

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00037 vom 16. Dezember 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00037 du 16 décembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00037 del 16 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 bzw. am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten. Indes sieht Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden. Vorliegend finden deshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, 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 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). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 2.

2.1

Die Suva erwog, die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. Z.____ stimme mit derjenigen von Dr. A.____ überein, auch wenn letzterer kein Gewichtslimit für das Tragen von Lasten am unflektierten, hängenden rechten Arm definiert habe. Einzig die Belastung bis Schulterhöhe werde von Dr. Z.____ körpernah auf 5 kg und von Dr. A.____ allgemein auf 2 kg begrenzt, ohne dass letzterer dies begründen würde (Urk. 2 E. 3.b; Urk. 7 Ziff. 7.1).

Bei der stattgehabten Subscapularissehnenruptur sei die Wiederherstellung eines unversehrten Zustandes unmöglich (Defektheilung). Dr. B.____

habe sich mit der Fortsetzung der Therapie bis zu einem Jahr postoperativ nur zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit bereit erklärt. Dr. Z.____ habe einen unveränderten Zustand festgestellt, womit der Fallabschluss per 31. Juli 2019 rechtens erfolgt sei (Urk. 2 E. 4.b).
Ein Latissimus

dorsi -Transfer sei gemäss Dr. A.____

nur eine Möglichkeit, die Dr. C.____

zu vor und ebenso Dr. D.____

verworfen hätten . Dr. C.____ habe den Beschwerdeführer damals bloss als nicht «austherapiert» bezeichnet , ohne eine namhafte Besserung zu prognostizieren . Die Therapie n seien über längere Zeit erfolglos geblieben bzw. ohnehin nicht zur Erreichung einer namhaften Besserung geeignet gewesen , sofern der Beschwerdeführer diese überhaupt wahrgenommen habe . Er habe anlässlich der Besprechung mit der Suv a und der Invalidenversicherung selbst angegeben, die Therapie n hätten keine Besserung gebracht (Urk. 2 E. 4.c ; Urk. 7 Ziff.

E. 3

1. Juli 2019 zu übernehmen und erbrachte bis dahin auch Tag geldleistungen (Urk. 8/142, 8/148 und 8/169) .

Mit Verfügung vom 6. August 2019 sprach sie dem Versicherten schliesslich eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 17 % ab 1. August 2019 zu, hin gegen verneinte sie einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/17

E. 3.1

In medizinischer Hinsicht ist vorab umstritten, ob und gegebenenfalls wann der Endzustand erreicht wurde. Die Recht mässigkeit des Fallabschlusses beurteilt sich vorliegend – da die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung am 29. März 2019 abgeschlossen wurden (Urk. 8/138) – danach, ob von einer Fort setzung der spezifischen ärztlichen Behandlung der unfallbedingten Beschwerden über den 31. Juli 2019 hinaus noch eine namhafte Besserung des Gesundheits zustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG zu erwarten war.

Ob noch mit einer namhaften gesundheitlichen Besserung zu rechnen ist, be stimmt sich gemäss der Rechtsprechung insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die durch weitere (zweckmässige) Heilbehand lu ng im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung muss ins Gewicht fallen (BGE 134 V 109 E. 4.3). Eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung verleiht keinen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der ver sicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden. 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2021 vom 5. März 2021 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen).

Dabei ist nach der Rechtsprechung die Überprüfung der prospektiven Festsetzung der Arbeitsfähigkeit ex post zulässig, wenn bis zu dem für die richterliche Über prüfung massgebenden Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides (BGE 129 V 167 E. 1) eine sachverhaltliche Grundlage für eine zuverlässige Beurteilung besteht (obgenanntes Bundesgerichtsurteil 8C_44/2021 E. 5.3 mit weiteren Hin weisen). Es kann insbesondere geltend gemacht werden, die Prognose habe sich aufgrund der tatsächlichen Entwicklung

als falsch erwiesen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_949/2009 vom 28. April 2010 E. 9.2).

E. 3.2

Ferner monierte der Beschwerdeführer das

medizinische Zumutbarkeitsprofil. Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_601/2019 vom 7. Januar 2020 E. 3.1).

E. 3.3

Dabei haben Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Hervorzuheben ist, dass bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, strenge Anforderungen an die Beweismündigung zu stellen sind. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungs externe medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (Urteil des Bundesgerichts 8C_861/2018 vom 14. Juni 2019 E. 2.2 mit diversen Hinweisen). 4. 4.1

Dr. med. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, wies im Bericht vom 17. Januar 2018 darauf hin, der Nachteil eines Pectoralis

major - Transvers bestehe darin, dass es sich um einen sehr grossen Eingriff handle, der nicht immer gut toleriert werde und es auch Patienten gebe, die danach keine wesentliche Verbesserung empfinden würden (Urk. 8/13). 4.2

Der Operateur Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, trug am 28. September 2017 in die Krankengeschichte ein, dass die Sehne eigentlich irreparabel geschädigt sei (Urk. 8/30/1). Im Bericht vom 23. Mai 2018 führte er aus, bei einem Sehnentransfer könne der Beschwerdeführer vorsichtig geschätzt eine Schulterfunktion zwischen 70 und 80 % erwarten. Gegenwärtig sei er bei knapp 60 % . Es frage sich, ob die Steigerung um 10 % einen derart aufwändigen Eingriff rechtfertige (Urk. 8/37/2). In der Sprechstunde vom 5. Juni 2018 äusserte der Beschwerdeführer die Vorstellung, er würde gerne noch 50 % (gemeint als Elektromonteur, vgl. Urk. 8/194/7) arbeiten können, was Dr. F.____ als realistisch erachtete. Er werde gegebenenfalls versuchen, den Eingriff über den Sommer zu machen, so dass der Beschwerdeführer im Herbst wieder in den Arbeitsalltag eingegliedert werden könne (Urk. 8/44/3).

Nach der Operation konstatierte Dr. F.____ am 12. September 2018, in höheren Abduktionsstellungen sei es für den Beschwerdeführer noch neuromuskulär schwierig, den Muskel direkt anzusteuern. In einzelnen Anspannungsstellen merke er noch eine leichte Dysästhesie respektive den Rest einer Neuropraxie . Normalerweise löse sich dies über die ersten 3 bis 6 Monate. Der Beschwerdeführer habe schon viel herausgeholt. Es sei nur ein bisschen die Frage, wie sehr er mit dem veränderten Muskel neurologisch umgehen könne. Dies werde die Physiotherapie zeigen (Urk. 8/66/2). Am 14. November 2018 stellte er fest, der Beschwerdeführer könne sowohl im Napoleon-Zeichen als auch im Bear Hug sehr schön und schmerzfrei Kraft aufbauen. Der Lift off sei adäquat, die Innenrotation jedoch aufgrund der relevanten Vernarbungen eingeschränkt. Deswegen komme er mit der Hand nicht wesentlich höher am Rücken. Im Belly -press merke man noch eine leichte Schwäche respektive die isolierte Funktion sei noch nicht adäquat hoch genug aufgebaut (Urk. 8/78).

Für das Jahr 2019 sind keine Kontrollen bei Dr. F.____ dokumentiert (vgl. Urk. 8/89 und 8/129). Er attestierte dem Beschwerdeführer zuletzt eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 15. Januar 2019 (Urk. 8/84/2). 4.3

Am 18. Februar 2019 folgte eine kreisärztliche Untersuchung beim Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. B.____ . Zum klinischen Befund notierte er insbesondere , das muskuläre Relief des Musculus

trapezius

descendens , des Musculus

deltoideus und des Musculus

pectoralis seien rechts seitig normotroph im Seitenvergleich. Die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk sei eingeschränkt in Abduktion, Flexion und Innenrotation. Die weitere Abduktion ab 20° sei nur möglich unter Zuhilfenahme des linken Armes. Es finde sich eine Kraftminderung rechtsseitig beim Null-Grad-Abduktionstest und dem Null-Grad-Innenrotationstest sowie eine Unfähigkeit, die rechte Hand über das Niveau vom Dornfortsatz L1 am Rücken zu führen. Es finde sich keine Verschwächung der Oberarm- und Unterarmmuskulatur im Seitenvergleich. Die Beweglichkeit beider Ellbogen- und Handgelenke sei altersgemäss seitengleich frei, die Fingerspreizung und der vollständige Faustschluss seien beidseits beschwerdefrei möglich (Urk. 8/107/5).

Er kam zum Schluss, das Wiederherstellen des unversehrten Zustandes sei aufgrund der richtungsgebenden Verschlimmerung durch die Sehnenruptur nicht möglich , durch den Unfall habe sich ein Zustand ergeben, welcher zu einer Defektheilung führe . Diese

Defektheilung liege vor. Von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden, insbesondere keine Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als Elektromonteur. Voll zeitig zumutbar seien noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bis Schulterhöhe. Unzumutbar seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten mit rütteln den, schlagenden und stossenden Geräten, die mit dem rechten Arm bedient werden müssten (Urk. 8/107/7). Am 26. Februar 2019 präzisierte er mit Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik G.____, als leicht bis mittelschwer seien Belastungen bis maximal 10 bis 15 kg definiert. Die zumutbare Belastung für den rechten Arm seien Gewichtsbelastungen mit Heben bis 15 kg bis Schulterhöhe (Urk. 8/119). 4. 4

Für eine Zweitmeinung suchte der Beschwerdeführer am 11. März 2019 Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, auf. Dieser erläuterte, die Lösung für eine chronische, nicht reparierbare Subscapularis -Ruptur sei immer noch im Pectoralis major -Transfer zu finden. Insbesondere wenn dieser, wie vorliegend, subkorakoidal durchgeführt werde, seien die Resultate in der Regel akzeptabel. Eine neuere Operationstechnik transferiere den Musculus

latissimus

dorsi . Das sei arthroskopisch möglich, aber Langzeitresultate lägen noch nicht vor. Das MRI vom 16. November 2018 (Urk. 8/76) bescheinige einen intakten Transfer sowie eine Partiaalläsion der artikulareseitigen

Supraspinatus sehne (PASTA-Läsion; Urk. 8/130/3).

Acht Monate postoperativ sei der Beschwerdeführer sicherlich noch nicht aus therapiert. Ein Muskeltransfer bedürfe einer langen physiotherapeutischen Begleitung, da der Teilmuskel seiner neuen Funktion gerecht werden müsse und dies müsse neu erlernt werden. Die Nachbehandlung dauere bis zu zwei Jahre. In Bezug auf die erlittenen Verletzungen habe der Beschwerdeführer aktuell eine recht gute Funktion seiner Schulter und die Schmerzen seien tolerierbar. Die Physiotherapie müsse indes weiter an der aktiven Innenrotation 1 und 2, der Propriozeption und der Kräftigung des Gelenkes arbeiten. Die PASTA-Läsion werde ausheilen. Der Beschwerdeführer selbst störe sich sehr am Popeye-Zeichen, das aber funktionell keine Bedeutung habe (Urk. 8/130/3).

Aktuell habe der Beschwerdeführer eine kraftvolle Innenrotation, wenn sie über den verbliebenen apikalen Anteil des Muskels vermittelt werde. Dies sei lageabhängig. Da der transferierte Muskelanteil seine Arbeit aktiv ausführen müsse, sei diese noch deutlich abgeschwächt. Glücklicherweise sei das Gelenk stabil, es komme auch bei Aussenrotations-Abduktionsbewegungen nicht zu einer Luxation. Der Beschwerdeführer werde nie mehr in der Lage sein, als Elektromonteur zu arbeiten. Auch sog. leichte Arbeiten seien nur erschwert durchführbar, denn selbst für das Schreiben von Hand benötige man die Innenrotation. Aktuell sei für leichte Arbeiten noch keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Nach einer Sitzung sei nicht abschätzbar, ob diese zumindest teilweise wiedererlangt werden könne (Urk. 8/130/3 f.). 4. 5

Dazu erklärte Dr. B.____ am 22. März 2019, Dr. C.____

zeige keine neuen medizinischen Aspekte auf. Die physiotherapeutische Behandlung sei geeignet, den Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten, eine Verschlechterung zu verzögern und im Idealfall den Beschwerdeführer vor einer Verschlechterung zu bewahren (Urk. 8/135/1). Zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit könnten Physiotherapien und MTT für bis zu einem Jahr nach der letzten Operation fortgesetzt werden und danach deren Fortsetzung reevaluiert werden. Der physiologische Heilungsprozess sei indessen abgeschlossen. Nach allfälligen weiteren 12 Monaten Physiotherapie ohne Aussicht auf eine erhebliche Steigerung der Belastbarkeit des Schultergelenks seien Therapien arbeitsfähigkeitserhaltende Massnahmen (Urk. 8/135/2). 4. 6

Am 7. Mai 2019 ergänzte

Dr. C.____, zehn Monate reichten nicht aus, um zum Endzustand zu kommen. In allen Studien von Relevanz sei die Nachkontrollzeit bei mindestens zwei Jahren angesetzt, da bis dann eine Änderung des Gesundheitszustandes eintreten könne. Gemäss der Online-Publikation von Dr. H.____ sei nach einem Jahr 70 % der möglichen Verbesserung erreicht. Auch das Rehabilitationsprotokoll der Lake Cook Orthopedics halte eine erwartete Rekonvaleszenz von mindestens einem Jahr fest. Bei Operationen an der Rotatorenmanschette seien aber bekanntlich Rehabilitationszeiten von zwei Jahren normal. Eine Verbesserung der Schmerzsituation, der Kraft und der Beweglichkeit dürfe also weiterhin erwartet werden. Dies habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 8/194/3). Insbesondere ältere Patienten mit hochkomplexen Schultereingriffen hätten bis zu zwei Jahre Rehabilitationszeit nötig. Der Kreisarzt verwechsle den zellbiologischen Heilprozess, der während mehr als 18 Monaten mikroskopisch nachweisbar sei, mit dem funktionellen Zustand, der erst nach der abgeschlossenen Gewebeheilung bestimmt werden könne und dann im Sinne eines Muskeltrainings aufgebaut werden müsse. Die Physiotherapie sei solange fortzusetzen, wie sie zu einer messbaren Verbesserung der Funktion führe (Urk. 8/194/4). Um die Arbeitsfähigkeit in einem anderen Beruf und das Wohlbefinden des Beschwerdeführers auf ein möglichst hohes Niveau zu bringen, seien weitere Therapie nötig. Bewegungsausmass und Kraft könnten gemessen und so aufgezeigt werden, dass er von der Physiotherapie mit Heimübungen profitiere (Urk. 8/194/5).

Die Behinderung betreffe die Innenrotation, also das Einwärtsdrehen der rechten Hand bzw. des rechten Armes. Diese Bewegung sei wichtig für jegliches Auf- und Abstützen, beim Hochziehen von Lasten oder auch der Hose und beim Schalten in die niedrigen Gänge beim Lenken eines Fahrzeuges. Für ein normales Fahrzeug mit automatischer Schaltung sei die Fahrfähigkeit wahrscheinlich gegeben. Weiter

betroffen sei die Gelenkstabilität bei allen Arbeiten über der Horizontalen. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer Schmerzen, wenn er das Gelenk überlaste. Angepasst sei eine Tätigkeit, die ohne das Anheben und Tragen von Lasten auskomme und keine schwere körperliche Arbeit mit sich bringe. Ferner sei zu bedenken, dass sich der Beschwerdeführer nicht abstützen könne, weshalb das Aufstehen vom Fussboden erschwert sei. In Frage kämen alle Büroarbeiten, Arbeiten im Verkauf ohne das Einräumen von Gestellen sowie Berater- oder Chauffeur Tätigkeiten in Abhängigkeit der Fahrfähigkeit (Urk. 8/194/3 f.). Der Beschwerdeführer habe eine relativ gute Prognose für alle Tätigkeiten innerhalb seines Gesichtsfeldes ohne starke Belastungen. Bezüglich der noch recht starken Schmerzen sei die Prognose schwierig. Er gehe davon aus, diese könnten noch deutlich bessern. In der Arbeit von I.____ sei die Mehrheit der Patienten nach zwei Jahren schmerzfrei. Ihm fehle

die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit samt Zumutbarkeitsprofil der Suva und ihm liege nur das MRI vom 16. November 2018 vor, doch er glaube, den Fall ausreichend beurteilen zu können (Urk. 8/194/5). 4. 7

Im Bericht vom 9. August 2019 hielt Dr. C.____ fest, der Beschwerdeführer sei ein Jahr postoperativ noch immer in der Rehabilitation. Als Störfaktor sei ein zweiter Unfall (hielt sich am 4. April 2019 im schnell bremsenden Bus mit der rechten Hand fest) hinzugekommen, wobei er klinisch keine Verletzung feststellen könne. Insgesamt habe der Beschwerdeführer eine relativ gute Funktion, insbesondere sei der Bear Hug Test recht kräftig. Die apikale Rotatorenmanschette könne durch geeignetes Training sicher noch deutlich besser werden, die Innenrotation werde aber immer der Schwachpunkt sein. Zwar sei hier noch eine leichte Verbesserung zu erwarten, bis zur Arbeitsfähigkeit als Elektromonteur werde es aber mit Sicherheit nicht reichen. Er habe dem Beschwerdeführer nochmals erklärt, dass die Operation in ihrem Resultat so gut sei, wie sie sein könne. Er denke, die Physiotherapie könne noch einiges zur Verbesserung beitragen, und empfehle, dass diese wahrgenommen werde. Da der Beschwerdeführer Schwimmer sei, wäre eine Wassertherapie sinnvoll (Urk. 8/194). 4. 8

Zur letzten Konsultation vom

7. Oktober 2019 berichtete Dr. C.____, der Beschwerdeführer enerviere sich vor allem über die fehlende lange

Bizepssehne, die beim Menschen keine Funktion erfülle. Er spreche immer mehr von Katastrophen und Fehlern des Operateurs. Die Funktion der Schulter könne kaum evaluiert werden, weil er alle Bewegungen in der Hälfte willentlich abbreche und die zuvor sichtbar und spürbar gute Innervation plötzlich stoppe. Er halte nichts von Physiotherapie und gehe nicht auf die ärztlichen Vorschläge ein. Er benötige dringend psychiatrische Unterstützung, eine antidepressive Medikation und eine enge Begleitung. Als Elektromonteur werde er zwar nicht mehr arbeitsfähig werden, doch habe er genügend Ressourcen, um sein Gelenk weiterhin deutlich zu verbessern, wenn er diese wahrnehmen wollte. Seine Fixierung auf die Bizepssehne stehe ihm dabei aber deutlich im Weg (Urk. 8/191). 4. 9

Die Ärzte der Universitätsklinik J.____

konstatierten am 1. November 2019, das gleichentags durchgeführte MRI (Urk. 8/193) zeige einen Status nach Pectoralis

major-Transfer mit intakter Rekonstruktion. In Zusammenschau der Voroperationen und dem aktuellen klinischen und MRI-tomographischen Resultat bestehe wie erwartet eine eingeschränkte Funktion der Schulter rechts. Da es sich nicht um eine rekonstruktive Chirurgie handle, dürfe nicht davon ausgegangen werden, dass ein Zustand wie vor dem Unfall erreicht werde. Aus chirurgischer-orthopädischer Sicht bestehe keine Möglichkeit, das Resultat mit einer erneuten Operation zu verbessern. Man empfehle eine spezifische Schulterphysiotherapie zur Verbesserung des Scapula-thoracalen Rhythmus (Urk. 8/190/2). 4.10

Am 6. Februar 2020 untersuchte Dr. B.____ den Beschwerdeführer erneut. Letzterer gab an, teils mit einem 4 kg-Gewicht und teils mit verschiedenen Therabändern Übungen zu machen, wonach er eine Beschwerdezunahme verspüre. An der Universitätsklinik J.____ habe man eine spezielle Therapie empfohlen, seither habe er nichts mehr gehört. Seit Sommer 2019 nehme er zudem CipraleX, wie vom Psychiater vorgeschlagen, damit er mit

seiner Situation besser zurecht komme. Er habe Novalgin -Tropfen, Dafalgan 500, Novalgin 500, Mephadolor 500, Olfen 50 und Tramadol 50 mg als Bedarfs- und Reservemedikation. Eine Dauermedikation führe

er nicht durch. Aktuell werde keine spezifische Physiotherapie durchgeführt (Urk. 8/204/8).

Dr. B.____

schlussfolgerte, die aktuelle Untersuchung habe einen identischen Befund gegenüber dem Vorjahr ergeben und der Beschwerdeführer klagt über dieselben Beschwerden. Zwischenzeitlich habe er weitere physiotherapeutische Behandlungen verordnet bekommen; eine objektivierbare Verbesserung der Befunde könne hierdurch nicht festgestellt werden. Auch durch weitere 353 Tage Anpassung und Gewöhnung habe keine Verbesserung der Armfunktion objektiviert werden können. Auf der Symptomebene klagt er über eine verminderte Kraft im rechten Arm, wobei auf der Befundebene keine Asymmetrie der Muskulatur, die für das Führen und Halten des rechten Armes aus dem Schultergelenk verantwortlich sei, festgestellt werden könne (Urk. 8/204/10). Die im Verlauf von verschiedenen Ärzten im März, August und November 2019 erhobenen Befunde würden eine kontinuierlich gleichbleibende geringe bis mittelgradige Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenks ergeben. Die geklagten Beschwerden würden den lässional üblichen Beschwerden durch die Gewebeschädigung entsprechen. Die im November 2019 durchgeführte Bildgebung zeige eine regelrecht inserierte Sehnenrekonstruktion. Der Verdacht auf Ablösung des Oberendes sei funktionell nicht massgeblich, da mehr als 90 % der Sehnenrekonstruktion reinsertiert seien (Urk. 8/204/11).

Die Kraftentfaltung von 30 Kilopod Handkraft rechts entspreche einer Gewichtsbelastung von 30 kg, womit der Beschwerdeführer in der Lage sei, Gewichte von 30 kg zu halten und zu tragen. Tätigkeiten bis zur Schulterhöhe könnten bei an den Körper angelegtem Oberarm bis zu dieser Gewichtsbelastung ohne zusätzliche Belastung für die operierten Strukturen ausgeführt werden.

Der Musculus

scapularis und dessen dazugehörige Sehne seien für das Führen und Zentrieren des Oberarmkopfes in der Gelenkspfanne bei der Einwärtsdrehung des Armes verantwortlich. Diese fehlende Funktion sei durch den Ersatz dieses Muskels durch einen Teil des Musculus

pectoralis chirurgisch behandelt worden. Eine Restitutio ad integrum sei nicht möglich, was beim Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt worden sei. Für das kraftvolle Führen des Oberarmes nach innen gegen Widerstand, sei es gegen die Gravitation mit der alleinigen Belastung durch das Armgewicht oder durch Zusatzbelastung durch Gewichte, sei die übrige Schultergürtelmuskulatur zuständig: der Musculus

deltoideus, der Musculus

pectoralis

major et minor und der Musculus

latissimus

dorsi . Diese seien (mit Ausnahme von Teilen des Musculus pectoralis

major) nicht chirurgisch manipuliert, geschwächt oder verletzt worden. Dem Beschwerdeführer sei somit ohne Gefahr für die Gesundheit zumutbar, eine bis mittelschwere Tätigkeit bis Schulterhöhe vollzeitig auszuführen (Urk. 8/204/11) bzw. bei Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils könne eine Befundverschlechterung für die verbleibende Erwerbsdauer von sieben Jahren

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (Urk. 8/204/12). 4.11

Hierauf suchte der Beschwerdeführer einen weiteren Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates auf. Dr. med. A.____ be richtete am 16. September 2020 über einen schmerzhaften Belly Press-Test rechts

3/5, einen schmerzhaften Bear Hug-Test 0/5 und einen nicht möglich en Lift off-Test. In der orthopädischen Untersuchung zeige sich ein Funktionsausfall der Subscapularissehne mit entsprechend positiven Tests , die deutlich schmerzhaft seien. Im MRI aus dem Jahr 2018 zeige sich eine vollständige Ruptur der Subscapularissehne mit Atrophie des Muskelbauches. Die Subscapularissehne sei als stärkster Innenrotator der wichtigste Teil der Rotatorenmanschette . Da diese Sehne auch ein sehr wichtiger ventraler Stabilisator sei, komme es bei Elevation zu einem schmerzhaften ventrokranialen

Impingement des Coracoids und des ventralen Akromions . Da der Beschwerdeführer einen kompletten Ausfall der Subscapularissehne habe, sei die Gebrauchsminderung der rechten Schulter entsprechend . Der Beschwerdeführer sei im Alltag eingeschränkt. Er könne das Ellbogengelenk in Flexion maximal 5 kg belasten. Bis Schulterhöhe seien maximal 2 kg Belastung möglich sowie seitlich maximal 2 bis 3 kg. Er empfehle ein kontinuierliches Rotatorenmanschettentraining sowie ein Training des Deltoideus mindestens dreimal in der Woche für eine halbe Stunde. Die Möglichkeit eines Latissimus

dorsi -Transfers sei gegeben. Dadurch könne die Innenrotation teilweise wiederhergestellt werden. Es könne jedoch nicht garantiert werden, dass die volle Kraft wieder erreicht werde (Urk. 8/217/2). 4.12

Zuletzt

holte die Suva eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung ihres internen Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin ein. Dr. med. Z.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , stellte am

1. Dezember 2020 fest, der Beschwerdeführer habe durch den traumatischen Verlust der Subscapularissehne eine Einschränkung der Innenrotation des Schultergelenkes sowie eine vordere Schulterinstabilität gehabt. Die Instabilität sei durch einen Musculus

pectoralis -Teiltransfer versorgt worden. Auch habe damit die Innenrotation verbessert werden können. Verblieben sei insbesondere ein Kraftdefizit des rechten Schultergelenkes, das eine angepasste berufliche Tätigkeit erfordere (Urk. 8/219/2).

Gestützt auf die in der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. Februar 2020 erhobenen Befunde sei die Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes bei Flexion und Elevation gegenüber links um 28 % vermindert. Nachgewiesen sei zudem eine etwa hälftige

Grobkrafteinbusse bei der Messung mit dem Jamar Dynamometer. Auffällig sei, dass die Umfangmasse der oberen Extremitäten seitengleich seien, was dafür

spreche, dass rechts kein namhafter Verlust von Muskelmasse mehr bestanden habe. Bereits in der vorangehenden kreisärztlichen Untersuchung seien die Umfangmasse seitengleich und die Werte entsprechend gewesen. Aus den beiden Beurteilungen gehe bei sich entsprechenden Werten auch keine namhafte Verbesserung der Schulterfunktion hervor. Die weitere Therapie über ca. ein Jahr habe keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben. Schlussfolgerung daraus sei, dass der Endzustand bereits am 31. Juli 2019 vorgelegen habe (Urk. 8/219/2 f.).

In Anbetracht der durchgeführten Operationen sei die zumutbare Gewichtsbelastung beim Heben und Tragen gegenüber dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. B.____

zu reduzieren. Er gehe von einer Gewichtsbelastung am hängenden Arm bis 10 kg aus, körpernah könnten bis zu 5 kg gehoben und getragen werden, körperfern sei eine maximale Gewichtsbelastung von 2,5 kg nur bis Schulterhöhe möglich. Unter diesen Bedingungen sei ein ganztägiger Einsatz ohne zusätzliche Pausen möglich (Urk. 8/219/3). 5. 5.1

Zum Fallabschluss ist somit festzuhalten, dass nach einhelliger Auffassung der Ärzte jederzeit feststand, dass mit einem

Pectoralis

major -Transfer eine Wiederherstellung des Zustandes wie vor der Ruptur der Scapularissehne nicht möglich sein würde (vgl. E. 4.3 oder E. 4.9).

Dr. E.____

äußerte

im Vorfeld der Operation sogar Bedenken, dass der Beschwerdeführer danach keine wesentliche Verbesserung empfinden würde (vgl. E. 4.1) und Dr. F.____ erachtete es als fraglich, ob sich der aufwändige Eingriff überhaupt rechtfertige, da der Beschwerdeführer vorsichtig geschätzt eine Steigerung der Schulterfunktion von aktuell knapp 60 % auf 70 bis 80 % erwarten könne (vgl. E. 4.2). Die hier interessierende Frage,

ob mehr als ein Jahr postoperativ, d.h. über den 31. Juli 2019 hinaus noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war, ist vor diesem Hintergrund zu beantworten. 5.2

Dr. A.____

führte im September 2020 sodann in Kenntnis der Voroperationen aus, dass die Möglichkeit eines Latissimus

dorsi -Transfers gegeben

sei, wodurch die Innenrotation teilweise wiederhergestellt werden könne. Allerdings räumte er ein, dass nicht garantiert sei, dass die volle Kraft wieder erreicht werde. Seine Einschätzung beruhte dabei auf den klinischen Befunden und der subjektiven Beschwerdeklaage, zumal er keine postoperativ erstellten Bilddokumente erwähnte (vgl. E. 4.11). Die

klinische Untersuchbarkeit des Beschwerdeführers war zuletzt allerdings

deutlich erschwert, wie im Bericht von Dr. C.____

im Oktober 2019 ausführlich beschrieben und durch die von Dr. A.____ erhobenen Werte für den Bear Hug und Lift off-Test bestätigt. Diese Tests waren in den früheren Untersuchungen deutlich besser ausgefallen (vgl. E. 4.2 und 4.7).

Der

Latissimus

dorsi -Transfer stellt gemäss Dr. C.____

eine grundsätzlich

alternativ und nicht kumulativ in Betracht zu ziehende Operationstechnik zum Pectoralis

major -Transfer dar, zu der

aber noch keine Langzeitresultate vorliegen

(vgl. E.

4.4). Gleichzeitig kann das Ergebnis der am 17. Juli 2018 durchgeführten Operation als gut bezeichnet werden, zumal der Pectoralis

major -Transfer im Rahmen der bildgebenden Untersuchungen jeweils als intakt beschrieben wurde (vgl. E. 4.4 und E. 4.9) und Dr. C.____ explizit einräumte, dass das Resultat der Operation so gut sei, wie es sein könne (vgl. E. 4.7). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der von Dr. A.____

vorgeschlagene Eingriff bei dieser Ausgangslage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine relevante gesundheitliche Besserung erwarten liesse. Die Ärzte des Universitätsspitals J.____ hatten denn auch schon im November 2019 erklärt, es gebe keine Möglichkeit, das Resultat mit einer erneuten Operation zu verbessern (vgl. E. 4.9). Eine dritte Operation wurde soweit aktenkundig bis heute schliesslich

nie ernsthaft diskutiert oder gar durchgeführt. 5.3

Des Weiteren skizzierte

Dr. F.____ einen relativ kurzen Zeitraum für die Rekonvaleszenz, konkret eine Operation im Sommer mit Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag bereits im Herbst. Die nervlich bedingten Funktionsstörungen sollten sich innerhalb wenigen Monaten legen. Viel von dem, was Dr. F.____ überhaupt

als möglich erachtete, hatte der Beschwerdeführer seiner Ansicht nach

bereits im September 2018 herausgeholt gehabt (vgl. E. 4.2). Ein Abschlussbericht fehlt, da es zum Zerwürfnis mit dem Beschwerdeführer kam (vgl. auch Urk. 8/75).

Dr. C.____ wies zunächst darauf hin, dass der Teilmuskel seiner neuen Funktion gerecht werden müsse und die Nachbehandlung bis zu zwei Jahre dauere. Die Physiotherapie sollte dabei die aktive Innenrotation und die Propriozeption verbessern sowie das Gelenk kräftigen. Allerdings bezeichnete er die Schulterfunktion rechts bereits im März 2019 als recht gut, das Gelenk als stabil und die Schmerzen als tolerierbar (vgl. E. 4.4). Seinen Ergänzungen vom Mai 2019 und August 2019 ist nichts zu entnehmen, was mit Bezug auf den konkreten Fall des Beschwerdeführers auf eine überwiegend wahrscheinlich noch

eintretende Verbesserung der Schmerzsituation, Kraft und Beweglichkeit von bedeutendem Ausmass schliessen lassen würde. Einen messbaren Erfolg der Physiotherapie mit Heimübungen, wie er ihn in Aussicht stellte, vermochte er im Behandlungszeitraum nicht aufzuzeigen. Viel mehr waren die Befunde schon ab 19. Februar 2019 im Wesentlichen unverändert (vgl. E. 4.10), mit einer gegenüber der linken Schulter letztlich weniger als einen Drittel eingeschränkten Flexion/Elevation sowie einer hälftigen Grobkrafteinbusse (vgl. E. 4.12). Die allgemeinen Hinweise auf die Nachkontrollzeit von Studien und die Rehabilitationszeit von Operationen an der Rotatorenmanschette

vermögen nicht darüber hinwegzutäuschen, dass das Ergebnis bei einem Pectoralis

major-Transfers von vornherein limitiert und das Potential gemäss Dr. F.____ grösstenteils schon im Herbst 2018 ausgeschöpft war. Dabei

räumte Dr. C.____ selbst ein, dass nach der Publikation von Dr. H.____

nach einem Jahr 70 % der möglichen Verbesserung erreicht sei und nach dem Rehabilitationsprotokoll der Lake Cook Orthopedics

die Rekonvaleszenz mindestens ein Jahr betrage. Soweit er über dieses Jahr hinaus weitere Therapien als notwendig beurteilte, um die Arbeitsfähigkeit in einem anderen Beruf und gleichermaßen das Wohlbefinden des Beschwerdeführers auf ein « möglichst hohes Niveau » zu bringen, ohne

dabei den konkret zu erwartenden Zugewinn im Beruf, aber auch im Alltag zu quantifizieren, kann ihm nicht gefolgt werden (vgl. E. 4.6 und 4.7).

Der Umstand allein, dass eine gewisse Besserung über den 31. Juli 2019 hinaus möglich blieb, für die es aber

beim Beschwerdeführer

mangels Trainingsfortschritten keine konkreten Anzeichen gab, und die das Belastungsprofil kaum massgeblich beeinflussen würde, stand dem Fallabschluss nicht entgegen.

Im Übrigen machte

Dr. F.____ den

weiteren Verlauf

bereits im September 2018 davon abhängig, wie gut der Beschwerdeführer mit dem veränderten Muskel neurologisch würde umgehen können (vgl. E. 4.2). Dr. C.____

hielt dazu rund ein Jahr später fest, dass der Beschwerdeführer nichts von Physiotherapie halte und nicht auf seine Vorschläge eingehen. Er hätte genügend Ressourcen, um das Gelenk deutlich zu verbessern, wenn er diese wahrnehmen wollte. Seine Fixierung auf die Bizepssehne stehe ihm aber deutlich im Weg (vgl. E. 4.7).

Unter diesem Aspekt war eine namhafte Besserung von Beweglichkeit und Belastbarkeit der Schulter damals prospektiv ebenfalls wenig wahrscheinlich. 5.4

Zusammenfassend ist deshalb anzunehmen, dass nach bildgebend erfolgreichem Pectoralis

major -Transfer und einem Jahr Therapie der Zustand in Bezug auf Stabilität, Innenrotation und Kraft der rechten Schulter gegeben war, wie er unter den konkreten Voraussetzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden konnte. Es kann somit dem Kreisarzt Dr. B.____ beigepflichtet werden, der die Fortsetzung der Physiotherapie – wie alle Ärzte – befürwortete, allerdings nur zwecks Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit bzw. um gegebenenfalls eine gesundheitliche Verschlechterung zu verhindern (vgl. E. 4.5). So sprach sich letztlich auch Dr. A.____ für ein «kontinuierliches» Training aus, wobei er im Zusammenhang mit den nicht-invasiven Massnahmen k eine massgebliche gesundheitliche Besserung oder gar Steigerung der Arbeitsfähigkeit in Aussicht stellte (vgl. E. 4.11) . Gleiches gilt übrigens für die Ärzte der Universitätsklinik J.____ , die schon knapp ein Jahr zuvor eine spezifische Schultertherapie zur Verbesserung des Scapula -thorakalen Rhythmus empfohlen hatten (vgl. E. 4.9) .

Damit erweist sich der Fallabschluss

per 31. Juli 2019 aus prospektiver Sicht als rechtens. Retrospektiv betrachtet lässt sich dieser mit Dr. Z.____ (vgl. E. 4.12) ebenfalls nicht

beanstanden, zumal der Beschwerdeführer zwar weiterhin auf eine gesundheitliche Besserung hofft, aber selbst nicht geltend machte, eine solche sei inzwischen eingetreten (vgl. Urk. 1 S. 6 f. ; Urk.

E. 6

) . In teilweiser Gutheissung seiner

Einsprache (Urk. 8/181 ; Ergänzungen Urk. 8/ 194) sprach die Suva dem Versicherten, nachdem er am 6. Februar 2020 erneut ärztlich untersucht (Urk. 8/204) und ihm das rechtliche Gehör gewährt worden war (Urk. 8/216) sowie zusätzlich eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung des internen Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin vorlag (Urk. 8/219), mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2021 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 21 % ab 1. August 2019 sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 %

zu (Urk. 2). 2.

Gegen diese n Entscheidung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Glavas , mit Eingabe vom 5. Februar 2021 Beschwerde (Urk. 1 ; Beilage Urk. 3). Darin beantragte er, der angefochtene Entscheidung sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die vorübergehenden Leistungen (Taggelder, Heilkosten) auszurichten; eventualiter sei ihm eine Invalidenrente von mindestens 30 % auszurichten; subeventualiter sei die Sache an die Suva zurückzuweisen, damit diese nach Einholung eines neutralen Gutachtens neu verfüge; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Suva (Urk. 1 S. 2). Die Suva schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). In der Folge ordnete das Gericht mit Verfügung vom 24. März 2021 einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk. 9). In der innert erstreckter Frist (Urk.

E. 6.1

Nach Auffassung von Dr. Z.____ sind dem Beschwerdeführer im Wesentlichen noch körperlich sehr leichte Tätigkeiten bis Schulterhöhe vollzeitig zumutbar. Unzumutbar sind Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten mit rüttelnden, schlagenden und stossenden Geräten, die mit dem rechten Arm bedient werden müssen. Am hängenden

Arm sei sogar eine Gewichtsbelastung bis 10 kg möglich, körpernah könnten bis zu 5 kg gehoben und getragen werden, körper fern sei eine maximale Gewichtsbelastung von 2,5 kg und nur bis Schulterhöhe möglich (vgl. E. 4.12 in Verbindung mit E. 4.3). Dr. A.____ schätzte, der Beschwerdeführer könne das Ellbogengelenk in Flexion mit maximal 5 kg belasten, bis Schulterhöhe seien maximal 2 kg möglich sowie seitlich maximal 2 bis 3 kg (vgl. E. 4.11). Ein erhöhter Pausenbedarf oder ein Teilzeitpensum wurde weder von Dr. Z.____ noch Dr. B.____ noch Dr. A.____ erwähnt.

E. 6.2

Die Suva stellte also zugunsten des Beschwerdeführers auf die vorsichtige Schätzung von Dr. Z.____ a b , der allein aufgrund der durchgeführten Operationen eine gegenüber der Beurteilung von Dr. B.____ reduzierte Gewichtsbelastung postulierte und damit Dr. A.____ folgte.

Dr. B.____ hatte demgegenüber auf die von ihm erhobenen Befunde, insbesondere die Handkraft von 30 Kilopod

hin gewiesen und in Anbetracht der verbleibenden , relativ kurzen Erwerbsdauer eine auch leichte bis mittelschwere Tätigkeit als zumutbar bezeichnet (vgl. E. 4.10) . Das Vorgehen der Suva lag letztlich in ihrem Ermessen. So besteht

zwischen ärztlicher Diagnose und attestierter Arbeitsunfähigkeit auch bei somatisch dominierten Leiden keine Korrelation, womit

die medizinische Folgenabschätzung unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1). Gleichzeitig können die erwerblichen Auswirkungen der verschiedenen Belastungsprofile vorliegend nicht als signifikant bezeichnet werden .

E. 6.3

Wenn die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität - wie hier - nicht auf einen angestammten Beruf zurückgreifen kann, rechtfertigt sich die Anwendung von Kompetenzniveau 2 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) nach der bundesgerichtlichen Praxis nur dann, wenn sie über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse verfügt (Urteil des Bundesgerichts 8C_732/2018, 8C_742/2018 vom 26. März 2019 E. 8.2.1 mit weiteren Hinweisen). Solche bejahte das Bundesgericht etwa im Fall eines gelernten Zimmermanns, der mit seinem Betrieb ein deutlich höheres Einkommen erzielt hatte, als er als Angestellter hätte verdienen können. Dabei hatte er auch administrative Arbeiten erledigt und gegenüber vier Angestellten und zwei Lehrlingen Führungs- bzw. Ausbildungsaufgaben wahrgenommen. Zudem konnte er weiterhin eine handwerkliche Arbeit ausüben (vgl. soeben erwähntes Bundesgerichtsurteil 8C_732/2018, 8C_742/2018 E. 8.2.2). Gleiches gilt für einen ausgebildeten Dekorationsangestellten, der seine in einer Verkaufstätigkeit erworbenen praktischen Fähigkeiten, die ihm aufgrund der Stehbelastung nicht mehr zumutbar war, in einer wechselbelastenden Bürotätigkeit etwa im Bereich des Telemarketings verwerten konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_534/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 5.3).

Lediglich das Kompetenzniveau 1 als anwendbar erachtete das Bundesgericht bei einem Versicherten, der keine Berufsausbildung besass, in der Schweiz ausschliesslich grobmanuelle Tätigkeiten ausgeübt hatte und aufgrund des Belastungsprofils (insbesondere Gewichtslimit von 1 kg, keine vibrierenden Maschinen) keine eigentliche Handwerkstätigkeit mehr ausüben konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_832/2019,

8C_3/2020 vom 5. Mai 2020 E. 7.3). Gleiches gilt für einen gelernten, während 30 Jahre selbständig erwerbend gewesenen Platten leger, der selbst keine administrativen Arbeiten verrichtet hatte und bei dem handwerkliche Arbeiten aufgrund des Belastungsprofils (insbesondere nur gelegentliches und beidhändiges Anheben von Gegenständen bis 10 kg, repetitives Anheben von Gegenständen bis 5 kg unter Gebrauch beider Hände, keine speziellen Arbeiten mit manueller Beanspruchung der dominanten rechten Hand wie Rotation, Hantieren mit Werkzeug über 2 kg, Hämmern, Schlagen, Vibrieren) nicht mehr in Betracht fielen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.1 und 4.2.2).

E. 6.4

Der Beschwerdeführer verfügt über eine abgeschlossene Lehre als Elektromonteur, die er jedoch in Bosnien absolvierte. In der Schweiz arbeitete er zunächst als Handlanger auf dem Bau und in den letzten 20 Jahren als Elektromonteur bei derselben Firma. Er verfügt somit weder über administrative Kenntnisse noch Führungserfahrung und seine Spezialkenntnisse werden ihm aufgrund der zur Diskussion stehenden Zumutbarkeitsprofile (keine Arbeiten über Schulterhöhe, sehr eingeschränkte Benutzung von Geräten etc.) kaum von Nutzen sein. Es ist deshalb unstrittig auf das Kompetenzniveau 1 abzustellen, wobei er nur noch bedingt handwerklich arbeiten können.

Beim Abstellen auf den Zentralwert der LSE 2018 für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) für Männer (Total; Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor Schweiz 2018) von Fr. 5'417.--, resultiert unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahre 2019 von insgesamt 41.7 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen; www.bfs.admin.ch) und einer durchschnittlichen Nominallohnentwicklung im Jahre 2019 von 0.9 % (Nominallohnindex, 2016-2020; www.bfs.admin.ch) sowie eines zumutbaren Beschäftigungsgrades von 100 % ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 68'377.-- (Fr. 5'417.-- x 1.009 x 12 Monate ÷ 40 Stunden x 41.7 Stunden). 6.5

Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_560/2018, 8C_618/2018 vom 17. Mai 2019 E. 5.3.1 mit Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Es entspricht alsdann der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, dass faktische Einhändigkeit oder Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand einen Abzug von 20-25 % zu rechtfertigen vermag. Jedoch hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_495/2019 vom 11. Dezember 2019 einen Abzug bei einer versicherten Person mit Einschränkungen der dominanten Hand auch verneint (E. 3.2 und E. 4.2.2). Gleich entschied es mit Urteil 8C_174/2019 vom 9. Juli 2019 bezüglich einer versicherten Person mit Einschränkungen des dominanten Arms (E. 5.1.2 und E. 5.2.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.1 mit Hinweisen). Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist letztlich stets 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 2.2). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten aus zugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteil

8C_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

E. 6.6

Vorliegend ist die dominante obere Extremität des Beschwerdeführers betroffen, ihm sind aber zumindest sehr leichte Tätigkeiten

sitzend, stehend oder wechselbelastend mit wenigen Einschränkungen betreffend Arbeiten über Schulterhöhe, mit rüttelnden, schlagenden oder stossenden Geräten sowie mit Festhalten auf Leitern und Gerüsten weiterhin vollzeitig möglich. Insbesondere bestehen neben der limitierten Belastbarkeit und verringerten Innenrotation keine Einschränkungen der Motorik der rechten Hand. Damit steht ihm noch immer ein relativ breites Spektrum an Verweistätigkeiten im Kompetenzniveau 1 offen. Dr. C. ___ nannte etwa Büroarbeiten, Arbeiten im Verkauf ohne das Einräumen von Geschäften sowie Berater- und Chauffeur Tätigkeiten, wobei er die Fahrfähigkeit zumindest für ein normales Fahrzeug mit automatischer Gangschaltung als wahrscheinlich gegeben erachtete (vgl. E. 4.6). Zu denken ist ferner an die in solchen Fällen üblicherweise genannten Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten, leichte Montagearbeiten auf Tischhöhe in körpernaher Position oder eine Tätigkeit als Parkplatzwächter. Der von der Suva gewährte Abzug von 10 % erweist sich somit als eher wohlwollend ungeachtet dessen, ob auf das mit Vorsicht definierte Zumutbarkeitsprofil von Dr. Z. ___ oder Dr. A. ___ abgestellt wird (vgl. auch oberwähntes Bundesgerichtsurteil 8C_495/2019 E. 4), sofern letzteres überhaupt auf einer zureichenden Beurteilungsgrundlage beruht (vgl. E. 5.2).

Mit Blick auf das von

Dr. B. ___ formulierte Zumutbarkeitsprofil ist anzufügen, dass das Spektrum der möglichen Verweistätigkeiten

bei einem höheren Gewicht limit sicherlich erweitert

wäre, was mit Blick auf die dennoch verbleibenden Einschränkungen mit der Suva einen um 5 % tieferen Abzug rechtfertigen würde.

Die vom Beschwerdeführer angeführten Umstände (vgl. E. 2.2) finden im Kompetenzniveau 1 keine Berücksichtigung. Dies gilt vorab für das Alter, zumal Hilfsarbeiten auf dem ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen; ferner auch Art. 28 Abs. 4 UVV). Mit Blick auf das einschlägige Kompetenzniveau 1 ebenso von untergeordneter Bedeutung ist, dass der Beschwerdeführer im Rahmen einer zumutbaren Verweistätigkeit keine Dienstjahre aufweisen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2017 vom 18. Mai 2018 E. 4.5.2 zum früheren Anforderungsniveau 4). Wenn von einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 ausgegangen wird, rechtfertigen zudem die fehlende berufliche Ausbildung oder auch ungenügende Sprachkenntnisse keinen Tabellenlohnabzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.4 mit Hinweis). Da sich der Beschwerdeführer bis anhin nicht veranlasst sah, eine neue berufliche Tätigkeit aufzunehmen und die Invalidität lediglich durch somatische Leiden begründet ist, bestehen darüber hinaus keine konkreten Hinweise auf eine massgeblich eingeschränkte Flexibilität bei der Ausübung einer Hilfstätigkeit.

E. 6.7

Die Suva stellte

dem belegten Valideneinkommen von Fr. 77'830.-- (= 13 x Fr. 5'910.-- zzgl. Bonus von Fr. 1'000.--; Urk. 8/146/5 und 8/167) für das Jahr 2019 gestützt auf Dr. Z.____s Zumutbarkeitsprofil ein Invalideneinkommen von Fr. 61'538.90 (= 0.9 x Fr. 68'376.55) gegenüber, woraus ein Invaliditätsgrad von 21 % resultierte. Ein leidensbedingter Abzug von mehr als 10 % würde sich auch unter Berücksichtigung der von Dr. A.____ definierten Gewichtslimiten nicht rechtfertigen. Würde auf das Zumutbarkeitsprofil von Dr. B.____ abgestellt, ergäbe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 64'957.70 (= 0.95 x Fr. 68'376.55) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 17 % . Die geringfügigen erwerblichen Auswirkungen erscheinen in Anbetracht des Ermessensspielraums einerseits bei der medizinischen Folgenabschätzung und andererseits bei der Festsetzung des leidensbedingten Abzugs als vernachlässigbar, weshalb auf weitere medizinische Abklärungen im Hinblick auf eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit zu verzichten ist . Damit hat es bei der im angefochtenen Einspracheentscheid wohlwollend festgelegten Rente von 21 %

sein Bewenden. 7.

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Suva den Fall per 31. Juli 2019 abschloss und dem Beschwerdeführer gestützt auf das Zumutbarkeitsprofil von Dr. Z.____ eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 21 %

ab 1. August 2019 zusprach . Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Fallabschluss mit Prüfung der Rentenfrage hängen gemäss Bundesgericht übrigens derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (vgl. BGE 144 V 354), was entsprechend auch für die Integritätsentschädigung gelten muss. Da der Fallabschluss zu bestätigen ist, die Integritätsentschädigung von den Parteien nicht thematisiert wurde und keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen vorliegen, erübrigen sich indessen weitere Ausführungen zur Integritätsentschädigung. Die Beschwerde ist folglich

abzuweisen. 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 Bonetti

E. 10

und 12) eingereichten Replik vom 5. Juli 2021 hielt der Versicherte an seinen Anträgen fest (Urk. 13). Die Suva verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 16). Darüber wurde der Versicherte mit Verfügung vom 14. September 2021 in Kenntnis gesetzt (Urk. 17).
Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

S. 2) . 6.

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