

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00086 vom 14. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00086

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00086 du 14 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00086 del 14 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, war seit dem 4. Januar 2016 als Kranführer bei der Y.____

GmbH, in Z.____, angestellt und damit bei der S uva obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 3. Mai 2016 stolperte der Versicherte am 2. Mai 2016 beim Bedienen des Baustellenkrans und fiel dabei auf die rechte Schulter (vgl. Urk. 9/1). Am 30. Mai 2016 wurde am Spital A.____

bei diagnostizierter Supraspinatussehnenruptur, einer Degeneration im Bereich des L.____
en

Bizepssehnenankers sowie einer eingebluteten Bursa rechts eine Arthroskopie der rechten Schulter mit Débridement LBS-Anker, Bursektomie und Naht der Supraspinatussehne durchgeführt (Urk. 9/20).

Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht.

Nach am 23. September 2021 erfolgte kreisärztlicher Untersuchung des Versicherten durch Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 9/352), teilte die Suva mit Schreiben vom 28. September 2021 mit, sie stelle die Heilkostenleistungen, abgesehen von den Kosten für zwei Serien Physiotherapie jährlich, per 30. September 2021 und die Taggeldleistungen per 30. November 2021 ein (Urk. 9/35).

E. 1.01

x 1.008 x 1.001 [Nominal lohnentwicklung Baubranche 2019-2021]). Die Beschwerdeführerin berücksichtigte unter Hinweis auf die Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_1028/2009 vom 21. Mai 2010 E. 9.3) sodann beim Stundenlohn die Ferien- und Feiertagsentschädigung nicht, da sie mit der Bruttoarbeitszeit rechnete (Urk. 2 S. 8 oben).

Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten und erging nach Einholen der hierfür wesentlichen Auskünfte und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung, weshalb darauf abgestellt werden kann. 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BG E 139 V 592 E. 2.3). Dabei sind im Bereich der Unfallversicherung grundsätzlich die im Zeitpunkt des Einspracheentscheides

aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

Die Beschwerdegegnerin bemass das Invalideneinkommen ausgehend vom standardisierten monatlichen Einkommen von Fr. 5'417.-- für männliche Hilfskräfte gemäss LSE 2018 (LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1), was nicht zu beanstanden ist. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten, Normalarbeitsstunden) sowie der bis 2021 eingetretenen Nominallohnentwicklung von 0.9 % , 0.8 % und - 0.3 % (vgl. Nominallohnindex Männer 2015 -2020 , T1).

E. 1.1

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

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

2. Mai 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden

E. 1.2

Gemäss Art.

E. 1.5

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

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 1.6

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teil weiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2). 1.

E. 1.15

und Urk. 9/369) und des gemäss Zumutbarkeitsprofil in der beweiskräftigen Beurteilung durch Kreis arzt Dr. B.____ vom 24. September 2021 möglichen Arbeitspensums von 100 % (vorstehend E. 4. 4) ,

ergibt sich per 20 21 ein Jahreseinkommen von Fr. 68' 717.-- (Fr. 5'417.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.009 x 1.008 : 1.003).

Die Beschwerdegegnerin gewährte sodann ein en leidensbedingte n Abzug von 10 % . Soweit der Beschwerdeführer dagegen wiederum entgegen der beweiskräftigen Beurteilung durch Kreisarzt Dr. B.____ geltend macht, dass seine Schulter praktisch funktionsuntüchtig sei und de facto eine Einhändigkeit vor liege, weshalb ein Abzug von mindestens 15 % gefordert werde (vorstehend E.

2.2), ist erneut zu erwähnen, dass diese Äusserungen lediglich der subjektiven Sichtweise des Beschwerdeführers entsprechen und keine genügende Stütze in der medizinischen Aktenlage finden. Darauf hinzuweisen ist auch, dass die rechte Hand des Beschwerdeführers voll funktionstüchtig ist und er abgesehen davon Linkshänder ist (Urk. 9/111/1). Mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C _ 173/2016 vom 17. Mai 2016 E. 4.2) erweist sich ein leidens bedingter Abzug von 10 % , wie die Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkte, viel mehr als grosszügig. 5.3

Damit resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 77'656.--

und einem Invalideneinkommen von rund Fr. 61' 845.-- (Fr. 68' 717.--

x 0.9) eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'811.--, was einem Invaliditätsgrad von

E. 4

).

Mit Verfügung vom 14. Oktober 2021 sprach die Suva dem Versicherten ab Dezember 2021 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % basierend auf einem versicherten Verdienst von Fr. 80'500.-- und eine Integritätsschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15 % zu (Urk. 9/370).

Die vom Versicherten am 15. November 2021 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 9/ 375 , Urk. 9/ 382) , wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 24. März 2022 ab (Urk. 9/ 383 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 10. Mai 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 24. März 2022 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Sache sei zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und zur Ermittlung seiner Restarbeitsfähigkeit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese hernach über seinen Anspruch erneut entscheide. Eventuell sei ihm ab 1. Dezember 2021 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 24 % und eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 20 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. August 2022 (Urk. 8) beantragte die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen. Am 14. November 2022 verzichtete der Beschwerdeführer auf eine Replik (Urk. 15), was der Beschwerdegegnerin am 16. November 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

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

1. 3

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

1. 4
Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 6.1

Hinsichtlich des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung anerkannte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Feststellungen von Kreisarzt Dr. B.____ (vorstehend E. 3. 7), welche einhergingen mit jenen von Kreisarzt Dr. L.____ vom 25. April 2018 (Urk. 9/179),

das Vorliegen einer erheblichen und bleibenden

körperlichen Schädigung verursacht durch das Unfallereignis vom 2. Mai 2016.

Kreisarzt Dr. B.____ ging, wie bereits Kreisarzt Dr. L.____, aufgrund der Beweglichkeitseinschränkungen der rechten Schulter betreffend Abduktion und Anteversion gemäss der Suva-Tabelle 1.2 gesamthaft von einem Integritätsschaden von 15 % aus (vorstehend E. 3. 6- 7, Urk. 9/179).

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, dass hierbei vernachlässigt worden sei, dass er an einer residuellen Schultersteife mit AC-Gelenksarthrose leide und zudem eine schwere Scapuladyskinesie objektiviert worden sei, weshalb mindestens von einer Integritätseinbusse von 20 % auszugehen sei (vorstehend E. 2.2).

E. 6.2

Wie bereits im Rahmen der Ausführungen zum von Dr. B.____ formulierten Belastbarkeitsprofil erwähnt (vorstehend E. 4. 3), berücksichtigte dieser die residuelle Schultersteife des Beschwerdeführers im Sinne der Anerkennung der entsprechenden Bewegungseinschränkungen, und es entspricht der subjektiven Sichtweise des Beschwerdeführers, dass eine Funktionsunfähigkeit der Schulter vorliegen würde. Anzumerken ist auch, dass der für eine weitere Zweitmeinung vom Beschwerdeführer im November 2020 konsultierte Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik J.____, lediglich eine leichte Frozen Shoulder in Außenrotation diagnostizierte (Urk. 9/306 S. 1).

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Juni 2022 (vorstehend E. 3. 7) legte Dr. B.____ überdies ausführlich und mit Bezug auf die medizinische Aktenlage dar, dass die AC-Gelenksarthrose nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, weshalb sie auch bei der Bemessung des Integritätsschadens nicht berücksichtigt worden sei. Weshalb die AC Gelenksarthrose dennoch auf das Unfallereignis zurückzuführen wäre, begründete der Beschwerdeführer nicht weiter (vorstehend E. 2.2).

Wie Dr. B.____ zu Recht bemerkte, ist eine Scapuladyskinesie in der Suva-Tabelle 1.2 nicht aufgelistet. Der Integritätsschaden bemisst sich einzig aufgrund des Ausmasses der Bewegungseinschränkungen. Anhaltspunkte dafür, dass die Feststellungen von Kreisarzt Dr. L.____ und Dr. B.____, wonach eine Beweglichkeit der Schulter bis zur Horizontalen, entsprechend einem Integritätsschaden von 15 % gegeben sein soll, nicht korrekt wären, ergeben sich keine.

E. 6.3

Vorliegend wurde die Festsetzung der Integritätsentschädigung nachvollziehbar und schlüssig begründet, und es bestehen keine Zweifel an der Einschätzung von

Dr. B.____. Auf weitere Abklärungen kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d) verzichtet werden. 7.

Nach dem Gesagten ist die Zusprache einer Rente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 20 %

sowie die Feststellung einer Integritätseinbusse von 15 % für die körperlichen Folgen des Unfalles vom 2. Mai 2016 durch die Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden. Der angefochtene Einspruch entscheidet (Urk. 2) erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Larissa Manera - 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 dem 5. 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 beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schucan

E. 7

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Fein raster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 1.

E. 8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belegumfassend 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das

Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so

sind ergänzende Abklärungen vorzu nehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, da es ein Endzustand beim Beschwerdeführer erreicht sei , weshalb die Heilbehandlungen (abgesehen von zwei Serien Physiotherapie jährlich) und das Taggeld eingestellt und der Anspruch auf eine Invalidenrente so wie auf eine Integritätsentschädigung geprüft werde (S. 3 Ziff. 1.2) . Auf die Beurteilung durch

den Kreisarzt Dr. B. ___ könne abgestellt werden . Zudem gehe seine Einschätzung, wonach eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Berücksichtigung des Belastbarkeitsprofils ohne zeitliche Einschränkung zumutbar sei, einher mit den Berichten der verschiedensten involvierten Spezialisten (S. 5 f. Ziff. 4.1-2).

Das Invalideneinkommen sei anhand der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu berechnen, wobei sich ein leidensbedingter Abzug von maximal 10 % rechtfertige . Dies ergebe ein Invalideneinkommen von Fr. 62'093.-- (S. 6 f. Ziff. 5.1-4). Betreffend das Valideneinkommen sei vom zuletzt erzielten Verdienst bei der Y. ___ GmbH auszugehen, womit im Jahr 2021 ein Valideneinkommen von Fr. 77'656.-- resultiere (S. 7 f. Ziff. 6.1-2). Damit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 20 % (S. 8 Ziff. 7). Dr. B. ___ habe nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Integritätsschaden auf 15 % geschätzt werde (S. 9 Ziff. 8.5-6). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass der kreisärztlichen Beurteilung durch

Dr. B. ___ vom 24. September 2021 kein Beweiswert zukomme, zumal ihm nicht sämtliche medizinischen Berichte vorgelegen hätten . Die behandelnden Fachärzte hätten bestätigt, dass die Befunde dazu führten, dass er unter dauernden Schmerzen leide (S. 12 f. II. Ziff. 1-4). Kreisarzt Dr. B. ___ habe einzig die Folgen der Bewegungseinschränkung berücksichtigt und die Schmerzsituation ausser Acht gelassen

(S.

E. 13

f. Ziff. 5). In keiner Weise habe er sich mit der Frage der Auswirkung der Schmerzproblematik auf die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit sowie die Arbeitsgeschwindigkeit

auseinandergesetzt (S. 14 Ziff. 6). Er sei bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von einer einseitigen funktionalen Sichtweise ausgegangen. Demnach seien ergänzende medizinische Abklärungen, so die Begutachtung bei einem Schulterspezialisten , erforderlich (S. 14 Ziff. 7 und Ziff. 5). Sofern dennoch davon ausgegangen würde, dass auf die kreisärztliche Beurteilung vom 24. September 2021 abgestellt werden könne, sei ihm ab dem 1. Dezember 2021 eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 24 % auszurichten (S. 14 Ziff. 6). Seine Schulter sei praktisch nicht funktionstüchtig und der Einsatz der rechten oberen Extremität aufgrund der unfallbedingten Beschwerden massiv eingeschränkt. Es liege eine faktische Einhändigkeit vor, weshalb ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % gerechtfertigt sei (S.

E. 15

f. Ziff. 8-10).

Bei der Beurteilung der Integritätsentschädigung sei vernachlässigt worden, dass er - der Beschwerdeführer - an einer residuellen Schultersteife (« frozen shoulder ») mit Acromioclavicular (AC) -Gelenksarthrose leide. Zudem sei eine schwere Scapuladyskinesie objektiviert worden (S. 17 Ziff. 15). Mindestens sei ihm daher eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 20 % zuzu sprechen (S. 18 Ziff. 16). 2.3

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) aus, dass der Beschwerdeführer sie nicht darüber informiert habe, dass nach dem 2. März 2021 noch einmal Konsultationen an der Universitätsklinik

C.____

stattgefunden hätten (S. 3 Ziff. 4.3). Die neuen Berichte sowie die Bilder und der Befundbericht zur Arthro-MR I Untersuchung vom 29. Juni 2021 seien der Suva Versicherungsmedizin vorgelegt worden. Dr. B.____ habe in seiner Beurteilung vom 7. Juni 2022 seine kreisärztliche Beurteilung sowohl der Arbeitsfähigkeit, des Belastbarkeitsprofils als auch des festgestellten Integritätsschadens weiterhin bestätigt, und darauf sei abzustellen (S. 3 f. Ziff. 4.5-6, S. 5 Ziff. 4.10-11). Es sei die subjektive Sichtweise des Beschwerdeführers, dass seine Schulter praktisch nicht funktions-tüchtig sei. Eine faktische Einhändigkeit liege ebenfalls nicht vor, da seine rechte Hand noch einsetzbar sei. Damit sei ein Abzug von 10 % nicht zu beanstanden und sogar als grosszügig zu qualifizieren (S. 5. Ziff. 4.8-9).

2.4

Strittig und zu prüfen ist die Höhe des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung aufgrund der Folgen des Unfallereignisses vom 2. Mai 2016 und ob in diesem Zusammenhang auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. B.____ vom 24. September 2021 und vom 7. Juni 2022 (Urk. 9/352 und Urk. 10/2) abgestellt werden kann. 3. 3.1

Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

3. 2 Prof. Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Senior Consultant Schulter-/Ellbogenchirurgie, Universitätsklinik C.____, stellte in seinem Bericht vom 16. Juni 2021 (Urk. 3/3) folgende Diagnose (S. 1): - Scapuladyskinesie rechts bei - Status nach arthroskopischer Supraspinatussehnen-Naht 2016 und arthroskopischer Bicipstenodese und Subscapularis-Release am 7. Februar 2017 (Ortschaft E.____).

Prof. D.____

hielt fest, dass am 15. Juni 2021 eine

Erstkonsultation des Beschwerdeführers zur Zweitmeinung erfolgt sei (S. 1). Zur Anamnese führte Prof. D.____ aus, dass der Patient bei ihnen in der Schultersprechstunde gesehen worden sei, zuletzt am 2. März 2021, wo man eine ausgeprägte Scapuladyskinesie rechts diagnostiziert habe. In der Zwischenzeit habe sich die Situation des Patienten nicht gebessert. Er sei nicht arbeitsfähig aufgrund der Schmerzen und der Funktionsstörung der

rechten, dominanten Schulter . Der Beschwerdeführer sei früher als Kranführer und dann auch als Buschauffeur tätig gewesen. Jetzt sei die Schulter quasi funktionsuntüchtig, und er habe bei gewissen Bewegungen aber auch nachts einschliessende, heftigste Schmerzen, welche auch in den Bereich des Nackens ausstrahlten.

Die Schmerzen würden eher im anterosuperioren Bereich des Humerus als im AC-Gelenk lokalisiert, aber auch dort selbst. Prof. D.____ führte aus, dass insgesamt drei intraartikuläre Injektionen durchgeführt worden seien, die zumindest vorübergehend zu einer Besserung geführt hätten, ohne dass der Patient jedoch schmerzfrei geworden wäre. Jetzt gebe er an, dass er vor allem beim Anheben des Armes nach vorne gestört sei, aber auch bei Flexions- und Rotationbewegungen unter Last. Hinzu käme aus seiner Sicht auch ein gewisses Instabilitätsgefühl (S. 1 unten).

Prof. D.____ führte in seiner Beurteilung aus, dass mit Sicherheit eine Scapula dyskinesie vorliege, welche aber möglicherweise sekundär sei. Zusätzlich zu den bisher beschriebenen Symptomatologien liege eine klare AC-Gelenksirritation vor, welche auch MR-tomographisch nachweisbar sei. Da auf dem MRI von 2020 bereits eine Arthrose des Glenohumeralgelenkes nachweisbar sei, schlage er vor, eine Infiltration des AC-Gelenkes zu veranlassen, um den Anteil der AC Gelenksbeschwerden am Gesamtbild zu eruieren. Weiter sei es eine neue Arthro -MRI-Untersuchung durchzuführen, um Aufschluss über den Arthrosegrad des Gelenkes zu erhalten und ein konventionelles Röntgenbild anzufertigen (S. 2 Mitte). 3. 3

Dr. med. F.____ , Oberarzt Radiologie, Universitätsklinik C.____ , führte in seinem Bericht vom 29. Juni 2021 (Urk. 10/1) nach gleichentags durch - geführtem Arthro - MRI der rechten Schulter aus, dass sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 13. Mai 2020 wenig Befundwandel ergebe. Es zeige sich weiter hin eine durchgängige Supraspinatussehne mit jedoch leicht zunehmender Rissbildung und nun zwei transmuralen Fissuren, eine unauffällige Infraspinatus - und Subscapularissehne sowie eine konstante Degeneration im AC-Gelenk. Weiter finde sich eine Synovitis in der Bursa subacromialis/ subdeltoidea als Zeichen einer Bursitis, ein Knorpeldefekt am anterioren Humeruskopfzenit sowie eine globale Labrumdegeneration mit Ablösung anterior und unten der SLAP Region sowie eine unauffällige Darstellung der Tenodese der linken Bizepssehne (S. 1 f.). 3. 4

In seinem Bericht vom 30. Juni 2021 (Urk. 3/3/1) nannte Prof. D.____ die gleiche Diagnose wie in seinem Vorbericht vom 16. Juni 2021 (S. 1, vorstehend E. 3. 2). Prof. D.____ führte aus, er habe den Beschwerdeführer am 29. Juni 2021 zur Verlaufskontrolle gesehen (S. 1). Die MRI- tomographische Abklärung vom 29. Juni 2021 habe eine ausgedünnte Supraspinatussehne gezeigt, die aber eigentlich grösstenteils intakt sei und an keiner Stelle eine relevante transmurale Rupturkomponente aufweise. Auch die Infraspinatus - und Subscapularissehne seien intakt. Das AC-Gelenk habe etwas Flüssigkeit aufgenommen, scheine aber nicht fortgeschritten degenerativ verändert zu sein . Die Infektparameter seien negativ gewesen. Prof. D.____ führte aus, dass sich heute auch klinisch kein wegweisender Befund gezeigt habe, weswegen nun etappenweise diagnostisch infiltriert werde (S. 2 Mitte). 3.5

Prof. D.____ nannte in seinem Bericht vom 14. Juli 2021 (Urk. 3/3/2) die gleiche Diagnose wie im Vorbericht vom 16. Juni 2021 (S. 1, vorstehend E. 3. 2) .

Prof.

D.____ führte aus, dass zuerst eine subacromiale Infiltration und drei Tage später dann die Infiltration des Glenohumeralgelenkes erfolgt sei. Die Bewertung der Untersuchungsbefunde sei etwas schwierig, weil mit keiner der beiden Injektionen eine vollständige Schmerzbefreiung habe erzielt werden können und der Patient doch ein gemischtes Symptombild zeige. Es sei sicher so, dass ihm keine chirurgische Massnahme eine wesentliche Schmerzverbesserung garantieren könne (S. 1). 3. 6

Kreisarzt Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom

24. September 2021 (Urk. 9/352) nach ärztlicher Abschlussuntersuchung des Beschwerdeführers vom 23. September 2021 folgende Diagnosen (S. 7): -
Supraspinatussehnenruptur

2. Mai 2016 - Status nach arthroskopischer Supraspinatussehnennaht in Speed Bridge-Technik, subacromialer Bursektomie und Débridement des L.____en

Bicepssehnenankers Schulter rechts am 30. Mai 2016 - arthroskopische Bicipstenodese und Subscapularisrelease vom 7. Februar 2017 (BG Unfallklinik G.____) - ausgeprägte Scapuladyskinesie Schulter rechts

Dr. B.____ führte in seiner Beurteilung aus, dass es beim Beschwerdeführer im Anschluss an das Unfallereignis und die durchgeführten Operationen seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung zu keinerlei Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gekommen sei. Die von ihm zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Busschauffeur habe er zu Beginn gut ausführen können, dies nach eigenen Angaben jedoch nur durch die Wirkung der regelmässig durchgeführten Kortison-Infiltrationen im Schultergelenk. Beschwerden hätten die weit ausholenden Bewegungen beim Steuern mit dem grossen Buslenkrad bereitet. Zuletzt sei der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik C.____ vorstellig geworden. Auch hier habe man ihm - wie bereits bei mehrfachen vorherigen Konsultationen in anderen Kliniken beziehungsweise bei niedergelassenen Orthopäden - zu einer Arthroskopie geraten, um die Beschwerdesymptomatik zu erörtern. Diese werde vom Beschwerdeführer weiterhin abgelehnt, da er aus Angst vor Komplikationen bei nicht zu garantierender Verbesserung der Beschwerdesymptomatik eine Operation zunächst vermeiden möchte (S. 7 Mitte).

Zur Frage, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch weitere therapeutische Massnahmen noch eine namhafte Besserung erreicht werden könne, führte Dr. B.____ aus, dass dies fünf Jahre nach dem Unfallereignis nach Behandlungen und Beratungen im Spital A.____ und in der BG Unfallklinik G.____, in der Praxis von

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der Klinik I.____, der Klinik J.____

und der Universitätsklinik C.____ sowie einer stationären Rehabilitation in K.____

nicht mehr erwartet werden könne. Zuletzt habe der Beschwerdeführer selber angegeben, einer Operation ablehnend gegenüber zu stehen. Die durchgeführten Infiltrationen des Schultergelenkes hätten beim letzten Mal keinen Erfolg mehr gezeigt. Dementsprechend sei der medizinische Endzustand erreicht, und eine Verbesserung des Belastbarkeitsprofils sei nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 7 Ziff. 1).

Dr. B.____ führte aus, dass aufgrund der belastungsabhängigen Beschwerdesymptomatik im rechten Schultergelenk und der Einschränkung der Beweglichkeit nur eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung zumutbar sei, unter Einhaltung des

folgenden Belastbarkeitsprofils: Kein regel mässiges Arbeiten auf/oder Besteigen von Leitern und Gerüsten. Zu vermeiden sei regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über Brusthöhe. Gewichte bis 20 kg sollten nur noch körpernah getragen und schwere Gewichte nur bis Gürtelhöhe angehoben werden. Ebenso zu vermeiden seien Tätigkeiten auf stark vibrierenden Maschinen/Arbeitsflächen oder mit stark vibrierenden Werkzeugen oder regel mässiger axialer Krafteinwirkung bei gestrecktem Arm, zum Beispiel beim Halten oder Stossen von Gewichten oder Lasten (S. 8 Ziff. 2).

Die Frage, ob sich gegenüber der Beurteilung vom 26. April 2018 eine Veränderung des unfallbedingten Integritätsschadens ergeben hätte, verneinte Dr. B.____. Er führte aus, dass sich im Vergleich zur damaligen Untersuchung sogar ein leicht verbesserter Bewegungsumfang zeige, sodass der damals bei Einschränkung der Beweglichkeit des gestreckten Armes bis zur Horizontalen mit 15 % geschätzte Integritätsschaden weiterhin seine Gültigkeit behalte (S. 8 Ziff. 4). 3. 7

Kreisarzt Dr. B.____

führte in seiner

Beurteilung vom 7. Juni 2022 (Urk. 10/2)

aus, dass das ergänzende MRI des rechten Schultergelenkes bildgebend im Vergleich zur Voruntersuchung vom 13. Mai 2020, welche bei der Beurteilung vom 24. September 2021 herangezogen worden sei, ein vom Radiologen als gering genannter Befundwandel zur Voruntersuchung zeige. Insbesondere betreffend das AC-Gelenk werde eine konstante Degeneration festgehalten. Auch bei eigener Durchsicht fänden sich keine erheblichen Befundveränderungen zu den Voruntersuchungen des rechten Schultergelenkes (S. 1 Mitte).

Dr. B.____ bejahte sodann die Frage, ob an der Beurteilung, wonach dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung zumutbar sei, festgehalten werden könne. Dr. B.____ führte aus, dass die nachgereichten Berichte von Prof. D.____ keine neuen medizinischen Tatsachen ergäben, welche an der Beurteilung einen Zweifel erweckten beziehungsweise eine Anpassung erforderlich machten. Die Untersuchungsergebnisse entsprächen denen der kreisärztlichen Untersuchung und untermauerten somit auch das in der kreisärztlichen Untersuchung festgehaltene Belastbarkeitsprofil. Im Belastbarkeitsprofil vom 24. September 2021 sei auch die in der kreisärztlichen Untersuchung festgehaltene Schmerzsymptomatik erfasst. Diese sei im Belastbarkeitsprofil unter dem Begriff der belastungsabhängigen Beschwerdesymptomatik subsumiert worden, und das Belastbarkeitsprofil beziehe sich nicht allein auf das eingeschränkte Bewegungsmass, wie in der Beschwerde behauptet werde.

Zu den Ausführungen bezüglich des AC-Gelenkes müsse festgehalten werden, dass dieses beim Unfallereignis nicht in Mitleidenschaft gezogen worden sei. Weder in den echtzeitlichen Berichten noch im Operationsbericht vom 30. Mai 2016 werde auf eine Beteiligung des AC-Gelenkes beim Unfallereignis hingewiesen. Auch in den vorliegenden Berichten der BG Unfallklinik G.____ sei die Diagnose beziehungsweise eine Beschwerdesymptomatik im AC-Gelenk nicht aufgeführt. Somit sei eine Unfallkausalität der AC-Gelenkarthrose überwiegend wahrscheinlich nicht gegeben, auch nicht als Folge der funktionellen Dyskinesie der Scapula. Die Scapuladyskinesie sei nicht erst durch die in der Einsprache nachgereichten Berichte zur Kenntnis gebracht worden, sondern habe schon

bei der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. September 2021 vorgelegen und sei auch in den davor bekannten Berichten aufgeführt worden (S. 2 Ziff. 1). Dementsprechend sei diese nach der klinischen Untersuchung in der kreisärztlichen Untersuchung und in deren Folge durchgeführten Beurteilung miteinbezogen worden (S. 3 oben).

Auch die Frage, ob an der Beurteilung, wonach eine Integritätseinbusse von 15 % vorliege, festgehalten werden könne, bejahte Dr. B.____. Er hielt fest, dass die Schätzung des Integritätsschadens auch unter Kenntnis der neuen Bildgebung und Berichte nicht angepasst werden müsse. Die aufgeführte AC-Gelenkarthrose wäre prinzipiell in den Tabellen der Integritätsentschädigung aufgeführt, sei aber aus oben beschriebenen Gründen nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Eine Dyskinesie der Scapula sei nicht explizit in den Tabellen aufgeführt, die Bewegungseinschränkungen und Beschwerdesymptomatik des Schultergelenkes seien im Integritätsschaden beziehungsweise bei dessen Schätzung vom 26. April 2018 gemäss Tabelle 1.2 aber bedacht worden. Wie bereits in der Beurteilung vom 23. September 2021 ausgeführt worden sei, habe sich die Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes im Vergleich zur Beurteilung vom 25. April 2018 nicht verschlechtert, und auch die nachgereichten Berichte zeigten in der klinischen Untersuchung ähnliche Befunde wie in den beiden kreisärztlichen Untersuchungen vom 25. April 2018 und vom 23. September 2021 (S. 3 Ziff. 2). 4. 4. 1

Dass der Endzustand

spätestens im Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen durch die Beschwerdegegnerin per 30. November 2021 (Urk. 9/354) erreicht war, wird im vorliegenden Verfahren nicht bestritten

und entspricht der Aktenlage. Wie Kreisarzt Dr. B.____ in seinem Untersuchungsbericht vom 24. September 2021 (vorstehend E. 3. 6) aufzeigte, trat auch nach der kreisärztlichen Untersuchung durch

Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, vom April 2018 (Urk. 9/178-179), trotz weiteren Konsultationen bei verschiedenen Spezialisten und intensiv durchgeführten konservativen Therapien keine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik ein. So blieben auch der stationäre Aufenthalt an der Universitätsklinik C.____ im November 2020, welcher vorzeitig abgebrochen wurde, und der vom Beschwerdeführer gewünschte Kuraufenthalt im Kosovo vom 19. April bis 16. Mai 2021 ohne wesentlichen Erfolg (vgl. Urk. 9/279, Urk. 9/288 S. 1,

Urk. 9/309, Urk. 9/316,

Urk. 9/331-332). Auch die von verschiedenen Ärzten durchgeführten Infiltrationsbehandlungen zeigten letztendlich nur kurzfristigen und keinen durchschlagenden Erfolg (vgl. vorstehend E. 3.2).

Der Beschwerdeführer gab sodann gegenüber Dr. B.____ an, dass er keine weiteren Operationen mehr wünschte, zumal die behandelnden Ärzte ihm diesbezüglich keine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik garantieren konnten und teilweise einem operativen Vorgehen auch skeptisch gegenüber standen (Urk. 9/217 S. 2, Urk. 9/288 S. 2, 9/306 S. 2, Urk. 9/321). Nach nicht eindeutiger Infiltrationsdiagnostik hielt schlussendlich auch Prof. D.____ in seinem Bericht vom 14. Juli 2021 fest, dass es bei gemischtem Symptombild sicher so sei, dass keine chirurgische Massnahme dem Patienten eine wesentliche Schmerzverbesserung garantieren könnte (vorstehend E. 3. 5). Auch die

Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung

im Sinne einer Ausbildung des Beschwerdeführers als Busfahrer waren abgeschlossen (Urk. 9/222, Urk. 9/239, Urk. 9/242) . 4. 2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Beurteilung

der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Einschätzung von Kreisarzt Dr. B.____ vom 24. September 2021

(vorstehend E. 3. 6) ab , wonach aufgrund der belastungsabhängigen Beschwerdesymptomatik im rechten Schultergelenk und der Einschränkung der Beweglichkeit nur eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung zumutbar sei, unter Berücksichtigung

der beschriebenen Anforderungen hinsichtlich Heben und Tragen von Lasten sowie den zu vermeidenden

Tätigkeiten . 4. 3

Der kreisärztliche Untersuchungsbericht von Dr. B.____ vom 24. September 2021 (vorstehend E. 3. 6) erfüllt, ergänzt durch seine Stellungnahme vom 7. Juni 2022 (vorstehend E. 3. 7), die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1. 8). So beruht seine Beurteilung auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben. Weiter leuchtet seine Beurteilung in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet.

Die vom Beschwerdeführer gegen die Beurteilung durch Dr. B.____

vorgebrachte Kritik (vorstehend E. 2.2) erweist sich als unbehelflich. Insbesondere nahm Dr. B.____

am

7. Juni 2022 (vorstehend E. 3. 7) ausführlich Stellung zu den nachgereichten Berichten von Prof. D.____ (vorstehend E. 3. 2, E. 3. 4-5) sowie dem Bericht der Radiologie vom 29. Juni 2021, welcher nur wenig Befundwandel im Vergleich zu der Dr. B.____ bekannten Voruntersuchung vom 13. Mai 2020 ergab (vorstehend E. 3.3). Zudem wichen auch die von Prof. D.____

festgestellte Befunde nicht wesentlich von jenen von Dr. B.____ in seinem Untersuchungsbericht vom 24. September 2021 ab.

Hinsichtlich des von Kreisarzt Dr. B.____ formulierten Belastbarkeitsprofils ist anzumerken, dass bereits die Ärzte der Rehaklinik K.____ nach Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. August bis 21. September 2017 in ihrem Austrittsbericht vom 21. September 2017 (Urk. 9/123) eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags für zumutbar erachteten (Urk. 9/123 S. 2).

Nachdem es zwischenzeitlich zu einer Verschlechterung der Situation unter anderem aufgrund einer partiellen

Reruptur der Supraspinatussehne

gekommen war (vgl. Urk. 9/223/2-3 S. 1), hielt ein Kreisarzt Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie, beziehungsweise Dr. med. N.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nach Rückfrage der Beschwerdeführerin am 26. September 2019 beziehungsweise

2. Oktober 2019 fest, dass nicht anzunehmen sei, dass es nach Rückfall-Beendigung zu einer signifikanten Verschlechterung des von Kreisarzt Dr. L.____ im April 2018

formulierten Belastungsprofils (Urk. 9/178 S. 6) kommen werde (Urk. 9/236-237). Immerhin war der Beschwerdeführer auch in der Lage, über die Invalidenversicherung in der Zeit ab 7. Januar 2019 die Ausbildung als Busfahrer Kat. D zu absolvieren, welche er am 25. Oktober 2019 erfolgreich abschloss (Urk. 9/242/2). Prof. D.____ hielt sodann am 30. Juni 2021 (vorstehend E. 3.4) nach am 29. Juni 2021 erfolgter MRI tomographischer Abklärung (vorstehend E. 3.3) fest, dass sich zwar eine ausgedünnte Supraspinatussehne gezeigt habe, welche jedoch an keiner Stelle eine relevante transmurale Re-Rupturkomponente aufgewiesen habe.

Wie Kreisarzt

Dr. B.____ in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2022 darlegte, floss die Schmerzsymptomatik sehr wohl ins Belastungsprofil mit ein, was aus

dessen Formulierung deutlich hervor geht.

Soweit der Beschwerdeführer zudem geltend macht, dass die Auswirkung der Schmerzen auf seine Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei (vorstehend E. 2.2), fällt ins Gewicht, dass solches

weder Thema anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. B.____ selbst (Urk. 9/352 S. 5 f.), noch bei den vielen vorangegangenen ärztlichen Konsultationen war. Sodann absolvierte der Beschwerdeführer die Ausbildung als Busfahrer und war auf dem Beruf tätig (vgl. Urk. 9/256), was gegen wesentliche Konzentrationsstörungen spricht. Nicht wegen Konzentrationsproblemen, sondern wegen der Ausholbewegung am grossen Bussteuerrad, musste die Tätigkeit schlussendlich aufgegeben werden (vgl. vorstehend E. 3.6, Urk. 9/254 S. 1 Mitte).

Ebenso wenig ist die vom Beschwerdeführer angegebene vollständige Funktionsunfähigkeit der rechten Schulter in der medizinischen Aktenlage belegt. Die residuelle Schultersteife wurde sodann im Rahmen der festgehaltenen Bewegungseinschränkungen der Schulter durch Kreisarzt

Dr. B.____ gewürdigt. Die Ausführungen von Prof. D.____ vom 16. Juni 2021 (vorstehend E. 3.3), wonach die rechte Schulter quasi funktionsuntüchtig sei, entsprechen den in der Anamnese wiedergegebenen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und nicht den objektiven Befunden.

Wie aus der Diagnoseliste von Kreisarzt Dr. B.____

und aus seinen anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunden (Urk. 9/352 S. 6 Mitte) hervorgeht,

war ihm auch die Scapuladyskinesie bekannt. Eine solche wurde im Übrigen

bereits im Bericht der BG Unfallklinik G.____ vom Mai 2017 erwähnt (Urk. 9/104 S. 1 Ziff. 5).

Zusammenfassend vermochte der Beschwerdeführer mit seiner Kritik damit keine, auch nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. B. ___ zu erwecken. 4. 4

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung durch Kreisarzt Dr. B. ___ vom 24. September 2021 (vorstehend E. 3. 6), ergänzt durch seine Stellungnahme vom 7. Juni 2022 (vorstehend E. 3. 7), davon auszugehen ist, dass unter Berücksichtigung des Belastungsprofils der rechten Schulter der Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar ist. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Ermittlung des Valideneinkommens von Fr. 77'656.-- im Jahr 2021 von den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin aus (Urk. 9/1, Urk. 9/8 und Urk. 9/196: Fr. 33.31 [Basislohn] + Fr. 2.77 [Anteil 13. Monatslohn] x 2112 [Jahresarbeitsstunden] x

E. 20

% entspricht.

Demnach hat der Beschwerdeführer nach dem unbestrittenen Fallabschluss per 30. November 20

E. 21

Anspruch auf eine Invalidenrente ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 20 % . 6.

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