

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00024

vom 4. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00024 du 4 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00024 del 4 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

.

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). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich am 11. November 2013 und am

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

E. 1.2

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 entfiel (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 bloße 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. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchserhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben

den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kosten vorzutragen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und 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; vgl. BGE 130 V 121). Nach Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen. 1. 5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 1. 6

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf grund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.3.1 und E. 5.4). 1. 7

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine

angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht; er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Vor aussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4).

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 1. 9

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Ziff. 1, S. 3 Rz 5). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2018 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) fest, dass gestützt auf die nachvollziehbare kreisärztliche Beurteilung davon ausgegangen werden könne, dass es durch das Ereignis vom 15. April 2016 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS) und an der rechten Schulter gekommen sei. Bezüglich Rückenbeschwerden sei der status quo sine nach zwei Monaten, also Mitte Juni 2016, und bezüglich Schulterbeschwerden rechts nach drei

Monaten, also Mitte Juli 2016, erreicht gewesen. Aufgrund des Unfalls vom 11. November 2013 habe sich keine Einschränkung betreffend das rechte Schultergelenk ergeben. Der Unfall vom 15. April 2016 habe wie erwähnt zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, welche jedoch nach drei Monaten wieder abgeheilt gewesen sei. Dem zufolge sei das Zumutbarkeitsprofil aufgrund der Beschwerden an der rechten Schulter nicht eingeschränkt. Was die linke Schulter anbelange, habe sich die Situation in Folge des Unfalls vom 15. April 2016 leicht verschlimmert und das Zumutbarkeitsprofil leicht verändert. Obwohl sich das Zumutbarkeitsprofil ganz leicht verschlechtert habe, seien dem Beschwerdeführer immer noch die beim Erlass der Verfügung vom 13. Januar 2016 beigezogenen Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) zumutbar. Der Invaliditätsgrad habe sich folglich nicht verändert und die Rente bleibe weiterhin auf der Basis einer Einschränkung von 33 % bestehen (S. 8 f. Ziff. 5-6). Zudem sei gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung davon auszugehen, dass der Unfall vom 15. April 2016 keine strukturellen Veränderungen am Rücken und an der rechten Schulter bewirkt habe und die Verschlimmerung an der linken Schulter bereits durch den damals zugeprochenen Integritätsschaden von 25 % abgedeckt sei, weshalb kein Anlass für eine Erhöhung der Integritätsentschädigung bestehe (S. 11 f. Ziff. 7c).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) grundsätzlich fest.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, die LWS-Beschwerden sowie die links- und rechtsseitigen Schulterbeschwerden seien nach Ablauf der von der Beschwerdegegnerin genannten zwei bzw. drei Monaten nicht verschwunden und hätten zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens geführt, weshalb der Invaliditätsgrad zu erhöhen sei. Mit der kreisärztlichen Beurteilung sei er nicht einverstanden, fehlten doch echtzeitliche bildgebende Abklärungen. Nach dem Untersuchungsgrundsatz wäre die Kreisärztin verpflichtet gewesen, bildgebende Abklärungen sowohl hinsichtlich der LWS - als auch der beidseitigen Schulterbeschwerden selber vorzunehmen oder durch Dritte vornehmen zu lassen. Zudem habe auch der behandelnde Hausarzt bestätigt, dass nach wie vor unfallbedingte Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. April 2016 bestünden und sich sein Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert habe. Der Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach sich hinsichtlich des funktionellen Leistungsvermögens eine Verschlechterung ergeben habe, sich das Zumutbarkeitsprofil jedoch nicht geändert habe, könne nicht gefolgt werden. Im Einspracheentscheid werde explizit anerkannt, dass sich die Schmerzsituation und die Arthrose in der linken Schulter dauerhaft verschlechtert hätten. Derartige gesundheitliche Beeinträchtigungen seien erfahrungsgemäss geeignet, das Leistungsvermögen einzuschränken. Da die funktionelle Beeinträchtigung bis anhin nie objektiviert abgeklärt worden sei, hätte spätestens nach dem Unfall vom 15. April 2016 eine Evaluation des funktionellen Leistungsvermögens vorgenommen werden müssen. Die Beschwerdegegnerin habe zudem die von der Kreisärztin angeregten zusätzlichen Abklärungen bzw. den Beizug der früheren bildgebenden Abklärungen nicht vorgenommen, weshalb der rechtserhebliche Sachverhalt nicht umfassend festgestellt worden sei. Deshalb sei eine neutrale medizinische Beurteilung hinsichtlich der Verschlechterung des Gesundheitszustandes im LWS-Bereich bzw. im rechten und linken Schulterbereich sowie deren Auswirkungen auf das funktionelle

Leistungsvermögen vorzunehmen. Zudem sei ihm ein leidensbedingter Abzug zu gewähren (S. 3 ff. Rz 6 ff.) . 3. 3.1

Die Zusage einer Rente entsprechend einer Erwerbsminderung von 33 % ab dem 1. Januar 2016 und einer Integritätserschädigung entsprechend einer Integritätsminderung von 25 % mit Verfügung vom 13.

Januar 2016 (Urk. 8/98) basierte im Wesentlichen auf den nachfolgenden Berichten. 3.2

Der Schadenmeldung vom 16. Dezember 2013 (Urk. 8/2 /1 = Urk. 8/15/1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 11. November 2013 beim Laufen auf einer schneebedeckten Strasse stürzte und sich dabei an der linken Schulter und am linken Arm verletzte. 3.3

Ein Arzt der Z.____ diagnostizierte am 23. Januar 2014 eine posttraumatische kraniale Subscapularisläsion mit Subluxation der langen Bicepssehne an der linken Schulter und ein MR-tomographisch verifizierter Knorpel schaden antero-superior (Urk. 8/10). 3.4

Am 2. Mai 2014 wurde in der Z.____ eine arthroskopische Gelenk toilette mit Tenotomie der langen Bicepssehne und Akromioplastik durchgeführt (Urk. 8/26). 3.5

Kreisarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 22. Dezember 2014 über die gleichentags durchgeführte Untersuchung (Urk. 8/52) und legte dar, dass die jetzt noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks unfallkausal seien (S. 5 Ziff. 5). 3.6

In seiner Zumutbarkeitsbeurteilung vom 25. März 2015 (Urk. 8/56) legte Kreisarzt Dr. A.____ fest, dass dem Beschwerdeführer leichte Tätigkeiten für den linken Arm, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten über die Horizontale mit dem linken Arm, mit einer Gewichtsbelastung körpernah bis zur Hüfte von maximal 10 kg und bis in Brusthöhe von 3 kg, ohne Arbeiten an stossenden, schlagenden und vibrierenden Maschinen, ohne Tätigkeiten, die eine Auslenkung im linken Schultergelenk verlangen würden, vollzeitlich zumutbar seien. 3.7

Kreisarzt Dr. A.____ berichtete am 1. Dezember 2015 über die gleichentags durchgeführte Abschlussuntersuchung (Urk. 8/84) und führte aus, dass sich keine wesentliche Veränderung gegenüber der Untersuchung vom 22. Dezember 2014 (vgl. vorstehend E. 3.5) gezeigt habe. Beim Beschwerdeführer bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr als Bauleiter. Die Zumutbarkeitsbeurteilung vom 25. März 2015 (vgl. vorstehend E. 3.6) habe weiterhin vollumfänglich Gültigkeit. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks seien unfallkausal. Es sei ein Endzustand erreicht, von weiteren Behandlungen könne keine wesentliche Verbesserung mehr erwartet werden (S. 4). 3.8

In der Beurteilung des Integritätsschadens vom 1. Dezember 2015 (Urk. 8/85) legte Kreisarzt Dr. A.____ dar, dass die Unfallfolgen dauernd und erheblich seien und der Integritätsschaden 25 % betrage. Massgebend für die Integritätserschädigung sei die Tabelle 1 UVG

(Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten), wonach die Funktionsstörung einer schweren Form einer Periarthrosis

humeroscapularis 25 % betrage. 4. 4.1

Dr. med. B.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Z.____ ,

nannte

in seinem Bericht vom 22. März 2016 (Urk. 9/26/4-5)

eine beidseitige, linksbetonte Omarthrose bei Status nach arthroskopischer Gelenktoilette mit Tenotomie der langen Bizepssehne (Mai 2015) als Hauptdiagnose sowie unter anderem ein bekanntes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach mehrmaliger Infiltration (2008 und 2010) als Nebendiagnose (S. 1).

Er führte aus, dass die Omarthrose im zeitlichen Verlauf von zwei Jahren noch mals zugenommen habe. Die arthroskopische Gelenktoilette von 2014 habe nur bedingt Benefit für den Beschwerdeführer geschaffen. Der linke Arm könne aufgrund des Schulterleidens nur als Hilfsarm eingesetzt werden, eine Belastung der linken Schulter sei nicht mehr zumutbar. In einer rein administrativen Tätigkeit wäre der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Eine handwerkliche Tätigkeit sei unrealistisch und medizinisch nicht mehr zumutbar. Die Kollegen der Rheumatologie bitte er um eine Verlaufskontrolle des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und gegebenenfalls um weitere Abklärungen. Auf eine MRI-Abklärung der rechten Schulter sei angesichts der klaren radiologischen Befunde verzichtet worden (S. 2).

4. 2

Der Schadenmeldung vom 8. August 2016 (Urk. 9/4) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 15. April 2016 auf einer nassen Treppe ausrutschte und sich Verletzungen am Rücken zuzog. 4. 3

Dr. med. C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Z.____ , nannte in seinem Bericht vom 12. Mai

2016 (Urk. 9/21/2-4 = Urk. 9/26/6-8) unter anderem folgende Diagnosen (S. 1): - Exazerbation eines bekannten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms - MRI LWS April 2010: Degeneration LWK5/SWK1 mit medialer Diskus protrusion - Status nach Facettengelenksinfiltration 2008 sowie 2010 - neu diagnostizierte Omarthrose beidseits linksbetont - Status nach Arthroskopie und Tenotomie der langen Bizepssehne links Mai 2015

Schon vor längerer Zeit habe beim Beschwerdeführer ein bekanntes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Nachweis einer Degeneration von LWK5/

SWK1 bestanden. Nach verschiedenen Therapieformen sei 2010 eine Facettengelenksinfiltration durchgeführt worden, danach sei der Beschwerdeführer mehrere Jahre praktisch beschwerdefrei gewesen. Seit einigen Monaten bestünden nun wieder lumbale Rückenschmerzen mit vor allem Ausstrahlung nach gluteal rechts. Die Beschwerden würden als exazerbiertes

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei bekannten mässigen degenerativen Veränderungen des untersten Wirbelsäulensegments interpretiert (S. 2). 4. 4

Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, nannte in seinem Bericht vom 24. Juni 2016 (Urk. 9/2 = Urk. 3/4)

unter anderem eine Omarthrose beidseits, links betont, und eine Exazerbation eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit der Degeneration LWK5/SWK1 nach Sturz auf der Treppe Mitte April 2016 als Diagnosen (S. 1). Seit dem Unfall Mitte April 2016 sei der Beschwerdeführer gegenüber dem Vorzustand in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit noch ausgeprägter eingeschränkt. Insgesamt habe sich der Allgemeinzustand noch weiter verschlechtert. Im früher ausgeübten Beruf sei der Beschwerdeführer mit Sicherheit nicht mehr zu vermitteln, auch körperlich leichte Arbeiten könnten weder durchgeführt noch zugemutet werden (S. 2). 4. 5

Kreisärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurochirurgie, führte in ihrer Beurteilung vom 10. März 2017 (Urk. 9/43) aus, dass es durch den Unfall vom 15. April 2016 zu keinen nachweisbaren posttraumatischen strukturellen Veränderungen der LWS gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe bereits vor dem Unfall unter einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gelitten. Bei einer Vorstellung bei Dr. B.____ im März 2016 sei bereits eine rheumatologische Abklärung wegen dem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom empfohlen worden (vgl. vorstehend E. 4.1). Beim Unfall sei es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen, der Status quo sine sei nach zwei Monaten erreicht gewesen. Der aktuelle Unfall führe zu keiner Veränderung der Integritätsentschädigung (S. 2 f.). 4. 6

Am 3. April 2017 berichtete Kreisärztin Dr. E.____ über die gleichentags durchgeführte Untersuchung (Urk. 8/109 = Urk. 9/46 = Urk. 3/3) und nannte folgende Diagnosen (S. 6):
- Sturz am 11. November 2013 mit/bei: - Status nach arthroskopischer Gelenktoilette links mit Tenotomie der langen Bizepssehne und Akromioplastik - posttraumatische Omarthrose links - Omarthrose rechts - anamnestisch Exazerbation der Schulterschmerzen nach dem Treppensturz am 15. April 2016 - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: - Exazerbation nach dem Treppensturz am 15. April 2016

Betreffend die linksseitigen Schulterbeschwerden sei es subjektiv zu einer Verschlechterung der Beschwerdesituation seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7) gekommen. In der heutigen klinischen Untersuchung habe sich bei der passiven Bewegung eine Beweglichkeit im linken Schultergelenk vergleichbar mit der Untersuchung vom Dezember 2015 gezeigt, die aktive Beweglichkeit sei jedoch betreffend die Abduktion links schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Es müsse von einer leichten Verschlechterung der Schmerzsituation im Bereich des linken Schultergelenks ausgegangen werden. Die vorliegende Röntgendiagnostik links vom 22. März 2016 zeige eine fortgeschrittene Omarthrose links, die im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 23. Januar 2014 leicht zugenommen habe. Eine Erhöhung des Integritätsschadens ergebe sich daraus nicht, da bereits bei der Beurteilung am 1. Dezember 2015 der Integritätsschaden wegen des linken Schultergelenks auf 25 % geschätzt worden sei (vgl. vorstehend E. 3.8), was dem Wert für eine schwere Omarthrose entspreche. Betreffend die Zumutbarkeit sei zu ergänzen, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen des Ereignisses vom 11. November 2013 ganztags leichte Tätigkeiten zumutbar seien, bei denen der linke Arm nur als Hilfsarm eingesetzt werde. Eine Einschränkung für das rechte Schultergelenk bestehe nicht. Mit dem linken Arm sollten Tätigkeiten lediglich auf Tischhöhe und ohne Gewichtsbelastung erfolgen. Arbeiten an stossenden/schlagende/vibrierenden Maschinen sollten unterlassen werden (S. 6).

Am 15. April 2016 sei der Beschwerdeführer

auf einer Treppe gestürzt . In der Folge seien bekannte lumbale Rückenbeschwerden

exazerbiert . Nach dem Unfall hätten keine posttraumatischen strukturellen Veränderungen an der LWS festgestellt werden können (Vergleich Röntgen LWS vom 12. Mai 2016). Es sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden lumbalen Rückenbeschwerden

durch den Unfall vom April 2016 auszugehen, der Status quo sine sei zwischenzeitlich wieder erreicht.

Bei der aktuellen Untersuchung habe der

Beschwerdeführer angegeben , auch die rechtsseitigen Schulterbeschwerden

hätten sich erheblich durch den Unfall vom April 2016 verschlechtert. Auf Nachfrage, ob die

rechtsseitigen Schultergelenksbeschwerden bereits schon einmal kern spin tomografisch abgeklärt worden seien, habe der

Beschwerdeführer

erklärt , dass bereits ein MRI der rechten Schulter durchgeführt worden sei, er wisse jedoch nicht wann. Er sei sich auch nicht sicher, ob das MRI nicht nach dem Unfall 2016 gemacht worden sei. Die Kreisärztin bat daher die Administration zu klären, wann das MRI der rechten Schulter durchgeführt worden sei und bitt e darum, dieses MRI zu besorgen (S. 6). 4. 7

Am 7. Juni 2017 wurde eine CT Arthrographie der rechten Schulter erstellt (Urk. 9/53 = Urk. 9/54 = Urk. 9/55) , da wegen der ICD-Elektrode kein MRT möglich war. Dabei zeigte n sich eine beginnende Omarthrose mit Knorpelglatte und sekundär arthrotischen Veränderung des inferioren Glenoids sowie osteophytären Anbauten am Humeruskopf , stark narbig verändertes inferiores Labrum, eine Abflachung des postero -inferioren Glenoids , differentialdiagnostisch degenerative oder reversed

Bankart , eine massive Tendopathie der Bizepssehne mit Verdacht auf Pully-Läsion sowie eine allenfalls kleine anteriore Partialruptur der Supraspinatussehne bei ansonsten intakter Rotatorenmanschette .

4. 8

Kreisärztin Dr. E.____ führte in ihrer Beurteilung vom 3. Juli 2017 (Urk. 8/111/2 = Urk. 9/56/2) aus, im Arthro -CT (vgl. vorstehend E. 4.7) hätten erhebliche degenerative Veränderungen gl enohumeral und keine traumatischen strukturellen Läsionen festgestellt werden können. Gemäss den vorliegenden Unterlagen habe der Beschwerdeführer bereits im März 2016 Schulterbeschwerden rechts gehabt. Durch das Unfallereignis vom 15. April 2016 habe sich nur eine vorübergehende Verschlimmerung der rechten Schulter ergeben, der Status quo sine sei nach drei Monaten wieder erreicht gewesen. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer stürzte unbestrittenermassen am 11. November 2013 beim Laufen auf einer schneebedeckten Strasse und zog sich dabei eine kraniale Subscapularisläsion mit Subluxation der langen Bizepssehne an der linken Schulter zu. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer infolge der unfall kausalen

Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes ab dem 1. Januar 2016 eine Rente entsprechend einer Erwerbseinbusse von 33 % und eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 25 % zu (vgl. vorstehend E. 3.1-3.8) . Am 15. April

2016 rutschte der Beschwerdeführer auf einer nassen Treppe aus und zog sich Verletzungen am Rücken zu (vgl. vorstehend E. 4.2) . Dies ist ebenfalls unbestritten. Streitig und zu prüfen ist hingegen , ob sich die Folgen des Unfalls vom 11. November 2013 dauerhaft und wesentlich verschlechtert haben und ob der Unfall vom 15. April 2016 seinerseits eine (zusätzliche) rentenbegründende Invalidität verursacht hat (vgl. vorstehend E. 2.1-2.2) .

5.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die kreisärztlichen Beurteilungen durch Dr. E.____ für die streitigen Belange umfassend sind und die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers sowie die medizinischen Vorakten berücksichtigt. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. vorstehend E. 1.8-1.9).

Kreisärztin Dr. E.____ legte in ihrer Beurteilung vom März 2017 dar , dass der Unfall vom 15. April 2016 zu keinen nachweisbaren posttraumatischen strukturellen Veränderungen der LWS geführt habe . Der Beschwerdeführer habe bereits vor diesem Unfall unter einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gelitten. Beim Unfall sei es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen, der Status quo sine sei nach zwei Monaten erreicht gewesen (vorstehend E. 4.5) . Auch in ihrer Beurteilung anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom April 2017 stellte Kreisärztin Dr. E.____ fest, dass infolge des Treppensturzes am 15. April 2016 bekannte lumbale Rückenbeschwerden exazerbiert seien, posttraumatische strukturelle Veränderungen an der LWS hätten jedoch nicht festgestellt werden können (vorstehend E. 4.6) . Es ist denn auch aktenkundig, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 15. April 2016 an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gelitten hat und es nach dem Unfall zu einer Exazerbation gekommen ist (vgl. vorstehend E. 4.1, E. 4.3-4.4) . Kreisärztin Dr.

E.____ kam in der Folge in überzeugender Weise zum Schluss, dass es durch den Unfall vom 15. April 2016

zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden lumbalen Rückenbeschwerden gekommen sei , wobei der Status quo sine zwischenzeitlich wieder erreicht sei.

In Bezug auf die linksseitigen Schulterbeschwerden legte Kreisärztin Dr. E.____ in ihrer Beurteilung vom April 2017 in überzeugender Weise dar, dass der Unfall vom 15. April 2016 zu einer leichten Verschlechterung der Schmerzsituation geführt habe. So habe die klinische Untersuchung bei der passiven Bewegung zwar eine vergleichbare Beweglichkeit im linken Schultergelenk mit der Untersuchung vom Dezember 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7) gezeigt, die aktive Beweglichkeit sei jedoch betreffend die Abduktion links schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Zudem zeige die Röntgendiagnostik vom März 2016 eine fortgeschrittene Omarthrose links, die im Vergleich zu den Voraufnahmen vom Januar 2014 leicht zugenommen habe . Zudem legte Kreisärztin Dr.

E.____ dar, dass der Beschwerdeführer ganztags leichte Tätigkeiten ausüben könne, bei denen der linke Arm nur als Hilfs hand eingesetzt werde. Weiter sollten mit dem linken Arm Tätigkeiten lediglich auf Tischhöhe und ohne Gewichtsbelastung erfolgen. Zudem sollten Arbeiten an stossenden/schlagende/vibrierenden Maschinen unterlassen werden (vorstehend E. 4. 6). Demnach ging Kreisärztin Dr. E.____ von einer leichten Verschlechterung des Zumutbarkeitsprofils seit der letzten kreisärztlichen Beurteilung im Jahr 2015 aus (vgl. vorstehend E. 3.6-3.7).

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom April 2017 gab der Beschwerdeführer in Bezug auf die rechtsseitigen Schulterbeschwerden an, diese hätte sich seit dem Unfall vom 15. April 2016 verschlechtert (vorstehend E. 4. 6). In der Folge wurde im Juni 2017 eine CT Arthrographie der rechten Schulter erstellt, da wegen der ICD-Elektrode kein MRT möglich war (vorstehend E. 4.7). In der anschliessenden Beurteilung vom Juli 2017 hielt Kreisärztin Dr. E.____ fest, im Arthro -CT hätten erhebliche degenerative Veränderungen glenohumeral und keine traumatischen strukturellen Läsionen festgestellt werden können. Gemäss den vorliegenden Unterlagen habe der Beschwerdeführer bereits im März 2016 Schulterbeschwerden rechts gehabt (vorstehend E. 4.8). Dem Bericht von Dr. B.____ vom März 2016 ist denn auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer beidseitigen, linksbetonten Omarthrose leidet (vorstehend E. 4.1). Kreisärztin Dr.

E.____ kam in der Folge in überzeugender Weise zum Schluss, dass sich durch das Unfallereignis vom

E. 7

) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 5. März 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 7.1

Schliesslich ist zu prüfen, ob die mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 8/98) zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 25 % zu erhöhen ist.

E. 7.2

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (vgl. vorstehend E. 1.7).

E. 7.3

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleich gestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des

Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

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

E. 7.4

Kreisärztin Dr. E. ___ hielt anlässlich ihrer Beurteilung vom April 2017 in üblicher Weise fest, dass sich aufgrund der leichten Verschlechterung hinsichtlich des linken Schultergelenkes keine Erhöhung des Integritätsschadens ergebe, da bereits bei der erstmaligen Beurteilung im Dezember 2015 der Integritätsschaden wegen des linken Schultergelenkes auf 25 % geschätzt worden sei, was dem Wert für eine schwere Omarthrose entspreche (vorstehend E. 4. 6). Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. hierzu die Tabelle 5 UVG, Integritätsentschädigung bei Arthrosen), weshalb der Beschwerdegegnerin folgend (vorstehend E. 2.1) auf die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens abgestellt werden kann.

Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 8/98) zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritäts einbusse von 25 % nicht erhöht wurde. Dementsprechend ist auch diesbezüglich die Beschwerde abzuweisen, weshalb sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens erweist. Das Gericht 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 Peter-Schwarzenberger

E. 10

). Mit Eingabe vom 27. März 2018 (Urk. 11) verzichtete der Beschwerdeführer auf das Einreichen einer Replik, worüber die

Beschwerdegegnerin am 3. April 2018 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

April 2016 eine vorübergehende Verschlimmerung der rechten Schulter ergeben habe, der Status quo sine jedoch nach drei Monaten wieder erreicht gewesen sei (vorstehend E. 4.8).
5.3

Der Beschwerdeführer beanstandete, die Kreisärztin Dr. E.____ habe selber keine echtzeitlichen bildgebenden Abklärungen vorgenommen und die Beschwerdegegnerin habe die von der Kreisärztin Dr. E.____ angeregten zusätzlichen Abklärungen

bzw. den Beizug der früheren bildgebenden Abklärungen nicht vorgenommen, weshalb der rechtserhebliche Sachverhalt nicht umfassend festgestellt worden sei (vorstehend E. 2.2). Dem ist entgegenzuhalten, dass,

nachdem Kreisärztin Dr. E.____ anlässlich der kreisärztlichen Beurteilung im April 2017 festhielt, die Administration solle hinsichtlich der rechten Schulter weitere Abklärungen prüfen (vgl. vorstehend E. 4.6), im Juni 2017 eine CT Arthrographie der rechten Schulter (vgl. vorstehend E. 4.7) vorgenommen wurde, welche die Kreisärztin Dr. E.____ in ihrer Beurteilung vom Juli 2017 berücksichtigte (vorstehend E. 4.8). Der Kreisärztin Dr. E.____ lagen somit sowohl bezüglich der rechten und der linken Schulter als auch bezüglich der LWS bildgebende Materialien vor, welche nach dem Unfallereignis vom 15. April 2016 erstellt wurden. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich demnach als unbegründet.

Zudem machte der Beschwerdeführer geltend, sein behandelnder Hausarzt Dr. D.____ habe bestätigt, dass nach wie vor unfallbedingte Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. April 2016 bestünden und sich sein Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert habe. Vor diesem Hintergrund sei die Annahme der Kreisärztin, dass nach Ablauf von zwei bzw. drei Monaten der frühere Zustand eingetreten sei spekulativ bzw. willkürlich (Urk. 1 S. 5 Rz 14; vgl. vorstehend E. 2.2). In Bezug auf den Bericht des Hausarztes Dr. D.____ vom Juni 2016 (vorstehend E. 4.4) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ausserdem hat Kreisärztin Dr. E.____ den genannten Bericht im Rahmen ihrer Beurteilung vom April 2017 berücksichtigt (vgl. Urk. 8/109 = Urk. 9/46 = Urk. 3/3 S. 2), weshalb sich der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers ebenfalls als unbegründet erweist. Ausserdem liegen keine medizinischen Berichte vor, die an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen Zweifel erwecken würden. 5.4

Nach dem Gesagten erweist sich die kreisärztliche Beurteilung durch Dr. E.____ als beweiskräftig, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. Der kreisärztlichen Beurteilung folgend ist demnach mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bezüglich der Rückenbeschwerden der Status quo sine nach zwei Monaten, also Mitte Juni 2016, und bezüglich der

Schulterbeschwerden rechts nach drei Monaten, also Mitte Juli 2016, erreicht war. Von weiteren Abklärungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, namentlich von einem vom Beschwerdeführer beantragten Gutachten (vgl. vorstehend E. 2.2), ist im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d) zu verzichten, da nicht davon auszugehen ist, dass weitere medizinische Abklärungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem anderen Ergebnis führen.

Demnach erweist sich die Einstellung der Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. April 2016 mit Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 9/59) per 17. Juli 2017 als rechters. Dementsprechend ist die Beschwerde diesbezüglich abzuweisen. 6. 6.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 8/98) zugesprochene Rente basierend auf einer Erwerbseinbusse von 33 % zu erhöhen ist. Dabei ist eine Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen.

Vorab ist festzuhalten, dass die Rückenbeschwerden und die Beschwerden an der rechten Schulter aufgrund des Erreichens des Status quo sine für die Ermittlung des Invaliditätsgrades unbeachtlich sind (vgl. vorstehend E. 5.4). 6.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

6. 3

Die Beschwerdegegnerin zog im Rahmen der Rentenzusprache mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 8/98) zur Ermittlung des Valideneinkommens die Angaben des Beschwerdeführers heran, wonach er ohne den erlittenen Unfall am 11. November 2013 ein jährliches Einkommen von Fr. 105'000.-- erzielen könnte (vgl. Urk. 8/74/2-3 = Urk. 8/75; Urk. 8/94). Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rentenrevisionsprüfung das bereits ermittelte und durch den Beschwerdeführer nicht bestrittene (vgl. Urk. 1) Valideneinkommen von Fr. 105'000.-- herangezogen hat (vgl. Urk. 2 S. 9 Ziff. 6; Urk. 7 S. 8 Rz 5.18). 6.4

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr

verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, wird das 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 die Tabellenlöhne gemäss LSE oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis) . 6.5

Kreisärztin Dr. E. ___ hielt anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom April 2017 fest, hinsichtlich der Beschwerden an der linken Schulter müsse seit der letzten kreisärztlichen Beurteilung im Jahr 2015 von einer leichten Verschlechterung ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer könne noch ganztags leichte Tätigkeiten ausüben, bei denen der linke Arm nur als Hilfsarm eingesetzt werde. Weiter sollten mit dem linken Arm Tätigkeiten lediglich auf Tischhöhe und ohne Gewichtsbelastung erfolgen. Zudem sollten Arbeiten an stossenden/schlagenden/

vibrierenden Maschinen unterlassen werden (vgl. vorstehend E. 4.6) . Dementsprechend hat sich auch das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers seit der letzten kreisärztlichen Beurteilung im Jahr 2015 leicht verschlechtert (vorstehend E. 5.2), was auch die Beschwerdegegnerin - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2) - anerkannt hat (vorstehend E. 2.1). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich somit als unbegründet. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil vom April 2017 abgestellt hat.

Die Beschwerdegegnerin zog im Rahmen der Rentenzusprache mit Verfügung vom 13. Januar 2016

(Urk. 8/98) zur Ermittlung des Invalideneinkommens fünf DAP-Profile heran (vgl. Urk. 8/93) und errechnete dabei ein hypothetisches Invalideneinkommen entsprechend dem Durchschnitt der fünf in den Akten liegenden dokumentierten Arbeitsplätze von Fr. 70'642.-- (vgl. Urk. 8/94 S. 2). Im Einspruch entschied hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass sich das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers zwar leicht verschlechtert habe, ihm die beim Erlass der Rentenzusprache mit Verfügung vom 13. Januar 2016 beigezogenen DAP immer noch zumutbar seien (Urk. 2 S. 9 Ziff. 6). Dies ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer auch nicht substantiell beanstandet (vgl. Urk. 1).

Hinsichtlich der Festlegung des Invalideneinkommens machte der Beschwerdeführer geltend, ihm sei ein leitensbedingter Abzug zu gewähren (vorstehend E. 2.2). Rechtsprechungsgemäss sind im Rahmen des DAP-Systems, bei dem auf grund der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung anhand von Arbeitsplatzbeschreibungen konkrete Verweisungstätigkeiten ermittelt werden, Abzüge grundsätzlich nicht sachgerecht. Abzüge sind nur vorzunehmen, wenn zeitliche oder leistungsmässige Reduktionen medizinisch begründet sind. Im Übrigen wird spezifischen Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit bei der Auswahl der zumutbaren DAP-Profile Rechnung getragen. Bezüglich der weiteren persönlichen und beruflichen Merkmale (Teilzeitarbeit, Alter, Anzahl Dienstjahre, Aufenthaltsstatus), die bei der Anwendung der LSE zu einem Abzug führen können, ist darauf hinzuweisen, dass auf den DAP-Blättern in der Regel nicht nur ein

Durchschnittslohn, sondern ein Minimum und ein Maximum angegeben sind, innerhalb deren Spannweite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann (BGE 139 V 592 E. 7.3 mit Hinweis). Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom ermittelten Invalideneinkommen vorgenommen hat. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Darlegungen bezüglich eines leidensbedingten Abzuges

(vgl. Urk. 1 S. 7 Rz 24)

stellen demnach keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. 6.6

Nach dem Gesagten beträgt das Invalideneinkommen weiterhin Fr. 70'642.--. Ein Vergleich mit dem unverändert gebliebenen Valideneinkommen von Fr. 105'000.-- ergibt eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von 33 %. Der Invaliditätsgrad hat sich dementsprechend nicht verändert und die Rente bleibt weiterhin auf der Basis einer Einschränkung von 33 % bestehen.

Ein Revisionsgrund bzw. ein Anspruch auf Erhöhung der Rente ist somit nicht gegeben, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin die mit Verfügung vom 13. Januar 2016 zugesprochene Rente bei einer Erwerbseinbusse von 33 % nicht revidiert hat. Dementsprechend ist die Beschwerde auch diesbezüglich abzuweisen. 7.

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