

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00264 vom 18. August 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00264](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00264)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00264 du 18 août 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00264 del 18 agosto 2021

## **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 Beschwerdeführer erlitt in den Jahren 2005, 2012 und 2013 drei Unfälle, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Im angefochtenen Einspracheentscheid sind die rechtlichen Erwägungen zum Fallabschluss (Urk. 2 S. 5 Ziff. 1) sowie zum Invaliditätsgrad und dessen Bemessung (Art. 18 Abs. 1 UVG; Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) zureichend wiedergegeben (Urk. 2 S. 11 ff. Ziff. 3a ff.). Darauf kann, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

### **E. 1.3**

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

Wird der Entscheid der IV über die (berufliche) Eingliederung erst später gefällt, kann dies Anlass für eine das Taggeld ablösende Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV bilden. Damit eine Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG

ausgerichtet werden kann, muss der ausstehende IV-Entscheid über die berufliche Eingliederung Vorkehren beschlagen, welche einer Eingliederungsproblematik aufgrund eines unfallkausalen Gesundheitsschadens gelten. Rechtsprechungsgemäss kann sich sodann der in Art. 19 Abs. 1 erster Satz UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger IV-Eingliederungsmassnahmen, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, welche geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zu Grunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Für das Vorliegen dieser Voraussetzungen braucht es konkrete Anhaltspunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.4 mit Hinweisen).

Die Überwindbarkeitspraxis gemäss BGE

136 V 279 und BGE

130 V 352 findet auf den UV-Heilbehandlungs- und Taggeldanspruch, und damit auch auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses, keine Anwendung (BGE 137 V 199 E. 2.2.4).

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 23. November 2020 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 3. November 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben. Der Versicherungsfall sei erst per 31. Dezember 2019 einzustellen und dem zufolge die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm bis zu diesem Zeitpunkt das Taggeld auf der Basis einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszurichten und die Heilungskosten zu vergüten; ihm sei mit Wirkung ab 1. Januar 2020 eine angemessene, jedenfalls höhere Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2021 (Urk. 6) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Der angefochtene Entscheid sei zu bestätigen, sofern das Gericht keine reformatio in peius vornehme. Mit Replik vom 11. Februar 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 28. April 2021 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 18). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 30. April 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass aufgrund der Nichtvornahme der empfohlenen Operationen eine namhafte Verschlechterung eingetreten

sei. Der Endzustand gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG könne deshalb per 15. Juni 2015 respektive 23. Juni 2015 (Bericht Spital B.\_\_\_\_) angenommen werden. Es gehe nicht an, den Rentenbeginn durch das Hinauszögern von operativen Eingriffen hinauszuschieben. So mit sei der Rentenbeginn per 1. Dezember 2016 nicht zu beanstanden (S. 10 unten).

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 80'477.05 und einem gestützt auf statistische Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 63'463.25 (mit berücksichtigtem leidensbedingtem Abzug von 5%) ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 21.14% (S. 14 Ziff.

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin sei rechtzeitig über seinen Wunsch, die Chancen und Risiken einer

erneuten Operation überprüfen zu lassen, informiert gewesen. Sie sei mit dem Einholen einer Zweit- beziehungsweise Drittmeinung einverstanden gewesen und sei für die Kosten dafür aufgekommen (S. 5 Mitte). Sinngemäß mache die Beschwerdegegnerin sodann eine Verletzung der Mitwirkungspflicht geltend ohne das zwingend erforderliche Mahn- und Bedenkzeitverfahren je durchgeführt zu haben. Damit fehle die Grundlage, den Versicherungsfall vorzeitig abzuschliessen (S. 5 f.). Des Weiteren habe sowohl im Juni 2015 wie auch im Dezember 2016 noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden dürfen. Gleich mehrere Ärzte hätten bestätigt, dass der medizinische Endzustand im März 2016 noch nicht erreicht gewesen sei. Unter anderem habe der Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ ausgeführt, der Endzustand sei im Mai 2019 noch nicht eingetreten und im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ sei festgehalten worden, der Endzustand sei zum Zeitpunkt seiner Untersuchung im Dezember 2019 nicht erreicht (S. 6 ff.). Somit habe die Beschwerdegegnerin bis Ende Dezember 2019 das gesetzliche Taggeld basierend auf einer vollen Arbeitsunfähigkeit bis Ende Dezember 2019 sowie Heilbehandlungskosten auszurichten (S. 8 Ziff. 7.2).

Sodann beanstandete der Beschwerdeführer die Höhe des herangezogenen Validen- und Invalideneinkommens sowie des leidensbedingten Abzuges. Er habe Anspruch auf eine Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2020 basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 38 % (S. 9 ff. Ziff. 8.1 ff.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses sowie die Höhe des Invaliditätsgrades, wobei diesbezüglich die Höhe des leidensbedingten Abzuges strittig ist.  
3. 3.1

Dr. med. C.\_\_\_\_, Chefarzt, und Dr. med.

D.\_\_\_\_, Oberärztin, vom Departement Chirurgie, Spezialprechstunde Schulter- und Ellbogenchirurgie am Spital B.\_\_\_\_

führten mit Bericht vom 23. Juni 2015 (Urk. 7/138 S. 2 f.; vgl. auch Schreiben vom 11. September 2015 von

Dr. C.\_\_\_\_, Urk. 7/282, sowie Bericht vom 29. Oktober 2015 von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am F.\_\_\_\_, Urk. 7/150) aus, eine Operation (Latissimus

dorsi-Transfer) würde das Fortschreiten einer Arthrose als einzige Option verzögern. Ohne Operation würde sich eine Arthrose entwickeln und es komme zur Notwendigkeit eines prothetischen Ersatzes des Schultergelenkes in einem noch recht jungen Alter. Der Beschwerdeführer habe angegeben, er wolle sich diese Option in Ruhe überlegen und mit seinem Hausarzt diskutieren. 3.2

Mit Bericht vom 27. Januar 2016 führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberarzt i.V. Orthopädie an der Universitätsklinik H.\_\_\_\_, aus, er würde vor einer

Latissimus

dorsi-Transfer noch eine diagnostische Infiltration durchführen. Falls dann die Schmerzen deutlich beeinflussbar seien und der Lift-off-Test negativ sei, würde er eben falls einen Latissimus

dorsi -Transfer durchführen. Falls die Schmerzen nicht beeinflussbar seien, wäre er mit einem operativen Vorgehen eher zurückhaltend (Urk. 7/164 S. 2 ).

Schliesslich riet Dr. G.\_\_\_\_ , nachdem die Infiltration nicht zu einer Schmerzlinderung (sondern eher zu einer Schmerzverstärkung) geführt habe und der Lift-off-Test nicht überprüfbar gewesen sei, von einem Latissimus

dorsi -Transfer wie auch von weiteren Eingriffen ab (Bericht vom 3. März 2016, Urk. 7/173). 3.3

Infolge des Rückweisungsentscheids des hiesigen Gerichts vom 13. Juni 2018 veranlasste die Beschwerdegegnerin ein Gutachten bei Dr. Z.\_\_\_\_ , welcher den Beschwerdeführer am 13. Mai 2019 untersuchte und im Anschluss das Gutachten erstattete (Urk. 7/258; keine exakte Datierung des Gutachtens ).

Das Gutachten hatte insbesondere Kausalitätsfragen zu den diversen stattgehabten Unfällen zu beantworten. Dr. Z.\_\_\_\_ kam zum Schluss, die Unfallkausalität des Schulterdefekts rechts sei sowohl bezüglich des Unfalls vom 12. (richtig: 10.) Dezember 2012 als Erstereignis, als auch bezüglich des Unfalls vom 29. (richtig: 26.) August 2013 als Zweitereignis mit richtungsweisender, irreversibler Verschlechterung des vorher kompensierten «Riss-Vorzustandes» zu bejahen (S. 21 oben).

Angesichts der Grösse des Rotatorenmanschettendefektes sollte nach Ansicht von Dr. Z.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer wegen der andauernden Arbeitsunfähigkeit und der starken Behinderung und Störung die operative Reoperation empfohlen werden. Eine Latissimusdorsi Transferoperation könne dem Beschwerdeführer Verbesserung bringen. Seinerseits würde er ihm aber eine anterolaterale

Deltoideuslappenplastik empfehlen. Da der Subscapularis noch sehr gut sei und der Teres minor ebenfalls, seien die Aussichten recht gut, wieder eine deutliche Verbesserung der Funktion und vor allem der Schmerzhaftigkeit damit zu erreichen. Die volle Wiederherstellung der Kraft sei kaum zu erwarten, aber eine deutliche Verbesserung (S. 23 Ziff. 4). 3.4

Am 16. September 2019 stellte sich der Beschwerdeführer zwecks allfälliger Operationsempfehlung nochmals bei Dr. Z.\_\_\_\_

sowie

Dr. med. univ. I.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor (Bericht vom 18. September 2019 der Orthopädischen Chirurgie J.\_\_\_\_ , Urk. 7/288).

Nach erneut durchgeführtem MRI, auf welchem sich eine Zunahme der Degeneration zeigte, bestehe aus ärztlicher Sicht eher Skepsis hinsichtlich einer gelenkerhaltenden, chirurgischen Massnahme. Da sich der Beschwerdeführer mit der Situation arrangiert habe, sei aktuell keine Massnahme indiziert. Bisher sei nie der Endzustand erreicht worden (Bericht vom 28. Oktober 2019 von Dr. I.\_\_\_\_ , Urk. 7/297). 3.5

Basierend auf ihrer Aktenbeurteilung hielt Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurochirurgie, am 25. November 2019 fest (Urk. 7/301) , aktuell werde gemäss Dr. I.\_\_\_\_ keine operative Behandlung geplant. Weitere konservative Massnahmen würden zu keiner Versicherung eines medizinisch relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes des

Beschwerdeführers führen. Es sei ein stabiler medizinischer Zustand erreicht, wenn auch nicht zufriedenstellend für den Beschwerdeführer (S. 4 Ziff. 2). Seit der ersten Jahreshälfte 2016 sei mit Abschluss der Drittmeinung der Universitätsklinik H.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine weitere Heilbehandlung den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht mehr namhaft verbessern werde (Ziff. 2.1). 3.6

Am 29. November 2019 führte Dr. K.\_\_\_\_ eine kreisärztliche Untersuchung durch ( Bericht vom 3. Dezember 2019, Urk. 7/303 ; vgl. auch Urk. 7/314 sowie die korrigierte Fassung vom 20. Dezember 2019 mit Hinweis auf S. 1 auf Urk. 7/315 ). In ihrer Beurteilung führte die Kreisärztin aus, der Beschwerdeführer zeige weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Schulterfunktion rechts mit aktiver Abduktion und Elevation bis maximal 40°. Im Wesentlichen würden sich vergleichbare Untersuchungsbefunde zeigen wie bei der Untersuchung bei Dr. G.\_\_\_\_ im März 2016. Von diesem sei im März 2016 von einer Latissimus

dorsi -Transferoperation zur Verbesserung der Schultergelenksbeweglichkeit abgeraten worden. 2019 sei von Dr. I.\_\_\_\_ nochmals eine gelenkerhaltende operative Option zur Verbesserung der Schultergelenksbeweglichkeit geprüft worden. Dr. I.\_\_\_\_ habe letztlich von einer Operation abgeraten. Abgesehen von einem Gelenkersatz bestünden aktuell keine therapeutischen Optionen, die zu einer versicherungsmedizinisch relevanten Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes der rechten Schulter führen könnten. Für einen künstlichen Gelenkersatz sei der Beschwerdeführer aktuell relativ jung und der Leidensdruck trotz offensichtlicher Einschränkung nicht ausreichend. Dr. K.\_\_\_\_ kam daher zum Schluss, ein stabiler medizinischer Zustand sei erreicht ( Urk. 7/315 S. 6). 3.7

Am 7. Februar 2020 verfasste Dr. A.\_\_\_\_

im Auftrag der IV-Stelle ein Gutachten (Urk. 7/350). Dr. A.\_\_\_\_ gab an, im weiteren Verlauf nach der Operation vom August 2014 (vgl. S. 33 unten) sei auffällig, dass eine weitere operative Intervention mindestens zweimalig empfohlen und letztendlich nicht durchgeführt worden sei. Zwischenzeitlich habe sich die Schulterfunktion soweit verschlechtert, dass es auch medizinisch gesehen keinen weiteren Sinn mehr ergeben habe, eine gelenkerhaltende Operation durchzuführen. Die Situation sei nun soweit festgefahren, dass der medizinische Endzustand ohne Gelenkersatz als erreicht anzusehen sei. Von weiteren konservativen Massnahmen sei keine weitere Verbesserung der Gelenksfunktion zu erwarten. Eine namhafte Verbesserung des Gesamtzustandes sei auch nach einem Gelenkersatz nicht zu erwarten (S. 34 f.).

#### **E. 4**

b.a.a.f.f.).

Mit Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin unter anderem aus, gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts sei vorliegend kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen, weshalb ein tieferer Invaliditätsgrad von 17 % resultiere und eine reformatio in peius beantragt werde (Urk. 6 S. 7 f. Ziff. 4.4c f.).

#### **E. 4.1**

mit Hinweis, 8C\_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.1.2.2).

#### **E. 4.2**

Ebenfalls ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Bauspengler zu 100 % arbeitsunfähig ist. Dr. A.\_\_\_\_

schloss gestützt auf seine Untersuchung vom 12. Dezember 2019, dass selbst bei einem Gelenkersatz keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Bereits viel früher, nämlich im Juni 2015, führten die orthopädischen Fachärzte des Spitals B.\_\_\_\_ aus, eine gelenkerhaltende Latissimus

dorsi-Operation halte lediglich das Fortschreiten der Arthrose im Schultergelenk auf. Diese hatte somit, was sich bei den im weiteren Verlauf eingeholten Zweit- ( Dr. G.\_\_\_\_ ) und Drittmeinungen ( Dr. Z.\_\_\_\_ / Dr. I.\_\_\_\_ ) bestätigte, ohnehin keine namhafte Besserung der Funktion zum Zweck, sondern ein Aufhalten der weiteren Verschlechterung. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit war bereits zu diesem Zeitpunkt sowohl mit wie auch ohne operative Intervention vollständig aufgehoben.

Schliesslich legte auch der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin in einer Besprechung am 14. August 2019 offen, dass sich sein Zustand seit Mai 2016 verschlechtert habe und er sich (nur) dann für eine Reoperation entscheide, wenn dadurch auch eine Verbesserung zu erwarten sei (Urk. 7/275).

Aus versicherungsrechtlicher Sicht bestimmt sich die Frage, ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, 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\_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_44/2021 vom 5. März 2021 E. 5.2 mit Hinweisen).

Eine in diesem Sinne namhafte Verbesserung war daher gestützt auf die medizinische Aktenlage bereits ab März 2016 auszuschliessen. Dabei handelt es sich - entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S.

#### **E. 4.3**

Die Beschwerdegegnerin war anfangs 2016 mit dem Einholen dieser Zweitmeinung bei Dr. G.\_\_\_\_ sowie dem Abwarten allfälliger Auswirkungen der Infiltration zwecks Operationsindikation einverstanden

(vgl. Telefonnotizen vom 22. und 28. Januar 2016, Urk. 7/163+165), weshalb erst danach, mithin ab März 2016 (abschliessende Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ nach erfolgloser Infiltration, E. 3.2) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte und ein Fallabschluss begründet war.

Soweit Dr. I. \_\_\_ im Oktober 2019 festhielt, es sei bisher nie ein Endzustand erreicht worden, kann der Beschwerdeführer daraus nichts ableiten, was für einen späteren Zeitpunkt des Fallabschlusses es sprechen würde. Denn ausschlaggebend dafür ist die Frage, ab wann von keiner namhaften Verbesserung mehr aus gegangen werden kann. Der Umstand, dass dem Beschwerdeführer noch operative Massnahmen zur Verfügung stehen, mag für das noch nicht Erreichen eines medizinischen im Sinne eines therapeutischen Endzustandes sprechen. Versicherungsrechtlich ist dies jedoch nicht gleichzusetzen mit dem Zeitpunkt des Fallabschlusses und der Rentenprüfung gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG .

#### **E. 4.4**

lit . c). Angesichts des in E. 5.3.3 umschriebenen Zumutbarkeitsprofils, wonach ins besondere die rechte dominante Hand bzw. die rechtsseitige Extremität nur noch eingeschränkt belastbar ist, erweist sich die Berücksichtigung eines Abzugs nicht als unrechtmässig und lag der von der Beschwerdegegnerin ursprüngliche vor genommene Abzug innerhalb ihres Ermessens. Eine reformatio in peius recht fertigt sich in dieser Konstellation nicht. Genauso wenig sind vorliegend, wie dargelegt, jedoch Umstände ersichtlich, welche ermessensweise einen höheren Leidensabzug bedingen würden.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ist g estützt auf die medizinischen Akten vorliegend ab März 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von keiner namhaften Besserung der Schulterproblematik rechts auszugehen. Da die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung per 30. November 2016 abgebrochen und deren Taggeld leistungen auf diesen Zeitpunkt eingestellt wurden (vgl. Urk. 7/272 sowie Urk. 7/366 S. 1 Ziff. 3), ist der von der Beschwerdegegnerin festgesetzte Fallab schluss per 30. November 2016 respektive Rentenbeginn per 1. Dezember 2016 nicht zu beanstanden.

#### **E. 5**

f. ) - um keine retrospektive Beurteilung. Den echtzeitlichen Arztberichten aus dem Jahr 2015 und 2016 ist zu entnehmen, dass die operative Behandlung lediglich zur Vermeidung einer Verschlechterung, nicht jedoch zur Erzielung e iner namhaften Verbesserung diskutiert wurde. Dr. Z. \_\_\_ , welcher ein Gutachten zur Kausalitäts frage erstellte, hielt zwar fest, dass eine Latissimus

dorsi Transferoperation oder auch eine anterolaterale

Deltoideuslappenoperation dem Beschwerdeführer eine Verbesserung bringen könne. Diese Verbesserung bezog sich auf die Funktion, die Kraft und vor allem die Schmerzhaftigkeit. Eine Steigerung der Arbeitsfähig keit stellte er nicht in Aussicht beziehungsweise er äusserte sich nicht dazu (vgl. E. 3.3). Auch Dr. E. \_\_\_ gab im Bericht vom 29. Oktober 2015 zu bedenken, dass selbst bei einem erfolgreichen Eingriff nur die Alltagsfunktion verbessert werde, eine Rückkehr in seine bisherige Tätigkeit jedoch kaum möglich sein werde (Urk. 7/150 S. 3 «Procedere»).

Die durchgeführte Gelenksi nfiltration, von welcher Dr. G. \_\_\_ schliesslich eine Prognose über die Wirkung einer operati ven Inter vention ableitete, hat gemäss seiner Einschätzung vom März 2016 keine Verbesserung gebracht , weshalb er auch mit keiner effektiven Verbesserung der Schulterproblematik durch eine Operation rechne te und von einer solchen abriet (vgl. E. 3.2) .

Soweit Therapien nicht auf die Heilung des Gesundheitsschadens, sondern auf die blosser Symptombekämpfung gerichtete Massnahme darstellen, stehen sie einem Fallabschluss rechtsprechungsgemäss nicht entgegen. Namentlich eine Schmerzlinderung, welche vorliegend ein zentrales Ziel der diskutierten - aber nicht durchgeführten - Operationen gewesen wäre, stellt keine namhafte Besserung dar (Urteile des Bundesgerichts 8C\_363/2020 vom 29. September 2020 E).

### **E. 5.1**

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu prüfen.

### **E. 5.2**

Das von der Beschwerdegegnerin herangezogene Valideneinkommen wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Die Beschwerdegegnerin ging von einem jährlichen Valideneinkommen von Fr. 80'477.05 aus (Urk. 2 S. 14 lit. b.cc; vgl. auch Urk. 7/366), was gestützt auf die Akten- und Rechtslage nicht zu beanstanden ist.

### **E. 5.3.1**

Hinsichtlich des Invalideneinkommens bestreitet der Beschwerdeführer einzig die Höhe des leidensbedingten Abzuges. Es sei wegen faktischer Einhändigkeit ein maximaler Abzug von 25 % zu gewähren (Urk. 1 S. 9 ff. Ziff. 8.3). Zum von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Tabellenlohn führte der Beschwerdeführer einzig aus, es sei vom LSE-Wert im Kompetenzniveau 1 und nicht 2 auszugehen.

Der von der Beschwerdegegnerin herangezogene statistische Total-Wert der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE 2016 bezieht sich bereits auf den monatlichen Lohn für Männer im Kompetenzniveau 1 (Urk. 7/366 S. 3: Fr. 5'340.--). Bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Bundesamt für Statistik, Tabelle T03.02.03.01.04.01, Total 2016) ergibt sich ein erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 66'803.40 (Fr. 5'340.-- x 12 : 40 x 41.7).

### **E. 5.3.2**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen

dürfen ( BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgericht s 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ).

### **E. 5.3.3**

Dem Beschwerdeführer ist eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar (Urk. 7/350 S. 39 ).

Gemäss Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist von folgendem Anforderungsprofil auszugehen ( Bericht vom 17. Mai 2020; Urk. 7/346 S. 2 ) : «Die beobachtete Belastbarkeit entspricht einer leichten Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis max. 10 kg, oder viel stehen/gehen, oder belastende Arm- oder Beinfunktion). Zeitlich sollte folgende Belastung möglich sein: ganztags. Spezielle Einschränkungen: Selten möglich: Arbeit über Schulterhöhe, Kriechen. Manchmal möglich: Vorgeneigt Stehen, vorgeneigt Sitzen, vorgeneigt Knien, Rotation im Sitzen, Stossen, Ziehen, Handkoordination rechts. Beurteilung für Leitersteigen muss aufgrund der Sicherheit medizinisch-theoretisch durch Ärzte erfolgen. Der Klient konnte sich beim Test genügend sichern und sicher Leitersteigen. Doch in einer Notfallsituation muss sich der Klient auch sichern können mit beiden Händen. Ob er dies dann beidhändig genügend machen kann ist fraglich. »

Gemäss Dr. A.\_\_\_\_, welcher ebenfalls zum Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit Stellung nahm (allerdings auch unter Berücksichtigung unfallfremder Beeinträchtigungen, insbesondere der linken Schulter), ist eine Tätigkeit im Sitzen, Stehen und Gehen bei maximaler Belastbarkeit von 1 kg bei angelegtem Arm der rechten oberen Extremität zumutbar. Mit der linken oberen Extremität könnten Lasten von maximal 5 kg gehoben beziehungsweise getragen werden. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei nicht mehr zumutbar. Kniende, hockende und sitzende Tätigkeiten könnten vorkommen, jedoch ohne wesentlichen Armeinsatz. Keine Tätigkeiten über Kopf sowie auf Schulterhöhe möglich (Urk. 7/350 S. 3

### **E. 5.3.4**

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Beeinträchtigungen der dominanten rechten Schulter in seinem noch möglichen Tätigkeitsspektrum eingeschränkt ist. Die Beschwerdegegnerin gewährte einen leistungsbedingten Abzug von 5 % (Urk. 2 S. 14 lit . b.aa ).

Ein Vergleich mit den Referenzwerten zeigt, dass beim Beschwerdeführer sowohl die Handkraft rechts wie auch die Handkoordination rechts in der Norm liegen (vgl. Urk. 7/346 S. 8 f.). Die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand des Beschwerdeführers ist demnach im Normbereich.

Jedoch ist der Bewegungsumfang im Schultergelenk eingeschränkt und die zumutbare Gewichtslimite rechts auf 1 kg limitiert, stossen und ziehen sind nur manchmal (d.h. zwischen 30 Minuten und 3 Stunden; vgl. Urk. 7/346 S. 3 unten) und Tätigkeiten über Kopf und Schulterhöhe gemäss EFL-Beurteilung selten beziehungsweise gemäss Dr. A. \_\_\_ gar nicht möglich (vgl. E. 5.3.3).

Die Schulterbeschwerden limitieren den Beschwerdeführer. Jedoch entspricht das ihm zumutbare Tätigkeitsprofil einer faktischen Einhändigkeit.

Das Bundesgericht geht von einer funktionellen Einarmigkeit oder Einhändigkeit dann aus, wenn eine versicherte Person eine Hand nur noch als Zuhilfenand einsetzen kann (vgl. Urteil 8C\_587/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.3). Es verneinte eine faktische Einarmigkeit etwa bei einem Versicherten, der mit der nicht dominanten Hand vollzeitlich ohne Einschränkung der Feinmotorik nur noch leichte Tätigkeiten verrichten konnte (Urteil 8C\_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.3). Die Praxis hat seit BGE 126 V 75 bei versicherten Personen, die ihre dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt, beispielsweise als Zuhilfenand einsetzen können, verschiedentlich einen Abzug von 20 oder sogar 25 % von dem gestützt auf die LSE ermittelten Invalideneinkommen als angemessen bezeichnet. Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist jedoch bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (Art. 16 ATSG). Der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten, die den vorgenannten Einschränkungen des Beschwerdeführers (vgl. E. 5.3.3) Rechnung tragen. Angesichts des Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, die keine besondere Beanspruchung der rechten Hand hinsichtlich Kraft, Feinmotorik und Sensibilität erfordern. Daher ist vorliegend nicht von einer faktischen Einhändigkeit auszugehen, die einen bis zu 25%igen Abzug rechtfertigen würde. Dem Beschwerdeführer ist ein hinreichend grosser Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten zu unterstellen.

Anzufügen bleibt, dass nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung durch Computer und automatisierte Maschinen ausgeführt werden. Abgesehen davon müssen solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz des nicht mehr funktionstüchtigen Armes oder der nicht mehr einsetzbaren Hand voraussetzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_134/2020 vom 29. April 2020 E. 4.1,

8C\_587/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 6.2, namentlich mit Hinweis auf das Urteil 8C\_811/2018 vom 10. April 2019 E. 4.4.2).

Folglich könnten vorliegend unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_495/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 4.2.2).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Die Beschwerdegegnerin gewährte im angefochtenen Entscheid aufgrund des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils des Beschwerdeführers einen Abzug von 5 %. In der Beschwerdeantwort verwies sie auf das zuvor genannte Urteil 8C\_495/2019 und beantragte gestützt darauf, es sei vom hiesigen Gericht eine reformatio in peius anzudrohen und kein Leidensabzug zu gewähren ( Urk.

#### **E. 5.3.5**

Dadurch ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 63'463.25 (Fr. 66'803.40 x 0.95).

#### **E. 5.4**

Wird das Valideneinkommen von Fr. 80'477.05 dem Invalideneinkommen von Fr. 63'463.25 gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'013.80 und somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 21 %.

Auch die Bemessung des versicherten Verdienstes mit Fr. 80'000.-- ist nicht zu beanstanden ( Urk. 7/10, Urk. 7/117/4). Bei für die Kausalität relevanten Unfällen im Dezember 2012 und August 2013 kommt Art. 24 Abs. 2 UVV betreffend Höhe des versicherten Verdienstes bei Rentenbeginn nach fünf Jahren nach dem Unfall nicht zur Anwendung, waren doch bei Rentenbeginn am 1. Dezember 2016 noch nicht fünf Jahre verstrichen (vgl. das entsprechende Vorbringen des Beschwerde führers, Urk. 1 S. 9).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

#### **E. 6**

S. 7 f. Ziff.

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