

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00024 vom 30. Oktober 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00024 du 30 octobre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00024 del 30 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, war seit dem 1. Februar 2016 bei der Y.____ als Gipser angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 6. Juli 2016 stürzte er gemäss Unfallmeldung vom 8. Juli 2016 bei der Arbeit auf einer Baustelle aus zwei Metern Höhe von einem Gerüst, prallte auf die linke Seite und schlug sich dann den Kopf rechts an (Urk. 10/1). Noch am gleichen Tag erfolgte die medizinische Versorgung im Z.____, wo unter anderem eine Comotio cerebri mit Amnesie für das Sturzereignis sowie Kontusionen der linken Schulter (richtig: der rechten Schulter, vgl. zum Beispiel Urk. 10/30 S. 2, Urk. 10/31 S. 2), des linken Knies und des linken Fusses festgestellt wurden (Urk. 10/13 S. 2). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Urk. 10/3). Am 26. Juli 2017 informierte die Invalidenversicherung über die Anmeldung des Versicherten zum Leistungsbezug (Urk. 10/66 /2). Vom 4. Oktober bis 8. November 2017 befand sich der Versicherte sodann in der A.____ in stationärer Behandlung, wo zusätzlich zu den somatischen Leiden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie eine somatoforme Mitbeteiligung am Schmerzgeschehen diagnostiziert wurden

(Urk. 10/90 S. 2). Die Suva nahm diverse medizinische Unterlagen zu den Akten und liess den Versicherten durch Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 13. Februar 2018 kreisärztlich untersuchen (kreisärztliche Beurteilung vom 24. April 2018, Urk. 10/110). Ferner holte sie zwei Stellungnahmen des Kreisarztes Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie, vom 4. und 23. April 2018 ein

(Urk. 10/107, Urk. 10/109). Gestützt darauf stellte sie die Heilkosten- sowie Taggeldleistungen per 30. September 2018 ein (Urk. 10/121).

Mit Verfügung vom 12. Juli 2018 sprach sie dem Versicherten ab dem 1. Oktober 2018 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 20 % und eine

Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 8 % (Fr. 11'856.--) zu (Urk. 10/121, Urk. 10/124). Dagegen erhob der Versicherte am 13. September 2018 Einsprache (Urk. 10/133) und reichte einen neuen ärztlichen Bericht ein (Urk. 10/142). Die Suva legte die Akten daraufhin nochmals dem Kreisarzt Dr. C.____ vor (Beurteilung vom 12. November 2018, Urk. 10/149). Mit Entscheid vom 3. Januar 2019 hiess sie die Einsprache des Versicherten teilweise gut und erhöhte den Betrag des versicherten Jahresverdienstes von Fr. 71'661.-- auf Fr. 81'900.--. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (Urk. 10/152 = Urk. 2).

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, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 6. Juli 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

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

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 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. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV

Nr. 10 E. 2).

E. 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 aller dings 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

Dagegen erhob der Versicherte am 31. Januar 2019 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm rückwirkend eine angemessene, jedenfalls höhere Invalidenrente sowie eine angemessene, jedenfalls höhere Integritätsentschädigung, zuzusprechen und auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Am 25. Mai 2020 zog das Gericht die Akten der Invalidenversicherung (vgl. auch Prozess IV.2019.00616) bei (Urk. 12/1-96, Urk. 13). Während der Beschwerdeführer am 15. Juni 2020 auf eine Stellungnahme zu den beigezogenen Akten verzichtete (Urk. 14), erklärte die Beschwerdegegnerin am 20. August 2020, sie halte an ihrem Antrag fest (Urk. 17). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 24. August 2020 mitgeteilt (Urk. 18).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid, der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden sei bei Annahme eines mittelschweren Unfalls nicht gegeben. Daher bestehe unter diesem Aspekt kein weitergehender Leistungsanspruch (Urk. 2 S. 9). Betreffend die somatischen Unfallfolgen hielt sie fest, gestützt auf die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. C.____ sei der Fall korrekterweise per 1. Oktober 2018 abgeschlossen worden (Urk. 2 S. 10). Gemäss dem kreisärztlich verfassten Zumutbarkeitsprofil und nach Durchführung des Einkommensvergleichs ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 20.3 % (Urk. 2 S. 12-14). Ferner sei betreffend die Integritätsentschädigung auf die Beurteilung von Dr. C.____ vom 4. April 2018, welcher den Schaden auf 8 % schätze, abzustellen (Urk. 2 S. 15). Die medizinischen Unterlagen würden ein zuverlässiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zulassen; von weiteren medizinischen Abklärungen seien keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten (Urk. 2 S. 16).

E. 2.2

mit Hinweisen). 5.

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort fügte

die Beschwerdegegnerin insbesondere an, dass die kreisärztlichen Stellungnahmen und Beurteilungen von Dr. C.____ die recht sprechungsgemässen Kriterien an beweistaugliche medizinische Berichte erfüllen würden. Abweichende ärztliche Einschätzungen der Kausalität, der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens lägen nicht vor (Urk. 9 S. 5). Der Kreisarzt habe sich ein lückenloses Bild der medizinischen Fakten verschaffen können. Er habe nachvollziehbar dargelegt, dass beim Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit

in angepasster Tätigkeit und ein unfallbedingter Integritätsschaden von 8 % bestehe. Der medizinische Sachverhalt sei gestützt darauf als erstellt zu betrachten, auch hinsichtlich der vorgenommenen Adäquanzprüfung in Bezug auf die psychischen beziehungsweise subjektiven Beschwerden (Urk. 9 S. 7).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat und dem Beschwerdeführer zu Recht eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 20 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 8 %, zugesprochen hat.

E. 3

Im parallel hängigen Verfahren des Beschwerdeführers gegen die Invalidenversicherung (Prozess IV.2019.00616) wurde die Beschwerde mit Urteil heutigen Datums in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache zu weiteren Abklärungen an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Am 14. Oktober 2016 nannten die behandelnden Ärzte
des Z.____

die Diagnosen einer Partialruptur des medialen Kollateralbandes und einer Ruptur des medialen Retinaculums des linken Knies (MRI vom 12. Juli 2016 und 8. September 2016), einer Kontusion der rechten Schulter mit kleinvolumiger SLAP-Läsion, möglichem Längsriss der Bizepssehne im intraartikulären Verlauf, einer fraglichen Läsion des M

usculus
subscapularis sowie einer fortgeschrittenen AC- Gelenksarthrose (MRI vom 20. September 2016), ferner einer Commotio cerebri nach einem Sturz aus zwei Metern Höhe mit Amnesie für das Sturzereignis sowie einer Kontusion des linken Fusses (Urk. 10/30 S. 2).

E. 3.2

Der Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bestätigte am 16. Dezember 2016 die Unfallkausalität der Teilruptur des medialen Retinaculums und des medialen Seitenbandes bei inzwischen wieder weitgehend er

Belastbarkeit. Hingegen verneinte er die Kausalität betreffend die Verletzung am rechten Schultergelenk (Urk. 10/39).

Mit Blick auf einen aktuellen ärztlichen Bericht erklärte Dr. D.____ am 17. Februar 2017, im Unterschied zu seiner anfänglichen Beurteilung sei aufgrund des Verlaufes sowie in der Zusammenschau der MRI-Befunde von einer zwar kleinen, aber schmerzgebenden SLAP- und Subscapularisläsion auszugehen. Sodann sei der Schmerzverlauf protrahiert (Urk. 10/49).

E. 3.3

Dem Sprechstundenbericht der E.____ vom 4. Juli 2017 lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (Urk. 10/64 S. 1): - Ausgeprägte posttraumatische Schulter-/Armschmerzen rechts mit/bei - posttraumatischer adhäsiver Capsulitis - ausgeprägter Scapuladyskinesie mit sekundärem subacromialem

Impingement - Verdacht auf neurovegetative Schmerzkomponente mit dissoziativer Symptomatik - MR-tomographisch subacromiale Bursitis bei grossem Acromionsporn - a symptomatischer AC-Gelenks-Arthrose - Status nach Sturz aus zwei Metern Höhe mit Distorsion/ Kontusion Schulter rechts am 6. Juli 2016

Dazu ergänzte Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, klinisch liegt ein Jahr posttraumatisch ein Mischbild vor, wobei klar eine chronifizierte Schmerzproblematik mit zumindest partieller Dissoziation des rechten Armes besteht. Diesen könne der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten Schmerzinhibition für fast keine Tätigkeiten mehr verwenden. Selbst eine einfache Ellbogenflexion könne er kaum mehr willkürlich durchführen. Dies begünstige natürlich eine ausgeprägte Scapular dyskinesie und wiederum ein subacromiales

Impingement im Sinne eines Teufelskreises. Im Vordergrund stehen eine schulterspezifische Rehabilitation, bei welcher der Beschwerdeführer den Gebrauch des rechten Armes für Alltagsaktivitäten wieder neu erlernen müsse, dies insbesondere unter Berücksichtigung der Aktivierung der periscapulären Muskulatur (Urk. 10/64 S. 2).

E. 3.4

Vom 4. Oktober bis 8. November 2017 befand sich der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der A.____. Mit Austrittsbericht vom 1

E. 5

In seiner kreisärztlichen medizinischen Beurteilung vom 4. April 2018 ging Dr. C.____ von einer adhäsiven Capsulitis der rechten Schulter und dem Verdacht auf eine Scapular dyskinesie mit sekundärem subacromialem

Impingement sowie dem Status nach einer Teilruptur des medialen Seitenbandes und des medialen Anteiles des Retinaculum

patellae bei Sturz auf die linke Schulter am 6. Juli 2016 aus. In der Folge schätzte er den Integritätsschaden auf 8%. Zur Begründung führte er aus, bei der Untersuchung durch Dr. F.____ im Rahmen der Konsultation vom 3. Juli 2017 habe der Beschwerdeführer die rechte obere Extremität bis etwa 90 Grad abduzieren können. Gemäss Tabelle 1 der Suva entspreche dies einem Integritätsschaden von 15%. Die unfallfremden Veränderungen (beispielsweise eine Tendinopathie der gesamten Rotatorenmanschette, schwere Akromioklavikulararthrose und so weiter) seien abzuziehen. Für die am linken Knie erlittene Läsion sei momentan noch keine Integritätsentschädigung geschuldet, da die Funktionseinschränkungen nicht erwähnenswert seien und noch keine traumatisch bedingte Degeneration erkennbar sei (Urk. 10/109 S. 1). 3.

E. 5.1

Es bleibt

zu prüfen, ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den

psychischen Beschwerden

des Beschwerdeführers

beziehungsweise den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu bejahen ist

(Urteil des Bundesgerichts 8C_691/2013 vom 19. März 2014 E. 7.1).

Die Frage, ob die natürliche Kausalität gegeben ist, kann praxisgemäss offen bleiben (vgl. Urteil 1 8C_234/2012 vom 26. Juli 2012 E. 5.3 mit Hinweis), da die Adäquanz

- wie nach folgend gezeigt wird

- zu verneinen ist.

E. 5.2

Am 6. Juli 2016 stürzte der Beschwerdeführer gemäss Unfallmeldung vom 8. Juli 2016 bei der Arbeit auf einer Baustelle aus zwei Metern Höhe von einem Gerüst, prallte auf die linke Seite und schlug sich dann den Kopf rechts an (Urk. 10/1). Die Beschwerdegegnerin ging von einem

mittelschweren Unfall im engeren Sinne

aus (Urk. 2 S. 5). Diese Einschätzung steht im Einklang mit vergleichbaren, vom Bundesgericht beurteilten Fällen

und ist daher nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 5.3.1

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV

Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die

weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

E. 5.3.2

Beim Unfall vom 6. Juli 2016 waren mit Blick auf die Kasuistik (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_605/2010 vom 9. November 2010 E. 6.2.2 sowie 8C_721/2011 vom 11. November 2011 E. 5.1)

weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit des Ereignisses gegeben.

Die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen in Form einer *Commotio cerebri*, die Verletzungen des Knieinnen- und des Kniescheibenhaltebandes sowie die Kontusion der rechten Schulter (Urk. 10/13 S. 2, Urk. 10/149 S. 1) sind nicht als besonders schwer zu werten oder von besonderer Art und sind erfahrungsgemäss insbesondere nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Solche Verletzungen wären beispielsweise ein erlittenes Schädelhirntrauma mit Schädelkalottenfraktur (Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 3.5) oder verschiedene Frakturen im Gesichts- und Brustbereich, welche die Verlegung in ein künstliches Koma notwendig gemacht hätten (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.3). Verletzungen dieses Schweregrades lagen im hier zu beurteilenden Fall offensichtlich nicht vor. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

Insbesondere genügen hierfür manuelle physiotherapeutische Massnahmen alleine nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_638/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

Aus den Akten geht nicht hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem Austritt aus der A.____

im November 2017 noch weitere – über Physiotherapie hinausgehende (Urk. 10/150) – somatische Behandlungen in Anspruch genommen hätte. Dr. G.____

erwähnte im Oktober 2018, er habe den Beschwerdeführer lediglich einmal gesehen. Er habe keine Behandlung, sondern lediglich eine Verlängerung der Krankschreibung gewollt. Als er ihm diese nicht gegeben habe, habe er den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen (Urk. 10/147). Weshalb diese Aussage offenkundig falsch sein sollte, wie der Beschwerdeführer behauptet (Urk. 1 S. 13), ist nicht ersichtlich. So erwähnte

der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen kreisärztlichen Untersuchung im Februar 2018 denn auch

keine aktuellen Behandlungen und brachte auch beschwerdeweise nichts Anderes vor (Urk. 10/110 S. 11 f., Urk. 1 S. 13). Daran ändert auch das durch Dr. G. ___

angeordnete MRI im April 2018 nichts (Urk. 10/142). Denn dabei handelte es sich um eine medizinische Abklärung, welche r gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht die Qualität einer regel mässigen zielgerichteten Behandlung zukommt (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 11.3). Mit Bezug auf das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer zwar konstant Schmerzen verspürt (Urk. 10/64 S. 1, Urk. 10/90 S. 10), wobei sich das Ausmass der bestehenden Einschränkungen am rechten Arm somatisch allerdings nur zum Teil erklären liess (Urk. 10/90 S. 4, Urk. 10/107 S. 1 f.). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass

organisch objektiv nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden

bei der Beurteilung dieses Kriteriums praxisgemäss ausser Acht zu bleiben

haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.2). Das genannte Kriterium kann daher höchstens in einfacher Form bejaht werden. Ärztliche Fehlbehandlungen, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, sind nicht ersichtlich.

Das Kriterium «schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen» ist auch nicht gegeben, denn es sind keine besondere n Gründe ersichtlich, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert hätten (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.3).

Schliesslich ist zum Kriterium «Grad und Dauer der physischen Arbeitsunfähigkeit festzuhalten, dass sich dieses nicht alleine auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf bezieht (Urteil des Bundesgerichts U 479/05 vom 6. Februar 2007 E. 8.6.1). Zudem sind nur jene Zeiten zu berücksichtigen, in denen

eine Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 4.2.7). Im Zeitpunkt des Fallabschlusses im Juli 2018 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 10/121 S. 1). Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Beschwerden (Urk. 10/110 S. 22) muss vorliegend ausser Acht gelassen werden. Vor diesem Hintergrund kann die langandauernde Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt betrachtet werden.

E. 5.3.3

Gestützt auf das Dargelegte ist von den massgebenden Adäquanzkriterien höchstens eines – und dieses nicht in ausgeprägter Weise – erfüllt. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Adäquanz zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers verneint. 6.

E. 6

Am 19. April 2018 wurde der Beschwerdeführer erneut MR-tomographisch untersucht. Dabei wurde ein schräg verlaufender Unterflächen einriss in der Pars intermedia des Innenmeniskus festgestellt, welcher sich bis in das Innenmenis kushinterhorn verfolgen

lasse. Zudem hätten sich eine Chondropathie Grad II an der lateralen Kontur des medialen Femurkondylus sowie ein Einriss im Knorpel überzug der Patella im Bereich des Patellafirstes sowie der medialen Facette (Chondropathia patellae Grad II) gezeigt (Urk. 10/142 S. 1). 3.

E. 6.1

Da der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht unfallbedingt nicht mehr in seinem

angestammten Beruf als Gipser arbeitsfähig ist, ist ein Rentenanspruch aufgrund eines Einkommensvergleichs zu prüfen.

E. 6.2

Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffern mässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt

.

E. 6.3

Die Parteien gehen

übereinstimmend von einem Valideneinkommen von Fr. 84'500.-- aus (Urk. 1 S. 14, Urk. 2 S. 13). Darauf ist abzustellen. Übt eine versicherte Person nach Eintritt eines unfallbedingten Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aus, so dass bei der Bestimmung des Invalideneinkommens nicht von dem mit der aktuellen erwerblichen Betätigung erzielten Verdienst ausgegangen werden kann, sind nach der Rechtsprechung bei der Invaliditätsbemessung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Zahlen der Suva-internen DAP heranzuziehen (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis).

Der Arbeitgeber löste das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer per 31. Oktober 2016 auf (Urk. 10/126 S. 1). Unter Berücksichtigung des kreisärztlich umschriebenen Anforderungsprofils (Urk. 10/107 S. 2) stützte sich die Beschwerdeführerin zur Festsetzung des Invalideneinkommens

rechtsprechungsgemäss (BGE 139 V 592 E. 6.3, 129 V 472 E. 4.7.2)

auf den

durchschnittlichen Lohn von fünf DAP und errechnete ein durchschnittliches Invalideneinkommen von Fr. 67'349.-- (Urk. 2 S. 13, Urk. 10/112). Dies ist weder mit Blick auf die Akten- und Rechtslage zu beanstanden, noch bringt der Beschwerdeführer gegen das

Abstützen auf

DAP -Löhne oder gegen die Berechnung des Invalideneinkommens konkrete Einwände vor (Urk. 1 S. 14) . Damit hat es bei der Berechnung der Beschwerdegegnerin sein Bewenden. Wird das Valideneinkommen mit dem Invalideneinkommen verglichen, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'151.-- und dementsprechend ein Invaliditätsgrad von 20.3 % respektive gerundet 20 % . 7.

E. 7

Am 24. April 2018 erstattete der Kreisarzt Dr. B.____

seine psychiatrische Beurteilung. Darin nannte er die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell schwere depressive Episode (nach der Trennung von der zweiten Ehefrau und dem Arbeitsunfall am 6. Juli 2016) , deren Status nach mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode im Jahr 2005, (nach der Trennung von der ersten Ehefrau) , ferner die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung (Schmerzen und starke funktionelle Einschränkungen der oberen rechten Extremität, dominant, nach dem Arbeitsunfall vom 6. Juli 2016) sowie der Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen Zügen (Urk. 10/ 110 S. 18). Zur Kausalität hielt Dr. B.____ fest, dass der ab Oktober 2017 vorliegende, schwere depressive Zustand , beruhe zwar primär auf dem zutiefst erschütternden Verlassenwerden durch die Ehefrau. Zugleich sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass auch der versicherte Arbeitsunfall sowie dessen Auswirkungen deutlich zur Entwicklung der depressiven Dekompensation beigetragen hätten. Unter anderem stehe das Verlassenwerden durch die Ehefrau möglicherweise im Zusammenhang mit den dadurch bedingten Einschränkungen und Veränderungen. Zudem leide der Beschwerdeführer im Verlauf stark darunter, in seiner Arbeitsfähigkeit durch die unfallbedingten, somatischen Folgen deutlich beeinträchtigt zu sein. Die vorliegende somatoforme Schmerzstörung hätte sich ohne das Unfallereignis nicht in dieser Zeit und in dieser Weise entwickelt. Deshalb sei ein diesbezüglicher, natürlicher, teilkausaler Zusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen (Urk. 10/110 S. 21).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 13. Februar 2018 bestehe keine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aufgrund des schwer depressiven Zustandes bestünden starke funktionelle Einschränkungen, insbesondere von Antrieb, Konzentrations- und Merkfähigkeit unter Belastung, psychischer Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit. Wegen dieser Beschwerden und Beeinträchtigungen der rechten oberen Extremität bestehe in funktioneller Hinsicht praktisch eine Einhändigkeit . In prognostischer Hinsicht sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich das schwer depressive Zustandsbild im Verlauf der nächsten rund sechs bis zwölf Monate (möglicherweise auch langsame) deutlich verbessern werde , mit einer entsprechenden Verminderung der aktuell noch vollen Arbeitsunfähigkeit. In Anbetracht von Charakteristik und Verlauf der somatoformen Schmerzstörung sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich diese während der nächsten Jahre noch in einer erheblichen, anhaltenden Weise verbessern werde (Urk. 10/110 S. 22) . 3.

E. 7.1

Strittig und zu prüfen ist schliesslich die Festsetzung des Integritätsschadens.

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 oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in

Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3.

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

E. 7.2

Der Kreisarzt ging in seiner Beurteilung vom 4. April 2018 infolge der eingeschränkten möglichen Abduktion der rechten oberen Extremität bis 90 Grad von einem Integritätsschaden von 15 % gemäss Tabelle 1 der Suva aus. Diesen kürzte er aufgrund der relativ vielen unfallfremden Veränderungen (unter anderem Tendinopathie der gesamten Rotatorenmanschette, schwere Akromioklavikulararthrose) um 50 % auf 8 % (Urk. 10/109 S. 1). Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Befunde der A.____ zur Beweglichkeit der rechten Schulter vorbringt, der Integritätsschaden müsse höher als 15 % bewertet werden (Urk. 1 S. 15), kann ihm nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass der Kreisarzt bei der Schätzung des Integritätsschadens auf die älteren Befunde aus der Schultersprechstunde der E.____ und nicht auf die aktuellen aus der A.____ abstellte (Urk. 1 S. 14 f.). Diesbezüglich verweist die Beschwerdegegnerin allerdings zu Recht darauf hin (Urk. 9 S. 6), dass gemäss Tabelle 1 der Suva der Integritätsschaden auch dann mit 15 % zu bewerten wäre, wenn die Schulter nicht bis zur Horizontalen beweglich wäre. Des Weiteren hielten die Behandler der A.____

fest, dass sich das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus der klinischen Untersuchung nur teilweise erklären lasse (Urk. 10/90 S. 4). Dies korreliert denn auch mit der psychiatrischen kreisärztlichen Untersuchung, in welcher eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde (Urk. 10/110 S. 18). Für allfällige psychische Beeinträchtigungen ist die Beschwerdegegnerin jedoch – wie bereits erwähnt – mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs nicht leistungspflichtig. Der Kreisarzt wies auch zu Recht auf die multiplen degenerativen Veränderungen wie die asymptomatische AC-Gelenksarthrose, die subacromiale Bursitis sowie die Tendinopathie der Rotatorenmanschette

hin, welche bei der Beurteilung der Integritätsentschädigung ausser Acht zu bleiben haben (Urk. 10/64 S. 1, Urk. 10/90 S. 1). Wie bereits dargestellt, anerkannte der Kreisarzt auch, d

ass die invalidisierende Bewegungseinschränkung eine Folge des Unfalles darstellt, indem er bei seiner Beurteilung von einer adhäsiven Capsulitis und damit von einer eingeschränkten Schulterbeweglichkeit ausging. Nach dem Gesagten erweist sich eine Kürzung der Integritätsentschädigung um 50 % auf 8 % als angemessen. Die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers sind nicht stichhaltig.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - 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 dem 5. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Reiber

E. 8

Auf nochmalige Vorlage der Akten erklärte Dr. C. ___ in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 23. April 2018, das Ausmass der Beschwerden am rechten Arm sei aus somatischer Sicht nur zum Teil unfallbedingt erklärbar. Zumutbar seien ganztags Tätigkeiten, bei denen die rechte obere Extremität nicht kraftvoll oder über Kopfhöhe eingesetzt werden müsse, bei denen kein Gehen auf unebenem Boden erforderlich sei und weder die rechte obere noch die linke untere Extremität Schlägen oder Vibrationen ausgesetzt seien. Das stammferne Hantieren mit Werkzeugen oder Lasten sei zu vermeiden. Die Masse der rein mit der rechten Hand zu hebenden oder tragenden Lasten sei auf 10 kg zu limitieren. Tätigkeiten, die Knieen oder das Einnehmen einer Kauerstellung erforderten, seien zu vermeiden. Das Steigen auf Leitern sei absolut zu vermeiden (Urk. 10/107 S. 2). 3.

E. 9

Dr. med. G. ___ , Facharzt für Chirurgie, antwortete auf die Berichts-anfrage der Beschwerdegegnerin mit E-Mail vom 20. Oktober 2018, dass der Beschwerdeführer sich nur einmal mit einem alten MRI mit einer IM-Läsion bei ihm vorgestellt habe. Er habe eine Verlängerung der Krankmeldung, jedoch keine weitere Behandlung gewollt. Diesem Wunsch sei er nicht nachgekommen. Danach habe er den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen (Urk. 10/147). 3.

E. 10

Die Beschwerdegegnerin legte dem Kreisarzt den MR-Befund vom 19. April 2018, der ihm anlässlich seiner Stellungnahmen vom 4. April 2018 zum Integritäts schaden (Urk. 10/109) beziehungsweise vom 23. April 2018 zum Zumutbarkeits profil (Urk. 10/107) noch nicht bekannt gewesen war, nachträglich vor und fragte, ob sich daraus eine Änderung ergebe (Urk. 10/148 S. 1). Dr. C.____ führte dazu am 12. November 2018 aus, i m besagten MRI zeige sich im Meniscus

medi alis

neu eine komplexe, vorwiegend horizontal verlaufende, in die untere Fläche einstrahlende Läsion des Cornu

posterius und des poster i oren Anteiles der Pars intermedia . Diese Läsion könne aber nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, weil Risse der Menisci , die infolge eines Unfalles auftr ä ten , noch während der Krafteinwir kung und nicht mehr als zwei Monate später entst ü nd en. Zudem seien makrotraumatisch bedingte Risse der Menisci nicht komplex. In den MR I

des linken Knies vom 12. Juli sowie 8. September 2017 habe man im Meniscus

medialis lediglich mukoide und somit degenerat iv bedingte Veränderungen des Menis cus

medialis nachweisen können . Daher sei die Läsion des Meniscus

medi al is mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die natürliche Entwicklung der vorbestehenden mukoiden Degeneration zurückzuführen. Die übrige n beschriebenen Knorpelschäden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt und bereits am 12. Juli 2016 , also nicht einmal eine Woche nach dem Unfall , vorhanden gewesen und seien seither unverändert. Die Veränderungen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien , also die erstgradige Läsion des Ligamentum collaterale

tibiale

und die zweitgradige des Retina culum

patellae

medialseitig , seien nun verheilt. Das Aus mass der Funktionseinschränkungen liesse sich meist sehr zuverlässig durch den behandelnden Arzt nach einem fünf wöchigen Rehabilitationsaufenthalt, wie ihn der Beschwerdeführer vom 4. Oktober bis 8. November 2017 absolviert habe, schätzen. R elevanten Einschränkungen, die zu einem restriktiveren Zumutbarkeits profil als d em jenige n

vom 23. April 2018 führen würden oder Ans pruch auf eine höhere Integritätsentschädigung gäben, seien im Austrittsbericht der A.____ nicht erwähnt worden (Urk. 10/149 S. 1) .

Demzufolge könne festgehal ten werden, dass de n Unfallfolgen sowohl bei der Festlegung des Zumutbarkeits profils als auch bei der Schät zung des unfallbedingten Integritätsschadens adäquat Rechnung getragen worden

sei (Urk. 10/149 S. 2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in ihrer leistungsabweisenden Verfügung auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. C.____ ab. Gestützt darauf sprach sie dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 20 % und

eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 8 % (Fr. 11'856.--) zu (Urk. 10/124). Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Meinung, die Beurteilungen betreffend die Unfallkausalität, das Zumutbarkeitsprofil sowie die Integritätsentschädigung seien nicht beweiskräftig (Urk. 1 S. 7, S. 10 und S. 12 f.). Nachfolgend sind die kreisärztlichen Beurteilungen daher auf ihren Beweiswert hin zu untersuchen. 4.2

4.2.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, es fehle an einer verlässlichen Beurteilung der Restfolgen am linken Knie (Urk. 1 S.

E. 15

). Insbesondere hätten dem Kreisarzt als aktuellste Berichte nur der Austrittsbericht der A.____ sowie der MRI-Bericht vom 19. April 2018 vorgelegen

(Urk. 1 S. 8 f.). Diese Einwände sind nicht stichhaltig.

Der Kreisarzt

legte in seiner Beurteilung vom 12. November 2018 ausführlich, in nachvollziehbarer Weise und in Auseinandersetzung mit den bildgebenden Materialien dar, dass die im MRI vom 19. April 2018 neu festgestellte Läsion im Meniscus

medialis

nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall,

sondern vielmehr auf die natürliche Entwicklung der mittels MRT des linken Knies festgestellten vorbestehenden mukoiden Degeneration zurück zu führen ist, da

Risse im Meniskus, die infolge eines Unfalles auftreten, noch während der Krafteinwirkung und nicht länger als zwei Monate später entstehen und makrotraumatisch bedingte Risse der Menisci zudem nicht komplex sind. Ebenso überzeugend führte der Kreisarzt aus, dass die übrigen beschriebenen Knorpelschäden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt sind, da sie bereits weniger als eine Woche nach dem Unfall festgestellt werden konnten und seither unverändert sind, wohingegen die erstgradige Läsion des Ligamentum collaterale

tibiale und die zweitgradige Läsion des Retinaculum

patellae

medialseitig

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, jedoch gestützt auf die bildgebenden Darstellungen inzwischen verheilt sind (Urk. 10/149 S. 1). Diese Ausführungen erweisen sich als schlüssig.

Anderslautende ärztliche Einschätzungen liegen nicht vor.

Dass es sich bei

Dr. C.____ um einen Facharzt für Radiologie handelt, schmälert den Beweiswert seiner Beurteilung nicht, zumal er diese

schlüssig auf die vorliegenden medizinischen Akten abstützte und es im vorliegenden Fall gerade darum ging, anhand der Bildgebungen festzustellen, ob die unfallkausalen Verletzungen am linken Knie verheilt seien. Ebenso wenig ist entscheidend, dass Dr. C.____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte (Urk. 1 S. 8). Denn eine reine Aktenbeurteilung ist – wie der Beschwerdeführer im Grundsatz anerkennt (Urk. 1 S. 8 f.) – nicht an sich beweisuntauglich. Praxisgemäss kann auf Aktenberichte abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, 8C_239/2008 E. 7.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_737/2011 vom 2. April 2012 E. 5.2 und 8C_681/2011 vom 27. Juni 2012 E. 4.1). Inwiefern diese Voraussetzungen beim Bericht des Dr. C.____ nicht erfüllt sein sollen, legt der Beschwerdeführer nicht überzeugend dar und ist im Übrigen auch nicht ersichtlich.

Für die Beweistauglichkeit der Beurteilung Dr. C.____s spricht zudem, dass gemäss Bericht der A.____ die Beschwerden im Bereich des linken Knies

im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes nicht im Vordergrund standen. Diesbezüglich relevante Befunde wurden denn auch im Austrittsbericht nicht festgehalten (Urk. 10/90 S. 5 und 10). Dr. G.____

schliesslich hatte offenbar ein weiteres MRI angeordnet, weil es die einzige Möglichkeit gewesen wäre, festzustellen, was der Beschwerdeführer im linken Knie hat (Urk. 3 S.

2). Gemäss Indikation im Bericht vom 19. April 2018 ging es dabei jedoch primär um die Frage einer Meniskopathie und des Knorpel-Status (Urk. 10/142 S. 1). Diesbezüglich zeigte die Untersuchung auch tatsächlich Auffälligkeiten, welche jedoch – wie bereits erwähnt – durch den Kreisarzt in nachvollziehbarer Weise als degenerativ bewertet wurden (Urk. 10/149 S. 1). 4.2.2

Soweit der Beschwerdeführer darauf hinweist, dass die Bewegungseinschränkung der rechten Schulter gemäss Beurteilung von Dr. F.____

von der E.____

klarerweise eine Folge des Unfalles sei und das Impingement im Zusammenhang mit der unfallbedingten, ausgeprägten Scapuladyskinesie stehe (Urk. 1 S. 15), besteht soweit ersichtlich kein Widerspruch zur

Beurteilung des Kreisarztes vom 4. April 2018, der von einer adhäsiven Capsulitis der rechten Schulter, mithin von einer Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, ausging und einen Verdacht auf eine Scapula-Dyskinesie mit sekundärem subakromialem

Impingement erwähnte.

Im Übrigen

zieht der Beschwerdeführer zu Recht nicht in Zweifel, dass die übrigen vom Kreisarzt erwähnten Veränderungen an der rechten Schulter

wie etwa die Tendinopathie der gesamten Rotatorenmanschette sowie die schwere Akromioklavikulararthrose

unfallfremd sind

(Urk. 10/109 S. 1). Davon ist auszugehen.

Demnach kann so mit festgehalten werden, dass die kreisärztlichen Aktenbeurteilungen vom 4. April, vom 23. April sowie vom

12. November 2018 voller Beweiswert zu kommt. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass von den verbliebenen Beschwerden einzig die Einschränkungen an der Schulter (adhäsive Capsulitis rechts sowie Verdacht auf eine Scapuladyskinesie mit sekundärem subacromiale

Impingement) unfallkausal sind. Aus dem Umstand, dass der Kreisarzt in seiner Einschätzung vom 4. April 2018 von einer am linken Knie erlittenen Läsion ohne nennenswerte Funktionseinschränkungen ausging, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Vielmehr stellte der Kreisarzt in seiner späteren Beurteilung vom 12. November 2018 unter Hinweis auf die bildgebenden Darstellungen nachvollziehbar fest, dass die einzigen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingten Läsionen eine vollständige Regredienz

zeigten (Urk. 10/149). 4.3

Der Beschwerdeführer kritisiert ferner das kreisärztlich definierte Belastungsprofil und macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Auswirkungen der bleibenden Unfallfolgen auf seine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht gehörig abgeklärt (Urk. 1 S. 12 f.). Hierzu ist festzuhalten, dass die Behandler der A.____ sich immerhin insofern zur Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht äusserten, dass die bisherige Tätigkeit als Gipser dem Beschwerdeführer aufgrund der schweren Arbeit, welche zum Teil über Kopf ausgeführt werde, nicht mehr möglich sei. Eine genauere Einschätzung nahmen sie lediglich deshalb nicht vor, weil sich der Beschwerdeführer hinsichtlich der Psyche noch in der medizinischen Phase befände (Urk. 10/90 S. 3). Dass es sich beim Kreisarzt um einen

Facharzt für Radiologie handelt, spricht nicht gegen den Beweiswert des von ihm beschriebenen Zumutbarkeitsprofils. Das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil deckt sich mit den aktuellsten Befunden beim Austritt aus der A.____. So trug der Kreisarzt insbesondere der

dort festgehaltenen, eingeschränkten Beweglichkeit und den Schmerzen im Bereich der rechten Schulter Rechnung, indem er festhielt, angepasst sei eine Tätigkeit, bei welcher die rechte obere Extremität nicht kraftvoll oder über Kopfhöhe eingesetzt werden müsse, keinen Schlägen oder Vibrationen ausgesetzt und kein stammfernes Hantieren mit Werkzeugen oder Lasten nötig sei (Urk. 10/90 S. 10, Urk. 10/107 S. 2). Ärztliche Einschätzungen, welche aus unfallkausaler Sicht ein restriktiveres Zumutbarkeitsprofil nahelegen würden, liegen nicht vor.

Sodann trug der Kreisarzt auch den Kniebeschwerden Rechnung, indem er anmerkte, kniende Tätigkeiten oder solche in Kauerstellung sowie das Besteigen von Leitern seien zu vermeiden (Urk. 10/107 S. 2). Dass er in seiner Stellungnahme vom 23. April 20

E. 18

(Urk. 10/107) nicht nochmals ausdrücklich erwähnte, von welchem Gesundheitsschaden er bei der Festsetzung des Belastungsprofils ausging, vermag seine Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen, hatte er doch in seiner früheren Einschätzung vom 4. April 2018 ausdrücklich festgehalten, dass er von einer adhäsiven Capsulitis der rechten Schulter

sowie dem Verdacht auf eine Scapuladyskinesie mit sekundärem subacromiale Impingement, dem Status nach Teilruptur des medialen Seitenbandes und des medialen Anteiles des Retinaculum

patellae ausging (Urk. 10/109 S. 1). 4.4

Auch der Fallabschluss per 30. September 2018

erweist sich als rechens. Dies ist unbestritten (Urk. 1 S. 2). Behandlungsbedürftige psychische Gesundheitsschäden stellen nach Massgabe der « Psycho-Praxis » sodann kein Hindernis für den Fallabschluss dar (BGE 134 V 109 E. 6.1).

Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus

somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit unfallbedingt nicht eingeschränkt, sondern zu 100 % arbeitsfähig ist. Bei der insoweit hinreichend aufschlussreichen Aktenlage besteht – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 14 und

15) – kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.

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