

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00047 vom 31. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00047

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00047 du 31 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00047 del 31 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1953 geborene X.____ arbeitete seit dem 1. Juli 1970 bei der Y.____

AG, zuletzt

als Staplerfahrer,

und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 19. September 2013 erlitt er in Z.____

als Motorradfahrer eine Frontalkollision mit einem Lastwagen und zog sich dabei ein Polytrauma,

u.a. Schulterluxation links, Radiusköpfchenfraktur links sowie eine Knieverletzung des linken Beins zu (Unfallmeldung vom 20. September 2013, Urk. 9/2,

vgl. auch

Urk. 9/14, Urk. 9/105 S. 6). Die Suva trat auf den Schadenfall ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 8/37). Nach der primären operativen Versorgung

in Z.____ wurde der Versicherte von der

Rega ins A.____ verbracht (vgl. Urk. 9/1, Urk. 9/13).

Bei zunehmend unkontrollierbarem septischem Krankheitsbild mit Fieber und laborchemisch nachweisbaren Infekt Parametern

musste der linke Oberschenkel am 4. Oktober 2013 schliesslich amputiert werden (Operationsbericht, Urk. 9/59 S. 14). Radiologische Verlaufskontrollen des Amputationsstumpfes, des linken Ellbogens sowie der linken Hand zeigten einen regelrechten Befund (Urk. 9/76 S. 10). Die am 30. Oktober 2013 im A.____

aufgrund persistierender Schmerzen (vgl. Urk. 9/76 S. 20) durchgeführte MR-Arthrographie der linken Schulter ergab einen Status nach Schulterluxation Partialruptur der Suprascapular- und Infrapinatussehne mit begleitender Pulley-Läsion der Bizepssehne, Hill-Sachs-Läsion (Urk. 8/76 S. 28). Diesbezüglich wurde eine regelmässige Physiotherapie angeordnet (Urk. 8/96 S. 1).

Die am 18. Februar 2014 in der Rehaklinik B.____ aufgrund anhaltender Schmerzen aufgenommenen Röntgenbilder des rechten Knies

zeigten

eine leicht progrediente, mediale Gelenkspaltverschmälerung femorotibial, eine leichte Retropatellar-Arthrose sowie flauere Verkalkungen im medialen Meniskus degenerativ (Urk. 9/105 S. 8). Unter der daraufhin angeordneten medikamentösen Therapie verbesserte sich die Knieproblematik. Seit dem 23. Oktober 2013 hielt sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik B. auf, in deren Folge er am 28. Mai 2014 für Strecken von bis zu 500 m als selbständig mobiler Fussgänger mit einer Oberschenkelprothese und einem Handstock entlassen werden konnte. Für längere Strecken benötigte er den Rollstuhl (Urk. 9/105 S. 4). Ab dem

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich 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 19. September 2013 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

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 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). 1. 4

Gemäss Art. 18 Abs. 3 UVG kann der Bundesrat ergänzende Vorschriften über die Bestimmung des Invaliditätsgrades erlassen. Von dieser Befugnis hat er mit dem Erlass von Art. 28 UVV Gebrauch gemacht, welche Bestimmung verschiedene Sonderfälle der Invaliditätsbemessung regelt. Gemäss Art. 28 Abs. 4 UVV sind für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbsein kommen massgebend, die eine versicherte Person im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte, wenn sie nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt (Variante I) oder wenn sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt (Variante II). Nach der Rechtsprechung liegt das mittlere Alter im Sinne dieser Bestimmung bei etwa „42 Jahren“ oder zwischen „40 und 45 Jahren“ und das vorgerückte Alter im Bereich von „rund 60 Jahren“, wobei für letztes der Zeitpunkt des Rentenbeginns massgebend ist (BGE 122 V 418 E. 1b, 122 V 426 mit Hinweisen). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ____

am 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf den Standpunkt, es sei unbestritten, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Staplerfahrer nicht mehr zuzumuten sei. Demgegenüber sei gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. C. ____

davon auszugehen, dass er in einer leichten – näher umschriebenen – Tätigkeit ganztags arbeitsfähig sei. Die Probleme im Zusammenhang mit der Prothese könnten

mittels einer Sitzerrhöhung oder durch Anpassung der

Sitzposition beseitigt werden. Betreffend das kumulativ toxische Kontaktekzem sei von Seiten der Dermatologie eine entsprechende Pflege des Stumpfes empfohlen worden. Da dem Beschwerdeführer gestützt auf das

Zumutbarkeitsprofil vor allem sitzende Tätigkeiten zugemutet würden, seien diese natürlich auch ohne Prothese möglich. Weiter sei die linke Schulter wieder normal belastbar, womit sich

auch diesbezüglich keine Einschränkung ergebe. Schliesslich habe der beurteilende Fachmann für berufliche Abklärung der Rehaklinik B. ____ mit Bericht vom 27. Februar 2014 festgehalten, erfahrungsgemäss sei

bei der vorliegenden Amputation eine leichte bis mittel schwere Tätigkeit möglich, wobei ein höhenverstellbarer Tisch und ein Prothesenstuhl evtl. auch ein Stehstuhl wichtig seien (Urk. 2 S. 4). Der gestützt auf das medizinische Belastungsprofil ermittelte Einkommensvergleich ergebe unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 %

einen Invaliditätsgrad von 30 % (Urk. 2 S. 5 f.). In ihrer Stellungnahme vom 17. August 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest (Urk. 15).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen im Wesentlichen vor, aufgrund der vorliegenden Akten sei zunächst nicht ersichtlich, ob jemals ein Schädelhirntrauma abgeklärt worden sei. Gleichzeitig gehe aus den Akten hervor, dass er nach dem Unfall bewusstlos gewesen sei und über das Unfallereignis eine Amnesie bestehe (Urk. 1 S. 4). Insbesondere seien keine neurologischen Tests durchgeführt worden, um die Hirnleistung zu prüfen. Vor diesem Hintergrund fusse der Entscheid der Beschwerdegegnerin auf einer unvollständigen Sachverhaltsabklärung (Urk. 1 S. 5. 7 und 10) .

Sodann sei im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung nicht berücksichtigt worden, dass die Prothese nicht gut angepasst, es zu Allergien gekommen und die Prothese überdies ungeeignet für längeres Sitzen

sei . Ausserdem sei fraglich, wie er Pausen frei einteilen und gleichzeitig 100 % arbeiten könne . Zudem benötige er mehr Zeit für die tägliche Körperpflege und die Stumpfversorgung (Urk. 1 S. 6). Weiter sei im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung nicht berücksichtigt worden, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen an der Schulter und am Finger bestünden. Es sei demnach noch abzuklären, ob und in welchem Ausmass er den Arm und die Finger bei einer sitzenden Tätigkeit beanspruchen könne (Urk. 1 S. 6 f.). Im Rahmen der zweiten kreisärztlichen Untersuchung sei ebenfalls nicht berücksichtigt worden, dass er Probleme mit der Beinprothese habe und diese daher gar nicht immer tragen könne. Dann müsse er sich mittels Rollstuhl oder mit Krücken fortbewegen, was wiederum die Schulter übermässig belaste. Vor diesem Hintergrund sei ihm auch eine leichte Tätigkeit nicht zuzumuten, da davon auszugehen sei, dass er die Schulter durch die Krücken belasten müsse, um überhaupt an den Arbeitsplatz zu gelangen (Urk. 1 S. 8). Bei der Aussage, die Problematik der schlecht sitzenden Prothese könne mit Verstellung der Sitzhöhe oder Anpassung Sitzposition angepasst werden, handle es sich um reine Spekulationen. Der Sachverhalt , insbesondere die zumutbare Zeitdauer des Sitzens, sei nicht seriös abgeklärt worden. Mithin sei nie eine funktionsorientierte medizinische Abklärung durchgeführt worden (Urk. 1 S. 9). Damit sei die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht zu wenig nachgekommen. Bezüglich des Stumpfeizes sei schliesslich relevant, ob sich dies noch bessere. Ansonsten hätte die Beschwerdegegnerin die Berentung nicht vornehmen sollen, sondern bis zum Endzustand der Stumpfverheilung weiterhin Taggelder bezahlen müssen (Urk. 1 S. 10). Schliesslich sei im Rahmen der Invaliditätsbemessung – infolge Verlangsamung und Pflegeaufwandes – von einer geschätzten 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Sodann sei bei der Ermittlung des Invalideneinkommens entweder auf den Tabellenlohn gemäss LSE 2012, Kompetenzniveau 1 , oder vom Tabellenlohn gemäss LSE 2010, Anforderungsniveau 4 , abzustellen . Ausserdem rechtfertige sich vorliegend ein leistungsbedingter Abzug von 25 % . Der so ermittelte Invaliditätsgrad betrage 53 % resp. 56 %

(Urk. 1 S.

E. 5

. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2016 aufzuheben und ihm eine unbefristete Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades

von mindestens 53 % auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Ausserdem legte er Beilagen auf (Urk. 3/3-4). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 8

), was dem Beschwerdeführer am

E. 10

). Mit Nachtrag vom 9. August 2016 gab der Beschwerdeführer u.a. die funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) des D.____ AG vom 7. Juli 2016 zu den Akten (Urk. 11, Urk. 12/1-2). Die Doppel dieser Eingaben wurden der Beschwerdegegnerin am 10. August 2016 zur Kenntnisnahme sowie freigestellten Stellungnahme innert angesetzter Frist zugestellt (Urk. 13). Mit Eingabe vom 17. August 2016 gab die Beschwerdegegnerin ihre Stellungnahme zu den Akten (Urk. 15), welche dem Beschwerdeführer am 23. August 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

ff.). 3. 3.1

Im Austrittsbericht vom 28. Oktober 2013 hielten die beurteilenden Fachärzte des A.____ zu Händen der nachbehandelnden Ärzte der Rehaklinik B.____ folgende Diagnosen fest (Urk. 9/76 S. 8):

Polytrauma nach Motorradunfall am 18.09.2013 Thoraxtrauma

- Rippenfrakturen 6 und 7 links - Pneumothorax beidseits Extremitätentrauma links - Schulterluxation links - Geschlossene Reposition am 18.09.2013 in Italien - Fraktur Endphalanx Dig IV, Fraktur Basis distale Phalanx und schräg verlaufende Fraktur proximale Phalanx Dig V - Mason Typ I Fraktur linkes Radiusköpfchen - Mediale Schenkelhalsfraktur links - DHS am

20.09.2013 in Z.____

Kettenverletzung untere Extremität links - offene, intraartikuläre, distale Femurfraktur links Gustilo Grad IIIA - offene Trümmerfraktur Patella links Gustilo Grad I offene Unterschenkeltrümmerfraktur links Gustilo Grad III B - offene OSG- FraMur

Gustilo Grad II links - Mehretagenfraktur der Fibula mit tibialen, ossären Ausriss vordere Syndesmose

Fixateur externe Unterschenkel links am 18.09.13, 2nd Look 20.09.13 in Z.____

Fixateur extern Entfernung, offene Reposition/Osteosynthese distaler Femur links, Fixateur interne Tibia links am 24.09.2013 - 24.09.13 Angiographie linke untere Extremität: alle Gefässe offen

Cerebrale

Gliose . bifrontale Hygrome, ED 23.09.13

Asthma bronchiale

Splenektomie 1993

Die radiologischen Verlaufskontrollen des Amputationsstumpfes, des linken Ellbogens sowie der linken Hand hätten einen regelrechten Befund gezeigt (Urk. 8/76 S. 10). 3 . 2

In den folgenden

im A.____ durchgeführten ambulante n Verlaufskontrolle n

habe sich der Oberschenkelstumpf

als reizlos, weich und indolent erwiesen . Die bildgebenden Untersuchungen des linken Ellenbogens und Radiusköpf chens , der Finger IV und V links sowie de s

Femurs links hätten regelmässig stationäre Stellungsverhältnisse gezeigt. Schliesslich seien denn auch d ie anf änglich beklagten Schmerzen und B ewegun gseinschränkung en der linken Schulter (vgl. MRI-Befund vom 3 0. Oktober 2013, Urk. 9 /76/21)

jedenfalls anlässlich der Verlaufskontrolle im Juli 2014 10 Monate postoperativ voll ständig regredient

gewesen (Urk. 9 /76/20 ff., Urk. 9 /109 S. 2). 3 . 3

Dem Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 2 8. Mai 2014 (Urk. 9 /105) ist zu entnehmen,

d er Beschwerdeführer

könne die linke Schulter ohne Schmerzen frei bewegen. Er

sei f ür Aufgaben des täglichen Lebens wie Ein kauf en gehen oder Haushaltsarbeiten teilweise auf eine Hilfsperson ange wiesen. Das Anziehen von Kleidern und die Körperpflege seien allerdings selbständig möglich. Der

Umgang mit der Oberschenkelprothese sei sicher und routiniert. Das Gehen ohne weitere Gehhilfsmittel sei indes weiterhin deutlich eingeschränkt. Das Bewälti gen von Steigung und Gef ä lle sei mit ei nem Gehstock rechts sicher. Treppensteigen sei auf-/abwärts am Handlauf oder am Gehstock r echts für mind. 20 Stufen möglich.

Ein derm atologische s Konsilium im A.____

habe ein kumulativ-toxisches Kontaktekzem beim Tragen von Silikonliner und Kunststoffprothese ergeben . Gleichzeitig habe die

Epi cutantestung mit 121 getesteten Proben

nur einen positiven Befund gezeigt (Ylang-ylang I+II Öl , vgl. Bericht vom 1 3. August 2014, Urk. 9 /178 /1-8).

Aufgrund der aller gischen Hautreakti on mit grossflächigen, erythematösen Veränder ungen am gesamten Stumpf betrage

die Prothesentragezeit aktuell zwei Stunden . Für Strecken bis 500

m sei der Beschwerdeführer mit einer Oberschenkelprothe se und einem Handstock

selbständig mobil . F ür lä nge re Strecke benötige er einen

Rollstuhl . Bei Klinikaustritt

am 28. Mai 2014 hätten nebst der eingeschränkten Mobilität und erythematösen Hautveränderung am Stumpf nach zweistündigem Prothesentragen insbesondere morgendliche Phantomschmerzen, Schmerzen sowie Pseudoparalyse der linken Schulter links bestanden .

3 . 4

Anlässlich der ambulanten Verlaufskontrolle in der Rehaklinik B.____ vom 8. Juli 2014 berichtete der Beschwerdeführer , er

könne die Prothese maximal 2 bis 2 1/2 Stunden am Morgen sowie am Nachmittag am Stück tragen, danach merke er, dass es zu Hautirritationen und Rötungen komme . Die Ärzte befanden, dass das Gangbild mit Stock deutlich sicherer geworden sei . Aktuell sei die Haut nur minim gerötet ohne ekzematöse Veränderungen. Generell passe der Prothesenschaft noch sehr gut. Aufgrund von Luftziehen sei das Ventil der Prothese gewechselt worden . Daraufhin habe sich diese Situation deutlich und spontan verbessert. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig . Insbesondere sei eine Arbeit mit längerem Stehen oder Gehen aufgrund der Muskelschwäche sowie aufgrund der Hautirritationen aktuell nicht durchführbar (Urk. 9 /112). 3. 5

Im Rahmen

der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. November 2014 stellte Dr. C.____

folgende Diagnosen (Urk. 9 /131 S. 7 f.): - Endgradige Bewegungseinschränkung und belastungsabhängige Schulterbeschwerden links bei Scapula

alata bei Status nach Schulterluxation und geschlossener Reposition September 2013 - Diskretes Streckdefizit linkes Ellbogengelenk bei Status nach Radiusköpfchenfraktur Mason Typ I links, konservativ behandelt - Oberschenkelamputation links Oktober 2013 bei Kettenerletzung unterer Extremität mit intraartikulär offener distaler Femurfraktur links sowie Trümmerfraktur der Patella links, Unterschenkeltrümmerfraktur , OSG-Fraktur und Mehretagen-Fraktur der linken Fibula - Belastungsabhängige Kniegelenksbeschwerden rechts bei medial beginnender Gonarthrose

Der Beschwerdeführer habe angegeben , mittlerweile könne er die Prothese bis zu 3-5 Stunden am Tag tragen . Demgegenüber hätten sich in letzter Zeit zunehmend Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks eingestellt und auch die linke Schulter sei noch nicht wieder voll belastbar . In der klinischen Untersuchung sei links eine Scapula

alata auf gefallen , entsprechend eine schlechte Schulterführung . Betreffend Thorax, Rippenreihenfraktur sowie Pneumothorax habe kein pathologischer Befund erhoben werden können . Beim linken Ellenbogen/Radiusköpfchenfraktur zeige sich noch ein endgradiges Extensionsdefizit von knapp 5°, welches den Beschwerdeführer unwesentlich einschränke . Die

Fingerendphalanxfrakturen

seien

ohne Einschränkungen vollständig und unauffällig abgeheilt . Das rechte Kniegelenk zeige etwas vergrößerte Gelenkkonturen. Klinisch bestehe

kein Anhalt für einen intraartikulären Erguss. Es

habe auch keine Baker-Zyste getastet werden können. An sich sei das rechte Knie gut stabil und das Meniskuszeichen negativ. Der Oberschenkelstumpf links sei reizlos, ohne palpable Verhärtungen oder Druckdolenzen. Sodann sei das linke Hüftgelenk im Seitenvergleich endgradig eingeschränkt. Insgesamt liege ein gutes rehabilitiertes Ergebnis vor (Urk. 9/131 S. 8 f.). 3.6

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Juni 2015 erhob

Dr. C.____

keine neuen Diagnosen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, im Winter habe er die Prothese insgesamt längere Zeit (5-6 Stunden) tragen können. An warmen/heissen Tagen entstehe nach 2 bis 2 ½ Stunden ein Ausschlag. Betreffend das rechte Knie habe sich die Gesamtsituation verbessert. So habe er wesentlich weniger Beschwerden, nur ab und zu bei Belastung. Insbesondere seien schnelle Bewegungen und Drehbewegungen ein Problem. Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe sich die Scapula

aktuell etwas weniger ausgeprägt gezeigt als in der Voruntersuchung (November 2014, vgl. E. 3.5). Weiter sei das Schultergelenk besser stabilisiert und besser beweglich. Betreffend den linken Ellbogen bei Status nach Radiusköpfchenfraktur sowie betreffend die Fingerendphalanxfrakturen zeige sich im Vergleich mit den zuletzt erhobenen Befunden (November 2014, E. 3.5) keine Veränderung. Sodann seien der Oberschenkelstumpf links reizlos und die Narben insgesamt weich. Ausserdem bestünden keine trophischen Störungen. Ferner sei die Beweglichkeit im Hüftgelenk seitengleich gut. Insgesamt präsentiere sich der Beschwerdeführer in einem guten, rehabilitierten Zustand. Dr. C.____ kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in einer leichten, vor allem sitzenden Tätigkeit, bei welcher er sich die Pausen selbst einteilen könne

und nur selten auf geradem, gutem Untergrund (50 - 100 m) gehen sowie Treppensteigen müsse, ganztags arbeitsfähig (Urk. 9/154 S. 3). 3.7

In der einwandweise eingereichten Stellungnahme vom 21. September 2015 hielt der behandelnde Dr.

E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, fest, die jetzige Prothese sei aufgrund des veränderten Stumpfes zum Sitzen schlecht geeignet. Insbesondere könne sich der Beschwerdeführer nicht nach vorne neigen und nicht aufs WC gehen zum Stuhlen. Ohne Prothese könne der Beschwerdeführer ebenfalls nur schlecht sitzen. Die Prothese könne er maximal 6 Stunden tragen. Die Situation betreffend das Kontaktekzem habe sich im Verlauf etwas beruhigt. Demgegenüber sei die Tragdauer der Prothese in der warmen Jahreszeit vermindert. Sodann brauche der Beschwerdeführer mindestens zwei Stunden, um sich für den Tag fertig zu machen. Neben diesen körperlichen Problemen verfüge letzterer über keine Vorerfahrung mit moderner Technik. Vor diesem Hintergrund sei der Beschwerdeführer in einem sitzenden Beruf – theoretisch – maximal 40-50% arbeitsfähig (Urk. 9/179 = Urk. 3/3). 3.8

Auf entsprechende Rückfragen seitens der Beschwerdegegnerin führte Dr. C.____ in einer ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2015 aus, anlässlich der letzten kreisärztlichen Untersuchung am 11. Juni 2015 hätten sich ein reizloses Schultergelenk mit seitengleicher freier Beweglichkeit, unauffällige

Rotatorenmanschettentests sowie eine gute

Kraftentwicklung bei noch fortbestehend leicht angedeuteter Scapula

alata gezeigt. Entsprechend sollte bei Status nach Schulterluxation links und bei dem aktuellen klinischen Ergebnis wie der eine normale Belastbarkeit für leichte Tätigkeiten vorliegen. Dass der Beschwerdeführer mit der Prothese schlechter sitzen könne, sei teilweise nachvollziehbar. Allerdings könne diesem Umstand sicherlich mittels Anpassung der Sitzhöhe resp. -position Abhilfe geschaffen werden. Da das Zumutbarkeitsprofil vor allem sitzende Tätigkeiten beinhalte, sei diese natürlich auch ohne Prothese möglich. Mangelnde Berufserfahrung sei unbeachtlich. Mithin hielt Dr. C.____ an ihrer Beurteilung vom 11. Juni 2014 fest, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten – näher umschriebenen (vgl. E. 3.5) – Tätigkeit ganztags arbeitsfähig sei (Urk. 9/183). 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Januar 2016 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die fachärztlich-chirurgischen Beurteilungen von Dr. C.____

vom 13. November 2014, 11. Juni und 21. Dezember 2015, welche diese gestützt auf ihre eigenen klinischen Untersuchungen sowie in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgab. 4.2

Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. C.____ sprechen, sind nicht ersichtlich. Insbesondere ergeben sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage keinerlei ärztliche Differenzen betreffend die erhobenen Befunde und erweisen sich die vorhandenen Unterlagen als umfassend und aufschlussreich. 4.3

Soweit der Beschwerdeführer moniert, es sei nie abgeklärt worden, ob bei ihm ein Schädelhirntrauma vorliege, so ist dem zunächst entgegenzuhalten, dass einzig im Einweisungsformular des A.____ vom 24. September 2013 ein leichtes Schädelhirntrauma festgehalten

wurde (vgl. Urk. 9/18). Im weiteren Verlauf ergaben sich

indes keinerlei Hinweise mehr auf ein allfälliges Schädelhirntrauma, geschweige denn wurden entsprechende Befunde erhoben (vgl. MRI des Gehirns vom 16. Oktober 2013, Urk. 9/76/30); auch nicht seitens der Fachärzteschaft der Rehaklinik B.____, welche den Beschwerdeführer immerhin über einen Zeitraum von über sieben Monaten beobachteten (vgl. Urk. 8/105). Kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer nach Lage der vorliegenden Akten zu keinem Zeitpunkt entsprechende Einbussen auf kognitiver Ebene oder dergleichen beschrieben oder geltend gemacht hat. Vor diesem Hintergrund drängten sich selbstredend auch keine neurologischen Weiterungen zwecks Abklärung allfälliger Folgen eines Schädelhirntraumas auf.

4.4

Bereits anlässlich der ambulanten Kontrolluntersuchung im A.____

vom 10. April 2014 erwiesen sich die vormals bestehenden Schmerzen in den Fingern als komplett regredient (Urk. 9/96 S. 1). Auch im Bereich des Schulterblattes bestanden jedenfalls seit anfangs Juli 2014 keine anhaltenden Restbeschwerden mehr (Urk. 9/109 S. 2). Dass der Beschwerdeführer anhaltenden Beschwerden im Bereich der Schultern oder der Finger leiden würde, ist im Übrigen auch den hausärztlichen Zwischenberichten (Urk. 9/130, Urk. 9/152) nicht zu entnehmen. Entsprechend geht denn auch der Einwand des Beschwerdeführers, es sei abzuklären, ob und in welchem Ausmass eine

Beanspruchung des Arms und der Finger überhaupt zumutbar sei, ins Leere.

Mithin besteht – entgegen dem Beschwerdeführer – kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). 4.5

Inwiefern das ausgewiesene Kontaktexzess und die eingeschränkte Tragedauer der Prothese das medizinische Zumutbarkeitsprofil von Dr. C.____

in Zweifel zu ziehen vermöchten, ist nicht ersichtlich. Bleibt es dem Beschwerdeführer doch unbenommen, den Arbeitsweg sowie die vorwiegend sitzend auszuübende Tätigkeit im Rollstuhl zu bewerkstelligen. Vor diesem Hintergrund ist – entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1 S. 10, E. 2.2) -

auch nicht entscheidungsrelevant, ob die Situation betreffend das Kontaktexzess noch verbesserungsfähig wäre. Ausserdem ist nicht nachvollziehbar und wurde denn auch in keiner Weise begründet, weshalb der Beschwerdeführer ohne Prothese auch ohne Hilfsmittel nur schlecht sitzen können soll (vgl. Urk. 9/179 S. 2). 4.6

Aus dem Umstand, dass er für die tägliche Körperpflege und die Stumpfversorgung mehr Zeit benötige (Urk. 1 S. 6, Urk. 9/170), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinem Vorteil abzuleiten. Ist es ihm doch zumutbar, seinen Tag eigenverantwortlich zu strukturieren und nötigenfalls früher aufzustehen, um auch bei erhöhtem Zeitbedarf einer geregelten Tätigkeit zu den üblichen Betriebszeiten nachgehen zu können. 4.7

Daran vermag im Übrigen auch der beschwerdeweise aufgelegte Bericht des D.____ vom 7. Juli 2016 betreffend FOMA vom 4./5. April 2016 nichts zu ändern (Urk. 12/1). Die beurteilenden Fachpersonen des D.____

lassen es an einer hinreichenden

und objektivierten Begründung für die postulierte Arbeitsfähigkeit von 50 % entsprechend maximal 4 Stunden täglich

missen (Urk. 12/1 S. 5). Ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung liegt mitunter der an sich unbeachtliche Zweitaufwand fürs An- und Ausziehen der Prothese sowie für den Weg von und zur Arbeit zugrunde (Urk. 12/1 S. 5). Unklar ist ferner, inwiefern weit die beurteilenden Fachpersonen des D.____

unfallversicherungs fremde Faktoren in ihre Beurteilung einfließen liessen (Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit der Eltern, Urk. 12/1 S. 3). Im Übrigen haben sie sich in keiner Weise mit der begründeten abweichenden Einschätzung von Dr. C.____, insbesondere hinsichtlich der Möglichkeit zur Anpassung des Sitzes oder des Weglassens der Prothese, auseinandergesetzt. So konnte die Zumutbarkeit des – vorliegend im Vordergrund stehenden (vgl. E. 3.5) - Sitzes gestützt auf die EFL nicht abschliessend beurteilt werden (Urk. 12/1 S. 4).

Erwähnenswert ist schliesslich, dass die im Bericht dokumentierte Schmerzzunahme im Lenden- und Prothesenbereich nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers auf eine „Grippekrankung Ende Januar/anfangs Februar“, als er an Gewicht verloren habe und die Prothese seither nicht mehr optimal sitze (Urk. 12/1 S. 2), zurückzuführen ist. 4.8

Zusammenfassend ist gestützt auf die beweiskräftige Einschätzung von Dr. C.____ vom 11. Juni 2015 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer – näher umschriebenen

(vgl. Urk. 3.5) – optimal angepassten Verweistätigkeit ganztags arbeitsfähig ist. 5.5.1

Das von der Beschwerdegegnerin eruierte Valideneinkommen blieb unbestritten. Die Beschwerdegegnerin knüpfte hierfür zutreffenderweise

an den letzten Lohn des Beschwerdeführers von Fr. 82'433.--

(Wert 2013, Urk. 9/2) an. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ergibt sich für das Jahr 2015 ein Jahreseinkommen von rund Fr. 83'255.80

(Indexstand 2204 [2013] auf 2226 [2015], vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktkindikatoren 2016, T 35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, 1976–2015, Männer). 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens bis zum

Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen

mit der Beschwerdegegnerin anhand von Lohn Tabellen zu ermitteln. Angesichts des medizinischen Belastungsprofils

besteht unter den Parteien

Einigkeit darüber (vgl. Urk. 1 S. 14, Urk. 2), dass dem Beschwerdeführer einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art gemäss LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Wirtschaftszweige Total, Kompetenzniveau 1 nicht mehr zuzumuten sind. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich,

dass die Beschwerdegegnerin vorliegend auf das standardisierte monatliche Einkommen für praktische Tätigkeiten

nach Massgabe von

LSE 2012, S. 34, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 2

für Männer im Umfang von Fr. 5'633.-- abstellte.

Insbesondere sind für den Einkommensvergleich grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2, vgl. auch BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188), weshalb ein Ausweichen auf die LSE 2010 entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers vorliegend ausser Betracht fällt (vgl. Urk. 1 S. 15). Dass der Beschwerdeführer für praktische Tätigkeiten nach Massgabe von LSE 2012, S. 34, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 2 weder körperlich befähigt noch beruflich qualifiziert sei – so wie beschwerdeweise vorgebracht (Urk. 1 S. 11 ff.) – geht vor dem Hintergrund, dass er offenbar bereits anfangs April 2016, mithin innert weniger als drei Monate nach Erlass des

angefochtenen Entscheids,

eine neue Arbeitsstelle im Verkauf gefunden hat (vgl. Urk. 21/1 S. 2), ins Leere. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen (NOGA 2008), in Stunden pro Woche, 1990-2015, A-S) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015

(Indexstand 2188 [2012] auf 2226 [2015], vgl. Bundesamt für Statistik, Arbeitsmarktindikatoren 2016, T 35 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, 1976–2015, Männer)

ergibt sich für ein 100%-Arbeitspensum somit

ein Jahreseinkommen von rund Fr. 71'692.70 (Fr. 5'633.-- : 40 x 41.7 x 12 : 2188 x 2226). 5.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert rechtsprechungsgemäss allenfalls zu kürzen. Damit trägt die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung, dass persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Unter Hinweis auf das medizinische Belastungsprofil (vgl. E. 3.5) ist der – ursprünglich vorwiegend körperlich arbeitende – Beschwerdeführer in seiner Erwerbsfähigkeit nunmehr qualitativ erheblich eingeschränkt, womit sich ein maximaler Abzug von 25 % rechtfertigen lässt.

Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 25 % beträgt das Invalideneinkommen somit rund Fr. 53'769.50

(Fr. 71'692.70

x 0.75).

Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von rund Fr. 29'486.30, was einen Invaliditätsgrad von 35.42 %, gerundet 35 %, ergibt. 6.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom

E. 13

. Januar 2016 dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2015 Anspruch auf eine Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 35 % hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einem Beschwerdeführer in einem Beschwerdeverfahren eine geringere Teilrente als beantragt zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteientschädigung, jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5). Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und auf insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 13. Januar 2016 dahingehend abgeändert, dass festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2015 Anspruch auf eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 35 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer

eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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