungseinstellung per 29. Februar 2016 den Fall zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen hat.

#### **E. 4.2**

).

Angesichts der aktenmässig ausgewiesenen unfallbedingten Einschränkungen und dem Fehlen weiterer Abzugsmerkmale ist der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 20 % nicht zu beanstanden .

Es kann daher auf das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 53'375.-- abgestellt werden. 6.5

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'800.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'375.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von 19'425.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 27 % entspricht . 7 .

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer für die Handverletzung rechts eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 35 % zu, was nicht zu beanstanden ist und auch nicht bestritten wurde . Da die Schulterbeschwerden links nicht unfallbedingt sind (vgl. oben E. 5), sind sie bei der Schätzung des Integritätsschadens nicht zu berücksichtigen. 8 .

Der Beschwerdeführer macht geltend, im Einspracheentscheid vom 19. August 2016 sei zwar in Erwägung 3d erwähnt, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen im Rahmen von Art. 21 UVG nach Massgabe der kreisärztlichen Beurteilung vom 3. Dezember 2015 übernehmen werde, im Dispositiv werde jedoch nicht über den entsprechenden Anspruch entschieden (Urk. 1 S. 15 f.). Der Beschwerdeführer kann kein aktuelles schützenswertes Interesse geltend machen, da die Beschwerdegegnerin nicht im abweisenden Sinne über diese Heilbehandlung

entschieden hat, sondern vielmehr festhielt, dass sie

die Kosten für die vom Kreisarzt empfohlenen Behandlungen im Rahmen von Art. 21 UVG weiterhin

übernehme . Sollte der Beschwerdeführer weitergehende Leistungen beanspruchen, steht ihm die Möglichkeit offen, bei einem ablehnenden Entscheid eine anfechtbare Verfügung zu verlangen. Auf das Begehren ist daher nicht einzutreten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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 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 Hurst Leicht

#### **E. 4.2.1**

mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE 2014 bestimmt. Dabei ist sie vom monatlichen Bruttolohn für Männer für Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors ausgegangen (Fr. 5'312.--, Tabelle TA1) und hat einen Abzug vom Tabellenlohn von 20 % vorgenommen.

Der Beschwerdeführer rügt, die Beschwerdegegnerin habe auf den standardisierten Durchschnittslohn bezogen auf alle Wirtschaftszweige abgestellt, was nicht korrekt sei, da er nur noch leichte Tätigkeiten verrichten könne. Es sei der Lohn des Sektors Dienstleistungen heranzuziehen (Urk. 1 S. 12) .

Nach der Rechtsprechung ist zur

Ermittlung des hypothetischen Invaliden einkommens üblicherweise auf die Tabelle TA1 der LSE abzustellen. Bei versicherten Personen, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn (Total) für Männer oder Frauen im Anforderungsniveau 4 (resp. Kompetenzniveau 1 gemäss LSE 2014) auszu gehen. Davon kann abgewichen werden, wenn der versicherten Person auf grund ihrer Behinderung alle produktionsnahen Tätigkeiten verschlossen sind und sie praktisch nur noch im Dienstleistungssektor beschäftigt werden kann. Auch in solchen Fällen kann die versicherte Person jedoch nicht auf der Anwendung der Lohnansätze aus einem bestimmten Niedriglohnssektor (z.B.

Gastgewerbe) bestehen, sofern ihr trotz Behinderung andere normal entlohnte Hilfsarbeiten zumutbar sind (vgl. Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28a N 97 mit weiteren Hinweisen) . Dem Beschwerdeführer sind noch sehr leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar und er kann die rechte Hand funktionell noch als Hilfs hand gebrauchen. Im Sektor Produktion stehen ihm grundsätzlich noch Tätigkeiten offen.

Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz der rechten Hand voraussetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 3.3).

Im Bereich Produktion verfügt er auch über langjährige Berufserfahrung, wohingegen er im Dienstleistungssektor wegen ungenügender Sprachkenntnisse in seiner Vermittelbarkeit eingeschränkt wäre. Somit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Durchschnittslohn aller Wirtschaftszweige herangezogen.

Dieser Betrag ist rechtsprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Ein Abzug

soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Den Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers und der damit zusammenhängenden Eingrenzung des Spektrums der erwerblichen Tätigkeiten, die noch in Frage kommen, hat die Beschwerdegegnerin mit einem leistungsbedingten Abzug von 20 % Rechnung getragen.

Ein leistungsbedingter Abzug von 20 % wurde denn auch in vergleichbaren Fällen, in welchen die versicherte Person ihre dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt, beispielsweise als Zudienhand, einsetzen konnte, anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1050/2009 vom 28. April 2010 E.

#### **E. 4.3**

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht abgeschlossen und die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen per 29. Februar 2016 eingestellt. 5. 5. 1

Zu prüfen ist weiter, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden links in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 25. März 2015 stehen. 5.2

Prof. Dr. E. \_\_\_ nahm in seiner Beurteilung vom 3. Dezember 2015 lediglich zu den Schulterbeschwerden rechts bzw. Beschwerden im Bereich des rechten Thorax Stellung. Diese beurteilte er als unfallkausal. Zu den Schulterbeschwerden links äusserte er sich nicht (Urk. 8/104). Erst in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15. Dezember 2015 hielt er fest, dass die Schulterbeschwerden links nicht unfallkausal seien (Urk. 8/106). In seiner ergänzenden Beurteilung vom 13. Januar 2016 führte er aus, erst mit Bericht des Hausarztes vom 7. November 2015 seien myofasziale Beschwerden im Schulter-/Nackengürtel berichtet worden. Aus kreisärztlicher Sicht sei die Kausalität der Schulterbeschwerden nicht nachvollziehbar, da sie erst neun (recte: sieben) Monate nach dem Unfallereignis aufgetreten bzw. dokumentiert worden seien. Der zeitliche Verlauf zum Unfallereignis sei nicht gegeben (Urk. 8/113). Dem Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C. \_\_\_ vom 22. Juli 2015 ist zu entnehmen, dass wegen

Schulterbeschwerden links ( seit dem Aufwachen aus der Narkose) am 18. Juni 2015 ein Arthro -MRI der Schulter durchgeführt worden ist , welches eine subtotale Ruptur der Supraspinatussehne , eine vollständige Ruptur der Infraspinatussehne und der Bizepssehne , einen Gelenkserguss, sowie degenerative Veränderungen glenohumeral und am AC-Gelenk ergab . Wegen der trotz den erwähnten Befunden noch guten Beweglichkeit im linken Schultergelenk habe der Beschwerdeführer keine weiteren medizinischen/operativen Massnahmen gewünscht (Urk. 8/67).

Im Bericht der Rehabilitationklinik C.\_\_\_\_ sind also lediglich degenerativ bedingte Beschwerden an der linken Schulter dokumentiert. Erst im Bericht vom 7. November 2015 werden vom Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ neben den degenerativen Veränderungen erstmals auch myofasziale Beschwerden im linken Schultergürtel erwähnt (Urk. 8/95). Dr. Z.\_\_\_\_ hält fest, die Beschwerden in der linken Schulter seien vorwiegend Folge der am 8. April erfolgten freien Serratus -Lappenplastik zur Defektdeckung, ohne dies näher zu begründen (Urk. 8/95). In seinem Bericht vom 16. Januar 2016 führt

er

aus , dass in der Rehabilitation in C.\_\_\_\_ die rechte Schulter stets mitbehandelt worden sei , was für die Kausalitätsfrage der Schulterbeschwerden links jedoch nicht relevant ist . Gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Prof.

Dr. E.\_\_\_\_ kann aufgrund des zeitlichen Verlaufs ein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten. Die Einwände von Dr. Z.\_\_\_\_ vermögen diese Beurteilung nicht zu entkräften.

Da den medizinischen Akten keine Angaben zu entnehmen sind, welche Zweifel an der Beurteilung von Prof. Dr. E.\_\_\_\_ aufkommen lassen würden, erübrigen sich weitere Abklärungen. 6.

6.1

Zu prüfen ist schliesslich , ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere als die zugesprochene Invalidenrente hat. 6.2

Wird die versicherte Person infolge eines 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). 6.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der Beschwerdeführer arbeitete vor dem Unfall als Automechaniker bei der Y.\_\_\_\_ AG in einem 100%-Pensum . Das Arbeitsverhältnis wurde von Seiten des Arbeitgebers aus gesundheitlichen Gründen per 30. November 2015 aufgelöst (Urk. 8/ 114 ). Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall noch an dieser Arbeitsstelle tätig wäre. Die Beschwerdegegnerin ermittelte ein mutmassliches Einkommen von Fr. 72'800.-- (13 x Fr. 5'600.-- , Urk. 8/65 ) , was nicht zu beanstanden ist. Dass es sich beim infolge der Firmenübernahme im Januar 2015 vertraglich neu festgesetzten Lohn von Fr. 5'600.-- pro Monat

lediglich um eine temporäre Lohnkürzung gehandelt haben soll und dem Beschwerdeführer eine Lohnerhöhung zugesichert worden wäre – wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (Urk. 1 S. 5 und S. 11) – ist aufgrund der Akten nicht ausgewiesen . Eine allfällige vom Geschäftsgang abhängige Lohnerhöhung kann bei der Berechnung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt werden. Massgebend ist, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. 6.4

Hinsichtlich der Festsetzung des Einkommens, das die versicherte Person trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise noch zu erzielen vermöchte (Invalideneinkommen), ist rechtsprechungsgemäss primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher sie konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare Erwerbstätigkeit mehr aus, so können Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstruktur erhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E.

## **E. 8**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) hinterlässt ( Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario ; BGE 116 V 41 E. 2c). Dem Rentenbezüger werden Heilbehandlungsleistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG nur noch unter bestimmten Voraussetzungen ausgerichtet. 1. 3

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mithin im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art.

16 Abs.

1 und 2 UVG i.V.m . Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 E.

2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_639/2014 vom 2.

Dezember 2014 E.

3), mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, solange Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung besteht (Art. 16 Abs. 3 UVG). 1. 4

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen

Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

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

## **E. 10**

Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

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

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16.

Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl.

Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16.

Januar 2014 E. 3.5). 1. 5

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). 2.

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