

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00194 vom 5. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00194 du 5 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00194 del 5 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

Am 27. November 2013 stürzte der 1953 geborene und für die Folgen von Unfällen bei der Suva versicherte X.____

bei der Arbeit als Maler von einer Leiter (Unfallmeldung vom 2. Dezember 2013, Urk. 7/1), wobei er sich eine Spiralfaktur des Humerus links sowie eine Kontusion der rechten Schulter zuzog. Die Fraktur wurde gleichentags geschlossen reponiert und mittels Marknagel versorgt (Austrittsbericht des Spitals Y.____ vom 2. Dezember 2013, Urk. 7/15-16). In der Folge zeigte sich eine verzögerte Frakturheilung mit persistierenden Schmerzen und wurde eine Rotatorenmanschettenruptur rechts diagnostiziert (vgl. etwa Urk. 7/35, 43, 64, 90). Von der geplanten Revisionsoperation an der linken Schulter wurde abgesehen, nachdem sich im Verlaufs-CT eine zunehmende Konsolidierung der Humerusfraktur visualisiert hatte (Bericht der Uniklinik Z.____ vom 15. August 2014, Urk. 7/64). Die vollständige Arbeitsunfähigkeit des

Versicherten persistierte indessen (Urk. 7/97, 119, 237). Am 5. Januar 2017 wurde eine Schulterarthroskopie rechts mit subakromialer Dekompression, antero-lateraler und lateraler Akromioplastik, Resektion des Akromioklavikalgelenks, Bizepsstenodese und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion durchgeführt (Urk. 7/210). Sodann erfolgten am 19. Februar 2018 die Entfernung des Osteosynthesematerials aus dem linken Humerus sowie eine offene Rotatorenmanschettenrekonstruktion links (Urk. 7/270). Per 31. August 2018 wurde X.____ altershalber pensioniert (Urk. 7/284), ohne dass er die Arbeit nach dem Unfallereignis vom November 2013 wieder aufgenommen hätte. Die Invalidenversicherung, bei welcher sich der Versicherte im Oktober 2014 zum Bezug von Leistungen angemeldet hatte (Urk. 7/75), sprach ihm mit Verfügung vom 15. Oktober 2018 eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. April 2015 zu (Urk. 7/316). Nach unzähligen, erfolglosen therapeutischen Bemühungen (vgl. etwa Urk. 7/367,

7/376, 7/389: stationäre Schmerzbehandlung) wurde X.____ schliesslich am 19. Januar 2021 kreisärztlich untersucht (Urk. 7/466). Mit Schreiben vom 21. Januar 2021 zeigte die Suva dem Versicherten an, die Heilbehandlungskosten sowie die Taggelder per 28. Februar 2021 einzustellen (Urk. 7/470). Mit Verfügung vom 4. Februar 2021 verneinte sie einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Unfallversicherung, sprach ihm indessen bei einer Integritätseinbusse von 30% eine Integritätsentschädigung in Höhe von Fr. 37'800.-- zu (Urk. 7/478). Die dagegen erhobene Einsprache vom 5. März 2021 (Urk. 7/486 und Einspracheergänzung vom 25. Mai 2021, Urk. 7/493) wies die Suva mit Entscheidung vom 31. August 2021 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten 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, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie der vorliegende –

vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Es kommen deshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall zur Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

E. 1.2

Im angefochtenen Entscheid sind die Bestimmungen und Grundsätze über den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Allgemeinen (Art.

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 4. Oktober 2021 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei ihm eine UVG-Invalidenrente gestützt auf einen IV-Grad von 100 % sowie eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten. Eventualiter sei die Sache zwecks zusätzlicher medizinischer Abklärungen und Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. November 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was X.____ mit Verfügung vom 8. November 2021

angezeigt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid aus, mangels mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellten Kausalzusammenhangs der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Nackenbereich sowie mangels adäquaten Kausalzusammenhangs der angegebenen psychischen Problematik mit dem Unfallereignis seien bei der Beurteilung der ihm zustehenden Leistungen einzig die strukturellen Unfallfolgen im Bereich beider Schultern zu berücksichtigen. Nachdem gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. A.____ eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestehe, ergebe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Hinsichtlich Integritätsentschädigung seien keine Hinweise dafür aktenkundig, wonach sich ein Abweichen von der ärztlichen Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. A.____ aufdrängen würde (Urk. 2).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer insbesondere entgegen, die Beurteilung durch Dr. A.____ stehe dem Entscheid der Invalidenversicherung, wonach er in sämtlichen Tätigkeiten arbeitsunfähig sei, diametral entgegen, weshalb dessen Einschätzung letztlich bloss eine Behauptung darstelle und im Übrigen im Widerspruch zur Beurteilung des orthopädischen Behandlers, Dr. B.____, stehe. Dieser mute dem Beschwerdeführer keine manuellen Tätigkeiten, auch keine leichten, mehr zu. Nachdem er daneben an anderweitigen somatischen und auch an psychischen Beschwerden leide, erweise sich die Einholung eines Gutachtens als unabdingbar, sollte nicht auf die Feststellungen der Invalidenversicherung oder des Behandlers abgestellt werden. Was sodann die psychischen Beschwerden betreffe, so sei die Adäquanztprüfung der Beschwerdegegnerin fehlerhaft, seien die von ihr anerkannten Kriterien nach über siebenjähriger Leidenszeit doch in ausgeprägter Weise erfüllt. Selbst wenn auf die Beurteilung des Kreisarztes abgestellt würde, hätte der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente, da die von Dr. A.____ angenommene Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar sei (Urk. 1). 3. 3.1

Nach dem Sturzereignis vom 27. November 2013 (Urk. 7/1) wurde der Beschwerdeführer ins Spital Y.____ überführt, wo die Diagnosen einer diaphysären Spiralfaktur Humerus links sowie einer Kontusion Schulter rechts gestellt wurden und gleichentags noch eine geschlossene Reposition und Marknagelosteosynthese der Fraktur am linken Arm erfolgte. Der Beschwerdeführer blieb vom 27. November bis zum 2. Dezember 2013 hospitalisiert (Urk. 7/15-16). Ein am 12. Dezember 2013 angefertigtes Arthro-MRI Schulter rechts führte sodann zur weiteren Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur an der rechten Schulter (Bericht von Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 27. Februar 2014, Urk. 7/26, vgl. auch

7/27, 7/35 und 7/43). Nach vorerst verzögerter Wundheilung an der linken Schulter wurde die Indikation einer Revisionsoperation für gegeben erachtet (Bericht Uniklinik Z.____ vom 17. Juni 2014, Urk. 7/55), im Zuge eines Verlauf-CTs, wonach sich eine zunehmende Konsolidation der Fraktur visualisierte, davon indessen Abstand genommen (Bericht Uniklinik Z.____ vom 15. August 2014, Urk. 7/64). Die Computertomographie vom 12. November 2014 zeigte eine deutliche, breite Konsolidation der Fraktur an der medialen Kontur (Urk. 7/87), welche sich schliesslich am 2. März 2016 als knöchern konsolidiert erwies (Bericht des Röntgeninstitutes vom 2. März 2016, Urk. 7/164). Die

CT-Untersuchung der Schulter und des Oberarms links vom 21. November 2017 förderte eine vollständige Konsolidation in leichter Varusstellung

zu Tage (Urk. 7/255). 3.2

Nachdem bereits Dr. C.____

mit Bericht vom 27. Februar 2014

gestützt auf ein gleichentags angefertigtes MRI des Neurokraniums

Hinweise für das Vorliegen relevanter Kopfverletzungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom November 2013 verneint hatte (Urk. 7/25-26), lieferte ein weiteres MRI des Schädels vom 12. Juni 2015 einen altersentsprechenden unauffälligen intrakraniellen Untersuchungsbefund ohne Korrelat für Zephalgien. Zerebrale Kontusionen oder Blutungszeichen kamen nicht zur Darstellung (Urk. 7/125). Mit Bericht vom 29. Oktober 2015 (Urk. 7/144) diagnostizierte PD Dr. med.

D.____, Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie, Uniklinik Z.____, eine Segmentdegeneration C6/7 mit kyphotischer Fehllhaltung der HWS mit sehr dezenter Foramenstenose auf Höhe C6/7, hielt aber dafür, die Hauptsymptomatik des Patienten passe nicht zu einer Foramenstenose C7. Die vom Beschwerdeführer geklagten Nackenschmerzen aufgrund der kyphotischen Fehllhaltung mit multisegmentaler Degeneration könnten durch physiotherapeutische Beübungsmassnahmen und gegebenenfalls chiropraktische Behandlung verbessert werden. Die im Januar und Februar 2020 durchgeführten neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen vermochten die Beschwerden an der HWS ebenfalls nicht zu erklären, weshalb ein beginnendes Carpaltunnelsyndrom für möglich erachtet wurde (Urk. 7/391-392). 3.3

Am 11. Mai 2016 untersuchte Kreisarzt Dr. med. E.____ den Versicherten und erstattete gleichentags Bericht (Urk. 7/176). Er diagnostizierte einen Status nach Leitersturz am 27. November 2013 mit diaphysärer Spiralfaktur des linken

Humerus und Schulterkontusion rechts mit geschlossener Reposition und

Markna gelosteosynthese links am 27. November 2013. Im MRI vom

12. Dezember 2013 hätten sich eine bone

bruise der lateralen Klavikula und eine Partialruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehnen rechts, konservativ therapiert, sowie eine delayed

union der Humerusfraktur mit lateral um ca. 15 Grad absteigendem Knochenfragment gezeigt. Dr. E.____

hielt fest, subjektiv würden belastungsunabhängige Schmerzen in beiden Schultern jeweils mit Zunahme bei Belastung bestehen. Objektiv fänden sich keine Zeichen einer Rotatorenmanschettenruptur, eine Bewegungseinschränkung in beiden Schultergelenken, jedoch auch Zeichen einer mangelnden Compliance. Die vom Beschwerdeführer geäußerten Beschwerden seien höchstens teilweise mit den objektivierbaren Veränderungen zu erklären, wahrscheinlich sei auch eine psychische Komponente beim depressiv wirkenden Patienten zu berücksichtigen. Insgesamt sei es unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer in der körperlich schweren Tätigkeit als Maler nochmals tätig sein werde. 3.4

Nach am 5. Januar 2017 durchgeführter Schulterarthroskopie rechts (Urk. 7/210) manifestierte sich eine postoperative Frozen

Shoulder , welche konservativ medikamentös sowie mittels Physiotherapie behandelt wurde (Sprechstundenbericht der Uniklinik Z.____

vom 15. Mai 2017, Urk. 7/228). Die gemäss Beschwerdeführer nach der Operation verstärkten Schmerzen (Urk. 7/231) zeigten sich zu Folge physiotherapeutischer Beübung regredient , so dass Dr. med. B.____ , Oberarzt Orthopädie, Uniklinik Z.____ , von einem erfreulichen Verlauf mit verbesserter Schulter-Beweglichkeit berichtete (Bericht vom 30. Oktober 2017, Urk. 7/252). 3.5

Bei persistierender schmerzhafter Schulter links erfolgte am 19. Februar 2018 eine OSME Marknagel Humerus links sowie eine offene Rotatorenman schetten rekonstruktion (Urk. 7/270). Gemäss Verlaufsbericht vom 9. April 2018 (Urk. 7/276) zeigte sich postoperativ eine eingeschränkte Beweglichkeit mit positivem Impingement -Zeichen, was gemäss Ärzten nach diesem Eingriff zu erwarten und mittels Physiotherapie zu therapieren sei. Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 14. Juni 2019 (Urk. 7/342) berichtete der Beschwerdeführer über beidseitige Schulterbeschwerden, wobei links klar beschwerdeführend sei. Bezüglich der linken Seite habe sich im Arthro -MRI vom 24. Juli 2018 indessen keine ausgeprägte Pathologie visualisiert. Die Manschette sei intakt, auf Infiltrationen habe der Beschwerdeführer nicht angesprochen. Physiotherapie bringe eine Beschwerdeverbesserung, während die Metallentfernung die Situation eher verschlechtert habe. Die in der Folge eingeleitete Schmerztherapie am Universitätsklinikum F.____ führte die Sachverständigen zum Schluss, dass unter Zusehensschau der zur Verfügung stehenden Unterlagen, der Anamnese sowie der klinischen Präsentation eine ausgeprägte posttraumatisch bedingte muskuloskelettale Schmerzproblematik mit mittlerweile gravierenden sekundären degenerativen Veränderungen zu sehen sei, ohne dass (weitere) interventionelle Optionen bestünden. Eine manuell-therapeutische Behandlung sei als zielführend zu betrachten (Bericht vom 9. September 2019, Urk. 7/355).

Vom 26. Februar bis zum 11. März 2020 war der Beschwerdeführer zur stationären multimodalen Schmerztherapie am F.____ hospitalisiert (Bericht vom 19. März 2020, Urk. 7/389) . Die Ärzte diagnostizierten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41) bei chronischen posttraumatischen Schulter- und Oberarmschmerzen beidseits, links mehr als rechts, Plantarfasziitis rechts und möglicher Plantarfasziitis links sowie einem möglichen Reizsyndrom des Nervus

medianus links. Sie erklärten, im Gespräch seien starke schmerzbezogene Ängste, maladaptive Kognitionen (Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen) sowie eine ausgeprägte emotionale Belastung zum Vorschein gekommen. Klinisch hätten eine ungünstige Haltung mit Schulter - und Kopfprotraktion , ein leichter Schulterhochstand rechts sowie ausgeprägte myofasziale Befunde im Bereich der Nacken- und Schultergürtel muskulatur imponiert. Die klinisch vermutete Plantarfasziitis habe sonographisch bestätigt werden können; sie sei am ehesten als mechanisch bedingt bei verkürzter Wadenmuskulatur zu interpretieren. Der stationäre Verlauf habe sich mit dem Erreichen einer Schmerzreduktion von VAS 8/10 auf VAS 5/10 und einer verbesserten Haltung als zufriedenstellend erwiesen. 3.6

Am 19. Januar 2021 fand abermals eine kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers statt, worüber Dr. med. A.____, Facharzt Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

tags darauf berichtete (Urk. 7/466). Er führte aus, der Beschwerdeführer habe sich am 20. November 2013 schwer im Bereich des linken und rechten Schultergelenks verletzt. Die Humerusschaftspiralfaktur links sei osteosynthetisch mittels Marknagel versorgt worden. Die Kausalität der geklagten Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks sei im Verlauf bejaht und chirurgisch mit Schulterarthroskopie, Dekompression, AC-Gelenkresektion und Rotatorenmanschettenrekonstruktion behandelt worden. Im Februar 2018 habe die Marknagelentfernung stattgefunden. Seither seien mehr als zwei Jahre vergangen und die bestmögliche Anpassung an den Zustand sei erfolgt. Der Versicherte befinde sich seit

sieben Jahren regelmässig in physiotherapeutischer Behandlung, ohne dass eine namhafte Verbesserung erzielt werden können. Mithin sei – spätestens aktuell überwiegend wahrscheinlich, aber bereits ein Jahr nach Marknagelentfernung am 19. Februar 2019 – ein stabiler medizinischer Zustand erreicht. Hinweise für das Vorliegen eines radikulären Syndroms oder einer Läsion eines peripheren Nerven hätten sich nicht finden lassen. Die geklagten Beschwerden im Nackenbereich seien sodann überwiegend wahrscheinlich unfallfremd. Seit dem 19. Februar 2019 bestehe in leidensangepasster Tätigkeit (leichte manuelle Tätigkeit bis maximal Schulterhöhe, ohne das Bedienen von Maschinen und Geräten, welche rütteln, schlagen oder vibrieren) eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/466 S.

13). 3.7

Die seit 4. April 2014 behandelnde Psychiaterin, Dr. med. univ. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 25. Februar 2021 (Urk. 7/495) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.1). Sie hielt fest, zu Behandlungsbeginn habe sich der Beschwerdeführer deutlich verunsichert und belastet durch die Erkrankung, welche sich nach dem Unfall entwickelt habe, gezeigt. Er habe über eine gedrückte Stimmungslage, diffuse Ängste, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, ausgeprägtes Grübeln und Gedankenkreisen, Nervosität, Anspannung, Insuffizienzerleben sowie über diverse körperliche Beschwerden, die durch die Unfallverletzungen entstanden seien, geklagt. Durch die intensive Gesprächs- und Psychopharmakotherapie habe eine ausreichende Stabilisierung erreicht und über längere Zeit aufrechterhalten werden können. Es werde empfohlen, die Therapie im gleichen Setting weiterzuführen. Im weiteren Verlauf sei eine Reduktion der – derzeitigen monatlichen – Behandlungsfrequenz angedacht. 3.8

Mit Bericht vom 16. April 2021 (Urk. 7/496) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers nahm Dr. B.____ Stellung zur kreisärztlichen Einschätzung durch Dr. A.____. Dr. B.____ führte aus, rein aktenanamnestisch sei der Beschwerdeführer seit dem 19. Februar 2019 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Das Arbeitsprofil sehe er jedoch anders. Da aktenanamnestisch davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer den linken Arm nicht mehr körperlich einsetzen könne, seien auch leichte manuelle Tätigkeiten bis maximal Schulterhöhe, so wie vom Kreisarzt umschrieben, nicht mehr zumutbar. Eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe bloss für eine rein administrative Tätigkeit beziehungsweise für eine Tätigkeit, bei der der linke

Arm nicht körperlich eingesetzt werden müsse. Ob die vom Beschwerdeführer geklagten Nackenbeschwerden unfallkausal seien oder nicht, könne er aktenanamentlich nicht abschliessend klären, weshalb er eine wirbelsäulenchirurgische Abklärung empfehle. 4. 4.1

Vorab ist daran zu erinnern, dass im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung keine absolute Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig besteht. Die Voraussetzungen für eine Rente in diesen Sozialversicherungszweigen sind trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffs verschieden. Insbesondere berücksichtigt die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen, während im Rahmen der Abklärungen für eine Rente der Invalidenversicherung auch krankhafte Vorzustände oder psychische Fehlentwicklungen zu berücksichtigen sind (BGE 133 V 549 E. 6.2 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_341/2019 vom 5. September 2019 E. 3.1). Ferner kennt das UVG im Gegensatz zum IVG weder eine Übergangsfrist zwecks Eingliederung der versicherten Person ins Erwerbsleben, noch hat sich im Bereich der Unfallversicherung eine Rechtsprechung etabliert, wonach die Unverwertbarkeit einer verbleibenden medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit wegen des fortgeschrittenen Alters zu berücksichtigen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_573/2020 vom 6. Januar 2021 E. 5.2.2). Soweit sich der Beschwerdeführer auf die Verfügung der Invalidenversicherung vom 15. Oktober 2018 (Urk. 7/316) beruft, wonach auf Grund seines Alters auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet, eine relevante Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mangels zumutbarer Umstellungsfähigkeit verneint und gestützt auf eine Erwerbseinbusse von 100 %

ab 1. April 2015 eine ganze Rente zugesprochen wurde, vermag er daher nicht durchzudringen und erübrigen sich Weiterungen hinsichtlich dieser Rügen ohne Weiteres. 4.2 4.2.1

Gestützt auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. A.____ hat die Beschwerdeführerin die vorübergehenden Leistungen per 28. Februar 2021 eingestellt (Urk. 7/470), was vom Beschwerdeführer zurecht nicht beanstandet wird. Soweit er aber den Kreisarztbericht die Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit betreffend für beweisuntauglich hält, vermögen seine Vorbringen nicht zu überzeugen, wie nachfolgende Darlegungen zeigen. 4.2.2

Was die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Nackenbereich angeht, waren keinerlei relevante Hinweise auf eine Pathologie im Bereich der Halswirbelsäule auszumachen (E. 3.2); die von PD Dr. D.____

im Rahmen einer wirbelsäulenchirurgischen Abklärung beschriebene kyphotische Fehlhaltung der Halswirbelsäule ist ganz offenkundig auf die multisegmentale Degeneration zurückzuführen (Urk. 7/144 S. 2). Folgerichtig hat Kreisarzt Dr. A.____ auf eine

unfallfremde Diagnose hinsichtlich des

Cervikalsyndroms bei degenerativem Verschleissleiden mit Segmentdegeneration C6/7 mit kyphotischer Fehlhaltung der

Halswirbelsäule geschlossen (Urk. 7/466 S. 12). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers drängen sich diesbezüglich weitere Abklärungen nicht auf, zumal es an anderslautenden ärztlichen Beurteilungen mangelt und eine

wie von Dr. B.____ vorgeschlagene Abklärung aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bereits aktenkundig ist . 4.2.3

Zu keiner Beanstandung Anlass gibt sodann die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Kreisarzt

Dr. A.____ unter Berücksichtigung der objektivierbaren, unfallkausalen funktionellen Einschränkungen an den Schultern und dem linken Arm ; danach sind dem Beschwerdeführer leidensangepasste Tätigkeiten ab dem 19. Februar 2019, dem Zeitpunkt der Marknagelentfernung, vollzeitlich zumutbar. Dies

wurde von Dr. B.____

denn insofern bestätigt, als auch der behandelnde Orthopäde eine angepasste Tätigkeit zu 100 %

als möglich erachtete. Seine

– soweit unbegründete –

Auffassung , der Beschwerdeführer könne seinen linken Arm nicht mehr körperlich einsetzen, weshalb als leidensangepasste Tätigkeiten einzig noch rein administrative respektive nicht körperliche Arbeiten in Frage kämen (E. 3.8), vermag indessen nicht zu überzeugen und das von Dr. A.____ erhobene Zumutbarkeitsprofil nicht in Frage zu stellen. Anlässlich der kreis ärztlichen Untersuchung der Schultergelenke zeigten sich zwar Bewegungen einschränkungen und waren Schmerzangaben zu erheben ; die Testung der Rotatormanschette war in Bezug auf die Kraft indes unauffällig und seitengleich symmetrisch. Das muskuläre Relief der Oberarmmuskulatur präsentierte sich seitengleich ausgeprägt ohne Hinweise für Asymmetrien, Hypotrophien oder Atrophien. Sodann war die Beweglichkeit im rechten als auch linken Ellenbogen nicht eingeschränkt und das muskuläre Relief der Unterarmmuskulatur war seitengleich ausgeprägt. Der Befund an den Handgelenken war ferner weitgehend unauffällig und die Umfangmasse der oberen Extremitäten waren grossenteils identisch (Urk. 7/466 S. 9-10) . Dass Kreisarzt Dr. A.____ angesichts dieser Untersuchungsbefunde leichte manuelle Tätigkeiten bis maximal Schulterhöhe für den rechtsdominanten Beschwerdeführer als zumutbar erachtete, ist schlüssig und nachvollziehbar . 4.2.4

Mithin ist gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. A.____ hinsichtlich struktureller Unfallfolgen davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer seit dem 19. Februar 2019 eine leidensangepasste Tätigkeit unter Beachtung des vom Kreisarzt formulierten Belastbarkeitsprofil uneingeschränkt möglich ist (E. 3.6). 4.3 4.3.1

Der Beschwerdeführer macht über die unfallkausalen Beschwerden hinaus psychiatrisch begründete Einschränkungen geltend , welche auf das Unfallereignis zurückzuführen seien . Es ist daher im Folgenden zu prüfen, ob die Adäquanz allfälliger psychischer Beschwerden zum Unfallereignis zu bejahen ist . Nachdem es an Hinweisen dafür mangelt, dass der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma oder eine ähnliche Verletzung erlitten hätte, kommt für die Prüfung der Adäquanz

die Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zur Anwendung. 4.3.2

Die Beschwerdegegnerin hat angesichts dessen, dass sich der Beschwerdeführer mit einem Bein auf einem Tisch abgestützt hatte, dabei ausrutschte und stürzte (vgl. Unfallmeldung vom 2. Dezember 2013, Urk. 7/1 und Bericht Spital Y.____ vom 14. Dezember 2013,

Urk. 7/12) auf einen höchstens mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen geschlossen (Urk. 2 S. 8), was der Beschwerdeführer zu recht nicht in Frage stellt (Urk. 1 S. 7 ; vgl. zur Kasuistik

betreffend Qualifizierung von Stürzen etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_899/2013 vom 15. Mai 2014 E. 5.1.2 und 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.1). Demnach wäre die Adäquanz zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sind oder eines der Kriterien ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_647/2018 vom 16. Januar 2019 E. 5.1 mit Hinweisen), wobei bei der Prüfung der einzelnen Kriterien nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen sind, während die psychisch begründeten Anteile, deren hinreichender Zusammenhang mit dem Unfall Gegenstand der Prüfung bildet, aus geklammert bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_92/2008 vom 4. August 2008 E. 7.1). 4.3.3

Offensichtlich nicht erfüllt sind das Kriterium besonders dramatischer Begleitumstände oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls, das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, und das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

Aus der Tatsache allein, dass der Beschwerdeführer jahrelang in physiotherapeutischer und medikamentöser Behandlung stand, kann noch nicht geschlossen werden, das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung sei erfüllt. Hierfür ist vielmehr eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete Behandlung des somatischen Leidens erforderlich, welche Qualität

Abklärungsmassnahmen nicht zukommt (vgl. 8C_647/2018 E. 5.3). Die zahlreichen therapeutischen

Massnahmen dienten denn auch grossenteils

der Abklärung der geklagten Schmerzproblematik (vgl. etwa Bericht der Uniklinik Z.____ vom 24. September 2015, Urk. 7/140), sowie deren analgetischen Behandlung. Hinzu kommt, dass bereits der Hausarzt mit Bericht vom 27. Februar 2014 erstmals auf eine psychiatrische Komponente hingewiesen hatte (Urk. 7/26 S. 2 ; vgl. auch Urk. 7/35 S. 2), Kreisarzt Dr. E.____

eine psychische Komponente für wahrscheinlich erachtete (Bericht vom 11. Mai 2016, E. 3.3) und sich der Beschwerdeführer seit 4. April 2014 in psychiatrischer Behandlung befindet (E. 3.7). Dass die Beschwerdegegnerin angesichts dieser Aktenlage das Kriterium als höchstens in nicht ausgeprägter Weise erfüllt erachtet hat, ist nicht zu beanstanden.

Ebenso wenig kann das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen als in ausgeprägter Weise erfüllt betrachtet werden, haben doch auch organisch objektiv nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden körperlich imponiert (vgl.

Urk. 7/140), was ausser Acht zu bleiben hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2020 vom 9. Juni 2020 E. 4.2.2), war anlässlich der Schmerztherapie am F.____ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden (E. 3.5 ; vgl. auch Urk. 7/376, wonach eine schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung bestehe) und konnte den Klagen über Nackenbeschwerden kein unfallkausales Korrelat zugrunde gelegt werden (E.

4.2.2). Mithin kann das Kriterium maximal als in einfacher Form erfüllt betrachtet werden .

Schliesslich kann aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und den geklagten Beschwerden nicht schon auf ein Erfüllen des Kriteriums eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt alleine nicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.3 mit Hinweisen). Umstände, die zur Bejahung des Kriteriums führen könnten, liegen nicht vor.

Was das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anbelangt, so ist dieses mit Blick auf die Dauer der attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Urk. 7/200, 7/237) erfüllt (Urteil des Bundesgerichts 8C_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.7 mit Hinweisen). Allerdings kann angesichts der zunehmenden psychischen Überlagerung (vgl. Urk. 7/26, E. 3.3, Urk. 7/257, 3.5, 3.7) das Kriterium nicht als in ausgeprägter Weise als erfüllt betrachtet werden. 4.3.4

Zusammenfassend sind höchstens drei der relevanten Kriterien in einfacher Weise erfüllt, während keines ausgeprägt vorliegt, was bei einem mittelschweren Unfallereignis an der Grenze zu einem leichten Unfall nicht genügt, um die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis von November 2013 und den geltend gemachten psychischen Beschwerden zu bejahen (E. 4.3.2). Infolgedessen besteht für diese Beschwerden kein Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung, womit sich eine Beantwortung der Frage, inwiefern die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und dessen Integrität durch die aktenkundig gemachten psychischen Störungen beeinträchtigt werden, ebenso erübrigt wie eine psychiatrische Begutachtung. 5. 5.1 5.1.1

Während die Beschwerdegegnerin mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer auch ohne Unfallereignis per Ende August 2018 pensioniert worden wäre und seine Erwerbstätigkeit aufgegeben hätte, zur Festsetzung des Valideneinkommens auf den Tabellenlohn im Wirtschaftszweig «Baugewerbe» abgestellt hat (Urk. 2 S.

E. 6

Abs. 1 UVG) und auf eine Invalidenrente im Besonderen (Art. 18 Abs. 1 UVG), über den Invaliditätsbegriff (Art.

E. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sowie den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Gesundheitsschaden sowie die erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E. 3.2) und bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133), über die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) unter Berücksichtigung des vorgerückten Alters (Art. 28 Abs. 4 UVV) sowie auch über die Bemessung der Integritätsentschädigung zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 12

: 40 x 41.7). 5.2.3

Die Beschwerdegegnerin hat vom Invalideneinkommen einen Abzug von 5 % gewährt, was der Beschwerdeführer als nicht angemessen bezeichnet, ohne indessen auszuführen, welche (weiteren) Kriterien er diesbezüglich als erfüllt erachtet. Es ist zu betonen, dass die Rechtsprechung insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen gewährt, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2021 vom 3. März 2022 E. 4.3.2). Inwiefern sich die im Rahmen des Anforderungsprofils berücksichtigten Beschwerden an den Schultern und am linken Arm finanziell über den gewährten Abzug hinaus in dem Sinne auswirken könnten, dass der Beschwerdeführer gegenüber einer gesunden Person mit der gleichen Tätigkeit von vornherein eine lohnmassige Diskriminierung zu gewärtigen hätte, ist nicht erkennbar. Weil vorliegend die Erwerbseinkommen gemäss Art. 28 Abs. 4 UVV zu bestimmen sind, vermögen auch – wenn überhaupt –

das Alter des Beschwerdeführers, dessen lange Dienstzeit bei der ehemaligen Arbeitgeberin sowie eine allfällige Umstellungs- und Einarbeitungszeit keinen weiteren Abzug zu begründen. Ferner

rechtfertigt eine fehlende berufliche Ausbildung keinen Tabellenlohnabzug, wenn von einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 ausgegangen wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.4; vgl. auch 8C_292/2021 vom 21. April 2022 E. 7 mit Hinweis). Schliesslich liegt keine faktische Einarmigkeit vor. Zusammenfassend erweist sich der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 5 % nicht als unangemessen, womit sich das Invalideneinkommen auf Fr. 64'379.-- reduziert. 5.3

Der Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen führt zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 5'278.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 8 % (7.57 %) ergibt. Anspruch auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin besteht damit nicht. 6.

Der Antrag des Beschwerdeführers, es sei ihm eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten (Urk. 1 S. 2), ist mit keinem Wort begründet. Es sind denn auch weder Anhaltspunkte dafür aktenkundig, dass die Beurteilung von Dr. A.____, wonach im Rahmen der unfallkausalen Schädigung bei beiden Schultergelenken eine Beweglichkeit bis zur Horizontalen besteht, was einen Integritätsschaden von 15 % für jede Schulter begründet (Urk. 7/467), nicht zutreffen sollte, noch findet sich eine anderslautende ärztliche Beurteilung der unfallbedingten Integritätsschädigung. Gestützt auf die Einschätzung des Kreisarztes besteht in Übereinstimmung mit Tabelle 1 der Suva (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten, Schulter, bis zur Horizontalen beweglich: 15 %) damit ein Integritätsschaden von insgesamt 30 %. Auch dies bezüglich ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. 7.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint und eine Integritätsentschädigung in Höhe von 30 % zugesprochen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. August 2021 erweist sich damit vollumfänglich als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - 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, 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 Muraro

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