

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00099

vom 2. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00099 du 2 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00099 del 2 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

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

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 27. September 2013 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

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

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 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. 1.4

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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 2.

E. 2

Urk. 9/ 9 und Urk. 9/ 21 S. 1) . Die am Unfalltag erstbehandelnde Dr. med. Y. ____ , FMH Physikalische Medizin, diagnostizierte am 18. Oktober 2013 (Urk. 9/ 14) ein Distorsionsstrauma der Halswirbelsäule (HWS) mit Verdacht auf Distension der intraspinalen Ligamente C7 sowie eine posttraumatische Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) rechts mit Impingement . Im Rahmen der medizinischen Behandlung wurde am 3. Oktober 2013 (Urk. 9/ 8) mittels Arthro -MRI

unter anderem eine aktivierte AC-Arthrose

beschrieben. Die Suva trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

Am 8. Oktober 2015 wurde eine diagnostische Arthroskopie, ein Débridement Labrum antero-superoposterior , ein SLAP- Repair sowie eine

subakromiale Dekompression an der rechten Schulter vorgenommen (Urk. 9/ 188). Am 24. März 2016 (Urk. 9/ 212) rutschte der Versicherte in der Badewanne aus und fiel auf die linke Körperseite, wobei er sich eine Rippenfraktur zuzog (Urk. 9/ 214/2). Nach weiterer Behandlung des Versicherten und am 3. Februar 2017 (Urk. 9/ 251) erfolgter kreisärztlicher Untersuchung sprach ihm die Suva mit Verfügung vom 12. Juni 2017 (Urk. 9/ 262) basierend auf einer Integritätseinbusse von 10 % eine entsprechende Integritätsentschädigung zu, was unangefochten blieb.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihres Einspracheentscheides aus (Urk. 2 S. 5 f.) , die noch vorhandene Pathologien an der linken Schulter seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein degeneratives Verschleissleiden des linken Schultergelenkes zurückzuführen. Mit Blick auf die rechte Schulter zeigten die Akten, dass per Ende Juli 2019 keine medizinischen Massnahmen mehr gegeben gewesen seien, welche eine namhafte Besserung mit entsprechender Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bewirkt hätte.

t te n . Trotz der Unfallfolgen könnte der Beschwerdeführer noch - näher bezeichnete - leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztags ausüben und dabei ein Einkommen erzielen, welches zu einer Einbusse von 4.65 % führe.

Am 22. September 2020 (Urk. 16) ergänzte sie, die nach dem Unfall getätigten Abklärungen hätten sich nur auf die rechte Seite bezogen. Es sei auch nicht nachvollziehbar, wie es zu einem Überdehnungstrauma des linken Schultergelenkes hätte kommen sollen, wenn der Beschwerdeführer mit dem rechten Arm hängen geblieben sei.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dagegen (Urk. 1) , er habe bereits bei der Erstuntersuchung am Unfalltag Beschwerden in beiden Schultern erwähnt, weshalb die Ärztin über die Traumatisierung beider Schultergelenke berichtet habe. Danach hätten die Beschwerden seitens des mehrmals operierten rechten Schultergelenks im Vordergrund gestanden, weshalb die ebenfalls bestehenden Beschwerden an der linken Schulter vernachlässigt worden seien. Erst anlässlich der Selbsteingliederungsversuche, bei welchen zufolge der starken Einschränkung im Gebrauch des rechten Arms der bis dahin nur zurückhaltend eingesetzte linke Arm konstant verstärkt habe belastet werden müssen, sei das ebenfalls hohe Ausmass der bis anhin im Hintergrund stehenden Beschwerden am linken Schultergelenk zu Tage getreten. Bildgebend sei nun zweifelsfrei der Riss der Supraspinatussehne erstellt, weshalb eine Listenverletzung vorliege, für welche die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig sei. Diesbezüglich sei bereits im Jahr 2014 in mehreren Berichten der Uniklinik B.____ jeweils eine Verdachtsdiagnose gestellt worden. Demgemäss habe die Beschwerdegegnerin auch für die behandlungsbedürftigen und die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkenden Beschwerden aus der Schädigung des linksseitigen Schultergelenkes einzustehen (S. 5 f.).

Am 27. August 2020 (Urk. 12) ergänzte er, aufgrund der Listenverletzung habe die Unfallversicherung die Leistungen zu erbringen, solange sie nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnutzung oder Erkrankung erbringe. Abklärungen zur Ursache der Listenverletzung am linken Schultergelenk seien unterblieben, so dass kein Entlastungsbeweis erbracht worden sei (S. 3). Auch seitens des rechten Schultergelenks liege kein Endzustand vor, da die weiterhin konstant anhaltenden Beschwerden einen operativen Eingriff mit AC-Gelenksresektion und subacromialer Dekompression nötig machten (S. 4).

E. 3

Die Ärzte der Rehaklinik A.____ stellten in Bezug auf die Schulter in ihrem Austrittsbericht vom 26. April 2019 (Urk. 9/ 362) betreffend den Aufenthalt vom 13. März bis 17. April 2019 folgende Diagnosen (S. 2): -

SLAP 3 Läsion Schulter rechts (08.10.2015) -

08.10.2015 Diagnostische Arthroskopie, Débridement , Labrum antero -superior- posterior , SLAP- Repair mit 2 x JiggerKnots , subakromiale Dekompression der Schulter rechts -

22.03.2016 Glenohumerale Infiltration der rechten Schulter ohne länger anhaltenden Erfolg -

Tendinitis der langen Bizepssehne rechts -

25.01.2018

MRI Schulter rechts: Flüssigkeitskollektion um Ursprung der langen Bizepssehne mit Zystenbildung -

28.06.2018 Schulterarthroskopie, Bizepsstenodese mit ReelXT Anker Schulter rechts -

20.03.2019 MRI Schulter rechts: Weiterhin kräftige Rotatorenmanschetten -Muskulatur ohne Hinweise auf eine Volumenatrophie oder fettige Degeneration. Weiterhin keine Hinweise auf eine Capsulitis

adhaesive . Etwas besser abgrenzbare diskrete bursale Partialruptur der Subscapularissehnen -Oberrandes. Verdacht auf Bursitis subdeltoidea / subacromialis mit Betonung des Subscapularissehnen -Oberrandes. Signalalteriertes, jedoch intaktes superiores Labrum bei Status nach SLAP- Repair . Status nach subakromialer Dekompression. Neu Knochenmarksödem-Äquivalent am posterosuperioren

Humeruskopf , DD Status nach Kontusion ebenda.

Die Ärzte führten aus, zirka fünfzehn Jahre nach dem Einklemmen des Armes im Treppengeländer mit muskulären Verspannungen und zirka dreieinhalb Jahre nach SLAP 3 Läsion der rechten Schulter, welche operativ versorgt worden sei , sowie über ein Jahr nach Tendinitis der langen Bizepssehne bestünden aktuell als Probleme eine Beweglichkeitseinschränkung der Schulter rechts (insbesondere Aussenrotation), bewegungs- und belastungsverstärkte Dauerschmerzen der rechten Schulter, bewegungs- und belastungsverstärkte Schmerzen des rechten Ellbogens (insbesondere Innenrotation) sowie lumbale Rückenschmerzen bei längerem Stehen und beim Gehen länger als 30 Minuten. Im Vordergrund stünden eine Beweglichkeitseinschränkung sowie bewegungs- und belastungsverstärkte Schmerzen der rechten Schulter. Im MRI vom 20. März 2019 bestätigte sich die diskrete Partialruptur der Subscapularissehne . Zudem zeigten sich aktuell eine Bursitis

subdeltoidea / subacromialis sowie neu ein Knochenmarksödem am posterosuperioren Humerkopf bei Verdacht auf

Kontusion ebenda. Es lasse sich anamnestisch aber keine frische Kontusion eruieren. Die diskreten und vor allem vorübergehenden objektivierbaren pathologischen Befunde der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen erklärten aus somatischer Sicht nur zum Teil das Ausmass der physischen Einschränkungen. Sie – die Klinikärzte – seien der Meinung, dass jetzt ein Endzustand erreicht sei. Von weiteren medizinischen Massnahmen dürfe man sich keine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands mehr versprechen (S. 4 und S. 2).

Die Ärzte befanden die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fassadenbauer wie auch andere körperlich schwere Tätigkeiten mit wiederholtem Krafteinsatz beider Arme als nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Tätigkeit mit dem rechten Arm länger dauernd über Brusthöhe sowie ohne Exposition des selben gegenüber Schlägen/Vibrationen erachteten sie als ganztags zumutbar (S.

3).

E. 3.1

Die am Unfalltag erstbehandelnde Dr. Y.____

verwies in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2013 (Urk. 9/14) auf die Angaben des Beschwerdeführers und hielt fest, dieser habe beim Treppen abwärts Gehen den linken (richtig: rechten, Urk. 9/21 S. 1) Arm am Geländer eingeklemmt und es sei zum Überdehnungstrauma der Schultergelenke und des Rückens gekommen. Sie beschrieb eine ausgedehnte Verspannung zervikal beidseits mit stark eingeschränkter Beweglichkeit der HWS, Druckdolenz

subacromial rechts mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit in alle Richtungen je um 1/3, passiv könne das Gelenk jedoch frei bewegt werden. Sie diagnostizierte ein Distorsionstrauma der HWS mit Verdacht auf Distension der intraspinalen Ligamente C7 sowie eine posttraumatische PHS rechts mit extrinsischem und intrinsischem Impingement.

E. 3.2

Im Arthro-MRI der rechten Schulter vom 3. Oktober 2013 (Urk. 9/8) zeigte sich eine aktivierte AC-Arthrose, eine mässige ossäre Einengung des Subacromialraums, eine Tendinitis der Supraspinatussehne, eine subacromiale Bursitis; zusammenfassend ein bildgebendes Korrelat für ein extrinsisches und intrinsisches Impingement.

E. 3.4

Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seiner Beurteilung vom 20. August 2019 (Urk. 9/384) fest, bei der Schädigung des linken Schultergelenks mit den im MRI-Bericht vom 5. Juli 2019 beschriebenen Pathologien handle es sich nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit um Unfallfolgen des Ereignisses von 2013. Bildgebend zu sehen waren eine Tendinopathie -Tendinitis der Supra- und Infraspinatussehnen, ein kurzstreckiger

bursaseitiger bis nach zentral reichender Einriss der dorsalen Supraspinatussehnenanteile im Insertionsbereich am Tuberculum

majus, eine AG (richtig wohl: AC) -Arthrose und lateral leicht deszendierendes Akromion mit geringer ossärer Einengung des Subacromialraums, eine Bursitis subacromialis, Unregelmässigkeiten am superioren Labrum ohne erkennbaren Riss; zusammenfassend bildgebendes Korrelat für ein extrinsisches und intrinsisches Impingement

(Urk. 9/380). Zu keinem Zeitpunkt seien vom Beschwerdeführer Beschwerden an der linken Schulter geklagt worden. Einigen Arztberichten man gele es offensichtlich an der notwendigen Sorgfalt und es seien wiederholt Seitenangaben inkorrekt gemacht worden (vgl. unten).

Der Beschwerdeführer sei zuletzt am 20. Februar 2019 kreisärztlich untersucht worden, dabei seien keine Beschwerden irgendeiner Art im Bereich des linken Schultergelenks geklagt worden und der klinische Status sei altersentsprechend tipptopp gewesen. Damals (Urk. 9/338) hielt Dr. C.____ fest, der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks, der Verlauf sei bisher prolongiert gewesen und es sei keine zufriedenstellende Schmerzlinderung eingetreten. Die von den Ärzten an der Klinik D.____ dokumentierte Bewegungseinschränkung und die heute gezeigte Beweglichkeit entspreche weitestgehend den Befunden der Untersuchung 2017 (Urk. 9/251), sodass von einer persistierenden Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks ausgegangen werden müsse, was auch mit der Integritätsentschädigung gewürdigt worden sei. Er empfahl die stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation, welche alsdann an der

Rehaklinik A.____ stattfand (E. 3.3).

Ebenso ergäben sich aus dem aktenmässigen Verlauf keine dokumentierten Untersuchungen oder Behandlungen des linken Schultergelenkes. Am 2. Juni 2014 habe der B.____ einen Verdacht auf einen Anriss der Supraspinatussehne links beschrieben und eine Scapuladyskinesie rechts befundet

(Urk. 9/68) und im Sprechstundenbericht werde das MRI rechts erwähnt. Dieser Reigen gehe dank « Copy -Paste» bis zum 29. Oktober 2014 weiter (so etwa Urk. 9/95) . Logischerweise werde am 29. Oktober 2014 die neurologische Untersuchung der rechten Schulter-Arm-Region im B.____ durchgeführt (Urk. 9/105) . Anschliessend werde am 8. Oktober 2015 das rechte Schultergelenk operiert (Urk. 9/188) . Bis am 20. Februar 2019 sei hier keine Besserung eingetreten.

Die am 5. Juli 2019 bildgebend dargestellten Pathologien der Schulter links seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein degeneratives Verschleissleiden des linken Schultergelenks zurückzuführen. Strukturelle Läsionen, welche nach derzeitigem medizinischem Wissensstand überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien, hätten nicht dargestellt werden können. Unfälle das linke Schultergelenk betreffend fänden sich nicht in den Dossiers.

In der Zuweisung zur aktuellen MRI-Bildgebung gebe die behandelnde Ärztin Dr. Y.____ ein PHS links an. Dies sei eine Krankheit. Überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen hätten somit weder aus den klinischen Angaben herausgelesen noch bildgebend dargestellt werden können.

E. 3.5

Dr. Y.____ berichtete am 31. Januar 2020 (Urk. 9/395) von chronifizierten Schmerzen im rechten Schultergelenk mit erneuter Exazerbation im Oktober 2019. Sie diagnostizierte eine chronische PHS rechts bei Status nach Arthroskopie mit SLAP- Repair 2015 und Rearthroskopie 2018 sowie eine fragliche Partialläsion der Supra- und Infraspinatussehne . Dabei stützte sie sich auf MRI-Bilder vom 30. Dezember 2019, welche postoperative Veränderungen nach Tenodese der langen Bizepssehne und eine fragliche Partialläsion der Supra- und Infraspinatussehne gezeigt hatten (Urk. 9/394/2).

E. 3.6

Dr. C.____ führte am 11. Februar 2020 (Urk. 9/398) dazu aus, bildgebend habe am 30. Dezember 2019 keine richtungsgebende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes das rechte Schultergelenk betreffend dokumentiert werden können .

E. 4.1

Zwischen den Parteien ist nicht umstritten, dass in Bezug auf die Situation an der rechten Schulter der Endzustand erreicht ist und eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorliegt. Dies ist aufgrund der überzeugenden Darlegungen der Ärzte der Rehaklinik A.____ sowie des Kreisarztes Dr. C.____ nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer monierte beschwerdeweise diesbezüglich einzig, dass die Pathologie an der linken Schulter ebenfalls unfallbedingt und die se

Behandlung noch nicht abgeschlossen sei.

E. 4.2

Bezüglich der Situation an der linken Schulter ergibt sich, dass diese nach dem Unfall kein Thema war, keine entsprechenden Schmerzen oder Beschwerden geschildert wurden und deshalb auch keinerlei medizinische Abklärungen erfolgten. In der Unfallmeldung war in Bezug auf die Verletzung des Schultergelenks nur von der rechten Seite die Rede (Urk. 9/2). Die erstbehandelnde Dr. Y.____ beschrieb zwar ein Überdehnungstrauma «der Schultergelenke», sprach aber von Druckdolenzen

subacromial nur auf der rechten Seite. Diagnostisch beschränkte sie sich ebenfalls auf die rechte Schulterseite (posttraumatische PHS rechts, Urk. 9/14). Auch in der Folge wurden keinerlei Schmerzen oder Beschwerden in der linken Schulter thematisiert. So zeigte sich denn auch etwa bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Februar 2017 eine nach wie vor völlig unauffällige, frei bewegliche linke Schulter ohne Einschränkungen (Urk. 9/251 S. 10). Die Ärzte der Klinik B.____ bestätigten am 2. Juli 2018, dass lediglich Pathologien auf der rechten Schulterseite bestehen (Urk. 9/316). Auch noch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Februar 2019 erwähnte der Beschwerdeführer die linke Schulter nicht und zeigte sich im Seitenvergleich lediglich rechts eine endphasig schmerzhaft geringe Beweglichkeitseinschränkung entsprechend den Verhältnissen im Jahr 2017 (Urk. 9/338 S. 11). Im gleichen Sinne war die linke Schulter während des Rehabilitationsaufenthaltes in der Rehaklinik A.____ kein Thema. Der Beschwerdeführer klagte auch hier lediglich über Schulterbeschwerden rechts. Die linke Schulter zeigte sich unauffällig (Urk. 9/362 S. 1 f. und S. 14 unten).

E. 4.3

Erstmals thematisiert wurden Beschwerden an der linken Schulter in der Einsprache vom 14. August 2019 (Urk. 9/378), als der Beschwerdeführer ausführte, bei seinen Versuchen zur Selbsteingliederung hätten die Beschwerden an der linken Schulter Beeinträchtigungen in einem Ausmass bewirkt, welche eine medizinische Untersuchung nötig gemacht hätten. Die im entsprechenden MRI vom 5. Juli 2019 (Urk. 9/380) ersichtliche Pathologie (

Tendinopathie -Tendinitis der Supra- und Infraspinatussehnen, ein kurzstreckiger bursaseitiger bis nach zentral reichender Einriss der dorsalen Supraspinatussehnenanteile im Insertionsbereich am Tuberculum

majus, eine AC-Arthrose und lateral leicht deszendierendes Akromion mit geringer ossärer Einengung des Akromionalkraums, eine Bursitis subacromialis, Unregelmässigkeiten am superioren Labrum ohne erkennbaren Riss) wurde von Kreisarzt Dr. C.____ in überzeugender Weise als krankheitsbedingt qualifiziert (E. 3.4). Namentlich überzeugt seine Einschätzung, dass es sich bei den Pathologien

um ein degeneratives Verschleissleiden des linken Schultergelenks handelt, das strukturelle Läsionen, welche nach derzeitigem medizinischem Wissensstand überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sind, nicht dargestellt wurden.

Diese Einschätzung wird denn auch von keinem beteiligten Arzt in Frage gestellt. Auch die behandelnde Dr. Y.____ brachte nicht vor, dass diese Leiden auf den Unfall im Jahr 2013 zurückzuführen sind. So ging sie am 31. Januar 2020 (Urk. 9/395) nach wie vor lediglich von einer PHS rechts aus und thematisierte die linke Schulter gegenüber der Beschwerdegegnerin nicht.

In der Tat ist vorweg nicht erkennbar, wie die physikalischen Kräfte hätten wirken sollen, dass der Beschwerdeführer eine derartige Verletzung am linken, nicht beteiligten

Schultergelenk hätte erleiden sollen. Sodann spricht die Latenzzeit von knapp sechs Jahren zwischen Unfall und erstmaliger Behandlung gegen eine traumatische Verursachung. Schliesslich handelt es sich um klassische degenerative Pathologien und passt auch das Alter des Beschwerdeführers hierzu. Damit

kann der Beschwerdeführer nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen, dass die linke Schulter anlässlich des Unfalls vom 27. September 2013 verletzt wurde.

E. 4.4

Dass in den Berichten der Klinik B.____ verschiedentlich die linke Schulterseite erwähnt wurde, ist offenkundig wiederholtem Verschreiben zuzuordnen. Im Bericht vom 2. Juni 2014 (Urk. 9/68) etwa diagnostizierten die Ärzte einen Verdacht auf einen Anriss der Supraspinatussehne, Tendinopathie der Subscapularissehne sowie degenerative Veränderungen des AC-Gelenks links, obwohl auf die Anamnese

durch Dr. Y.____ verwiesen wurde, welche die rechte Seite thematisiert hatte. Auch im Befund war nur von der rechten Seite die Rede und die zusätzlichen Untersuchungen (MRI) erfolgten folgerichtig rechts. Am 8. September 2014 (Urk. 9/87) wurde der Fehler korrigiert und so fand sich diagnostisch nur die rechte Seite erwähnt und die untersuchende neurologische Abteilung nannte nur die rechte Seite (Urk. 9/105). Soweit der Beschwerdeführer auf den Sprechstundenbericht vom 25. September 2014 (Urk. 9/95) verweist, wurde in der Anamnese die rechte Seite thematisiert und bezogen sich alle hernach erwähnten Untersuchungen auf die rechte Seite. Die Diagnose einer Tendinopathie / Oberlandläsion der Subscapularissehne sowie degenerative Veränderungen des AC-Gelenkes links - ohne Erwähnung der rechten Seite - ist demgemäss offensichtlich irrtümlich.

E. 4.5

Soweit der Beschwerdeführer eine unfallähnliche Körperschädigung thematisiert ist festzuhalten, dass - ausser dem Unfall vom 27. September 2013, mit welchem die Schädigung nicht im Zusammenhang steht - kein sinnfälliges Ereignis geschildert wurde. Eine Haftung der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel entfällt damit.

E. 4.6

Anzufügen bleibt, dass die neuerlichen (positions-/bewegungsabhängigen) Beschwerden in der rechten Schulter mit Infiltration und Physiotherapie therapiert wurden (Bericht der Klinik B.____ vom 6. März 2020, Urk. 9/402). Dass davon eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist, ist nicht erkennbar. Die bisherige Tätigkeit als Fassadenbauer ist dem Beschwerdeführer klarerweise nicht mehr zumutbar und dass eine angepasste - bei lediglich positions- und belastungsabhängigen Beschwerden - nicht mehr zumutbar sein sollte, wurde auch von den B.____-Ärzten nicht dargetan. Diese Situation zeigte sich bereits bei Austritt aus der Rehaklinik A.____ (Urk. 9/362 S. 2 unten). Sollte sich dies bezüglich eine neue Pathologie ergeben, wäre das im Rahmen eines Rückfalls zu prüfen.

E. 4.7

Schliesslich ist erstellt und zwischen den Parteien auch nicht umstritten, dass auch betreffend die Rückenproblematik von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten ist. Das MRT der HWS vom 2. Oktober 2013 (Urk. 9/1) zeigte keine knöcherne Pathologie, intakte Bandscheiben und keine Diskushernie. Der zuständige

Radiologe äusserte einen Verdacht auf Distension der interspinalen Ligamente mit umschriebener Kontrastmittelanreicherung auf Höhe des Dornfortsatzes HWK 7. Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 25. September 2014 (Urk. 9/93 S. 8) zeigte sich nurmehr eine diskrete Einschränkung der HWS-In-/Reklination bei normaler Rotationsbeweglichkeit sowie normaler Kopfbewegung während der ganzen Untersuchung. Der Kreisarzt bezweifelte denn auch die Unfallkausalität bei fehlenden einschlägigen Befunden. Die

Nackenbeschwerden wurden fortan auch von den behandelnden Ärzten der Klinik B.____ nicht mehr thematisiert (Urk. 9/95, Urk. 9/104-105, Urk. 9/184, Urk. 9/205, Urk. 9/229, Urk. 9/402).

E. 5

Unbestritten blieb sodann die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit sowie das von den Ärzten der Rehaklinik

A.____ beschriebene Stellenprofil (E. 3.3 am Ende). Dieses leuchtet angesichts des beeinträchtigten rechten Schultergelenks ein. Dass der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig wäre, machte kein beteiligter Arzt und auch der Beschwerdeführer selber nicht geltend. Damit hat es mit dem umschriebenen Stellenprofil sein Bewenden.

E. 6.1.1

Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen mit Fr. 67'496.-- und stützte sich dabei auf die Werte des Gesamtarbeitsvertrages (GAV) respektive den Landesmantelvertrag für das Baugewerbe (LMV ,

Urk. 2 S. 6). Dabei ging sie von der Zone Zürich und der Lohnklasse B aus (Bauarbeiter mit Fachkenntnissen, Urk. 9/374 S. 4). Der Beschwerdeführer will dagegen auf den Lohn abstellen, den er vor einem im Jahr 2011 erlittenen Unfall innehatte und deswegen verlor (Fr. 87'849.85). Allenfalls sei der nach Abschluss der beruflichen Eingliederung (durch die Invalidenversicherung) vor dem Rückfall im Dezember 2017 erzielte Lohn von Fr. 74'842.85 beizuziehen (Urk. 1 S. 7 f.).

E. 6.1.2

Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des Unfalls arbeitslos. Zuvor arbeitete er jeweils während kürzerer Dauer an verschiedenen Stellen vornehmlich im Baubereich (Urk. 9/111). Es ist mit den Parteien davon auszugehen, dass er ohne Unfall weiterhin in dieser Branche tätig gewesen wäre. Nachdem die Arbeitgeberin, bei welcher er im Zeitpunkt eines früheren Unfalls im Jahr 2011 beschäftigt war, mittlerweile liquidiert worden ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass er heute dieses Einkommen (von damals Fr. 84'000.--) weiterhin erzielen würde (vgl. zum entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers Urk. 1 S. 6 f.). Dass eine Nachfolgesellschaft im identischen Geschäftsfeld tätig ist (Urk. 3/4), ändert hieran nichts. Dass der Beschwerdeführer von der neuen Gesellschaft angestellt worden wäre und dort auch den gleich hohen Lohn hätte erzielen können, ist eine blosser Hypothese, durch nichts belegt und jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich. Ebenfalls nicht abgestellt werden kann auf das nach Abschluss der Eingliederung durch die Invalidenversicherung ab November 2017 erzielte Einkommen von Fr. 74'100.-- (Urk. 9/274 und Urk. 3/3). Denn ohne Unfall wäre die Invalidenversicherung nicht aktiv geworden und hätte der Beschwerdeführer diese Stelle in

E. ___ nicht angetreten, welche ihm per 28. Februar 2018 gekündigt wurde (Urk. 9/313/2).

E. 6.1.3

Damit ist für die Berechnung des Valideneinkommens auf allgemeine Werte abzustellen. Das Heranziehen des Lohnes basierend auf dem Landesmantelvertrag für das Schweizerische Bauhauptgewerbe führt mit Fr. 67'496.-- (Urk. 9/374/3) zu einem tieferen Lohn als durch die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik für einen mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art betrauten Bauarbeiter von Fr. 68'927.05 (Fr. 5'523.-- [LSE 2016, TA1, korrigierte Fassung vom 8. November 2018]: 40 x 41.6 [betriebsübliche Arbeitszeit im Hoch- und Tiefbau, T 03.02.03.01.04.01] x 12). Da es sich bei den von der Beschwerdegegnerin verwendeten Beträgen um Mindestlöhne handelt und der Beschwerdeführer doch eine langjährige Erfahrung als Bauarbeiter mitbringt, wenn auch nicht als betriebstreuer Mitarbeiter, hätte er ohne Gesundheitsschaden wohl etwas mehr als den Mindestlohn erhalten. Es rechtfertigt sich, auf die Tabellenlöhne abzustellen, zumal auch das Invalideneinkommen auf dieser Basis zu berechnen ist. Das Valideneinkommen beträgt demgemäss Fr. 68'927.05. Auf eine Aufrechnung dieses im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids aktuellsten verfügbaren Wertes (2016) auf das massgebende Jahr 2019 kann angesichts der identischen Grundlage für das Invalideneinkommen verzichtet werden.

E. 6.2.1

Das von der Beschwerdegegnerin errechnete Invalideneinkommen blieb abgesehen vom Tabellenlohnabzug unbestritten. Basierend auf der korrigierten Fassung der TA1 der LSE 2016 ergibt sich im Kompetenzniveau 1 über alle Branchen ein Wert von Fr. 5'389.-- und angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden ein mögliches Einkommen von Fr. 67'416.40 pro Jahr.

E. 6.2.2

Die Beschwerdeführerin gewährte einen Abzug vom Tabellenlohn von 5%.

Hierzu ist zu bemerken, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf und diesfalls Gegebenheiten darlegen muss, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen). Ein Abweichen ist grundsätzlich nur bei Unangemessenheit möglich (BGE 137 V 71 E. 5.1).

Der Beschwerdeführer ist bei der Stellensuche nur insofern eingeschränkt, als er auf eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Tätigkeit mit dem rechten Arm länger dauernd über Brusthöhe sowie ohne Exposition desselben gegenüber Schlägen/Vibrationen angewiesen ist. Praxisgemäss führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nurmehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2). Wenn die Beschwerdegegnerin gleichwohl einen Abzug von 5% gewährte, ist dies damit nicht zu beanstanden. Ein Abzug von 10% ist aber nicht angezeigt.

E. 6.3

Damit steht dem Valideneinkommen von Fr. 68'927.05 ein Invalideneinkommen von Fr. 64'045.55 (Fr. 67'416.40 x 0.95) gegenüber, was zu einem Invaliditäts grad von 7 % führt. Bei diesem Ergebnis steht dem Beschwerdeführer keine Rente der Unfallversicherung zu, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Gräub-Fonti

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