

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00263 vom 7. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00263 du 7 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00263 del 7 novembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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). 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

Gemäss Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V

177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art.

E. 1.5

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 zu mutbarer 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 der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis). 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 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 mit Hinweis). 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 Spannbreite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann (BGE 139 V 592 E. 7.3 mit Hinweis).

E. 1.6

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 versicherungsinthener 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.

E. 2

6. Juni 2014 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 begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass die der Bemessung des Invalideneinkommens zugrundeliegenden DAP-Arbeitsplätze mit der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 20. Mai 2016 vereinbar seien. Dies ergebe einen durchschnittlichen Invalidenlohn von Fr. 65'148.--. Ein leidensbedingter Abzug sei nicht vorzunehmen, da die unfallbedingten Einschränkungen bei der Auswahl der Arbeitsplätze bereits berücksichtigt worden seien. Bei einem im Jahr 2016 anzunehmenden mutmasslichen Valideneinkommen von Fr. 72'618.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 10.29%. Unfallbedingt sei der Anspruch auf Hilflosenentschädigung offensichtlich zu ver-

neinen (S. 5 f. Ziff. 3). Gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 20. Mai 2016 sei eine Integritätsentschädigung zu verneinen (S. 6 f. Ziff. 4).

E. 2.2

Dagegen machte n d i e

Beschwerdeführenden in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, auf das Zumutbarkeitsprofil der Kreisärztin könne nicht abgestellt werden. Diese s hätte durch einen neutralen Arzt festgelegt werden müssen (S. 6 Ziff. 15). Die vorhandenen unfallbedingten Beeinträchtigungen an der Schulter und dem Fus s seien derart ausgeprägt gewesen , dass, wenn überhaupt, nur noch leichte und zudem wechselbelastende Verweistätigkeiten möglich und zumutbar gewesen wären. Es sei unrichtig, wenn von einer ganztägigen Leistungsfähigkeit ohne zu sätzliche Pausen beziehungsweise Effizienzeinbussen ausgegangen werde (S. 6 Ziff. 16 , S. 6 Ziff. 18). Es sei unklar, was unter einer leichten beziehungsweise mittelschweren Verweistätigkeit genau zu verstehen sei und weshalb die heran gezogenen fünf Arbeitsplätze mit dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil über einstimmen sollen (S. 6 Ziff. 17). Zudem sei unklar, ob und inwieweit die als Folge der ALS-Krankheit insgesamt herabgesetzte Leistungsfähigkeit, welche auch die unfallbedingten funktionellen Leistungsdefizite betreffe, berücksichtigt werden müsse (S. 6 f. Ziff. 19) . Das bei m (inzwischen verstorbenen) Versicherten

- krank heitsbedingt zusätzlich eingeschränkte - unfallbedingt im Zeitpunkt des Ein spracheentscheids

noch mögliche Leistungsvermögen könne nicht i m Rahmen ei nes DAP-Vergleichs monetär bewertet werden. Die im angefochtenen Entscheid genannte n Arbeitsplätze beziehungsweise das diesbezügliche funktionelle Leis tungprofil sei nicht mit dem Leistungsprofil vergleichbar, welches bei m Versi cherten bestanden habe (S. 7 Ziff. 21). So würden versicherte Personen, welche die im angefochtenen Entscheid aufgeführten Arbeitsplätze ausführten, nicht an einer Nervenkrankheit leiden. Es wäre daher von vornherein angezeigt gewesen, die Invaliditätsbemessung auch anhand der Einkommensvergleichsmethode vor zunehmen und den höheren der beiden Invaliditätsgrade für die Berechnung der Invalidenrente hinzuzuziehen (S. 7 f. Ziff. 22). Zudem hätte die Beschwerdegeg nerin den Vergleichslohn der genannten fünf Verweistätigkeiten beziehungsweise bei Anwendung der Einkommensvergleichsmethode den Tabellenlohn kürzen müssen. Zusätzlich hätte noch ein leidensbedingter Abzug gewährt werden müs sen (S. 8 ff. Ziff. 23-35).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin machte in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) geltend, dass die Ursache der ALS weitgehend unbekannt sei und infolgedessen die sinn gemäss vorgetragene Argumentation de r Beschwerdeführenden nicht zu verf an gen möge, und dass das Unfallereignis vom 26. Juni 2014 sich teilkausal auf die ALS-Erkrankung und deren Folgen im Sinne einer Verschlimmerung ausgewirkt habe (S. 6 Ziff. 21). Nicht nachvollziehbar sei weiter die Rüge, dass das Zumut barkeitsprofil durch einen neutralen Arzt hätte festgelegt werden müssen. Hin sichtlich der kreisärztlichen Beurteilung seien sämtliche von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen erfüllt.

Die ALS-Diagnose s ei unfallfremd. Inwie fern die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar sein soll, sei unbegründet geblieben (S. 7 f.

Ziff. 22) . Die Be schwerdeführenden würden verkennen , dass es sich bei der Unfallversicherung um eine Kausalversicherung handle (S. 8 Ziff. 23 , S. 9 Ziff. 25, S. 9 f. Ziff. 27, S. 10 Ziff. 29).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. 3. 3.1

Die relevante medizinische Akten lage präsentiert sich wie folgt: 3.2

Dr. J.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht vom 28. September 2015 (Urk. 7/74) folgende Diagnose (S. 1): - Status nach arthroskopischer

Bicepstenodese , sub a kromialer Dekompres sion und transossärer

Supraspinatusrekonstruktion der rechten Schulter vom 6. Mai 2015 bei - posttraumatischer transmuraler

Supraspinatusruptur mit instabiler Bicepslongus-Sehne nach Hyperabduktions-Trauma vom Juni 2014

Dr. J.____ führte aus, dass vierein halb Monate postoperativ noch eine leichte Bewegungseinschränkung vor allem in Abduktion und in Innenrotation rechts gegenüber links bestehe. Dies erkläre auch die residuellen Schmerzen, die subakromial

anterior bei Mobilisation oder am Ende eines Tages aufträten (S. 2 oben). Daneben klage der Patient über eine Schwäche der Feinmotorik insbesondere beim Zuknöpfen eines Hemdes oder bei m Heben von kleinen Gegenständen mit der linken Hand. Diesbezüglich werde eine neurologische Untersuchung empfohlen.

Aus schulterchirurgischer Sicht könne die Achillessehnenrekonstruktion ab Anfang November 2015 erfolgen . Vorerst bestehe noch eine volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende Oktober 2015 (S. 2 Mitte). 3.3

Dr. F.____

stellte in seinem Bericht vom 22. Januar 2016 (Urk. 7/101/1-4) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1) :

- dringender Verdacht auf beginnende - untere -

Motoneuronenerkrankung mit subklinischer (MEP) Pyramidenbahnbeteiligung zu den Beinen (ALS) - Status nach Sturzverletzung im Juni 2014 - Schulterverletzung rechts , operiert im Mai 2015 - Achillessehnenruptur rechts, Operation im November 2015 - Diabetes mellitus Typ II

Dr. F.____ führte in seiner Beurteilung aus, dass sich in der Gesamtschau der klinisch-neurologischen und elektrodiagnostischen Untersuchungsbefunde, des MRI der Halswirbelsäule (HWS) bis Lendenwirbelsäule (LWS) , des bis auf eine leichte Gesamteiweisserhöhung normalen Liquors sowie der bis auf Zeichen eines schlecht eingestellten Diabetes mellitus im Wesentlichen unauffälligen Laborresultate der dringende Verdacht auf eine beginnende - untere - Motoneuronenerkrankung mit subklinischer (MEP) Pyramidenbahnbeteiligung zu den Beinen vom Typ einer ALS als Ursache der schmerzlosen leichten distalbetonten

myotrophen Paresen der Arme und distal- extensorenbetont en Paresen des rechten Beines er gebe (S. 1 unten f.). Dies , auch wenn der Patient einen direkten Zusammenhang der Paresen an Hand und Fuss rechts mit dem Arbeitsunfall vom Juni 2014 sehe und eine Zunahme der entsprechenden Paresen in den vergangenen Monaten verneine. Vorgeschlagen werde das Einholen einer neurologischen Zweitmeinung (S. 2 oben). 3.4

Dr. J.____ stellte in seinem Bericht vom 5. Februar 2016 (Urk. 7/106) die gleiche Diagnose wie in seinem Vorbericht vom 28. September 2015 (S. 1 , vgl. vorstehend E. 3.2) . Als weitere Diagnose nannte er eine schwere Neuropathie mit Muskelatrophie der Handgelenksflexoren und Extensoren sowie ausgeprägter Atrophie der Intraosseous - und Hypothenarmuskulatur beider Hände mit Verlust der Greiffunktion und Verlust der Feinmotorik an beiden Händen (S. 1).

Dr. J.____ führte aus, im Bereich der rechten Schulter sei der Patient zufrieden. Die Beweglichkeit habe sich in den letzten Wochen weiter verbessert (S. 1 Mitte). Bezüglich der rechten Schulter könne sechs Monate postoperativ die Behandlung abgeschlossen werden. Es bestehe daneben eine ausgeprägte Neuropathie beider oberer Extremitäten, insbesondere der Vorderarme und der Hände. Diesbezüglich sei eine weitere Abklärung in der Neurologie des Universitätsspitals K.____ geplant. Daraus resultiere vorerst weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit . Die neurologische Beurteilung werde fortgesetzt (S. 2 oben) . 3.5

Dr. L.____ , Leitender Arzt, und Dr. M.____ , Assistenz arzt, Neurozentrum, Spital H.____ , führten in ihrer Beurteilung vom 29. Februar 2016 (Urk. 7/112) aus, der Versicherte sei mit der Bitte um eine Zweitmeinung bei Verdacht auf eine Motoneuronenerkrankung zugewiesen worden (S. 1). Wie bereits im Vorfeld beurteilt, werde das Vorliegen einer Motoneuronenerkrankung mit vordergründig klinischer und elektrophysiologischer Affektion des zweiten Motoneurons vermutet (S. 2 unten). Es böten sich keine differenzialdiagnostischen Alternativen. Trotz unauffälligen motorischen und sensiblen Neurographien in der unteren Extremität werde bei Abwesenheit des Achillessehnenreflexes

(ASR) beidseits, leichtgradiger Hypallästhesie sowie der leicht gestörten Hauttrophik der Füße zusätzlich eine elektrophysiologisch (noch) nicht fassbare Polyneuropathie im Rahmen des Diabetes mellitus Typ II vermutet. Diesbezüglich werde dringend die initiale Einstellung desselben über den Hausarzt empfohlen. Ansonsten werde die von Dr. F.____ vermutete Differenzialdiagnose als hoch wahrscheinlich erachtet (S. 3 oben). 3.6

Kreisärztin Dr. I.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 18. März 2016 (Urk. 7/113) aus, dass die Motoneuronenerkrankung eine Krankheit und nicht unfallkausal sei. Die Behandlung beziehungsweise Abklärung durch Dr. F.____ und Dr. L.____ sei demnach nicht unfallkausal. 3.7

Dr. N.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Klinik

G.____ , stellte in seinem Bericht vom 18. März 2016 (Urk. 7/116) folgende Diagnosen (S. 1) :

- neu diagnostizierte ALS bei zunehmender Muskelschwäche in Arm und Bein rechts - Status nach Achillessehnenrekonstruktion rechts vom 2. November 2015

Dr. N.____ führte aus, bereits Dr. F.____ (Neurologe Klinik G.____) habe den Verdacht auf eine ALS geäußert, und diese sei nun vor zwei Wochen im S pital H.____ bestätigt worden. Die s erkläre natürlich auch die zunehmende Schwäche, insbesondere für die Fussheber am Bein rechts. Entsprechend sei nun auch dieser verzögerte Verlauf mit Kraftverlust erklärbar. Zur Sicherheit und Do kumentation werde noch ein MRI des Rückfusses durchgeführt (S. 1 unten) . Dr. N.____ führte aus, seines Erachtens sei die Achillessehnenrekonstruktion gut geheilt und mehr Kraft werde der Patient nicht mehr entwickeln können. Im Gegenteil werde er durch die ALS in den nächsten Jahren nur schwächer, weshalb er nicht glaube, dass eine Rückkehr an die Arbeit als Kranführer mit Treppenstei gen wieder möglich sein werde. Entsprechend werde eine 100%ige Arbeitsunfä higkeit bestätigt (S. 2) . 3.8

Dr. N.____

stellte in seinem Bericht vom 7. April 2016 (Urk. 7/122) die glei chen Diagnosen wie im Vorbericht vom 1 8. M ärz 2016 (S. 1, vgl. vorstehend E. 3.7).

Sodann führte er aus, es beständen unveränderte Restbeschwerden und insbeson dere eine Schwäche der Muskulatur. Am 7. April 2016 sei ein MRI des linken Rückfusses

(richtig wohl: rechter Rückfuss , vgl. Urk. 7/120) gemacht worden. Von Seiten des Transfers und der Achillessehnenrekonstruktion finde sich keine Er klärung für diese ausgeprägte Schwäche bis auf die mässige Verfettung. Entspre chend seien weitere Kontrollen nur noch bei Bedarf notwendig (S. 1 unten). 3.9

Am 2 0. Mai 2016 erstattete Dr. I.____ Bericht (Urk. 7/129) über ihre gleichentags durchgeführte kreisärztliche Abschlussuntersuchung. Dr. I.____ nannte folgende Diagnosen (S. 7): - diskrete, belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter bei Status nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion , Bizeps tenodese am 6. Mai 2015 bei Status nach Hyperabduktionstrauma mit Bi zeps longus -Sehnenreizung am 2 0. Juni 2014 - Restbeschwerden im Bereich des rechten Fusses bei Status nach Achilles sehnenrekonstruktion mit Flexor hallucis

longus -Transfer am 2. Novem ber 2015 bei Status nach Fehltritt und Achillessehnenruptur im November 2014 - ALS bei zunehmender Muskelschwäche a rm- und b einbetont rechts

Dr. I.____ führte aus, die klinische Untersuchung habe im Bereich der oberen Extremitäten bezüglich der Schulterfunktion ein einwandfreies Ergebnis gezeigt mit seitengleicher Beweglichkeit und Kraftentwicklung. Die Rotatorenmanschet ten - und Impingement tests seien negativ gewesen . Es würden jedoch die neuro logische Veränderung mit Atrophie der intrinsischen Handmuskulatur sowie auch die Veränderung der pathologischen Muskeleigenreflexe auffallen .

Im Bereich der unteren Extremitäten seien Hüft-, Knie- und OSG-Gelenke inspek torisch unauffällig und ebenso seitengleich frei beweglich. Die Narbe im Bereich der rechten Achillessehne sei reizlos, etwas verhärtet, jedoch taste man gut eine gespannte Sehne. Dr. I.____ führte aus, dass sich klinisch eine Fusshebe r schwä che rechts im Seitenvergleich und auch eine zirkuläre Hyposensibilität im Bereich des rechten Unterschenkels sowie eine auffallende Muskelatrophie im Bereich des Unterschenkels rechts im Seitenvergleich zeige (S. 8 Mitte). Die Muskeleigenreflexe p atellar und die Achillessehnenreflexe seien rechts nicht auslösbar. Das Bar fussgangbild zeige ein Schonhinken rechts, und d er Strichgang sei sehr unsicher. Insgesamt falle auf, dass die Propriozeption und Stabilität im Bereich des rechten Beines wesentlich geringer sei als links.

Aufgrund der klinischen Untersuchung und der vorliegenden bildgebenden Diagnostik seien die derzeit beklagten Einschränkungen und Beschwerden im Bereich des rechten Fusses nur noch zu einem geringen Teil auf das Unfallereignis mit Achillessehnenruptur/Achillessehnenrekonstruktion zurückzuführen. Der Hauptteil der Einschränkung sei wahrscheinlich der neu diagnostizierten ALS zuzuschreiben (S. 8 unten).

Zur Zumutbarkeit führte Dr. I. ___ aus, aus rein unfallkausaler Sicht bestehe bezüglich der rechten Schulter aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung eigentlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich des rechten Fusses mit Achillessehnenrekonstruktion bei zum Teil nachvollziehbaren Restbeschwerden wäre in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Gehen auf unebenem Gelände mit nur manchmal Treppengehen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne kniende, kauende Tätigkeiten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 8 unten f.).

Gesamthaft sei jedoch aufgrund der ALS die Arbeitsfähigkeit wesentlich stärker eingeschränkt. Dies betreffe auch die oberen Extremitäten. Entsprechend der heutigen Untersuchung seien dem Versicherten keine Tätigkeiten, bei denen die Feinmotorik gefordert sei, keine repetitiven manuellen Tätigkeiten und keine schweren Zug- und Stossbelastungen möglich. Ebenso sei auch im Bereich der unteren Extremitäten die Einschränkung durch die Befunde der ALS führend. Die Instabilität, die verminderte Propriozeption und das schlechte Gangbild seien zum grossen Teil auf die ALS zurückzuführen (S. 9 oben).

Dr. I. ___ führte zur Kausalität aus, dass bezüglich des rechten Schultergelenkes eine Wetterfühligkeit beklagt werde. Gemäss der klinischen Untersuchung hätten sich eine seitengleiche Beweglichkeit und Kraftentwicklung gezeigt. Somit sei das dokumentierte subjektive Empfinden aufgrund der operativen Veränderungen nachvollziehbar und unfallkausal. Betreffend den rechten Fuss/ die Achillessehne seien die derzeit beklagten Beschwerden und Einschränkungen nur noch zu einem geringen Anteil auf die Achillessehnenverletzung/Rekonstruktion zurückzuführen, und vor allem die Muskelatrophie, die Instabilität und die Fussheber schwäche seien auf die neu diagnostizierte ALS zurückzuführen.

Aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung und der vorliegenden bildgebenden Diagnostik erreiche der aktuelle Integritätsschaden aus unfallkausaler Sicht noch nicht das entschädigungspflichtige Ausmass von 5 % (S. 9 Mitte). Aktuell benötige der Versicherte aus unfallkausaler Sicht keine weiteren Heilkosten (S. 9 unten). 3.10

Kreisärztin Dr. I. ___ bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2016 (Urk. 7/142), dass dem Versicherten auch ausschliesslich sitzende Tätigkeiten zumutbar seien, da die Belastung wesentlich geringer sei, als bei einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils auf die Einschätzung durch die Kreisärztin Dr. I. ___ vom 20. Mai 2016 (vgl. vorstehend E. 3.9), wonach bezüglich des rechten Fusses mit Achillessehnenrekonstruktion bei zum Teil nachvollziehbaren Restbeschwerden in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Gehen auf unebenem Gelände mit nur manchmal Treppengehen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne kniende, kauende

Tätigkeiten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sei . 4.2

Der kreisärztliche Untersuchungsbericht von Dr. I.____ vom 20. Mai 2016 (vorstehend E. 3.9) beruht auf allseitigen Untersuchungen des Versicherten, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Weiter leuchtet der Bericht in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Er erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.6).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführenden (vgl. vorstehend E. 2.2) erweist sich eine Begutachtung durch einen versicherungsinternen Arzt nicht per se als ungenügend. So kommt dieser Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheint, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei ist und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. vorstehend E. 1.6).

Die Vorbringen

der Beschwerdeführenden

(vgl. vorstehend E. 2.2) vermögen den Beweiswert des Untersuchungsberichts von Dr. I.____

nicht in Zweifel zu ziehen, zumal die Argumente im Wesentlichen auf die Mitberücksichtigung der Einschränkungen durch die nach Überweisung durch Dr. J.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) erstmals durch Dr. F.____ im Januar 2016

diagnostizierte ALS (vgl. vorstehend E. 3.3) abzielen. Diesbezüglich sind die Beschwerdeführenden darauf hin zu weisen, dass es sich, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkte (vgl. vorstehend E. 2.3), bei der Unfallversicherung um eine Kausalversicherung handelt. Wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 1.3), setzt die Leistungspflicht eines Unfallversicherers voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 26. Juni 2014 und der ALS

respektive ihrer Auswirkungen ist klar zu verneinen. Infolgedessen hat Kreisärztin Dr. I.____ das Zumutbarkeitsprofil ohne Berücksichtigung der Auswirkungen der ALS und nur mit Bezug auf die konkreten Unfallfolgen formuliert, welches Vorgehen sich als korrekt erweist

,
auch wenn sich die ALS

zweifelsohne faktisch massiv auf das (damals) noch mögliche Zumutbarkeitsprofil auswirkt.

Dass der Versicherte, wie geltend gemacht wurde (vgl. vorstehend E. 2.2), rein aufgrund der Unfallfolgen vermehrte Pausen benötigt hätte und nicht in der Lage gewesen wäre, ein Vollzeitpensum umzusetzen, gründet allein in seinem subjektiven Beschwerdeempfinden. So liegen keine fachärztlichen Berichte vor, welche dies bestätigen würden.

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Kreisärztin Dr. I.____ sowie das von ihr formulierte Zumutbarkeitsprofil vermögen auch vor dem Hintergrund zu überzeugen, dass sie in Übereinstimmung mit den Berichten von Dr. J.____ vom 5. Februar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.4) sowie von Dr. N.____ (vgl. vorstehend E. 3.7-8) ergingen.

Hinsichtlich der Schulter führte Dr. J. ___ in seinem Bericht vom 5. Februar 2016 aus, dass der Versicherte zufrieden sei und die Behandlung sechs Monate postoperativ abgeschlossen werden könne (vgl. vorstehend E. 3.4). Auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. I. ___ am 20. Mai 2016 zeigte sich bezüglich der Schulterfunktion ein einwandfreies Ergebnis (vgl. vorstehend E.

3.9). Entsprechend hielt Dr. I. ___ fest, dass bezüglich der rechten Schulter aus unfallkausaler Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere.

Hingegen erachtete sie hinsichtlich des rechten Fusses mit Achillessehnenrekonstruktion zumindest teilweise vorhandene Restbeschwerden für nachvollziehbar und formulierte das Zumutbarkeitsprofil entsprechend.

Dies, obwohl Dr. N. ___ in seinem Bericht vom 18. März 2018 (vgl. vorstehend E. 3.7) die zunehmende Schwäche, insbesondere für den Fussheber am rechten Bein,

am ehesten im Zusammenhang mit der ALS sah. Auch nach am 7. April 2016 durchgeführtem MRI des rechten Rückfusses konnte Dr. N. ___

von Seiten der Achillessehnenrekonstruktion keine Erklärung für die ausgeprägte Schwäche finden (vgl. vorstehend E. 3.8). Die Zumutbarkeitsbeurteilung durch

Dr. I. ___ fiel demnach eher zu Gunsten des Versicherten aus.

Abschliessend ist festzuhalten, dass selbst wenn der Versicherte zwischenzeitlich nicht verstorben wäre, in Anbetracht der umfassenden klinischen fachärztlichen und zahlreichen bildgebenden Untersuchungen auf die verlangte Durchführung von weiteren Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 16 und S. 7 Ziff. 19 und 20) in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b) verzichtet worden wäre, gründeten doch die beschwerdeweise vorgebrachten Argumente im Wesentlichen in einem Nichtbeachten des Kausalitätsprinzips und entbehrten einer medizinischen Grundlage. Die Sachlage erweist sich als hinreichend abgeklärt, und von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. 4.3

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Versicherte im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheids

unfallbedingt in seiner angestammten Tätigkeit als Kranführer aufgrund der Einschränkungen am rechten Fuss nicht mehr arbeitsfähig

war. Gestützt auf die beweiskräftige kreisärztliche Beurteilung vom 20. Mai 2016 ist indessen davon auszugehen, dass er in einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Zumutbarkeitsprofils (vgl. vorstehend E. 3.9) vollschichtig einsatzfähig gewesen wäre. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte ein Valideneinkommen von Fr. 72'618.-- im Jahr 2016. Dies wurde von den Beschwerdeführenden nicht bestritten und erging nach Einholen der hierfür wesentlichen Auskünfte (vgl. Urk. 7/2/2, Urk. 7/135, Urk. 7/138-139, Urk. 7/148), weshalb darauf abgestellt werden kann. 5.3

Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Da der Versicherte vorliegend

noch keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit ausübt, können nach der Rechtsprechung entweder die LSE-Tabellenlöhne oder DAP-Zahlen herangezogen werden (vgl. vorstehend E. 1.5). Die Beschwerdegegnerin entschied sich zur Ermittlung des Invalideneinkommens für ein Vorgehen anhand von DAP-Löhnen.

Wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 4) kann auf das von Kreisärztin Dr. I.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden, wonach in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Gehen auf unebenem Gelände mit nur manchmal Treppengehen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne kniende, kauende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben war (vgl. vorstehend E. 3.9). Zudem bestätigte Dr. I.____ in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2016, dass dem Versicherten auch rein sitzende Tätigkeiten zumutbar gewesen wären (vgl. vorstehend E. 3.10).

Vorliegend ergibt der Blick auf die einzelnen körperlichen Anforderungsprofile der von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Stellen keinerlei Hinweise darauf, dass eine davon dem festgelegten Zumutbarkeitsprofil nicht entsprechen würde. Aus den entsprechenden Beschreibungen lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, die eine Unzumutbarkeit zur Folge hätten. So handelt es sich bei DAP-Nr. 6104, Nr. 2556, Nr. 11305, Nr. 4251 und Nr. 2601 durchwegs um leichte bis mittelschwere wechselbelastende oder hauptsächlich im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten, die insbesondere kein Gehen auf unebenem Gelände, Knien oder das Besteigen von Leitern beinhalten (vgl. Urk. 7/1 40 S. 1 und S.

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 8

ff.). Die evaluierten Arbeitsplätze entsprechen demnach dem von Dr. I.____ festgelegten Zumutbarkeitsprofil. 5.4

Gestützt auf den Durchschnitt der Lohnangaben aller fünf DAP ging die Beschwerdegegnerin im Jahr 2016 von einem Invalideneinkommen von Fr. 65'148.-- aus. Dabei stellte sie auf fünf zumutbare Arbeitsplätze (DAP-Nr. 6104, Nr. 2556, Nr. 11305, Nr. 4251 und Nr. 2601) ab und gab die Gesamtzahl der mit der Behinderung des Versicherten in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an (vgl. Urk. 7/140 S. 1). Damit sind sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellt (vgl. BGE 129 V 472), erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.5). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführenden (vgl. vorstehend E. 2.2) sind bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profilabzüge weder sachgerecht noch zulässig (BGE 129 V 472). 5.5

Würde vorliegend das Invalideneinkommen anhand der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohntabellen (LSE) ermittelt, wäre gestützt auf die vorliegende anwendbare LSE 2016 vom Einkommen für männliche Hilfskräfte von Fr. 5'340.-- (LSE 2016, Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1) auszugehen, was bei einer

durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (berufliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb) einen hypothetischen Jahreslohn im Jahr 2016 von rund Fr. 66'803.-- ergäbe (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12).

Da gemäss dem festgestellten Zumutbarkeitsprofil dem Versicherten nach wie vor leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar waren (vgl. vorstehend E. 3.9), ist and ihm grundsätzlich noch ein weites Spektrum an möglichen angepassten Tätigkeiten offen. So stellt der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, selbst bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit keinen Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug dar, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2).

Die Beschwerdeführenden machten sodann geltend, dass ein leistungsbedingter Abzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen sei, da beim Versicherten eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bestanden habe und er seine ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr hätte ausüben können. Stattdessen hätte er nur noch als Hilfsarbeiter in fremden Branchen tätig sein können, wo ihm die Berufserfahrung gefehlt hätte. Zudem wäre der Versicherte aufgrund seines Alters und des Migrationshintergrundes auf dem konkreten Arbeitsmarkt benachteiligt gewesen. Weiter

habe eine Krankheit bestanden, die es ihm von vornherein verunmöglicht hätte, die vor dem Hintergrund der unfallbedingten Beeinträchtigung theoretisch noch vorhandene Resterwerbsfähigkeit ausführen zu können (Urk. 1 S. 9 Ziff. 29).

Soweit die Beschwerdeführenden hinsichtlich eines zu gewährenden leistungsbedingten Abzuges auf die ALS-Erkrankung verweisen, ist festzuhalten, dass, wie bereits erläutert wurde (vgl. vorstehend E. 4.2), die Auswirkungen der ALS aufgrund mangelnder Kausalität zum Unfallereignis nicht berücksichtigt werden können, auch nicht im Rahmen eines allfälligen leistungsbedingten Abzuges.

Von einer langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt kann bei einer gut zweijährigen Dauer auch nicht gesprochen werden. Vor dem Hintergrund, dass sich im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss, indem Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3), ist ein zusätzlich zu gewählender Abzug vom Tabellenlohn aufgrund des Alters des Versicherten zu verneinen. Auch setzen die Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 keine Ausbildung voraus, weshalb eine nicht vorhandene Ausbildung oder fehlende Berufserfahrung ebenso wenig zu einem leistungsbedingten Abzug berechtigen. Auch wirkte sich der Migrationshintergrund des Versicherten nicht auf seine Arbeitsbiographie aus.

Ein zusätzlich zu gewählender Abzug zum Tabellenlohn wäre demnach vorliegend zu verneinen.

Demnach würde bei Anwendung der LSE-Tabellenlöhne zur Berechnung des Invalideneinkommens ein solches von rund Fr. 66'803.-- resultieren. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'618.--

ergäbe dies eine Differenz von Fr. 5'815.--, was einem Invaliditätsgrad von 8 % entspräche. Damit bestünde kein Anspruch auf eine Rente (vgl. vorstehend E. 1.4). Zu Gunsten des Versicherten ist demnach der Berechnung des Invalideneinkommens mittels der DAP-Lohnangaben der Vorzug zu geben (vgl. vorstehend E. 5.4). 5.6

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'618.-- (vgl. vorstehend E. 5.2) und einem Invalideneinkommen von Fr. 65'148.-- (vgl. vorstehend E. 5.4) resultiert eine Lohneinbusse von Fr. 7'470.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von gerundet 10%. Die zugesprochene Rentenleistung ist damit nicht zu beanstanden.

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht beschliesst: Die am 28. Juni 2019 angeordnete Sistierung des Verfahrens wird aufgehoben, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt - 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 Schucan

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