

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00191 vom 8. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00191

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00191 du 8 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00191 del 8 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1976 geborene X.____ war seit 24. Juni 2014 bei der Y.____ S.A. als Betriebsmitarbeiter angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung vom 18. Februar 2015 fuhr der Versicherte am 17. Februar 2015 mit einem Schlitten auf einer vereisten Strecke, konnte nicht in die Kurve einbiegen und prallte in die Schutzabdeckung (Urk. 8/1). Dabei erlitt er eine mehrfragmentäre

Humeruskopffraktur rechts und eine proximale Femurschaftfraktur

rechts, die operativ versorgt wurden (Urk. 8/18, 8/23). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte Versicherungsleistungen (Urk. 8/6, 8/31). Vom 9. März 2015 bis 21. Mai 2015 hielt sich der Versicherte zur Rehabilitation in der Rehaklinik Z.____ auf (Urk. 8/52), in deren Rahmen auch ein psychosomatisches Konsilium durchgeführt wurde (Urk. 8/109).

Am 5. August 2015 erfolgte eine Operation zur kompletten Schraubenentfernung Femur rechts (Austrittsbericht der Universitätsklinik A.____ vom 10. August 2015, Urk. 8/83) und am 6. Mai 2016 eine OSME und ein subacromiales

Débridement an der rechten Schulter (Austrittsbericht der Universitätsklinik A.____ vom 9. Mai 2016, Urk. 8/128). Im Auftrag der Suva nahm Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 20. Oktober 2016 Stellung betreffend Abgrenzung des Vorzustands und unfallbedingter psychischer Beschwerden (Urk. 8/152). Mit Verfügung vom 9. August 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine ganze Rente ab 1. Februar 2016 zu (Urk. 8/201/2). Alsdann fand am 17. April 2018 eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, statt (Urk. 8/241). Nachdem die Suva dem Versicherten die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 30. April 2019 mitgeteilt hatte (Schreiben vom 25. Januar 2019, Urk. 8/272), verneinte sie mit Verfügung vom 12. April 2019 einen Anspruch auf eine Rente, sprach indessen eine Integritätsentschädigung im Umfang von Fr. 12'600.-- zu (Integritätseinbusse von 10 %, Urk. 8/293). Der Versicherte erhob hiergegen am 27. Mai 2019 Einsprache (Urk. 8/296), welche die Suva mit Entscheidung vom 14. Juni 2019 abwies (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

Rechtsfolgenrechtsführende und somit rechtserhebliche Sachverhalte, die sich tatsächlich ereignet haben (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 17. Februar 2015 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

wonach eine bis zu 30° über die Horizontale bewegliche Schulter einem Integritätsschaden von 10 % entspricht.

Der Beschwerdeführer brachte vor, dass aufgrund der möglichen Entstehung einer Arthrose vorsorglich eine Integritätsentschädigung von 15 % festzulegen sei (Urk. 1 S. 7). Die objektivierte geringe gleno-humerale Arthrose wurde von Dr. C. ___ im Rahmen seiner Beurteilung des Integritätsschadens bereits berücksichtigt und führt gemäss der Suva-Tabelle 5.2 zu keiner zusätzlichen Entschädigung, da es sich nur um eine leichte Arthrose handelt. Inwiefern vorliegend von einer voraussehbaren Verschlimmerung der Arthrose auszugehen wäre, begründet der Beschwerdeführer nicht. Auch ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte hierfür. Vielmehr zeigte die radiologische Untersuchung vom 15. Februar 2019 gerade keine wesentliche Degeneration des AC-Gelenkes (vgl. E. 3.5).

7.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Juni 2019 (Urk. 2) 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 Mark A. Glavas - Suva - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Vogel Peter

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26.

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

U 363 S.

45; BGE

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

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

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

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 1.4.2

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 – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des

Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). 1.5.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

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 Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 1.5.2

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. 1.6

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen liess X.____ am 19. August 2019 Beschwerde (Urk. 1) erheben und beantragen, es seien unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids weiterhin die Heilkosten- und Taggeldleistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subeventualiter sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 15 % zuzu

sprechen. Mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. September 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) aus, der Fallabschluss per 30. April 2019 sei gestützt auf die Stellungnahme der Kreisärztin Dr. med. D.____, Fachärztin Chirurgie, wonach mit rein konservativen Massnahmen keine Veränderung des aktuellen Zustands zu erreichen sei, nicht weiter zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin berechnete sodann gestützt auf das kreisärztlich formulierte Zumutbarkeitsprofil bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. Im Einklang mit der kreisärztlichen Beurteilung des Integritätsschadens sprach die Beschwerdegegnerin eine Integritätsentschädigung von 10 % zu.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), dass noch kein medizinischer Endzustand vorliege. Der behandelnde Arzt habe nachvollziehbar aufgezeigt, dass eine objektiv verbesserte Schulterbeweglichkeit noch erreicht werden könne. Deshalb seien weiterhin die Heilkosten und Taggelder zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund könne ein Rentenanspruch sowie die Höhe der Integritätsentschädigung nicht bestimmt werden. Die vorliegende Sache sei zurückzuweisen und die Beschwerdegegnerin müsse ein neutrales orthopädisches Gutachten in Auftrag gegeben.

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Beschwerdeantwort vom 24. September 2019 sodann aus (Urk. 7), sowohl der behandelnde Arzt als auch der Kreisarzt hätten eine minimale Verbesserung der Schulterbeweglichkeit bei Fortführung der bisherigen Therapien nicht ausgeschlossen. Das Erfordernis einer namhaften, das heisst einer ins Gewicht fallenden Besserung erscheine angesichts der verhaltenen, reservierten Prognose des Schulterspezialisten allerdings nicht als erfüllt. Eine Verbesserung der Schulterbeweglichkeit entspreche zudem nicht zwingend einer Verbesserung der Belastbarkeit der betroffenen Schulter. Dr. D.____ habe in der kreisärztlichen Aktenbeurteilung sodann darauf hingewiesen, dass die Verbesserung der Schulterbeweglichkeit von 10° im Vergleich zur Voruntersuchung auch allein mit der Tagesform und der Untersuchungsart der untersuchenden Person erklärt werden könne. Die im Zeitpunkt des medizinischen Behandlungsabschlusses andauernden psychischen Beschwerden hätten zudem in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis mehr gestanden. 3. 3.1

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin nahm Dr. B.____

am 19. Oktober 2016 – nach zuvor erfolgter Stellungnahme – folgende Beurteilung vor (Urk. 8/152): Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer schizo-affektiven Störung bei welcher sich die Symptome einer Schizophrenie und einer manisch-depressiven Störung (bipolare affektive Störung) vereinigen. Der Verlauf könne phasisch, mit unterschiedlicher Dauer der Episoden aber auch chronifizierend mit Residualsymptomen verlaufen. Der

behandelnde Psychiater habe nach dem Unfall eine Verschlechterung der Befindlichkeit dokumentiert und das aktuelle psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers als chronifiziert bezeichnet. Der Beschwerdeführer würde medikamentös nach wie vor mit Abilify und Cipralext behandelt. Dr. B.____ führte sodann aus, anhand der Fachliteratur und ICD-10 bestehe die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankheit auch ohne Unfallereignis einen solchen Verlauf hätte nehmen können. Eine vollständige Remission und Restitution ad integrum sei bei diesem Krankheitsbild nicht immer zu erwarten. Es sei davon auszugehen, dass 18 Monate nach dem Unfallereignis die reaktive Komponente, respektive eine Verschlechterung im psychischen Störungsbild in den Hintergrund getreten sei und nicht mehr überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall stehe. Für das aktuelle Zustandsbild des Beschwerdeführers sei das primäre vorbestehende Störungsbild ausschlaggebend. 3.2

Kreisarzt Dr. C.____

untersuchte den Beschwerdeführer am 17. April 2018 (Bericht vom 20. April 2018, Urk. 8/241). Befundmässig hielt Dr. C.____ fest, der Beschwerdeführer habe den Untersuchungsraum in normalen Konfektionsschuhen betreten und das Treppensteigen, hinauf wie hinunter, sei alternierend und sicher, ohne Benützung des Handlaufs, erfolgt. Bei der Entkleidung habe die Ehefrau des Beschwerdeführers geholfen. Der Schulterstand sei links ca. ein Zentimeter tiefer als rechts. In der dorsalen Schulterregion, über dem Schulterblatt und auch über dem Trapezius habe kein Druckschmerz festgestellt werden können. Lediglich im Bereich des rechten AC-Gelenkes habe sich ein solcher Schmerz gezeigt. Rechtsseitig präsentiere sich eine 18 cm lange reizlose Narbe von der Schulter bis zum lateralen Oberarm (Urk. 8/241/5). Objektiv liege eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit vor, zeige sich bildgebend eine partielle Osteonekrose im Humeruskopfzenit rechtsseitig, präsentiere sich klinisch ein unauffälliges Hüft- und Kniegelenk rechtsseitig und sei keine muskuläre Hypothrophie an der rechten oberen oder unteren Extremität festzustellen. Weiter hielt Dr. C.____ fest, die Behandlung der rechten Schulter daure noch an und die Wassertherapie solle ebenfalls weitergeführt werden. Es bleibe abzuwarten, ob tatsächlich noch eine Verbesserung der Beweglichkeit der rechten Schulter erreicht werden könne (Urk. 8/241/8). 3.3

Im Sprechstundenbericht der Universitätsklinik A.____ vom 4. Januar 2019 führte Dr. med. E.____, leitender Arzt Schulterchirurgie aus, anlässlich der Verlaufskontrolle vom 21. Dezember 2018 habe der Beschwerdeführer nach regelmässig durchgeführter Physiotherapie insgesamt über einen stationären Beschwerdeverlauf mit allenfalls leichter Verbesserung der Beweglichkeit berichtet. Er leide immer noch an persistierenden endgradigen bewegungsabhängigen Schmerzen, eine regelmässige Schmerzmittelinnahme bestehe allerdings nicht

(Urk. 8/269/2). Es habe sich eine leichte Verbesserung der Beweglichkeit der Schulter bei persistierenden, stationären Schmerzen im Vergleich zur Voruntersuchung gezeigt. Mit dem Beschwerdeführer sei das konservative Vorgehen mit Weiterführung der Physiotherapie zur Beibehaltung der Beweglichkeit sowie das operative Vorgehen mit Schulterarthroskopie und Kapsulotomie besprochen worden. Dr. E.____ hielt weiter fest, der Beschwerdeführer wünsche aktuell kein operatives Vorgehen, sondern wolle mit der Physiotherapie weiterfahren. Dem Bericht ist sodann zu entnehmen, dass aktuell keine fixe Verlaufskontrolle geplant sei, eine solche bei Bedarf jederzeit vereinbart werden könne

(Urk. 8/269/3) . 3.4

Am 24. Januar 2019 führte Kreisarzt

Dr. C.____ aus (Urk. 8/271/5 f.), dass eine wesentliche funktionelle Verbesserung nicht mehr zu erwarten sei. Zwar hätten sich die Bewegungsumfänge gegenüber der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. April 2018 verbessert, die Belastbarkeit dürfe jedoch im Hinblick auf die bild gebend dargestellte partielle Humeruskopfnekrose nicht wesentlich zu verbessern sein. Die von der Universitätsklinik A.____ vorgeschlagene Physiotherapie diene der Erhaltung der Beweglichkeit und ob eine Kapsulotomie der Schulter zu einer wesentlich besseren Beweglichkeit führen könne, sei zudem nicht sicher. Weiter formulierte Dr. C.____ ein Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht eine leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten körperfern, sondern nur körpernah , möglich wäre. Tätigkeiten über Schulterniveau, mit abrupten Stoss- oder Zugbewegungen oder welche Schläge oder Vibrationen auf die rechte obere Extremität ausübten, seien auszuschliessen. Bezüglich der unteren Extremitäten würden sich keine Einschränkungen ergeben, da die Femurfraktur ohne Folgeschäden abgeheilt sei. Aktuell sei die physiotherapeutische Beübung noch sinnvoll und gegebenenfalls bei Schmerzexazerbation ein bis zwei Serien zu empfehlen. 3.5

Nach einer radiologischen Untersuchung an der Universitätsklinik A.____ am 15. Februar 2019 hielt PD Dr. med. F.____ , leitende Ärztin, fest, die Defektzone am Humeruskopfzenit sei zunehmend knöchern überbaut. Es liege kein Hinweis auf eine neu aufgetretene Nekrose vor und es bestehe nur eine geringe glenohumerale Arthrose mit sehr kleinen Osteophyten inferior bei aber erhaltenem Gelenkspalt. Periartikuläre Ossifikationen hätten sich keine gebildet. Der ACHD sei mit 15 mm nicht pathologisch und das AC-Gelenk nicht wesentlich degeneriert. Weiter bestehe ein leicht gebogenes Acromion Typ II nach Bigliani (Urk. 8/284). 3.6

Am 6. Mai 2019 führte PD Dr. E.____ aus (Urk. 8/297), er könne anhand der letzten Sprechstundenkonsultation vom 21. Dezember 2018 noch keinen Endzustand der Schuldersituation rechts etwas mehr als zwei Jahre postoperativ erkennen, insbesondere da bei der letzten Konsultation eine leichte Verbesserung der Beweglichkeit festzustellen gewesen sei. Er wisse auch nicht, wie sinnvoll es sei, bereits jetzt eine abschliessende Integritätsentschädigung festzulegen. Um die Knorpeloberfläche am Humerus und Glenoid korrekt evaluieren zu können, müsse wohl eine zusätzliche Bildgebung (Arthro -CT oder Arthro -MRI) erfolgen. Angesichts des doch relativ harzigen Verlaufs erscheine eine verhaltene Prognose bezüglich des weiteren Verlaufs und der Wiedererlangung der Funktionalität der rechten Schulter leider als realistisch. 3.7

Am 7. Juni 2019 führte Kreisärztin Dr. med. D.____ , Fachärztin für Chirurgie, zunächst aus (Urk. 8/302) , dass bei der letzten Konsultation an der Universitätsklinik A.____ am 21. Dezember 2018 , 31 Monate nach der letzten Operation, keine weiteren fixen Verlaufskontrollen geplant worden seien, was einem Behandlungsabschluss entspreche. Rekonvaleszenzzeiten seien in der Regel kürzer und auch bei einer Frozen

Shoulder gehe man davon aus, dass eine Änderung bis zwei Jahre nach Unfall/Operation möglich sei. Die Beurteilung, dass es im Verlauf zu einer leichten Verbesserung der Beweglichkeit der Schulter gekommen sei, erweise sich objektiv nicht wirklich als verwertbar. Anhand eines Vergleichs der Befunde der Konsultationen vom 5. Juni 2018 und vom 21. Dezember 2018 resultiere ein Unterschied von knapp 10°. Eine solche Differenz

sei sicherlich tages- und vom Untersucher abhängig und könne nicht wirklich als Verbesserung gewertet werden. Mit rein konservativen Massnahmen sei keine Veränderung des aktuellen Zustands (mehr)

zu erreichen und ob die empfohlene Schulterarthroskopie mit Kapsulotomie tatsächlich eine wesentliche Verbesserung des aktuellen Zustands bringen würde, könne nicht im Voraus gesagt werden. Ohne operative Intervention liege ein konservativ austherapierter Zustand vor. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. Juni 2019 (Urk. 2) insbesondere auf die Ausführungen der Kreisärztin Dr. D.____

vom 7. Juni 2019, welche vor allem zu dem vom Beschwerdeführer mit Einsprache eingereichten Bericht des behandelnden Arztes, PD Dr. E.____, Stellungnahme. Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Einschätzung von Dr. D.____

davon aus, dass von einer Weiterführung der medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung erwartet werden könne (Urk. 8/302/1) . 4.2

Der Beschwerdeführer bringe vor, auf die Einschätzung von Dr. D.____ könne nicht abgestellt werden. Der behandelnde Arzt, PD Dr. E.____, habe das Vorliegen eines Endzustands verneint, da mit der bisherigen Therapie eine Verbesserung der Beweglichkeit habe erreicht werden können. Zur Abklärung einer allfälligen Arthrose müsse eine zusätzliche Bildgebung angeordnet werden (Urk. 1 S. 5).

Es trifft zu, dass PD Dr. E.____ anlässlich der Verlaufskontrolle am 21. Dezember 2018 eine leichte Verbesserung der Beweglichkeit der rechten Schulter feststellte

(vgl. E. 3.3). Eine gewisse Verbesserung der Schulterbeweglichkeit verneinten aber auch die Kreisärzte

Dr. D.____ (vgl. E. 3.7) und Dr. C.____ (vgl. E. 3.4) nicht.

Für die vorliegend zu beurteilende Frage der Rechtmässigkeit des Fallabschlusses ist allerdings relevant und zu klären, ob von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den 30. April 2019 hinaus noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden konnte, was sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist, bestimmt (vgl. E. 1.4.2).

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass der behandelnde Arzt, PD Dr. E.____, anlässlich der letzten Verlaufskontrolle vom 21. Dezember 2018 keine weitere fixe Verlaufskontrolle vereinbarte (vgl. E. 3.6), was gemäss der Ansicht von Dr. D.____ einem

Behandlungsabschluss gleichkommt (vgl. E. 3.7). Mit Stellungnahme vom 6. Mai 2019 erachtete sodann PD Dr. E.____ lediglich eine verhaltene Prognose als realistisch, da sich der bisherige Heilungsverlauf als harzig erwiesen habe (vgl. E. 3.6). Dr. D.____ qualifizierte die festgestellte Verbesserung der Schulterbeweglichkeit zudem nicht für objektiv verwertbar, da der Unterschied lediglich 10° betragen habe, was bereits allein mit der Tagesform und der Untersuchungsart erklärt werden könne (vgl. E. 3.7). Dr. C.____ führte weiter aus, dass sich die Belastbarkeit der rechten Schulter aufgrund der bildgebend dargestellten partiellen Humeruskopfnekrose nicht wesentlich verbessern lasse (vgl. E. 3.4).

Auch zeigte sich anlässlich der radiologischen Untersuchung vom 15. Februar 2019 keine wesentliche Degeneration des AC-Gelenkes und wurde bei dieser Untersuchung auf eine zusätzliche Bildgebung – wie der Beschwerdeführer beschwerdeweise nun verlangt –

verzichtet (vgl. E. 3.5), weshalb anzunehmen ist, dass von einer solchen Bildgebung keine weiteren relevanten Aufschlüsse zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist von einer weiteren Behandlung keine namhafte Verbesserung der Beschwerden an der Schulter zu erwarten, zumal auch der behandelnde Arzt nicht konkret ausführte, inwieweit eine weitere Behandlung tatsächlich zu einer ins Gewicht fallenden Verbesserung führen würde. Die alleinige Hoffnung (vgl. Urk. 8/297, wonach der Behandler ausführte, er hoffe, dass sich die Beschwerdesymptomatik an der Schulter mittels Physiotherapie noch verbessere) auf eine positive Beeinflussung der Beschwerden genügt nicht, um von einer namhaften Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG auszugehen (Urteil des Bundesgerichts U 402/05 vom 23. August 2007 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen).

Hinzu kommt vorliegend, dass die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr eingeschränkt war (vgl. E. 3.4 und nachfolgende Würdigung der Arbeitsfähigkeit in E. 5.2). Die (bloss) erhoffte Verbesserung könnte sich somit ohnehin nicht in einer höheren Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit niederschlagen (Urteile des Bundesgerichts 8C_142/2017 vom 7. September 2017 E. 5.2.1, 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 4.2). 4.3

Was die psychischen Leiden des Beschwerdeführers anbelangt, ist mit Verweis auf die Beurteilung von Dr. B. nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 17. Februar 2015 auszugehen (vgl. E. 1.3).

Dr. B. führte aus, dass die Krankheit auch ohne Unfallereignis einen solchen Verlauf hätte nehmen können und eine vollständige Remission und Restitution ad integrum bei diesem Krankheitsbild nicht immer zu erwarten sei. Die reaktive Komponente, respektive eine Verschlechterung im psychischen Störungsbild sei rund 18 Monate nach dem Unfallereignis in den Hintergrund getreten und stehe nicht mehr überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall. Es sei das primäre vorbestehende Störungsbild für das aktuelle Zustandsbild des Beschwerdeführers ausschlaggebend (vgl. E. 3.1). Die Einschätzung von Dr. B. erfolgte in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten, erscheint schlüssig und nachvollziehbar begründet und wurde vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. 4.4

Nach dem Gesagten ist der Fallabschluss per 30. April 2019 nicht zu beanstanden. 5.

5.1

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. C.

vom 24. Januar 2019 und das von ihm definierte Zumutbarkeitsprofil (Urk. 2 S. 7).

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C. vom 24. Januar 2019 ist anhand der Vorakten nachvollziehbar und das erstellte Zumutbarkeitsprofil nimmt auf die bestehenden Einschränkungen angemessen Rücksicht. Auch erweist sich die Einschätzung von Dr. C.

insgesamt als schlüssig (vgl. E. 1.6). Zwar wird diese

vom Beschwerdeführer in Frage gestellt, allerdings nicht mit einer fachlichen medizinischen Einschätzung untermauert. Hinweise auf eine anderslautende medizinische

Einschätzung der (unfallbedingten) Arbeitsfähigkeit lassen sich den Akten, insbesondere den Berichten der behandelnden Ärzte, jedenfalls nicht entnehmen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt. Von der beschwerde weise beantragten Einholung eines orthopädischen Gutachtens sind keine massgeblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 134 I 140 E. 5.3) darauf zu verzichten ist.

Mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist damit erstellt, dass der Beschwerdeführer

in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.2

5.2 .1

Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 5.2 .2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers (Urk. 8/265). Das auf diese Weise ermittelte Valideneinkommen von Fr. 52'831.-- (Urk. 8/292) wurde vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt.

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbeurteilung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxis gemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

Gemäss seinen eigenen Angaben hat der Beschwerdeführer für fünf Jahre die Primar- und für drei Jahre die Mittelschule besucht , aber keine berufliche Ausbildung absolviert. Bisher arbeitet er als Hauswart, im Transport und Reinigungsbereich und zuletzt als Lagermitarbeiter (Urk. 8/110/2). Zur Frage der Unterdurchschnittlichkeit des vom Beschwerdeführer erzielten Lohnes ist das niedrigste Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) ohne Einschränkung auf einen bestimmten Sektor heranzuziehen. Nach der LSE 2016, Tabelle TA1, erzielten Männer im Total im Kompetenzniveau 1 einen standardisierten monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'340.--. Hochgerechnet auf die im Jahre 2018 betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden in der Woche (vgl. die vom BFS herausgegebene Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach

Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total) ergibt sich unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, T 39 Entwicklung der Nominallöhne 2010-2018, Männer) e in Jahreseinkommen von Fr. 67'742.-- bei einem 100%-Pensum (Fr. 5'340.-- : $40 \times 41.7 \times 12 \times 1.004$ (2017) $\times 1.005$ (2018) $\times 1.005$ (2019)). Verglichen mit dem Lohn des Beschwerdeführers von Fr. 52'831.-- ergibt sich eine Differenz von 22 %.

Es ist daher beim Einkommensvergleich eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen (vgl. dazu BGE 141 V 1, 140 V 41, 139 V 592, 135 V 297, 134 V 322) vorzunehmen. Das Valideneinkommen von Fr. 52'831.-- ist rechtsprechungsge mäss um den 5 % übersteigenden Prozentsatz der Unterdurchschnittlichkeit, also um 17 % zu parallelisieren. Das Valideneinkommen für das Jahr 201

E. 6

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

E. 9

wäre damit auf Fr. 63'652.-- zu erhöhen, wobei der Betrag von Fr. 52'831.-- dem Prozentsatz von 83 % (100 % - 17 %) gleichzusetzen ist und dies auf 100 % hochzurechnen ist (Fr. 52'831.--: 83×100 ; vgl. zur Berechnung: Urteil des Bundesgerichts 8C_2/2017 vom 16. August 2017 E. 2.2.3) 5.2 .3

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin (Urk. 8/292) auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE-Tabellen).

Mit Blick auf das medizinische Belastungsprofil ist zusammen mit der Beschwerdegegnerin auf den Tabellenwert in der Höhe von Fr. 5'340.-- (LSE 2016, Tabelle TA 1, Total , Kompetenzniveau I, Männer) abzustellen. Davon brachte die Beschwerdegegnerin leidsbedingt 10 % in Abzug, was seitens des Beschwerdeführers nicht beanstandet wurde und auch keinen Anlass zur gerichtlichen Korrektur ergibt (vgl. BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2018, A-S 01-96), der Nominallohnentwicklung für Männer bis ins massgebliche Jahr 2019 sowie eines leidsbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von rund Fr. 60'969.-- für ein zumutbares Pensum von 100 % (Fr. 5'340.-- : $40 \times 41.7 \times 12 \times 1.004$ (2017) $\times 1.005$ (2018) $\times 1.005$ (2019) $\times 0.9$). 5.2 .4

Bei einem parallelisierten

Valideneinkommen von Fr. 63'652.-- (vgl. E. 5.3.2) und einem Invalideneinkommen von Fr. 60'969.-- resultiert eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 2'683.--, was einem Invaliditätsgrad von 4.2 % entspricht und keinen Rentenanspruch ergibt (vgl. E. 1. 4.1). 6.

Hinsichtlich des Anspruchs auf Integritätsentschädigung ist ebenfalls auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. C.____ abzustellen. Er schätzte den Integritätsschaden in

seinem Bericht vom 5. März 2019 (Urk. 8/289) auf 10 % und führte hierzu aus, dass in der Suva-Tabelle 1 zum Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten bei einer bis zu 30° über die Horizontale beweglichen Schulter ein Integritätsschaden von 10 % ausgenommen werde. Weiter hielt Dr. C. ___ fest, es liege nur eine geringe glenohumerale Arthrose vor und hinsichtlich der rechten unteren Extremität

werde die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung nicht erreicht. Diese Einschätzung ist nicht zu beanstanden und erfolgt in Übereinstimmung mit den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV sowie der Suva-Tabelle

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