

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00069 vom 7. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00069](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00069)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00069 du 7 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00069 del 7 aprile 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 19

#### E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 29. Mai 2012 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

UV170100 Kausalzusammenhang adäquat und Gesundheitsbeeinträchtigung psychisch, banaler Unfall 12.1999 Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

### **E. 1.4**

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

(BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ): • besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles; • 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. 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 auffallend 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).

### **E. 1.5**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und

nicht aufgrund retro spektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888 /2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

## **E. 1.6**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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). 2.

### 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) davon aus, gegen die zugesprochene Integritätsentschädigung sei keine Einsprache erhoben worden, diesbezüglich sei die Verfügung vom 18. September 2018 in Rechtskraft erwachsen (S. 5 Ziff. 1),

für urologische Beeinträchtigungen sei sie mangels Unfallkausalität nicht leistungspflichtig (S. 8 Ziff. 4b) und für psychische Beeinträchtigungen mangels Adäquanz ebenfalls nicht (S. 9 Ziff. 4c/cc). Auf das kreisärztlich formulierte Zumutbarkeitsprofil könne - auch nach später erfolgten operativen Eingriffen - abgestellt werden (S. 15 Ziff. 6c). Sodann sei der medizinische Endzustand (spätestens) am 30. September 2018 erreicht gewesen (S. 17 Ziff. 7c). 2.2

Der Beschwerdeführer vertrat demgegenüber in seiner Beschwerde ( Urk. 1) abweichende Standpunkte bezüglich den Zeitpunkt des Fallabschlusses (S. 10 f. Ziff. 23 ff.), der Entwicklung des Gesundheitszustands seit Februar 2017 (S. 11 ff. Ziff. 26 ff.), der somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit (S. 14 Ziff. 30), der Adäquanz (S. 15 ff. Ziff. 32 ff.) und der Integritätsentschädigung (S. 17 Ziff. 35). 2.3

Strittig ist, ob dem Beschwerdeführer über die verfügungsweise zugesprochenen Leistungen weitere zustehen.

Dazu gehört auch die Frage der Integritätsentschädigung, denn in der ergänzenden Einsprachebegründung vom 10. Januar 2019 ( Urk. 8/I/439) wurde unter anderem geltend gemacht, es sei eine aktualisierte Einschätzung des Integritätschadens erforderlich (S. 3 Ziff. 6).

Die im Februar 2020 über ein Jahr nach Erlass des angefochtenen Entscheids erneut aufgenommene Behandlung mit in Aussicht genommener abermaliger Operation der rechten Schulter (vgl. nachstehend E. 3.17) ist nicht hier, sondern vorerst von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des ihr gemeldeten Rückfalls zu prüfen. 3. 3.1

Dr. med.

Y.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Chirurgische Klinik,

Z.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 26. Februar 2013 ( Urk. 8/I/10 = Urk. 8/I/16/3-4) über die gleichentags erfolgte Untersuchung als Diagnose eine transmurale

Supraspinatus sehnenruptur , alte AC-Luxation Rockwood IV rechts mit Stolpersturz am 29. Mai 2012 und Retraumatisierung im Dezember 2012 (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer berichtet, er sei im Dezember 2012 (richtig wohl: Januar 2013) in der Badewanne gestürzt und habe sich den rechten Rippenthorax geprellt (S. 1). Als Befund erwähnte Dr. Y. \_\_\_\_ eine im Vergleich zur letztmaligen Untersuchung im November 2012 unveränderte Schulterasymmetrie mit Hochstand des AC-Gelenkes (S. 1 unten). 3.2

K reisarzt Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in seiner Beurteilung vom

## **E. 6**

).

Am 15. Januar 2013 zog er sich bei einem Sturz in der Badewanne ( Urk. 8/II/1) eine Thoraxkontusion rechts zu ( Urk. 8/II/15). Die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit wurde ab 11. Februar 2013 mit 0 % beziffert ( Urk. 8/II/11 ) .

Am 25. Februar 2013 erfolgte eine Rückfallmeldung durch den nunmehrigen Arbeitgeber ( Urk. 8/I/3).

Die Suva verneinte mit Verfügung vom 18. März

2015 ihre Leistungspflicht ( Urk. 8/I/98), hiess aber die dagegen erhobene Einsprache ( Urk. 8/I/101) mit Einspracheentscheid vom 15. September 2015 gut ( Urk. 8/I/128).

Mit Verfügung vom 16. Juni 2017 sprach sie dem Versicherten eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 14 % und eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 15 % zu ( Urk. 8/I/280) . Nach Gutheissung der dagegen erhobenen Einsprache ( Urk. 8/I/292) mit Einspracheentscheid vom 10. August 2017 ( Urk. 8/I/299/1-2) sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 18. September 2018 ( Urk. 8/I/402) eine unveränderte Integritätsentschädigung und eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 15 %

ab Oktober 2018 zu und forderte zu

viel erbrachte Leistungen zurück. Die dagegen am 9. Oktober und 22. November 2018 sowie am 10. Januar

2019 erhobene Einsprache ( Urk.

8/I/422 /1-2 , Urk. 8/I/431 , Urk. 8/I/439) wies sie mit Einspracheentscheid vom 8. Februar 2019 ab ( Urk. 8/I/449 = Urk. 2) . 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 8. Februar 2019 ( Urk. 2) erhob der Versicherte am 12. März 2019 Beschwerde mit den Anträgen ( Urk. 1 S. 2), dieser sei aufzuheben ( Ziff. 1) und es seien ihm weiterhin Taggelder , eventuell eine höhere Rente sowie eine höhere Integritätsentschädigung auszurichten ( Ziff. 2).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Mai 2019 ( Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 14. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 9). Zu einem weiteren vom Beschwerdeführer eingereichten Arztbericht vom 5. Februar 2020 ( Urk. 11) nahm die Beschwerdegegnerin am 11. März 2020 Stellung ( Urk. 13), was dem Beschwerdeführer am 13. März 2020 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 15). 3.

Am 14. Februar 2020 wurde eine Rückfallmeldung erstattet (Urk. 14/1). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 11**

Dezember 20

#### **E. 14**

(Urk. 8/I/82) aus, aus näher dargelegten Gründen hätten Folgen des Unfalls vom 29. Mai 2012 im Sinne einer einfachen Prellung ohne richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes maximal für die Dauer von 3 Monaten vorgelegen (S. 4 unten). 3. 3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberarzt Schulterchirurgie, C.\_\_\_\_, nahm am 27. Februar 2015 eine offene Rotatorenmanschettenrekonstruktion

(Supraspinatus) und eine AC-Gelenksstabilisation vor (Urk. 8/I/100/3-4 S. 1 Mitte; Urk. 8/I/101/8-9).

Er führte mit Schreiben vom 22. April 2015 (Urk. 8/I/104) aus, es sei korrekt, dass die transmurale

Supraspinatussehnen-Ruptur ohne weitere degenerative Charakteristika sein könnte und dementsprechend nicht als Unfallfolge zu werten sei. Hingegen sei die nachgewiesenermassen hochgradige AC-Gelenksluxation aus schulterchirurgischer Sicht keinesfalls als Krankheitsfolge zu werten. 3.4

Am 14. August 2015 erstattete med. pract.

D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Suva-Versicherungsmedizin, eine Beurteilung (Ziff. 8/I/122).

Er wies unter anderem darauf hin, dass in den Akten Befunde aus dem Jahr 2001 vorlägen. Am 5. April 2001 habe der Versicherte im Rahmen eines Aussendienstberichts angegeben, er habe bereits im Jahr 2000 unter Schulterbeschwerden beidseits gelitten, deren Ursache ihm aber nicht bekannt seien. Weiterhin liege der Befund eines Arthro-MRI des rechten Schultergelenkes vom 8. Februar 2001 vor. Als Indikation seien Schulterschmerzen rechts und vor allem Ruheschmerzen im Liegen und bei Elevation in 90° genannt worden und mit dem Befund eine mechanische Einengung des subacromialen Raums durch ein «laterales Down sloping des Acromions» und als Teilrupturen und Verdünnung bezeichnete Verschleisserscheinungen der Supraspinatussehne

sowie eine mässige Bursitis subacromialis beschrieben worden. Es bestehe also mindestens seit dem Jahr 2001 ein Vorzustand im Bereich der rechten Schulter (S. 13 oben).

Aus näher dargelegten Gründen (S. 13 ff.) sei eine frische traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette im Rahmen des Unfalls vom 29. Mai 2012 überwiegend wahrscheinlich nicht eingetreten (S. 15 unten).

Zwar sei ein Vorzustand mit Schädigung des Acromioclaviculär (AC)-Gelenks wahrscheinlich (S. 20 Mitte), jedoch sei das Unfallereignis vom 29. Mai 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilkausal für die nachgewiesene Sprengung des AC-Gelenks vom Typ Rockwood IV (S. 20 unten).

Zusammenfassend führte er aus, die Sprengung des AC-Gelenks rechts vom Typ Rockwood IV mit der Folge einer Instabilität im Schulterreckgelenk rechts sei überwiegend wahrscheinlich Folge des Ereignisses vom 29. Mai 2012. Die nachgewiesenen Texturstörungen der Rotatorenmanschette und der langen Bicepssehne

sowie die partielle Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette seien nicht überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Ereignisses (S. 21 Ziff. 1).

Mit dem MRI vom 9. Februar 2011 sei bereits ein krankhafter Vorzustand im Bereich der rechten Schulter dokumentiert, nämlich ein Impingement der Supraspinatussehne bei Downsloping des Acromions, Texturstörungen der Supraspinatussehne, eine Bursitis subacromialis und zystische Läsionen im Tuberkulum

majus und minus sowie eine leichte Erweiterung und Auftreibung des AC-Gelenks (S. 21 Ziff. 2).

Der Vorzustand sei bezüglich der Rotatorenmanschette (hier der Supraspinatus- und Infraspinatussehne) nicht verschlimmert worden, weil der Unfall nicht geeignet gewesen sei, eine Schädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Bezüglich des AC-Gelenks sei der Vorzustand nicht verschlimmert worden, sondern es sei neu eine Sprengung des AC-Gelenks eingetreten. Eine solche Sprengung habe nur möglicherweise bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vom 29. Mai 2012 bestanden (S. 22 oben). 3.5

Am 25. April 2016 erfolgte eine klinische Verlaufskontrolle in der C.\_\_\_\_ (Urk. 8/I/197), wobei als Diagnosen unter anderem eine unklare Schwellung mediale Clavicula rechts, Differentialdiagnose (DD) Stressfraktur, DD Weichteilprozess und Scapuladyskinesie (S. 1 Ziff. 1), und ein Verdacht auf Depression (S. 1 Ziff. 2) genannt wurden.

Nach einer Verlaufskontrolle nach MRI vom 6. Juni 20

#### **E. 16**

(Urk. 8/I/221)

aus, der Patient gebe weiterhin belastungsabhängige Schmerzen und Nachschmerzen und Ausstrahlung in den rechten Oberarm an. Zudem bestehe ein Reizzustand des rechten AC-Gelenks. Mit diesem Befund sei er für körperlich schwere Arbeit zu 100% arbeitsunfähig. Ob er für gewisse Tätigkeiten arbeitsfähig sei, bedürfte einer arbeitsmedizinischen Abklärung.

Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) erklärte am 13. September 2016, es bleibe bei seiner Einschätzung der Zumutbarkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt, eine diesbezügliche ausführlichere Abklärung sei nicht erforderlich (Urk. 8/I/223). 3.8

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 15. November 2016 aus, der Patient befinde sich seit 10. März 2016 in ihrer Behandlung. Diagnostisch liege eine Depression vor, aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit aktuell 50% (Urk. 8/I/240). 3.9

Am 6. Februar 20

#### **E. 17**

über die am 15. Februar 2017 erfolgte Untersuchung (8/I/254).

Er nannte als unfallkausale Diagnose ( Ereignis vom 29. Mai 2012, Rückfall vom 7. Januar 2014 ) eine AC-Gelenkssprengung Rockwood IV rechts, und als nicht unfallkausale Diagnose n Zusammenhangstrennungen der Rotatorenmanschette der rechten Schulter , eine vorübergehende Reizung des AC-Gelenks rechts, eine Depression und Teilamputation des Endglieds des linken Zeigefingers (S. 11 f. unten).

Er führte aus, der Versicherte sei am 29. Mai 2012 auf die rechte Schulter gestürzt und habe sich dabei eine AC-Gelenkssprengung Rockwood IV zugezogen. Diese sei verzögert diagnostiziert worden und habe zu einer hochgradigen Instabilität des AC-Gelenks geführt, und sei am 27. Februar 2015 mit

einer Resektion des AC-Gelenks stabilisiert worden .

Am gleichen Tag seien eine offene Rotatoren man schetten-Rekonstruktion und eine Bicipstenotomie

rechts durchgeführt worden (S.

12 oben) .

Postoperativ seien persistierende

Schmerzen und eine Schulter schwäche berichtet worden . Infiltrationen und Physiotherapie hätten keine Verbesserung gebracht (S. 12 Mitte).

Im Bericht vom 6. Februar 2017 über die Untersuchung vom 1. Februar 2017 (vorstehend E. 3.9) werde ausgeführt, es sei schwierig, aufgrund der klinischen Untersuchung die Schmerzen klar dem AC-Gelenk zuzuordnen. Es werde eine äußerlich unauffällige Schulter beschrieben ,

eine Atrophie sei nicht ersichtlich, Asymmetrien bestünden nicht.

Das Sterno-Claviculargelenk sei ohne eine vermehrte Schwellung im Vergleich mit der Gegenseite. Auch bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung sei das Schultergelenk symmetrisch ausgeprägt

und einseitige Muskelatrophien seien nicht auffällig. Der Muskelmantel des rechten Ober- und

Unterarms sei gegenüber der unverletzten linken Seite nicht vermindert , sondern in Höhe des

Ellbogens und der Mittelhand bei dem rechtsdominanten Versicherten kräftiger als auf der Gegenseite. Das spreche gegen eine deutlich verminderte Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms, denn dann wäre

eine Verminderung der Muskulatur zu erwarten ( S. 12 unten).

Da die gelenkbildenden Anteile des Acromions und der lateralen Clavicula im Rahmen der Operation vom 27. Februar 2015 entfernt (reseziert) worden seien, es also das AC-Gelenk gar nicht mehr gebe, sei eine höhergradige Funktions einschränkung der rechten Schulter als Folge des Ereignisses vom 29. Mai 2012 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu begründen. Die im Rahmen der aktuellen gutachterlichen Untersuchung und im Rahmen der Untersuchung in der Sprechstunde vom 1. Februar 2017 festgestellten funktionellen Defizite seien je doch nachvollziehbar mit der Verletzung und dem Folgezustand nach der Operation zu begründen (S. 13 oben).

Die Angaben des Versicherten, dass er Schmerzmittel nur bei Bedarf einnehme, würde n durch den sehr niedrigen entsprechenden Blutspiegel gestützt. Es sei so mit nicht von dauernden und starken, die Aktivitäten des täglichen Lebens ein schränkenden Schmerzen auszugehen. Schmerzen würden bei Hebung des rechten Arms über die Horizontale, dem Heben und Bewegen schwerer Lasten (im Bericht vom 6. Februar 2017 würden 45 kg genannt) und bei Druck auf die Region des vormaligen AC-Gelenks angegeben. Wenn diese Verrichtungen vermieden würden, sollte eine Arbeit zumutbar sein (S. 14 oben).

Zusammenfassend ergibt sich aufgrund der unfallkausalen mässiggradigen Einschränkungen der

Funktion der rechten Schulter verbunden mit belastungsabhängigen Schmerzen folgendes Zumutbarkeitsprofil:

Der Versicherte könne voll schichtig leichte, selten auch mittelschwere Arbeiten beidhändig,

im Gehen, Stehen und Sitzen,

unterhalb der Brustebene (maximal 90° Abduktion)

ausführen (S. 14 Mitte).

Diese Arbeiten

sollten nicht mit Stößen, Schlägen und Vibrationen mit Auswirkung auf die rechte obere Extremität und nicht mit dem Heben von Lasten von mehr als 5 kg körperfern mit dem rechten Arm

verbunden sein; Lasten bis 15 kg können körpernah und beidhändig gehoben werden,

Lasten bis 10 kg auch einhändig körpernah. Ferner sollten sie nicht mit repetitivem Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg Gewicht und nicht mit Arbeiten oberhalb der Horizontalen verbunden sein, und sollten nicht auf Leitern und Gerüsten ausgeführt werden müssen, da das Festhalten mit der

rechten Hand über Kopf nicht ausreichend möglich sei. Die linke obere Extremität könne ohne unfallkausale Einschränkungen eingesetzt werden (S. 14).

Verletzungen des AC-Gelenks seien häufig und die Folgezustände in der Literatur auch bezüglich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausführlich beschrieben, weshalb eine spezielle arbeitsmedizinische Abklärung für die Formulierung eines Zumutbarkeitsprofils nicht notwendig sei (S. 14 unten).

Der medizinische Endzustand sei erreicht. Eine Infiltration in die Region des vormaligen AC-Gelenks sei bereits mehrfach erfolgt und ohne Erfolg in Bezug auf die Schmerzen geblieben. Es sei nicht zu erwarten, dass durch weitere Infiltrationen eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könne (S. 15 oben).

Bezüglich der Versorgung der Sprengung des AC-Gelenks sei 2 Jahre nach der Operation nicht mehr mit einer wesentlichen Befundänderung zu rechnen. Die zuletzt angefertigten Röntgenbilder zeigten keine relevanten Veränderungen zu den Vorbefunden. Die AC-Gelenkssprengung sei stabil versorgt. Anhaltspunkte für eine entzündliche oder proliferative Aktivität fänden sich derzeit nicht (S. 15 Mitte).

In der Tabelle I der Suva (Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) werde ein Integritätsschaden von 15 % für eine bis zur Horizontalen bewegliche Schulter genannt. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe der Versicherte den rechten Arm bis 90° abduzieren können. 14 Tage zuvor, bei der Untersuchung vom 1. Februar 2017, habe er hingegen eine Abduktion von 110° erreicht. Ein Bewegungsausmass bis 30° über der Horizontalen würde laut Tabelle I mit 10 % bewertet. Eine mässige Form einer Periarthrosis humeroscapularis wäre laut Tabelle I mit 10 %, eine schwere Form hingegen mit 25 % zu bewerten. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass dem Versicherten eine Abduktion über die Horizontale nur inkonstant gelinge, empfehle er, den Integritätsschaden mit 15 % zu bewerten (S. 15). 3.11

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in einem Zeugnis vom 27. März 2017 aus, der Beschwerdeführer sei vom 1. bis 30. April 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Sofern von ihm näher bezeichnete Bedingungen eingehalten würde, sei er aber für leichte Arbeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/I/305/19).

Dr. F.\_\_\_\_

(vorstehend E.

3.8) machte mit Bericht vom 28. März

## **E. 20**

18 (Urk.

8/I/434), es bestehe kein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. Mai 2012 und dem nach der Operation vom 15. März 2018 (vorstehend E.

3.12) aufgetretenen Harnverhalt und der diesbezüglichen urologischen Operation vom 22. August 2018 (vgl. Urk. 8/I/428)

Am 6. Februar 2019 erklärte er, der Versicherte befinde sich aufgrund der Probleme mit der rechten Schulter nun seit Anfang 2013 praktisch ununterbrochen in Behandlung. Nach einem derartigen Verlauf die Situation mit Schmerztherapie oder neurophysiologischen Massnahmen verändern zu wollen, sei aussichtslos. Zudem sei er mindestens seit März 2016 aufgrund einer Depression in psychiatrischer Behandlung, was die Chancen zusätzlich reduziere (Urk. 8/I/448). 3.16

Dr. med.

J.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, nannte in seinem Bericht vom 24. Januar 2019 über die gleichentags erfolgte Erstkonsultation (Urk. 3/4) folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Schulterschmerzen rechts mit neuropathischen Anteilen - Verdacht auf Angststörung und Depression möglicherweise als schmerzverstärkender Faktor - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Als Nebendiagnose nannte er eine Harnblasenfunktionsstörung bei Status nach postoperativem Harnverhalt März 2018 und Status nach Urosepsis April 2018, aktuell Spontanmiktion (S. 1 unten).

Aufgrund der Anamnese und des klinischen Bildes finde sich ein Restzustand nach dreimaliger Schulteroperation und low grade Infekt. Es könne auch eine neuropathische Schmerzkomponente vorliegen (S. 2 unten).

Er habe den Beschwerdeführer ermuntert, weiter aktiv physiotherapeutisch zu arbeiten. Dieser befürchte, dass eine zunehmende Eigenaktivität bei der Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin negativ beurteilt werden könnte. Einen negativen Einfluss auf die Schmerzverarbeitung habe sicherlich auch die depressiv-ängstliche Stimmungslage (S. 3 oben).

In einer Stellungnahme vom 1. März 2019 (Urk. 3/3) erklärte Dr. J.\_\_\_\_, er empfehle noch einmal ein multidisziplinäres Gutachten, da sich das Krankheitsbild seit 2017 deutlich verschlechtert habe und dies im unfallchirurgischen Gutachten in keiner Weise abgebildet und vollständig erfasst sei. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werde erreicht durch den Ausbau der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, eine Intensivierung der Physiotherapie und noch weitergehende schmerzmedizinische Therapien.

3.17

Med. pract. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie, Z.\_\_\_\_, nannte mit Bericht vom

5. Februar 2020 (Urk. 11) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - chronische Schmerzproblematik der lateralen Clavicula Schulter rechts - ängstlich-depressive Verstimmung, ambulante psychiatrische Behandlung

Er führte aus, angesichts der gestellten Diagnosen sei prinzipiell eine Revision der Schulter zu diskutieren (S. 2 Mitte). Zumindest sei die lokale Schmerzsituation zu verbessern. Eine beschwerdefreie Schulter sei hier in der Gesamtsituation nicht zu erwarten. Das Operationsaufgebot folge (S. 2 unten). 4. 4.1

Am 29. Mai 2012 verletzte sich der Beschwerdeführer bei einem Stolpersturz (Urk. 8/I/1). Dabei kam es, wie später festgestellt wurde (vorstehend E. 3.4), zu einer Sprengung des rechten AC-Gelenks. Die rechte Schulter wurde im

Februar 2015 in der C.\_\_\_\_

operiert (vorstehend E. 3.3). Im September 2017 erfolgte eine Re-AC-Resektion und Entfernung heterotoper Ossifikationen und im März 2018 eine weitere Arthroskopie, in deren Folge eine Low Grade Infektion auftrat (vorstehend E. 3.12). Am 6. November 2018 wurde die schulterchirurgische Behandlung durch die Ärzte der C.\_\_\_\_ abgeschlossen (vorstehend E. 3.14).

Seit März 2016 befand sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung (vorstehend E. 3.8), dies wohl in monatlichen Abständen (vgl. vorstehend E. 3.11).

Am 24. Januar 2019 wurde eine schmerztherapeutische Behandlung aufgenommen (vorstehend E. 3.16). 4.2

In einem ersten Schritt ist zu klären, wie es sich mit den psychischen Beeinträchtigungen verhält. Die Beschwerdegegnerin erachtete sie als nicht in adäqua tem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. Mai 2012 stehend, dies mit Hinweis darauf, dass das Ereignis den leichten Unfällen zuzurechnen sei (Urk. 2 S. 9 Ziff. 4c/ bb). Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, unter Umständen sei eine Adäquanzbeurteilung auch bei leichten Unfällen vorzunehmen (Urk. 1 S. 15 Ziff. 32).

Eine Adäquanzbeurteilung ist ausnahmsweise auch bei leichten Unfällen mit psychischen Unfallfolgen vorzunehmen, wenn die unmittelbaren Folgen das Beschwerdebild im

Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen. Diese Gerichtspraxis ist aufgrund ihres Ausnahmeharakters zurückhaltend anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 5.1).

Der Stolpersturz vom 28. Mai 2012 zeitigte gar keine unmittelbaren Folgen. So zog er gemäss der am 6. Juni 2012 erstatteten (Bagatell-) Unfallmeldung keine Arbeitsunfähigkeit nach sich (Urk. 8/I/1). Dem ersten aktenkundigen Bericht (vorstehend E. 3.1) ist zu entnehmen, dass im November 2012 und - nach einem weiteren Vorfall im Januar 2013 - im Februar 2013 ärztliche Konsultationen erfolgten. Im Februar 2015 wurde sodann die rechte Schulter operiert. Eine psychiatrische Behandlung (in monatlichen Abständen) der zwischenzeitlich aufgetretenen Depression wurde im März 2016 aufgenommen (vorstehend E. 3.8).

Vor diesem Hintergrund sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Annahme davon, dass bei leichten Unfällen die Adäquanz in der Regel ohne weitere Prüfung zu verneinen ist (vorstehend E. 1.3 am Ende), zu rechtfertigen vermöchten.

Somit sind die psychischen Beeinträchtigungen mangels Adäquanz nicht als unfallkausal zu beurteilen. 4.3

Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, der medizinische Endzustand sei spätestens Ende September 2018 erreicht gewesen (Urk. 2 S. 17 Ziff. 7c). Der Beschwerdeführer stellte sich auf demgegenüber auf den Standpunkt, angesichts der im Januar 2019 in Aussicht genommenen Schmerztherapie sei dies verfrüht gewesen (Urk. 1 S. 10 f. Ziff.

## **E. 24**

f.).

Bezüglich der rechten Schulter bestanden und bestehen Beeinträchtigungen, welche die Arbeitsfähigkeit in dem Sinne tangieren, dass eine solche von 100 % nur für Tätigkeiten besteht, welche einem bestimmten Zumutbarkeitsprofil entsprechen. Dass spätestens Ende September 2018 keine medizinischen Optionen mehr ersichtlich waren, von denen noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und daraus resultierend eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten war (vorstehend E.

1.5), ergibt sich unzweifelhaft aus dem Umstand, dass die Ärzte der C.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer seit Februar 2015 behandelten (vorstehend E. 3.3), im November 2018 ihre Behandlung abschlossen und dabei ausführten, die Schmerzen hätten sich seit März 2018 nicht verbessert und die Schulterbeweglichkeit habe sich seit Januar 2017 nicht verbessert (vorstehend E. 3.14).

Der Schmerztherapeut Dr. J.\_\_\_\_ vertrat im März 2019 die Auffassung, Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit liessen sich durch einen Ausbau der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, eine Intensivierung der Physiotherapie und noch weitergehende schmerzmedizinische Therapien verbessern (vorstehend E. 3.16). Die Empfehlung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

ist

mangels Unfallkausalität der psychischen Beschwerden (vorstehend E.

4.2) nicht von Relevanz. Fortgesetzte Physiotherapie ist den Massnahmen zu zurechnen, die allenfalls einen geringfügigen therapeutischen Fortschritt erwarten lassen (vorstehend E. 1.5), und bezüglich der Schmerztherapie ist von Belang, dass es sich um das Spezialgebiet des Arztes handelt, der sie empfiehlt. Dies bezüglich erscheint bemerkenswert, dass im weiteren Verlauf zwar am 2. März 2020 (Urk. 10) ein weiterer Arztbericht eingereicht wurde, nicht aber - was zutreffendenfalls naheliegend wäre - geltend gemacht oder gar belegt wurde, die schmerztherapeutische Behandlung sei erfolgreich gewesen.

Die Annahme, der medizinische Endzustand sei Ende September 2018 erreicht gewesen, erweist sich demnach als zutreffend. 4.4

Sodann wurde in der Beschwerde (Urk. 1) das kreisärztlich formulierte Zumutbarkeitsprofil in Frage gestellt, dies mit der Begründung, Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ fehle die fachärztliche Kompetenz dazu (S. 9 Ziff. 21), der Gesundheitszustand habe sich seit Februar 2017 erneut verschlechtert (S. 11 ff. Ziff.

## **E. 26**

ff.), und es sei ein arbeitsmedizinisches Assessment angezeigt (S. 14 Ziff.

30).

4.5

Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ formulierte im Juni 2016 folgendes provisorisches Zumutbarkeitsprofil (vorstehend E. 3.6): - volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten beidhändig - Bewegen maximale Lasten von 15 kg, lediglich sporadisch, nicht häufig repetitiv - Einsatz des rechten Arms lediglich unterhalb der Schulterhorizontalen - Anheben leichte Lasten mit nicht-abgespreiztem rechten Oberarm bis Brusthöhe - kein Umgang mit Stößen, Vibrationen und Schlägen in den Oberarm einleitenden Arbeitsgeräten

Med. pract. Dr. D.\_\_\_\_ formulierte im Februar 2017 folgendes Zumutbarkeitsprofil (vorstehend E. 3.10): - volle Arbeitsfähigkeit für leichte, selten auch mittelschwere Arbeiten beidhändig, im Gehen, Stehen und Sitzen, unterhalb der Brustebene (maximal 90° Abduktion) - keine mit Stößen, Schlägen und Vibrationen mit Auswirkung auf die rechte obere Extremität verbundenen Arbeiten - kein Heben von Lasten von mehr als 5 kg körperfern mit dem rechten Arm - Heben von Lasten bis 15 kg körpernah und beidhändig - Heben von Lasten bis 10 kg auch einhändig rechts körpernah - kein repetitive Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg - keine Arbeiten oberhalb der Horizontalen - keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten

Der linke Arm wurde in beiden Beurteilungen als uneingeschränkt einsetzbar bezeichnet.

Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ erklärte im September 2018, das Zumutbarkeitsprofil vom Februar 2017 könne übernommen werden, auch nach dem letzten Rückfall seien belastende Tätigkeiten über der Horizontalen nicht mehr zumutbar (vorstehend E. 3.13). 4.6

Die Kreisärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumato logis che Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_510/2007 vom 3. Oktober 2008 = SVR 2009 UV Nr. 9 E. 7.5.4), dies unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4).

Bei dieser Ausgangslage ist kein Grund ersichtlich, weshalb Dr. I. \_\_\_ die Kompetenz abzuspüren wäre, die Frage zu beantworten, ob ein bereits formuliertes Zumutbarkeitsprofil aufgrund des zwischenzeitlichen gesundheitlichen Verlaufs noch Geltung habe, und es ist - zustimmend - zur Kenntnis zu nehmen, dass er dies bejahte. 4.7

Die beschwerdeweise geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Februar 2017 war sodann offensichtlich vorübergehender Natur. Dies ergibt sich klar aus den Angaben der Ärzte der C. \_\_\_, die bei Behandlungsabschluss Anfang November 2018 ausführten, die Schmerzen hätten sich seit März 2018 nicht verbessert und die Schulterbeweglichkeit habe sich seit Januar 2017 nicht verbessert (vorstehend E. 3.14). Somit waren die Parameter, die für das Zumutbarkeitsprofil von Bedeutung sein können, Ende September 2018 die gleichen wie im Februar 2017. Daran ändert die Angabe von Dr. J. \_\_\_ im März 2019, das Krankheitsbild habe sich seit 2017 deutlich verschlechtert (vorstehend E. 3.16), nichts, ist sie doch ohne nähere Begründung und gestützt auf eine erstmalige Konsultation im Januar 2019 erfolgt. 4.8

Es trifft zu, dass von behandelnder Seite einmal ausgeführt wurde, die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten bedürfe einer arbeitsmedizinischen Abklärung (vorstehend E. 3.7). Daraus ist jedoch nicht zu schliessen, die Kreisärzte seien zur Beurteilung der Zumutbarkeit im Sinne der Umschreibung leidensangepasster Tätigkeiten nicht kompetent, gehört dies doch vielmehr zu ihren angestammten Aufgaben (vgl. vorstehend E. 4.6). Med. pract. D. \_\_\_ stützte sich denn auch auf sein spezifisches Fachwissen betreffend die regelhaft aus den vorliegenden Beeinträchtigungen der Schulterfunktion resultierenden Einschränkungen. Welche zusätzlichen und abweichenden Erkenntnisse sich aus einer arbeitsmedizinischen Testung ergeben könnten, erschliesst sich nicht. Dies gilt umso mehr, als bekannt ist, dass dem Beschwerdeführer ein Zusammenhang zwischen der von ihm gezeigten Leistung und seinen Ansprüchen gegenüber der Beschwerdegegnerin bewusst ist (vorstehend E. 3.16). 4.9

Schliesslich wurde beschwerdeweise vorgebracht, die im Februar 2017 erfolgte Beurteilung des Integritätsschadens sei nicht mehr aktuell, dies angesichts der beiden zwischenzeitlichen Operationen (vom September 2017 und März 2018) und des postoperativ aufgetretenen Infekts (Urk. 1 S. 17 Ziff. 35).

Med. pract. D. \_\_\_ nahm in seiner Beurteilung des Integritätsschadens (mit 15 %) ausdrücklich Bezug auf die gemäss der einschlägigen Tabelle massgebenden Werte der Schulterbeweglichkeit (vorstehend E. 3.10). Die Ärzte der C. \_\_\_ führten im November 2018 aus, die Schulterbeweglichkeit habe sich seit Januar 2017 nicht verbessert (vorstehend E. 3.14). Dies hätten sie anders formuliert, wenn sie sich seither nicht nur «nicht verbessert», sondern eben verschlechtert hätte.

Es ist deshalb kein Grund ersichtlich, der zur Annahme berechtigte, die im Februar 2017 erfolgte Schätzung der Integritätseinbusse bedürfe einer Aktualisierung. 5.

Zusammenfassend erweisen sich die gegen den angefochtenen Entscheid erhobenen Einwände als nicht stichhaltig. Mithin ist er zu bestätigen, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 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 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  
Tiefenbacher

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