

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00024 vom 29. Juni 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00024 du 29 juin 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00024 del 29 giugno 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und 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; vgl. BGE 130 V 121).

1.2. 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 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3.

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen.

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 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). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze 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 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

E. 2

2.1 Die SUVA begründete ihren Entscheid unter Verweis auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts V. ___ vom 18. November 2003 (vgl. Urk. 17/124) und die Beurteilung von SUVA-Ärztin Dr. med. D. ___, Fachärztin FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, vom 27. Februar 2004 (vgl. Urk. 17/134) im Wesentlichen damit, dass der Visus des Beschwerdeführers am rechten Auge noch vollständig erhalten sei und er unter keiner psychischen Störung von Krankheitswert leide. Mit der Sehbehinderung am linken Auge könne der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 % mit voller Leistung ausüben. Der weitgehende Visusverlust links rechtfertige bei der Rentenberechnung einen leidensbedingten Abzug von 10 %. Dass eine Wiedereingliederung noch nicht gelungen sei, sei nicht den Versicherungen - insbesondere nicht der SUVA, die dafür gar nicht zuständig sei - anzulasten, habe der Beschwerdeführer doch entsprechende Bemühungen der IV vollumfänglich abgelehnt und diesbezüglich keinerlei Eigeninitiative gezeigt. Im Übrigen wäre es dem Beschwerdeführer aufgrund seiner vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und im Hinblick auf den Rechtsgrundsatz der Schadenminderungspflicht ohnehin zumutbar, selbst eine geeignete Tätigkeit zu suchen (Urk. 2 S. 2 ff.).

Der mit 28 % bemessenen Integritätsentschädigung liege die Schätzung des Integritätsschadens für den Visusverlust links durch Dr. D. ___ zugrunde (Urk. 2 S. 6).

2.2 Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, weder der Visus rechts noch die psychischen Probleme seien genügend untersucht worden. Bevor seine Arbeitsfähigkeit beurteilt werden könne, seien daher noch medizinische Abklärungen erforderlich. Die ausschliesslich gestützt auf die Akten erfolgte Beurteilung von SUVA-Ärztin Dr. D. ___ sei als versicherungsfreundlich zu qualifizieren (Urk. 1).

E. 3

3.1 Beim Unfall vom 7. August 1997 zog sich der Beschwerdeführer an beiden Augen eine Korneaverletzung bei Beteiligung des Randschlingennetzes zu, wobei das

linke Auge stärker verätzt wurde als das rechte. Betreffend das rechte Auge diagnostizierten die Ärzte des Universitätsospitals Z. ____, die den Beschwerdeführer noch am Unfalltag operierten, eine Quadrantenerosio inferiotemporal, betreffend das linke eine Totalerosio mit freiliegender Bowmann-Membran. Zudem bestehe - links stärker als rechts - eine Bindehautchemose. Während der Hospitalisation, die bis am 20. August 1997 dauerte, sei eine komplette Epithelialisierung der Hornhaut rechts eingetreten. Bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht Augenklinik Universitätsospital Z. ____ vom 20. August 1997, Urk. 17/2).

3.2 Wegen zunehmender Chemose und Hornhauttrübung links wurde der Beschwerdeführer am 6. Oktober 1997 erneut notfallmässig im Universitätsospital Z. ____ hospitalisiert. Am 7. Oktober 1997 wurden operativ eine Revision, das Lösen der Symblepharonstränge und eine Bindehautplastik links durchgeführt (Urk. 17/3, Urk. 17/4).

3.3 Anlässlich einer weiteren Operation am 8. Januar 1998 wurde am linken Auge nochmals eine Sklera- und Bindehautrevision durchgeführt sowie eine Limbustransplantation von einem Fremdspender vorgenommen (Operationsbericht Universitätsospital Z. ____ vom 8. Januar 1998, Urk. 17/7).

3.4 Am 2. Februar 1999 hielt Dr. med. E. ____, Augenklinik Universitätsospital Z. ____, fest, die Erosio am linken Auge sei nie vollständig zugeheilt. Der Visus betrage links cc 0.05 und rechts cc 1.0. Der Patient sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 17/19).

3.5 Nachdem im März 1999 eine Tarsorrhaphie durchgeführt worden war, wurde dem Beschwerdeführer ab dem 23. Juni 1999 in Berufen, welche kein stereoskopisches Sehen voraussetzten und in staubarmer Umgebung ausgeführt würden, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Arztzeugnis Augenklinik Universitätsospital Z. ____ vom 1. Juli 1999, Urk. 17/25).

3.6 Prof. Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Ophthalmologie, gab in seinem Schreiben vom 22. September 1999 an, das rechte Auge sei, wie bereits ein Jahr zuvor, mit einer Sehschwäche (unkorrigiert) von 90 % intakt. Der Patient müsse einer beruflichen Tätigkeit nachgehen, bei welcher er wenig exponiert sei. Als Einziger sei er auf dem Bau nicht einsetzbar, dagegen könnten ihm jegliche Büro- oder Handlangerarbeiten ohne starke Staub- oder Fremdkörperrisiken zugemutet werden. Der Patient mache einen recht antriebslosen Eindruck; die unfallbedingte Arbeitslosigkeit habe er nicht dazu genutzt, sich besser zu integrieren oder auch nur etwas Deutsch zu lernen. Als Folge des Unfalls verbleibe ein Verlust der Funktion des linken Auges (Urk. 17/27).

3.7 Am 6. Oktober 1999 wurde der Beschwerdeführer im Universitätsospital Z. ____ am linken Auge erneut operiert, wobei eine Tarsorrhaphie-Eröffnung, eine lamellierende Keratoplastik und eine Tarsorrhaphie vorgenommen wurden (Operationsbericht vom 6. Oktober 1999, Urk. 17/28).

3.8 SUVA-Arztin Dr. D. ____ hielt am 13. Oktober 1999 fest, der Beschwerdeführer müsse dringend auf einen staubfreien Beruf, der kein erhobenes stereoskopisches Sehen erfordere, umgeschult werden. In einer geeigneten Tätigkeit sei der Patient zu 100 % einsatzfähig, mit einer möglichen Leistungseinbusse von 10 - 20, terminiert auf ein bis zwei Jahre, wie sie bei Monokelsituationen üblich sei (Urk. 17/52).

3.9. Dr. med. von B., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, gab in seinem Zwischenbericht vom 22. August 2000 an, es bestehe ein konjunktivaler Reizzustand; subjektiv empfinde der Patient den Visus als schlecht und Lichteinfall als störend. Der Patient sei stark beeinträchtigt (Urk. 17/44).

3.10. Dr. med. G., Augenklinik Universitätsspital Z., schrieb im Zwischenbericht vom 24. August 2000, die SUVA solle dafür sorgen, dass dem Patienten eine geeignete Arbeit zugewiesen werde. Zumutbar seien alle Arbeiten, die kein Stereosehen erforderten und bei denen das eingeschränkte Gesichtsfeld des Patienten nicht von Nachteil sei (Urk. 17/46).

3.11. Im Arzteugnis vom 18. Oktober 2000 gab Dr. med. H., Assistenzarzt Augenklinik Universitätsspital Z., an, der Patient sei subjektiv durch Tränenfluss, Augenkratzen sowie in den Hinterkopf ausstrahlende Schmerzen stark gestört. Bei entsprechender Arbeit sei er aus ophthalmologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Zur Zeit beständen wesentliche psychische Probleme, welche einer Therapie bedürften (Urk. 17/54).

3.12. Im Auftrag der SVA des Kantons Zürich, IV-Stelle, erstellte Dr. med. I., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nachdem er den Beschwerdeführer am 13. und 27. September 2000 untersucht hatte, am 21. November 2000 ein Gutachten (Urk. 17/116). Darin hielt er im Wesentlichen fest, nach der Augenverletzung sei es - bei einer wahrscheinlich labilen und weichen Persönlichkeitsstruktur - zu einer ungünstigen psychogenen beziehungsweise entwicklungsbedingten Reaktion gekommen, die aktuell in der prädominierenden, fast phobisch anmutenden Angst gipfelt, die Sehkraft des anderen Auges zu verlieren, wenn irgendeine Tätigkeit ausüben müsste (Urk. 17/116 S. 17).

Während der ersten sechs bis acht Wochen nach dem traumatischen Ereignis könne von einer Anpassungsstörung (ICD-10:F43.2) ausgegangen werden. Nehme man noch eine länger dauernde depressiv gefärbte Reaktion an, könne auch mit F43.21 signiert werden. Der weitere Verlauf sei vorwiegend geprägt gewesen durch zunehmend hypochondrisch-klagsame sowie deutlich infantiloid-regressive Verhaltensweisen des Beschwerdeführers, dem es psychisch progressiv schlechter gehe. Dessen gesamte psychischen Energien seien blockiert beziehungsweise auf sein Augenleiden hin ausgerichtet. Zweifelsohne liege ein erheblich dysfunktionales psychosoziales Umfeld vor. Mit einer massiv aggravierenden Leidensausgestaltung von ostentativ-appellativem Charakter strukturierte der kindlich-hilflose und völlig verzweifelte Beschwerdeführer quasi seine ganze Umgebung neu um sich herum. Wahrscheinlich mobilisierte er mit seinen infantil-regressiven Verhaltensweisen nicht nur Helferwillen, sondern auch Ablehnung und Unverständnis, worauf er dann wiederum gekränkt reagiere, was konsekutiv zu einer stetigen Symptomverstärkung führen dürfte (Urk. 17/116 S. 17 f.).

Bei der Begutachtung sei eine Begehrhaltung des sich benachteiligt fühlenden Beschwerdeführers deutlich geworden. Die Zusprechung einer Rente auf unbestimmte Zeit würde dessen Zustand resignativer Inaktivität noch fördern. Indem er die Gelegenheit zur Psychotherapie nur ungenügend wahrnehme, komme der Beschwerdeführer seiner Pflicht zur Schadensminderung nicht nach. Sobald als möglich sollte eine intensive Berufsberatung, allenfalls gefolgt von beruflichen

Massnahmen, eingeleitet werden. Für eine eigentliche Umschulung in einen anderen Beruf werde das Intelligenzspektrum des Beschwerdeführers kaum ausreichen. Fraglich sei auch, ob dieser je in der Lage sein werde, ordentlich deutsch zu sprechen. Eine einfache manuelle Tätigkeit (Sortieren, Einpacken, Ablegen, Beaufsichtigen, Kontrollieren) wäre ihm gleichwohl ab sofort zu 100 % zumutbar. In Frage käme allenfalls eine schrittweise Wiedereingliederung über eine geschätzte Werkstatt. Alternativ könnte auch eine Abklärung im Appisberg erwogen werden. Letztlich hängt die Prognose bezüglich Wiedererreichen der vollen Arbeitsfähigkeit weitestgehend von der Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers ab (Urk. 17/116 S. 18 ff.).

3.13 Dr. med. J. ____, Facharzt FMH für Augenkrankheiten, Schwerpunkt Ophthalmochirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 22. November 2000. Während links keine Besserung der Sehschärfe möglich gewesen sei, habe der unkorrigierte Visus rechts von 0.4 mit Korrektur eines leicht myopen Astigmatismus 0.5 und mit zusätzlicher stenopischer Linse gar 0.7 erreicht. Ein hoher Anteil an negativen Fangfragen habe die schlechte Kooperation und Motivation respektive die Antriebslosigkeit des Patienten gezeigt. Auf dem linken Auge sei dieser sozial blind. Die abnorme und erhebliche Blendeempfindlichkeit (Photophobie) sei nicht erklärbar und bedürfe einer psychiatrischen Abklärung (vgl. Schreiben vom 23. November 2000, Urk. 17/55).

3.14 In seinem Bericht vom 10. April 2001 hielt Dr. med. K. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, beim Patienten, der seit dem 4. September 2000 bei ihm in Behandlung stehe, sei mittlerweile das klinische Vollbild einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom feststellbar (Urk. 17/69 S. 2). Trotz der psychischen und physischen Hindernisse sei eine soziale Reintegration, verbunden mit einer leichten - zunächst im Teilzeitpensum ausübten - Tätigkeit, empfehlens- und anstrebenswert (Urk. 17/69 S. 3).

3.15 Am 19. Dezember 2001 gab Dr. K. ____, an, seit Behandlungsbeginn seien beim Beschwerdeführer lediglich leichte Fortschritte zu verzeichnen. Die psychotherapeutischen Bemühungen seien mittlerweile in eine Sackgasse geraten. Er schlage vor, die psychotherapeutische Behandlung vorläufig einzustellen und die weiteren Bemühungen auf eine soziale Reintegration zu konzentrieren (Urk. 17/89).

3.16 Eine Abklärung bei der X. ____, vom 10. September 2002 ergab auf dem rechten Auge einen Fernvisus von 0.02 bis 0.05. Bei der Sehschärfenprüfung des Nahvisus rechts habe der Beschwerdeführer einzelne Buchstaben bei 35facher Vergrößerung richtig benannt. Beim Trefftest habe er sich auffallend ungeschickt verhalten. Es stelle sich die Frage, inwieweit die Empfindung der zunehmenden Sehbehinderung von einer Depression überlagert werde (Urk. 17/94).

3.17 Nach einem Aufenthalt in der Abklärungs- und Ausbildungsstätte W. ____, vom 19. August 2002 bis 28. August 2002 wurde im Kurzbericht vom 30. September 2002 festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich als nicht arbeitsfähig präsentiert. Zunächst sei abzuklären, inwieweit dessen Visusschwäche rechts augenärztlich erklärt werden könne. Im Weiteren müsse eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung erfolgen. Der Beschwerdeführer habe sich derart teilnahmslos und in seiner Krankenrolle gefangen gezeigt, dass jegliche berufliche Bemühungen zum Scheitern verurteilt erschienen (Urk. 17/95 S. 3 f.).

3.18Â Â Dr. med. M.____, AssistenzÄrztin Augenklinik UniversitÄtsspital Z.____, hielt in ihrem Schreiben vom 5. November 2002 fest, der Patient gebe an, rechts schlecht zu sehen, verhalte sich diesbezüglich aber auffällig. Da der ophthalmologische Befund unauffällig sei, sei eine zusätzliche neurologische Abklärung angezeigt (Urk. 17/116).

3.19Â Â Aus dem Bericht der Augenklinik des UniversitÄtsspitals Z.____ vom 14. Januar 2003 geht hervor, dass beim psychisch auffälligen Patienten betreffend das rechte Auge seit dem Jahr 2000 eine unklare Visusminderung bestehe. Diesbezüglich werde der Patient zur visuell evozierten Potenzial-Untersuchung angemeldet. Aus ophthalmologischer Sicht sei bezüglich des linken Auges die TÄtigkeit als Bauarbeiter nicht mehr möglich. Dagegen seien alle anderen Arbeiten, welche kein dreidimensionales Sehen erforderten, rein theoretisch möglich. Aufgrund des angegebenen Visus rechts von 0.2 bei unklarer Aetiologie sei dem Patienten im Moment keine ArbeitstÄtigkeit zumutbar (Urk. 17/104).

3.20Â Â Am 7. Februar 2003 erfolgte eine Ableitung der visuell evozierten Potentiale (VEP) am rechten Auge des Beschwerdeführers. PD Dr. med. L.____, Augenklinik UniversitÄtsspital Z.____, hielt in seinem Bericht vom 7. Februar 2003 (Urk. 17/107) im Wesentlichen fest, der Patient mache einen psychisch hochgradig veränderten Eindruck. Es bestehe Verdacht auf eine Aggravation und auf eine Torpedierung der Untersuchungsbeurteilungen. Nach dem Versuch, ein einigermaßen reguläres und die tatsächliche Situation repräsentierendes VEP abzuleiten, bleibe ungewiss, ob der Patient bewusst oder unbewusst die Antwortqualität während der Registration pervertiert habe oder ob tatsächlich eine organische Läsion vorliege. Da der Beschwerdeführer praktisch zu keinem Zeitpunkt entspannt und ruhig zum Stimulationsschirm geblickt habe, seien die VEP-Antworten kaum verwertbar. Eine alternative elektrophysiologische Technik zur Untersuchung falle ausser Betracht, da dazu eine noch wesentlich bessere Mitarbeit des Patienten als beim VEP erforderlich wäre.

3.21Â Â Dr. M.____ hielt im Bericht vom 20. Februar 2003 fest, es sei nicht möglich, aufgrund der vorhandenen Akten und der Untersuchungsbefunde den vom Patienten subjektiv angegebenen Visus rechts von 0.2 auf ein rein ophthalmologisches Geschehen zurückzuführen. Eine Möglichkeit, die Funktion des Auges zu objektivieren, gebe es nicht. Die Problematik sei eher im Rahmen der psychisch-neurologischen Gesamtsituation des Patienten zu sehen (Urk. 17/109).

3.22Â Â SUVA-Ärztin Dr. D.____ gab in ihrer Beurteilung vom 14. März 2003 an, bezüglich des rechten Auges aggraviere der Beschwerdeführer mit Sicherheit. Es sei von einer Monokelsituation mit brauchbarem Visus am verbliebenen rechten Auge auszugehen. Aus rein ophthalmologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer geeigneten TÄtigkeit, beispielsweise als Magaziner, mit 100%iger Anwesenheit bei 100%iger Leistung arbeitsfähig (Urk. 17/112).

3.23Â Â Am 23. September 2003 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle des Kantons Zürich von den Ärzten des Begutachtungsinstituts V.____ internistisch, ophthalmologisch und psychiatrisch untersucht und begutachtet. Alle drei Gutachter wiesen auf ein auffälliges Verhalten des Exploranden betreffend sein rechtes Auge hin (vgl. Urk. 17/124 S. 8 f., S. 10, S. 11 ff.). Der begutachtende Ophthalmologe gelangte zum Schluss, dass der subjektiv angegebene Fern- und Nahvisus des unverletzten rechten Auges von 0.1 nicht glaubhaft sei. Aufgrund des objektiven klinischen Befundes müsse weiterhin ein

voller Visus rechts vorliegen, sofern nicht neu ein zerebraler Schaden in der Sehbahn aufgetreten sei (17/124 S. 9 f.). Der begutachtende Psychiater diagnostizierte einen Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Aus psychiatrischer Sicht könne keine Störung von Krankheitswert mehr angenommen werden, auch wenn eine hintergründige massive Fehlverarbeitung vorliege, wobei hypochondrische Züge, möglicherweise auch eine bewusste Aggravation anzunehmen seien. Solange der Explorand sich nicht aktiv an einer Besserung seines Zustandes beteilige, werde eine solche wohl auch nicht eintreten (Urk. 17/124 S. 10 ff.).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Betreffend die Arbeitsfähigkeit gelangten die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus ophthalmologischer Sicht aufgrund des massiv eingeschränkten Visus am linken Auge keine Tätigkeiten zumutbar seien, die ein Stereosehen erforderten. Bezüglich des rechten Auges hätten eine Fülle von Diskrepanzen objektiv festgestellt werden können, die mit dem vom Exploranden angegebenen Visus von 0.1 nicht in Übereinstimmung zu bringen seien. Im unbeobachteten Verhalten habe der Beschwerdeführer zum Ausdruck gegeben, dass seine Sehfähigkeit - entsprechend den objektivierbaren Befunden - am rechten Auge nicht relevant eingeschränkt sei. Es liessen sich auch nach gründlichen Untersuchungen weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht Gründe finden, die gegen die Zumutbarkeit einer einäugig durchführbaren Tätigkeit, wie beispielsweise auch diejenige als Bauarbeiter, ganzjährig und ohne Leistungseinschränkung sprechen würden. Diese Arbeitsfähigkeit könne dem Beschwerdeführer schon seit einiger Zeit attestiert werden (Urk. 17/124 S. 13 ff.).

3.24 ^ ^ In ihrer Beurteilung vom 27. Februar 2004 ging SUVA-Ärztin Dr. D. ___ ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (Urk. 17/134).

3.25 ^ ^ PD Dr. med. C. ___, Leitender Arzt Augenklinik Kantonsspital Y. ___, stellte in seiner Beurteilung vom 3. Februar 2005 ein auffälliges Verhalten des Beschwerdeführers in Kombination mit einer groben Diskrepanz zwischen Fingerperimetrie und Goldmann-Gesichtsfelduntersuchung bei normaler Morphologie des Vordersegments sowie des Fundus fest. Mit dem Vorhandensein einer Amblyopie sei nicht zu rechnen. Ein MRI sei vorliegend nicht sinnvoll; ein ERG würde wahrscheinlich eine normale Netzhautfunktion bestätigen. Der Patient leide möglicherweise unter einer Depression beziehungsweise an einem nicht verarbeiteten Trauma (Urk. 10).

E. 4

4.1 ^ ^ ^ ^ Die abschliessende Beurteilung des unfallkausalen Gesundheitsschadens durch die Gutachter des Begutachtungsinstituts V. ___, auf die sich die SUVA stützt, leuchtet ohne weiteres ein, beruht auf eingehenden internistischen, ophthalmologischen und psychiatrischen Untersuchungen und erfolgte unter Berücksichtigung sowohl der medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 17/124 S. 3 ff.) als auch der geklagten Beschwerden (Urk. 17/124 S. 7 und S. 10 f.). Da die festgestellte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zudem nachvollziehbar begründet ist (vgl. Urk. 17/124 S. 13 f.), kann grundsätzlich auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

4.2 ^ ^ ^ ^ Wenn die Gutachter bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit - trotz der gegenteiligen Angaben des Beschwerdeführers - davon ausgingen, dass dessen Visus am

rechten Auge nicht beeinträchtigt sei, so stimmen sie in dieser Einschätzung mit den weiteren Ärzten überein. Die diversen Untersuchungen beziehungsweise Abklärungen der andern Ärzte hatten denn auch für die vom Beschwerdeführer geklagte zunehmende Verschlechterung des Visus rechts, der unbestrittenemassen nach dem Unfall vorerst wieder intakt war (vgl. Urk. 17/24, Urk. 17/27), keine somatische Ursache ergeben. Vielmehr wurde die subjektiv empfundene zunehmende Sehbehinderung sowohl von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V. ___ als auch von den weiteren Ärzten in Zusammenhang mit einer psychischen Störung beziehungsweise einer Aggravation gebracht (vgl. Schreiben Dr. J. ___ vom 23. November 2000, Urk. 17/55, Gutachten Dr. I. ___ vom 21. November 2000, Urk. 17/116, Schreiben Dr. M. ___ vom 5. November 2002, Urk. 17/116, Bericht Universitätsspital Z. ___ vom 14. Januar 2003, Urk. 17/104, Bericht Dr. L. ___ vom 7. Februar 2003, Urk. 17/107, Bericht Dr. M. ___ vom 20. Februar 2003, Urk. 17/109, Beurteilung SUVA-Ärztin Dr. D. ___ vom 14. März 2003, Urk. 17/112). Selbst im Abklärungsbericht der X. ___ vom 10. September 2002 wurde auf ein auffallend ungeschicktes Verhalten des Beschwerdeführers hingewiesen und die Vermutung einer Depression geäussert (vgl. Urk. 17/94). Dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der medizinischen Abklärungen "nicht richtig" verhalten habe, gestand im Übrigen auch dessen Rechtsvertreterin ein (vgl. Urk. 1 S. 2).

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 2) kann aufgrund der zitierten medizinischen Akten davon ausgegangen werden, dass der Visus rechts genügend abgeklärt wurde. Für weitere Untersuchungen spricht sich auch nicht der nachgereichte Bericht von Dr. C. ___ vom 3. Februar 2005 (Urk. 10) aus. Dieser Arzt hielt weder ein MRI noch ein ERG als sinnvoll. Vielmehr wies auch Dr. C. ___ auf das auffällige Verhalten des Patienten hin und vermutete eine psychische Störung. Dr. L. ___ hatte in seinem Bericht vom 7. Februar 2003 (17/107) ebenfalls angegeben, eine Untersuchung mittels einer alternativen elektrophysiologischen Technik falle ausser Betracht, da diese eine noch wesentlich bessere Kooperation des Beschwerdeführers als das VEP - bezüglich dessen er vermutlich die Untersuchungsbedingungen torpediert habe - erforderten.

Aufgrund des Gesagten sind von weiteren Untersuchungen keine neuen Ergebnisse mehr betreffend den Visus rechts zu erwarten. Dies umso weniger, als der Beschwerdeführer selber solche Untersuchungen offensichtlich bis anhin gar nicht wollte beziehungsweise sich anlässlich der bereits erfolgten Abklärungen durchwegs ausgesprochen unmotiviert respektive unkooperativ und verhaltensauffällig zeigte. Bestände betreffend das rechte Auge tatsächlich eine Sehbehinderung, wäre dieses Verhalten absolut nicht nachvollziehbar, läge es doch einzig im Interesse des Beschwerdeführers, eine allfällige Visusreduktion rechts klar feststellen zu lassen. Es ist demnach mit den Gutachtern und sämtlichen anderen Ärzten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen; vgl. 130 III 324 f. Erw. 3.2 und 3.3) rechts unter keiner visuellen Beeinträchtigung leidet, die sich auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirken würde.

Mit der Beschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf Tätigkeiten, welche nicht auf ungesicherten Gerüsten, über Schulterhöhe, auf unebenem Boden, an gefährlichen Maschinen oder unter Tempovorgabe ausgeführt werden und welche kein Stereosehen erfordern (vgl. Beurteilung SUVA-Ärztin Dr. D. ___

vom 27. Februar 2004, Urk. 17/134), wurde der unfallbedingten physischen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers angemessen Rechnung getragen.

4.3. Zu prägen bleibt, inwiefern die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch eine psychische Störung beeinträchtigt wird.

Nicht nur die Gutachter des Begutachtungsinstituts V.____ erkannten der von ihnen diagnostizierten hintergründigen massiven Fehlverarbeitung keinen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Krankheitswert mehr zu (Urk. 17/129 S. 12 f.), sondern auch Dr. I.____ respektive Dr. K.____, die immerhin noch eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert hatten, attestierten aus psychischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. Gutachten Dr. I.____ vom 21. November 2000, Urk. 17/116, und Bericht Dr. K.____ vom 10. April 2001 Urk. 17/69).

Dass beim Beschwerdeführer aus psychischer Sicht "etwas nicht mehr in Ordnung ist" (vgl. Urk. 1 S. 3), ist unbestritten und geht aus fast sämtlichen Arztberichten ab Ende des Jahres 2000 hervor. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers trifft es insbesondere nicht zu, dass der Psychiater des Begutachtungsinstituts V.____ diesbezüglich eine andere Ansicht vertrat, zog dieser doch wegen der festgestellten psychischen Fehlverarbeitung gar eine Psychotherapie in Betracht (Urk. 17/124 S. 13). Allerdings vermag diese psychische Störung, wie bereits dargelegt, gemäss den beurteilenden Ärzten keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Von weiteren diesbezüglichen Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 3) ist kein anderes Resultat zu erwarten.

Dass zwischen der Begutachtung durch die Ärzte des Begutachtungsinstituts V.____ am 23. September 2003 und dem Erlass des Einspracheentscheides vom 19. Oktober 2004 eine Verschlechterung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers, welche sich einschränkend auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirken würde, eingetreten sei, wurde nicht behauptet und lässt sich auch nicht aus den seither ergangenen Arztberichten schliessen. Im Übrigen ist diesbezüglich anzumerken, dass der Beschwerdeführer es sich selbst beziehungsweise seiner immer wieder erwähnten mangelnden Motivation respektive Kooperationsbereitschaft zuzuschreiben hat, dass die begonnene Psychotherapie bei Dr. K.____ nicht weitergeführt und die Initiierung einer weiteren Therapie nicht für sinnvoll gehalten wurde.

Es ergibt sich, dass gestützt auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts V.____ vom 18. November 2003 (Urk. 17/124) auch aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen ist.

4.4. Was die vom Beschwerdeführer unter Verweis (Urk. 1 S. 1) auf die Einsprache vom 27. Mai 2004 (Urk. 17/151) beantragten beruflichen Massnahmen betrifft, hat die SUVA im Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2004 (Urk. 2) zu Recht darauf hingewiesen, dass dafür die IV zuständig wäre. Dass deren entsprechende Bemühungen - nicht zuletzt wegen des Verhaltens des Beschwerdeführers - scheiterten, ist aktenkundig (vgl. Urk. 17/22, Urk. 17/61, Urk. 17/72, Urk. 17/95, Urk. 17/99).

4.5. Aufgrund des Gesagten hat sich die SUVA bei der Ermittlung der Invalidenrente zu Recht auf die ausschliesslich den somatischen Unfallfolgen Rechnung tragende Zumutbarkeitsbeurteilung der Ärzte des Begutachtungsinstituts V. (Urk. 17/124 S. 14 f.) beziehungsweise von SUVA-Ärztin Dr. D. (Urk. 17/134) abgestützt. Entsprechend ging sie davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer der eingeschränkten Sehfähigkeit angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 52'590.-- erzielen könnte (vgl. Urk. 17/139, Urk. 17/144 S. 2). Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 61'031.--, das auf Angaben der Arbeitgeberin beruht (vgl. Urk. 17/136), ermittelte sie eine Erwerbseinbusse von rund 14 % (Urk. 17/144 S. 2).

Dieses Vorgehen blieb unbeanstandet. Praxisgemäss (vgl. BGE 129 V 408) stellte die SUVA bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf den in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2002 (LSE) für Männer des Anforderungsprofils 4 bei 40-Stundenwoche in Tabelle 1 erhobenen Zentralwert von Fr. 4'557.-- ab. Die SUVA ging von einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden und von einer Teuerung von 1,5 % für das Jahr 2003 beziehungsweise von 1 % für das Jahr 2004 aus und liess damit unberücksichtigt, dass der Nominallohnindex nach Geschlechtern zu differenzieren ist (vgl. BGE 129 V 410 Erw. 3.1.2). Dass die Erhöhung der Männerlöhne von 1933 Indexpunkten im Jahr 2002 auf 1975 Indexpunkte im Jahr 2004 unter Berücksichtigung der im Jahr 2004 betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden (vgl. Die Volkswirtschaft, Ausgabe 3-2006, Tabellen B 9.2, B 10.2) zu einem Jahreseinkommen von Fr. 58'107.05 führt und daher das Invalideneinkommen - nach Vornahme des von der SUVA korrekterweise wegen der physischen Einschränkung mit 10 % bemessenen leidensbedingten Abzuges - auf Fr. 52'296.-- zu korrigieren ist, ändert im Ergebnis nichts am Invaliditätsgrad von rund 14 %.

4.3. Zu prüfen bleibt die Höhe der von der SUVA zugesprochenen Integritätsentschädigung.

Der Beschwerdeführer hat am linken Auge unfallbedingt eine Visusreduktion erlitten, wobei der Restvisus unkorrigiert (vgl. BGE 115 V 147) 0.05 beträgt (Urk. 17/19). Nach SUVA-Tabelle 11.2 ergibt ein Visuswert von 0.1 einen Integritätsschaden von 25 % und eine vollständige einseitige Erblindung einen Integritätsschaden von 30 %. Aufgrund des Gesagten erscheint die Festsetzung der Integritätsentschädigung durch die SUVA auf 28 % als angemessen (vgl. auch 'Die Beurteilung von Augenschäden im Rahmen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)', SUVA-Publikation, 1. Aufl., März 1994, Ziff. 858).

Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2004 (Urk. 2) weder betreffend Höhe der zugesprochenen Invalidenrente noch betreffend Höhe der Integritätsentschädigung zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Regula Schwaller
- Rechtsanwalt Mathias Birrer
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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