

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00278

vom 22. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00278

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00278 du 22 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00278 del 22 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, arbeitete seit 1987 bei der Y.____, Bauunternehmung, als Bauarbeiter und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 25. Mai 2007 stürzte er beim Richten von Schalungen von einer Leiter, die auf einem Treppenpodest stand und ins Drehen kam, und schlug mit dem Knie auf die Treppenkante (Urk. 11/1; vgl. auch Urk. 11/122 S. 2). Dabei zog er sich eine laterale Tibiaplateau-Spalt-Impressionsfraktur rechts zu, die an der chirurgischen Klinik des Spitals G.____ mit Osteosynthese und Tibiakopfunterfütterung mit Norian versorgt wurde (Urk. 11/4). Vom 12. September bis 24. Oktober 2007 hielt sich der Versicherte in der Rehabilitationsklinik (Rehaklinik) Z.____ auf, wo radiologisch eine in komplette Konsolidierung mit Defekt der Gelenkfläche lateral festgestellt wurde, weshalb er zur weiteren Beurteilung an das Spital A.____ überwiesen wurde (Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ vom 25. Oktober 2007, Urk. 11/30).

Nach weiteren konsiliarischen Untersuchungen in der Klinik B.____, wo eine Malunion und partielle Pseudarthrose des lateralen Tibiaplateaus diagnostiziert wurden (Urk. 11/52), führten die dortigen Kniechirurgen am 2. Juni 2008 eine Osteosynthesematerialentfernung und Rekonstruktion des lateralen Tibiaplateaus mit osteochondralem

Allograft durch (Urk. 11/59). Nach anfänglich zeitgerechtem postoperativem Verlauf (vgl. kreisärztliche Untersuchung vom 5. September 2008, Urk. 11/75, sowie Verlaufsbericht der Klinik B.____ vom

E. 1.1

Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, das interdisziplinäre Gutachten des Zentrums F.____ vom 7. Januar 2013 sei widersprüchlich und könne daher nicht Grundlage für die Beurteilung der dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitsfähigkeit sein. Im Weiteren seien die psychischen Gesundheitsstörungen als adäquat kausal zu den beiden Vorfällen vom 25. Mai 2007 und 10. Oktober 2009 zu betrachten. Diese seien als Unfälle mittelschwerer Art an der Grenze zu einem schweren Unfall zu werten und mindestens vier der von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Kriterien (Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) seien erfüllt. Aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung sowie der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sei er zusätzlich und vollständig erwerbsunfähig.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer Entscheidung hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit auf die in der Rehaklinik Z.____ fest gehaltene Beurteilung und die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 28. Mai 2013 und erachtet weder die im F.____ -Gutachten noch die von der behandelnden Psychiaterin gestellten psychiatrischen Diagnosen als überzeugend.

Insbesondere hält sie die Einschränkungen durch zumutbare Willensanstrengung als überwindbar und verneint damit eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen. Darüber hinaus erachtet sie die psychisch bedingten Beeinträchtigungen als nicht adäquat unfallkausal. Sie qualifizierte die Unfälle als höchstens mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, und verneinte mit Ausnahme der Kriterien „schwieriger Heilungsverlauf“ (in Bezug auf beide Unfälle)

und „langandauernde physische Arbeitsunfähigkeit“ (in Bezug auf den ersten Unfall) das Vorliegen weiterer Voraussetzungen für die Bejahung der Adäquanz (vgl. auch Urk. 9). 2.

Die Rechtsgrundlagen für die Beurteilung der Streitsache sind im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargelegt. Es betrifft dies die Bestimmungen zum Rentenanspruch (Art. 18 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]), dem Begriff der Invalidität (Art.

E. 3

Hiergegen erhob X.____ am 18. November 2013 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Rente im Umfang von 80 % des versicherten Verdienstes auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2014 Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer angezeigt wurde (Urk. 12).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere Rente der Unfallversicherung hat.

E. 3.1

Im Austrittsbericht der Klinik Z.____ vom 13. Februar 2013 (Urk. 11/252) wurde festgehalten, knapp neun Monate nach Implantation einer Knie totalendoprothese bestünden aktuell ruhe-, bewegungs- und belastungsverstärkte Schmerzen am rechten Knie. Bei Eintritt habe sich das rechte Knie nicht geschwollen und ohne Erguss gezeigt. Beim orthopädischen Konsilium im Hause habe sich ein erhebliches Streckdefizit ergeben und es sei ein muskuläres Aufbautraining empfohlen sowie die Behandlung der Osteoporose eingeleitet worden. Im Rahmen des orthopädischen Konsiliums seien auch Röntgenaufnahmen der HWS sowie des Unterschenkels und der Brustwirbelsäule durchgeführt worden. Aus medizinisch-rehabilitativer Sicht lasse sich das Ausmass der geklagten Beschwerden mit den objektivierbaren pathologischen Befunden und der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Eine tragende Rolle bei den Beschwerden dürfte das

erhebliche Übergewicht spielen. Hinzu kämen muskuläre Dysbalancen bei Kraftdefizit der Kniegelenk-stabilisierenden Muskulatur. Dennoch sollte der Beschwerdeführer neun Monate nach Implantation der Knie-Total endoprothese in der Lage sein, ohne Hilfsmittel zu gehen. Dies habe sich auch vorübergehend im Verlauf des Aufenthaltes gezeigt (Der Beschwerdeführer konnte sich allmählich von den Gehstützen lösen und war für einige Tage hilfsmittelfrei mobil) . Leider habe der Beschwerdeführer die Klinik wieder unter ständiger Zuhilfenahme der Gehstützen verlassen. Die vormals ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit sei ganztags zumutbar mit folgenden speziellen, unfallkausalen Anforderungen bzw. Einschränkungen: Wechselbelastend (im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen), ohne Gehen auf unebenem Boden, ohne Tätigkeiten in Zwangspositionen für das rechte Knie, ohne Ersteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Vibrationsbelastungen für das rechte Knie. Aus psychiatrischer Sicht wurde bei der Diagnose abgeklungene posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), aktuell minimale depressive Symptomatik ,

festgestellt, dass aktuell eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung bestehe . Der Beschwerdeführer berichte, dass er die von seiner Psychiaterin abgegebenen Medikamente nicht einnehme. Bisher hätten einmal monatlich Gespräche stattgefunden.

E. 3.2

Kreisarzt Prof . E.____ verweist in seinem Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 28. Mai 2013 (Urk. 11/269) auf den Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ vom 13. Februar 2013 und führt ergänzend aus, es finde sich eindeutig ein rechtshinkender Barfußgang mit sicheren Umwendbewegungen . Der Einbein stand sei rechts nicht durchführbar aufgrund des Unsicherheitsgefühls, links kurzzeitig demonstrierbar. Zehenstand und Fersengang seien rechts nur mit Mühe und kurzzeitig demonstrierbar. Die Hocke könne etwa zur Hälfte eingenommen werden , das Aufrichten geschehe unter komplettem Abstützen des Oberkörpergewichtes mit dem linken Arm an der Stuhllehne. Auch bei tiefer Palpation lasse sich keine Druckdolenz im Bereich des Kniegelenkes nachweisen. Die Bandführung medial und lateral sei stabil. Bei Status nach Knie-Total endoprothesen-Implantation rechts verblieben ruhe-, bewegungs- und belastungs verstärkte Schmerzen im rechten Kniegelenk mit leicht eingeschränkter Kniegelenksbeweglichkeit. Des Weiteren bestünden intermittierende Schmerzen am rechten Unterschenkel und es finde sich eine dauerhafte Zuhilfenahme von zwei Unterarmgehstützen mit nur kurzen Strecken, die ohne Hilfsmittel zurück gelegt werden könnten. Mit diesem Zustand (belastungsabhängige Beschwerden und Gangunsicherheit) seien dem Beschwerdeführer leichte körperliche Tätigkeiten ganztags zumutbar. Diese seien überwiegend sitzend zu absolvieren. Gehstrecken länger als 200 bis 300 m seien eindeutig nicht zumutbar.

E. 3.3

Das von der IV-Stelle Aarau eingeholte bidisziplinäre Gutachten des Zentrums F.____ vom 7. Januar 2013 – auf welches die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid nicht abstellte – hält in der Konsensbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/155 = Urk. 3/5): - Schmerzpersistenz bei Status nach zementierter Knie totalprothese rechts ohne Patellarückflächenersatz (05/2012) und Zustand nach dreifacher V oroperation mit leichter Patella

Baja ; - Rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode, bestehend seit etwa Oktober 2009 (ICD-Nr.: F43.21); - Zustand nach Anpassungsstörung

mit längerer depressiver Reaktion, bestehend von etwa Juli 2008 bis September 2009 (ICD-Nr.: F43.21); - Posttraumatische Belastungsstörung, bestehend seit etwa Oktober 2009 (ICD-Nr.: F43.1).

In der orthopädischen Beurteilung wird festgehalten (S. 8 f.), die klinische Untersuchung des rechten Kniegelenks sei nicht sehr auffällig und der radiologische Befund desselben zeige als einzigen wesentlichen pathologischen Befund eine leichte Patella baja, welche aber das Ausmass der subjektiven Beschwerden nicht erklären könne. Auch die Valgusinklination des Tibiaplateaus von 5° erkläre die Beschwerden unvollständig, und in diversen Studien werde eine Inklination des Implantats von 3-5° als tolerabel und ohne wesentliche Auswirkungen auf das postoperative Resultat eingestuft. Für eine weitere Abklärung einer eventuellen Implantatlockerung mittels Szintigraphie sei es noch etwas zu früh, nachdem mit dieser Untersuchung normale postoperative Knochenumbauvorgänge nicht eindeutig von einer Lockerung unterschieden werden könnten. Ein allfälliger Low-grade-Infekt könne nur mittels aufwendiger Abklärungen aus geschlossen werden und sei letztlich doch selten. Eine umfassende Erklärung für die persistierenden Kniegelenksschmerzen rechts könne somit anlässlich der jetzigen Begutachtung nicht geliefert werden, und es werde darauf hingewiesen, dass auch in grossen Studien geringe Fallzahlen mit Schmerzpersistenz ohne erklärbare Ätiologie erwähnt würden. Prognostisch ungünstig sei das Übergewicht. Zur Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht hält der begutachtende Orthopäde eine körperlich leichte Tätigkeit, die abwechselnd sitzend und stehend ausgeübt werden könne und die nicht mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen, Leitern, schrägen Ebenen und unebenem Boden verbunden seien und bei denen nicht häufig kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, bei voller Stundenpräsenz zu 90 % zumutbar, wobei die Restarbeitsunfähigkeit (10 %) auf einem vermehrten Pausenbedarf beruhe. Die jetzige gutachterliche Beurteilung entspreche der Einschätzung der Rehaklinik Z.____. In der gesamthaften Beurteilung wird die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf 50 % eingeschätzt, da aus psychiatrischer Sicht keine höhere Arbeitsfähigkeit möglich sei (S. 28). Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wird im Wesentlichen damit begründet (S. 27), dass der Vorfall vom 10. Oktober 2009 zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes geführt habe. Seither könne eine anhaltende mittelgradige depressive Störung angenommen werden und es fänden sich zusätzlich gewisse Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Beschwerdeführer befinde sich weiterhin in regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und erhalte eine antidepressive Medikation (ein Serumspiegel wurde nicht durchgeführt). Aufgrund der anhaltenden mittelgradigen depressiven Störung mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung erschienen die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Konzentration und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt, und es bestehe eine Einschränkung der zumutbaren Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Restarbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung seinem Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar. 4. 4.1

Was die Beurteilung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht betrifft, so ergeben sich aus dem Gutachten des Zentrums F.____ vom 7. Januar 2013 keine neuen Erkenntnisse. Soweit die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter eine Restarbeitsfähigkeit von 20 % postulieren, was der Beschwerdeführer als widersprüchlich

moniert (Urk. 1 S. 4 f) , so ist festzuhalten, dass hierauf nicht abzustellen ist, sondern die verbliebene Erwerbsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Vordergrund steht. Insofern ist diese – von der Einschätzung des Kreisarztes Prof . E.____ und der Ärzte der Rehaklinik Z.____ abweichende Beurteilung – ohne Belang. Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Knieleiden angepassten Tätigkeit entspricht, so verweisen die Gutachter explizit auf den Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ . Beiden Beurteilungen ist gemeinsam, dass die geklagten Beschwerden im rechten Knie nicht restlos durch die klinischen und bildgebenden Befunde organisch erklärt werden konnten. Zu vermerken ist auch, dass die Ärzte der Rehaklinik Z.____ eine Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel als möglich und zumutbar erachteten und die Stockentwöhnung während des Aufenthaltes auch gelang. Es ist daher durchaus schlüssig nachvollziehbar, dass in einer dem Knieleiden angepassten Tätigkeit mit den übereinstimmend formulierten Anpassungen und Einschränkungen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit zuzumuten ist. Der von den Gutachtern des Zentrums F.____ postulierte erhöhte Pausenbedarf, was diese mit einer Arbeitsunfähigkeit von 10 % gleichsetzten, weicht von der Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik Z.____ in unbegründeter Weise ab, obwohl die Gutachter selber auf deren Einschätzung verweisen. Es ist mangels Begründung nicht nachvollziehbar, weshalb der allenfalls notwendige erhöhte Pausenbedarf nicht kompensiert werden kann. Es besteht daher kein Anlass, von der schlüssigen und in allen Teilen nachvollziehbaren Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch die Ärzte der Rehaklinik Z.____ abzuweichen. 4.2

Das psychiatrische Teilgutachten des Zentrums F.____ überzeugt weder hinsichtlich der Diagnosen noch der Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die objektiven Befunde sind äusserst knapp und werden für die Diagnosestellung nicht herangezogen oder diskutiert. Die Einschränkungen in psychischer Hinsicht werden ebenfalls ohne Bezug auf die objektiven Befunde, subjektiven Klagen oder den geschilderten Tagesablauf behauptet, sondern einzig aus der gestellten Diagnose hergeleitet.

Auch ist das lediglich behauptete Fehlen von Ressourcen, die zur Überwindbarkeit der psychischen Beschwerden befähigen würden, nicht nachvollziehbar. Insofern kann diesem Teil des Gutachtens des Zentrums F.____ kein Beweiswert zugesprochen werden. Ob aus dem psychischen Leiden eine Arbeitsunfähigkeit resultiert oder nicht, bedürfte daher weiterer Abklärung. Der psychiatrische F.____ -Gutachter musste auch nicht die Frage beantworten, ob die psychischen Einschränkungen (natürlich) unfallkausal sind – was für die final konzipierte Invalidenversicherung irrelevant war. Dies wie auch die Restarbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kann indes offenbleiben, sofern die Adäquanz zum Unfall zu verneinen ist, was im Folgenden zu prüfen ist. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen und Grundsätze zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 179 E. 3.1 und 3.2 S. 181), insbesondere bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa S. 140; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116), zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 4 f.) . Darauf wird verwiesen. Richtig ist auch, dass die Adäquanz des Kausalzusammenhangs, wenn im Anschluss an zwei oder mehrere Unfälle eine psychische Fehlentwicklung eintritt, grundsätzlich für jeden Unfall gesondert zu prüfen ist (RKUV 1996 Nr. U 248 S. 176, U 213/95 E.

4b ; Urteil des Bundesgerichts

8C_638/2012 E. 4.2.2 vom 30. Oktober 2012). 5.2

5.2.1

Vorab strittig ist die Einstufung der beiden Vorfälle hinsichtlich des Schweregrades.

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre bei mittelschweren Unfällen zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufter oder auffallender Weise gegeben wären (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb S. 140 f.). Bei einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich genügen drei Kriterien (Urteil 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 zur Schleudertrauma-Praxis; zur Psychopraxis vgl. etwa Urteile 8C_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.3 u. 3.6; 8C_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3). Bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen wären vier Kriterien oder aber ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise erforderlich, um den adäquaten Kausalzusammenhang bejahen zu können (vgl. SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100, 8C_897/2010 E. 4.5 mit Hinweis; BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f. mit Hinweis).

Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa S. 140; BGE 127 V 102 E. 5b/ bb S. 103 und SVR 2007 UV Nr. 8 S. 27, U 277/04 E. 2 ff.).

Die Bejahung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgen setzt rechtsprechungsgemäss voraus, dass dem Unfall für die Entstehung einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt, was zutrifft, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7 S. 141). Die Unfallschwere ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 5.3.1). Nicht relevant sind die Kriterien, welche bei der Prüfung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden; dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzog (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]). 5.2.2

Die bisherige Rechtsprechung zur Qualifikation von Unfallereignissen, welche mit einem Sturz aus einer gewissen Höhe verbunden sind, zeigt folgendes Bild (Urteil des Bundesgerichts U 191/04 vom 12. August 2005 E. 5; vgl. RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 Erw. 3a mit Hinweis): Als schwere Unfälle wurden gewichtet der Absturz eines Kranführers mit einem an der Decke eines Bahntunnels montierten Kran aus mindestens acht Metern Höhe sowie der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von vier bis fünf Metern auf einen Gehsteig mit verschiedenen gravierenden Knochenbrüchen. Den Sturz in einen rund acht Meter tiefen Kamin schacht ordnete das Eidgenössische Versicherungsgericht dem Grenzbereich zwischen mittelschweren und schweren Unfällen zu. Als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den schweren Fällen stufte es den Sturz aus mehreren Metern Höhe auf Rücken und Gesäss mit Frakturen an diversen Metatarsalen und Kontusionen im Bereich des Rückens ein. Derselben Kategorie wurde der Sturz aus einer Höhe von etwa fünf Metern von einer Leiter auf den Boden zugeordnet, bei welchem sich der Versicherte eine Commotio cerebri, eine Beckenschäufelfraktur rechts, eine distale Radiusrümmerfraktur rechts mit Abriss des Processus styleoideus

ulnae , eine traumatische Bursitis olecrani sowie eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge zuzog. Als Ereignis im mittleren Bereich betrachtete das Gericht einen Unfall, bei dem der Versicherte aus einer Höhe von 2,5 bis 3 Meter von einer Leiter stürzte und diverse Prellungen erlitt. Ausserdem wurde ein Sturz von einer Leiter aus 4 - 5 Metern Höhe als mittel schwer qualifiziert, welcher zu einer Schnittwunde am Kinn mit Schleimhaut beteiligung , einer Radiusköpfchenfraktur, multiplen Zahnverletzungen und insbesondere einer Ellbogenluxation mit als Dauerschaden verbleibender verminderter Belastbarkeit des Ellenbogens führte (nicht veröffentlichtes Urteil P. vom 27. Januar 2000, U 308/98). Dieselbe Einstufung erfuhr der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von etwa zwei Metern auf den rechten Ellenbogen, welcher eine proximale Radius- und Ulnartrümmerfraktur zur Folge hatte (Urteil U

410/00

vom 14. Februar 2002). Ausserdem wurden auch der Sturz rückwärts aus einer Höhe von ca. 3.5 Metern auf das Gesäss mit Deckplattenimpressionsfraktur (Urteil U 342/03 vom 30. November 2004) sowie der Sturz aus 3 bis 4 Metern Höhe vom Heuboden in das Futtertenn mit Lendenwirbelkörper-Kompressionsfraktur (Urteil U 3/03 vom 4. September 2003) und der Fall aus 2,5 Metern Höhe mit einer komplizierten Arm/Hand-Verletzung (Urteil 8C_855/2009 vom 21. April 2010) als mittelschwer qualifiziert. Als innerhalb des mittelschweren Bereichs eher leichter Vorfall stufte das Gericht einen Sturz von einer kippenden Bockleiter ein, bei welchem der Versicherte mit Becken und Kopf auf den Boden prallte und sich Kontusionen an Gesäss und Ellenbogen mit Exkorationen sowie multiple Prellungen zuzog (Urteil U 164/05 vom 27. Juli 2005) sowie den Sturz von einer wegrutschenden Schrägleiter aus rund drei Metern Höhe auf den Boden (Urteil U 191/04 vom 12. August 2005) . Andererseits wurde das seitliche Umkippen von einer hohen Bockleiter beim Zuspachteln von Durchleitungen auf 4,2 Metern Höhe wiederum als im engeren Sinne mittelschwer betrachtet (Urteil U 239/06 vom 12. April 2007 E. 4.3.1).

Über die Fallhöhe lässt sich den wenigen Berichte über den Unfallhergang nichts entnehmen („zum Richten von Schalungen mit einer Leiter auf einem Treppenpodest gestanden. Dabei drehte die Leiter ab und er stürzte mit dem Knie auf die Treppenkante“; Urk. 11/8 und Urk. 11/1) . Erstmals ist im Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ vom 25. Mai 2007 von einer Fallhöhe von ca. 4 Metern die Rede. Diese Angabe beruht offensichtlich auf den Ausführungen des Beschwerdeführers. Mit Blick auf die oben aufgeführte Rechtsprechung ist es gerade noch zulässig, den Unfall als mittelschweren und innerhalb dieses Bereichs den leichteren Unfällen zuzuordnen. Es bleibt jedoch zu beachten, dass die Leiter auf einem Treppenabsatz stand – was die Fallhöhe variieren lassen könnte - und keine verifizierten Angaben über die effektive Fallhöhe vorliegen, weshalb auch eine Zuordnung im mittelschweren Bereich in Betracht fiele, was indes – wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen – offen gelassen werden kann. 5.2.3

Wie ein Blick auf vergleichbare Fälle zeigt, hat die Rechtsprechung tätliche Auseinandersetzungen in der Regel dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_893/2012 vom 14. März 2013 E.4.1 und die dort aufgeführten Beispiele:

8C_681/2

E. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [AT SG]), die Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) und die dazugehörige Rechtsprechung, insbesondere zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der Bedeutung ärztlicher Auskünfte und der Bestimmung des Invalideneinkommens mittels Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP). Hierauf kann verwiesen werden. 3.

E. 010

vom 3. November 2010 E. 6.2;

8C_281/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1; 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E. 4; 8C_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 4.2.1; 8C_1032/2009 vom 11. Mai 2010 E. 4; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, U 98/06 E. 3.2; U 105/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.3; U 37/94 vom 21. August 1997 E. 5a; RKUV 1996 Nr.

U

256 S. 215, U 215/94 E. 6b/ bb); vereinzelt wurde ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen angenommen (Urteile des Bundesgerichts 8C_340/2007 vom 12. Juni 2008 E. 5.3 und U 503/06 vom 7. November 2007 E.

6) oder ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Unfällen (Urteile des Bundesgerichts 8C_519/2008 vom 28. Januar 2009 E.

5.2.1, 5.2.2; U 382/06 vom 6. Mai 2008 E. 4.2 und 4.3; RKUV 2001 Nr. U 440 S. 350, U 9/00 E.

6a).

Angesichts dessen, dass vorliegend keine Tatwaffe im Spiel war, ausschliesslich ein Stoss von hinten den Beschwerdeführer zu Fall brachte und offensichtlich keine strafrechtliche Untersuchung vorangetrieben wurde (vgl. Urk. 10/19), ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass dieser Unfall aufgrund einer objektivierte Betrachtungsweise nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften als höchstens mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren ist. Für die Einstufung des Unfalles spielen die Verletzungsfolgen am bereits vorlädierten Knie keine Rolle.

5.3

Zweifellos lagen bei beiden Unfällen weder besonders dramatische Begleitumstände vor noch waren sie besonders eindrücklich. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers sind auch die jeweils erlittenen Brüche und Verletzungen am rechten Knie nicht derartiger Natur, dass das Kriterium der aussergewöhnlichen Verletzung zu bejahen wäre.

Ebensowenig

dauerte die ärztliche Behandlung an sich übermässig lange. Der Beschwerdeführer musste sich zwar über die rund sechs Jahre seit dem ersten Unfall insgesamt fünf operativen Eingriffen (25. Mai 2007 Osteosynthese; 2. Juni 2008 Entfernung des Osteosynthesematerials an der Tibia und Rekonstruktion des lateralen Tibiaplateaus; 15. Oktober 2009 Osteosynthese der distalen Unterschenkeltrümmerfraktur rechts; 2. Mai 2011 Materialentfernung; 21. Mai 2012 Implantation der Knieendtotalprothese) unterziehen. Dazwischen erfolgten indes – nebst klinischen und radiologischen Verlaufskontrollen –

einzig rehabilitative Massnahmen in Form von Physiotherapien und die Abgabe von Hilfsmitteln. Das Kriterium ärztlicher Fehlbehandlung ist klar zu verneinen. Mit der Beschwerdegegnerin können die Kriterien schwieriger Heilungsverlauf sowie Grad und Dauer der physischen Arbeitsunfähigkeit (beides in Bezug auf den ersten Unfall) als erfüllt betrachtet werden, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Nach dem ersten Unfall war der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 28. Juli 2009 in angepasster Tätigkeit für vollzeitlich arbeitsfähig betrachtet worden. Ferner relativierte Dr. C. die gezeigte Gehbehinderung bei reizlosen Knieverhältnissen und hielt eine seitengleiche Fussbeschielung fest (Urk. 11/154). Soweit der Beschwerdeführer heute noch über Schmerzen klagt, können diese nicht im geschilderten Masse organischen Schäden zugeordnet werden. Damit sind höchstens zwei der mindestens erforderlichen drei Kriterien für die Bejahung der Adäquanz gegeben.

Zusammenfassend ist damit die Adäquanz allfälliger psychischer Unfallfolgen zu einem der zwei versicherten Ereignisse zu verneinen, weshalb die Beschwerdegegnerin die allenfalls daraus resultierende zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei der Bemessung des Invaliditätsgrades zu Recht nicht berücksichtigte. 6. 6.1

Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen

(Fr. 71'890.--) gestützt auf die Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2013 einen Monatslohn von Fr. 5'530.

zu erwarten gehabt hätte (Urk. 11/275). Hinsichtlich des Invalideneinkommens stützte sie sich auf die Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) und legte unter Angabe der Gesamtzahl infrage kommender Arbeitsplätze (70), des Höchst- (Fr. 87'100.--) und Tiefstlohns (Fr. 47'736.--) sowie des Durchschnittslohns der dem verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe (Fr. 63'656.--) fünf konkrete Arbeitsplätze vor mit einem durchschnittlichen Einkommen von Fr. 59'417.-- (Urk. 11/277). Die festgehaltenen Profile entsprechen den Anforderungen an einen dem Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers angepassten Arbeitsplatz. Der Beschwerdeführer lässt keine Einwände gegen diese Faktoren der Invaliditätsbemessung vorbringen und es besteht kein Anlass, diese in Frage zu stellen. Aus der Gegenüberstellung resultiert ein Invaliditätsgrad von 17%. 6.2

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Urs Oswald - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
HurstMöckli

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