

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00124 vom 31. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00124

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00124 du 31 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00124 del 31 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1950 geborene X.____ war seit November 1999 als Stras sen wärter bei der Y.____ tätig und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 10. April 2014 als Lenker eines Motorrades mit einem abbiegenden Personen wagen zusammenstiess (Schadenmeldung vom 5. Mai 2015, Urk. 7/4). Hierbei zog er sich innere Verletzungen — traumatische Dünndarm- und Sigmaläsion mit Abriss des Mesosigma — zu (vgl. Austrittsbericht des Z.____ über die Hospitalisation vom 10. bis 27. April 2014, Urk. 7/3). Die Suva trat auf den Schaden ein, leistete Heilbehandlung und Taggeld und teilte am 31. Juli 2015 den Fallabschluss und die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2015 mit (Urk. 7/69). Mit Verfügung vom 15. Oktober 2015 sprach sie basierend auf einem Invaliditätsgrad von 18 % eine Rente mit Wirkung ab 1. September 2015 und auf der Basis einer Integritätseinbusse von 15 % eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 7/83). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 27. Oktober 2015 (Urk. 7/89) mit Ergänzungen vom 25. November 2015 (Urk. 7/92) hiess die Suva im Einspracheentscheid vom 22. April 2016 teilweise gut, indem sie den Invaliditätsgrad von 18 % auf 22 % erhöhte (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar

2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November

2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundes ge setzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfall versicherung (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 10. April 2014 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 zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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. 1.3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 1.3.2

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG 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.

E. 1.3.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli

2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli

2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September

2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des

Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 1.3.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad 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 verwerthen 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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

E. 1.4.1

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

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

E. 1.4.2

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 medizinischem Befund ist der Integritäts schaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil indi vi du ell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritäts schadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

E. 1.4.3

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

E. 1.4.4

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

E. 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 Vor akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein leuchtet 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).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 19. Mai

2016 Beschwerde und beantragte, es seien die zugesprochene Invalidenrente und die Integritätsentschädigung angemessen zu erhöhen und die Heilbehandlungskosten über den 31. August 2015 hinaus zu übernehmen, eventualiter sei ein fachmedizinisches Gutachten zu veranlassen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdeführerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2016 Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 29. Juni 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss Beurteilung gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 20. März 2015 beziehungsweise Ergänzungen vom 2. Juli und 9. Oktober 2015 sei mit Bezug auf die Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten gewesen und der Endzustand erreicht worden. Damit sei auch der Zeitpunkt zur Einstellung der Taggelder und Heilkosten und zur Rentenprüfung per 1. September 2015

gekommen (S. 7 Ziff. 3).

Betreffend die noch zumutbare Arbeitsfähigkeit sei gestützt auf die Ergebnisse der kreisärztlichen Untersuchung eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen in einem Pensum von 100 % möglich (Ziff. 4). Das Valideneinkommen betrage Fr. 77'000.-- und sei unbestritten. Das Invalideneinkommen sei gestützt auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebungen (LSE) und unter zusätzlicher Berücksichtigung eines lei dens bedingten Abzuges von 10 % auf Fr. 59'840.-- festzulegen. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von 22 % (S. 7 Ziff. 5).

In Bezug auf die Integritätsentschädigung sei eine „verminderte Belastbarkeit und Einschränkung der Bauchdecke“ verblieben. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich und ebenso verbleibe eine sichtbare Narbe im Bereich der Laparotomie. Grundlage für die Schätzung des Integritätschadens bilde die Tabelle 9.1, wobei je nach Beschwerden und Einschränkung der Wert zwischen 10 und 30 % betrage. Entsprechend der klinischen Untersuchung sei der Integritätsschaden vorliegend mit 15 % zu bemessen (S. 10 unten).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen (Urk. 1), die schweren inneren Verletzungen mit andauerndem Schmerzempfinden seien bis heute nicht voll ständig ausgeheilt. Die Unfallbeschwerden hätten seit Sommer 2015 deutlich zugenommen und würden ihn vor allem beim Husten oder Belasten treffen. Auch im Liegen und nachts während des Schlafes verspüre er Schmerzen. Aufgrund der Beschwerdepersistenz sei die Fortführung der Heilbehandlung angezeigt und es sei ihm nicht zuzumuten, die ihn täglich und auch nachts plagenden starken Schmerzen ohne therapeutische oder medikamentöse Betreuung auszustehen (S. 3 f.).

Dass angesichts der beim Unfall erlittenen Verletzungen noch ein 50 % geschweige denn ein 100 %-Pensum möglich sein solle, scheine ausgeschlossen. Nicht nur der anatomische Zustand im Bauch- bzw. Hernienbereich, sondern auch die damit verbundenen Schmerzen, welche sich tagsüber und nachts bemerkbar machten, bedingten erhebliche Pausen, welche

kräftemässig und aufgrund seines zum Unfallzeitpunkt bereits fortgeschrittenen Alters leistungs mässig höchstens noch ein Pensum von 50 % zuliessen. Die kreis ärzt lichen Beurteilungen berücksichtigten die Leiden aufgrund des evaluierten Z umut bar keitsprofils nur unzureichend (S. 4 f.).

Selbst beim Festhalten an einer leidensadaptiert 100%igen Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des fortgeschrittenen Alters, der fehlenden Sprachkenntnisse und Aus bildung und der damit praktisch verunmöglichten Stellensuche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie der Notwendigkeit, bei rascher Erschöpfbarkeit aufgrund der anhaltenden Schmerzen immer wieder Pausen bei der Arbeit einzuschalten, der praxisgemäss maximal zulässige leidensbedingte Abzug von 25% beim Invalideneinkommen anzubringen (S. 6).

Betreffend die durch die Kreisärztin vorgenommene Integritäts schaden schät zung zwischen 10 bis 30 % sei vom Mittelwert und einem Integri täts schaden von 20 % auszugehen (S. 6 unten).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist demnach der Zeitpunkt des Fal labschlusses, damit ein hergehend die Einstellung der Leistungen (Heilbeha ndlung/Taggeld) per 31. August 2015 sowie die Höhe des Anspruc h auf Rente und Integri täts ent schädigung .

E. 3

Die medizinische Aktenlag e seit dem Unfallereignis vom 10. April 2014 präsen tiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.1

Im Austrittsbericht des Z.____ über die Hospitalisation vom 10. April bis 27. April 2014 diagnostizierten die Ärzte eine traumatische Dünndarm- und Sigmaläsion mit Abriss des Mesosigma am 10. April 2014. Im Verlauf sei es am 16. April 2014 zu einem Platzbauch bei subkutanem Wundinfekt gekommen. Es bestünden eine postoperative Passagestörung, eine erhebliche Mangelernährung und eine neu aufgetretene arterielle Hypertonie.

Es wurde festgehalten, die Zuweisung sei mit dem Rettungsdienst in den chirurgischen Schockraum erfolgt und nach computertomografischer Sicherung der Diagnose auf der Notfallstation sei die sofortige operative Versorgung ein ge leitet worden. Postoperativ habe bei gutem Verlauf die Verlegung auf die Normalstation am 12. April 2014 stattgefunden. Im Verlauf sei ein zunehmend geblähtes Abdomen bei ausbleibendem Stuhlgang aufgetreten. Bei zunehmender Verschlechterung der abdominalen Wundsituation mit Eröffnung eines subkutan superinfizierten Hämatoms am 14. April 2014 habe sich am 16. April 2014 klinisch ein Platzbauch gezeigt. Am selben Tag sei eine operative Revision durch geführt worden. Bei regredienten Infektparametern und anschliessendem Kostaufbau sei die parenterale Ernährung am 23. April 2014 gestoppt worden und der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 10. April bis 11. Mai 2014 attestiert (Urk. 7/3).

E. 3.2

Anlässlich einer Sprechstunde vom 3. Oktober 2014 berichtete der zuständige Arzt des Z.____, nach einem prolongierten Heilungsverlauf habe der Beschwerdeführer anfangs September 2014 seine Arbeit beim Tiefbau wieder in einem Teilzeitpensum aufgenommen.

Wegen persistierender Schmerzen im Bereich der Laparotomienarbe sowie paramedian rechts sei es ihm aber unmöglich, seiner angestammten, körperlich harten Arbeit nachzugehen. Mittlerweile sei das Arbeitspensum auf 25 % reduziert worden. Die Schmerzen würden sich vor allem bei Belastung verstärken. Ganz beschwerdefrei sei er nur, wenn er liege und die Bauchdecke nicht anspanne. Mit der Verdauung habe er keine Probleme und der Stuhlgang sei regelmässig und von normaler Konsistenz und Menge. Klinisch zeige sich eine eindeutige Bauchdeckenschwäche mit Lateralisierung des rechten Musculus rectus abdominis. Zum weiteren Prozedere wurde festgehalten, mit einer operativen Rekonstruktion der Bauchdecke, allen falls verstärkt mit einer Kunststoffnetzeinlage, könnte die Situation sicherlich verbessert werden (Urk. 7/24).

E. 3.3

Im Austrittsbericht des Z.____ vom 18. November 2014 über die Hospitalisation vom 7. bis 10. November 2014 wurde auf den am 7. November 2014 durchgeführten Eingriff einer Narbenhernie n-Repair mit Bauchdeckenrekonstruktion und Einlage eines Kunststoffnetzes hingewiesen (Urk. 7/37). Der postoperative Verlauf sei komplikationslos erfolgt und der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 7. bis 16. November 2014 attestiert (Urk. 7/36).

E. 3.4

In einem weiteren Sprechstundenbericht des Z.____ vom 22. Dezember 2014 beschrieb der zuständige Arzt, der 64-jährige Beschwerdeführer befinde sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand und habe sich von der Narbenhernienoperation gut erholt. In den ersten Wochen nach der Operation seien noch regelmässig belastungsabhängige Schmerzen vor allem im Bereich des Mittel- und rechten Unterbauches aufgetreten. Diese Beschwerden hätten sich laut Aussage des Beschwerdeführers in den letzten zwei Wochen aber deutlich gebessert, so dass er keine Analgetika mehr benötige. Es bestehe noch immer eine kleine Vorwölbung im Bereich des rechten Unterbauches, welche ihm auf Druck auch Schmerzen bereite. Palpatorisch handle es sich hier bei am ehesten um ein kleines Serom zwischen Muskulatur und dem retro muskulär platzierten Netz. Die Bauchdecke sei intakt und es bestünden keine Anhaltspunkte für ein Rezidiv der Narbenhernie. Eine Wiederaufnahme der körperlichen Arbeit im letzten Monat sei nicht als sehr sinnvoll zu erachten. Der Beschwerdeführer solle aber, falls es die Schmerzen erlaubten, wieder mit Kräftigungsübungen für die Bauchdeckenmuskulatur beginnen. Aus seiner Sicht würde er die Behandlung nun abschliessen (Urk. 7/47).

E. 3.5

Kreisärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, berichtete am 23. März 2015 über die Untersuchung vom 20. März 2015 (Urk. 7/54). Sie hielt fest, der Beschwerdeführer erhebe sich zügig beim Aufrufen und das Gangbild zum Untersuchungszimmer sei raumgreifend und unauffällig. Beim Hüpfen, in die Hocke gehen und beim nach vorne Beugen gebe er Schmerzen im Bereich der Bauchdecken an. Inspektorisch zeige sich eine mediane reizlose Laparotomie narbe. Palpatorisch seien keine vermehrten Schmerzen im Bereich der Narbe angegeben worden. Im rechten unteren Quadranten zeige sich ein leichtes Weichteilplus und palpatorisch könne ein kleines Serom vorliegen. Die im Bereich des linken Unterbauchs angegebenen Druckschmerzen seien eher diffus. Inspektorisch und palpatorisch ergebe sich kein Anhalt für ein Narbenbruchrezidiv und die Darmgeräusche

seien in allen vier Quadranten regelrecht (S. 3).

Es bestünden belastungsabhängige Restbeschwerden nach Narbenhernien- Repair mit Bauchdeckenrekonstruktion und Einlage eines Kunststoffnetzes am 18. November 2014 bei einem Status nach Laparotomie mit Dünndarm segmentresektion und Sigmaresektion am 10. April

2014 sowie einer Re-Laparotomie und Abdominallavage am 16. April 2014.

Mittlerweile, vier Monate postoperativ, müsste eigentlich die Rekonvaleszenz abgeschlossen sein. Die Beschwerden seien authentisch und glaubwürdig geschildert, sodass vor einem Abschluss eine Verlaufskontrolle beim Operateur, inklusive Ultraschalldiagnostik der Bauchdecken, empfohlen sei (S. 4).

E. 3.6

Am 5. Mai 2015 berichteten die Ärzte des B.____, die Zuweisung sei zur viszeralkirurgischen Sprechstunde erfolgt. Der Beschwerdeführer berichte über persistierende Schmerzen im Bereich der Bauchwand, welche sich durch Belastungen oder Husten teilweise verstärkten, aber auch im Liegen und beim Schlafen aufträten, wobei er sich dadurch im Alltag deutlich eingeschränkt fühle.

Es zeige sich eine reizlose mediane Laparotomienarbe und eine diffuse Druckdolenz im Bereich des liegenden Sublay-Netzes mit Punktum Maximum paraumbilikal links. Eine Faszienlücke sei nicht palpabel und es ergebe sich kein Hustenanprall beim Husten oder Pressen. In der Computertomographie (CT) des Abdomens vom 20. April 2015 sei neu eine kleinvolumige umbilikale Vorwölbung von präperitonealem Fett mit einer Basis von 7 mm sichtbar. Es bestünden jedoch kein Bauchwandserom und kein Abszess. Klinisch ergebe sich kein Anhalt für eine Hernie, und die im CT-Abdomen vom 20. April 2015 beschriebene umbilikale Vorwölbung sei am ehesten als Vorwölbung des Netzes und somit nicht als eigentliche Hernie zu sehen. Die Beschwerden seien am ehesten als postoperative neurogene Schmerzen durch das Sublay-Netz verursacht zu interpretieren. Mit dem Beschwerdeführer sei weiterhin ein konservatives Vorgehen besprochen worden (Urk. 7/62).

E. 3.7

Dr. A.____ schrieb am 2. Juli 2015, die Tätigkeit als Strassenwärter sei dem Beschwerdeführer aufgrund der Verletzungsfolgen nicht mehr zumutbar, da es sich gemäss Jobprofil um eine mittelschwere bis oft schwere Tätigkeit handle. Aufgrund der klinischen Untersuchung und der anschliessend getätigten bildgebenden Diagnostik sei der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Zwangshaltung, als ganz tags arbeitsfähig einzuschätzen. Die Beurteilung stütze sich auf die kreisärztliche Untersuchung vom 20. März 2015, den Konsultationsbericht des B.____ vom 23. April 2015 und das CT-Abdomen vom 20. April 2014 (Urk. 7/68).

Zur Beurteilung des Integritätsschadens hielt die Kreisärztin fest, es bestünden belastungsabhängige Restbeschwerden nach Narbenhernien-Repair mit Bauchdeckenrekonstruktion und Einlage eines Kunststoffnetzes im November 2014 bei Status nach Laparotomie mit Dünndarmsegmentresektion, Sigmaresektion vom 10. April 2014 und Re-Laparotomie und Abdominallavage vom 16. April 2014. Daraus verbleibe eine verminderte Belastbarkeit und Einschränkung der Bauchdecke. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich. Ebenso verbleibe auch eine sichtbare Narbe im

Bereich der Laparotomie. Schätzungsgrundlage für den Integritätsschaden bilde die Tabelle 9.1, wobei je nach Beschwerden und Einschränkung der Wert zwischen 10 und 30 % liege. Entsprechend der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Diagnostik schätze sie den aktuellen Integritätsschaden auf 15 % (Urk. 7/67).

E. 3.8

Im Bericht des B.____ vom 10. November 2015 hielten die zuständigen Ärzte fest, der Beschwerdeführer stelle sich aufgrund von persistierenden Schmerzen im Bereiche der Bauchwand in der Sprechstunde vor. Er berichte, die Schmerzen seien seit der letzten Konsultation vom 23. April 2015 nie ganz abgeklungen und im Sommer habe er eine deutliche Zunahme verspürt, weshalb er sich zur erneuten Vorstellung entschlossen habe. Aufgrund der Beschwerdepersistenz wünsche er nun eine weiterführende Abklärung mittels Wiederholung des CTs.

Im erstellten CT-Abdomen vom 9. November 2015 beschrieben die Ärzte, es bestehe auf Höhe des Umbilicus über eine kraniokaudale Ausdehnung von 2.

E. 5

cm eine lokalisierte Diastase der Rektusmuskulatur bis 16 mm Breite. An dieser Stelle trete präperitoneales Fettgewebe zwischen die Muskelbäuche; die ober flächliche Muskelfaszienschicht erscheine bis auf die schmale Umbilikallücke intakt, sodass die kleine Fetthernie nicht in die Subkutanschicht vorrage. Weitere Abdominalwandhernien seien nicht zu erkennen und es bestünden keine anderen neu aufgetretenen pathologischen Befunde.

Die Schmerzangaben seien nicht explizit über dem computertomographisch sichtbaren präperitonealen Fettgewebe lokalisiert, so dass es sehr fraglich sei, ob eine Resektion desselben zu einer Schmerzreduktion führen würde. Um eine eigentliche Hernie handle es sich nicht, da das einliegende Netz darunter gut sichtbar sei und der Befund über die Monate auch nicht grösser geworden sei. Obwohl eine Resektion des Befundes über einen kleinen paraumbilicalen Schnitt gut möglich sei, möchte der Beschwerdeführer weiterhin den Spontanverlauf abwarten (Urk. 7/93). 4. 4.1

In medizinischer Hinsicht ist aufgrund der Akten erstellt, dass sich der im Zeitpunkt des Ereignisses vom 10. April 2014 über 64 Jahre alte Beschwerdeführer innere Verletzungen im Bauchraum zugezogen hatte, wobei am Unfalltag eine Laparotomie mit Dünndarmsegment- und Sigmaresektion durchgeführt wurde. Der postoperative Verlauf verzögerte sich durch einen am 16. April 2014 festgestellten Platzbauch, infolgedessen gleichentags

eine Re-Laparotomie und Abdominallavage erfolgte (E. 3.1). Nach prolongiertem Heilungsverlauf mit Restbeschwerden wurde am 7. November 2014 eine Narbenhernie-Repair mit Bauchdeckenrekonstruktion und mit Einlage eines Kunststoffnetzes durchgeführt (E. 3.3). Seither wurden weiterhin belastungsabhängige Restbeschwerden im Mittel- und rechten Unterbauch beklagt, die sich jedoch nach der Operation soweit besserten, dass seit Dezember 2014 keine Analgetika mehr benötigt werden (E. 3.4). Die Schmerzen wurden als postoperative neurogene Schmerzen durch das Sublyta-Netz verursacht interpretiert (E. 3.6) und die weiteren Abklärungen mittels bildgebender Diagnostik ergaben, dass eine Rezidivhernie ausgeschlossen werden konnte und sich der Befund seither unverändert zeigt (E. 3.8). 4.2

Vor diesem Hintergrund hielt Dr. A. ___ in Würdigung der Unterlagen und aufgrund der eigenen Untersuchung vom 20. März 2015 nachvollziehbar fest, dass vier Monate postoperativ — nach der Bauchdeckenrekonstruktion vom 7. November 2014 — die Rekonvaleszenz eigentlich abgeschlossen sein müsste (E. 3.7). Die nachträgliche Verlaufskontrolle und die bildgebende Diagnostik bestätigten sodann einen stabilen und unveränderten Befund und es konnte festgehalten werden, dass von einem zusätzlichen operativen Eingriff sehr wahrscheinlich keine Verbesserung der Schmerzsymptomatik zu erwarten sei (vgl. E. 3.6 und E. 3.8, Schmerzreduktion durch Resektion „sehr fraglich“). Dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per Ende Juli 2015 vornahm - nach dem Ereignis vom 10. April 2014, der operativen Nachsanierung vom 7. November 2014 und nachdem der nachbehandelnde Arzt bereits im Dezember 2014 auf einen Behandlungsabschluss hingewiesen hatte (E. 3.4) - steht im Einklang mit der medizinischen Aktenlage und ist nicht zu beanstanden.

E. 5.1

Zu prüfen bleiben die Auswirkungen der verbliebenen Störungen (belastungs abhängige Restbeschwerden im Bereich der Bauchwand) auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit. Das von der Kreisärztin Dr. A. ___ erstellte Belastungsprofil, demgemäss eine leichte bis mittelschwere (Gewichtsbelastung bis maximal 10/15 kg), wechselbelastende (stehend, gehend, sitzend zu je einem Drittel) Tätigkeit ohne Zwangshaltung (ohne Tätigkeit, bei welcher die Bauchmuskulatur verstärkt miteingebunden ist; ohne dass nach vorne gebeugt werden muss und ohne rotiertem Oberkörper beziehungsweise ohne dass die Bauchpresse mit in die Haltung aktiviert werden muss) ganztags zumutbar ist (vgl. E. 3.7 und Urk. 7/81), erfolgte aufgrund einer eigenen Untersuchung unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Würdigung der medizinischen Aktenlage (namentlich der klinischen Befunde der behandelnden Ärzte) und ist in sich schlüssig und nachvollziehbar. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil berücksichtige die Leiden zu wenig und es sei aufgrund der Schmerzen und des fortgeschrittenen Alters höchstens noch von einem zumutbaren Pensum von 50 % auszugehen (Urk. 2 S. 4 f.), ist demgegenüber nicht weiter begründet und vermag keine auch nur geringen Zweifel (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 zum Beweiswert von Berichten verschiedener interner Arztpersonen) an der Beurteilung der Dr. A. ___ zu wecken; insbesondere kann sich der Beschwerdeführer auch nicht auf eine konträre medizinische Beurteilung stützen. Das kreisärztliche Belastungsprofil ist nicht zu beanstanden und es ist von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen.

E. 5.2.1

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen in Anbetracht des Alters des Beschwerdeführers in Anwendung von Art. 28 Abs. 4 UVV, wonach für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Einkommensmassgebend sind, die

ein Versicherter mittleren Alters im konkreten Betrieb hätte erzielen können (vgl. zum Ganzen etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2015 vom 8. April 2016 E.

3.2). Gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (Urk. 7/74) legte sie das hypothetische Valideneinkommen auf Fr. 77'000.-- fest (vgl. Urk. 7/85 S. 2), was aufgrund der Akten nachvollziehbar erscheint und entsprechend auch nicht beanstandet wurde.

E. 5.2.2

Die Beschwerdegegnerin zog bei der Ermittlung des Invalideneinkommens die bei Erlass des Einspracheentscheids geltenden (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1.), vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 heran (Urk. 2 S. 8). Danach belief sich das standardisierte monatliche Einkommen im Zentralwert Tabelle TA1 für Männer mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) im Jahre 2012 auf Fr. 5'210.--. Aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen und unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, heraus gegeben vom BFS, T03.02.03.01.04.01) resultiert ein Einkommen von Fr. 65'177.10 respektive nominallohnbereinigt auf das Jahr 2015 (Indexstand 2188 [2012], Indexstand 2226 [2015]; BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015, Tabelle T39) ein solches von Fr. 66'309.06 (Fr. 5'210.-- x 12 / 40 x 41.7 / 2188 x 2226).

E. 5.2.3

Zur Frage eines höheren behinderungsbedingten Abzuges ist festzuhalten, dass unfallfremde Leiden im Verfahren der Unfallversicherung nicht zu beachten und damit einzig die Restbeschwerden im Bereich des Abdomens massgebend sind. Dem Umstand der verminderten Belastbarkeit der Bauchdecke (keine Zwangshaltungen) und dass anstatt der vorher ausgeübten schweren Tätigkeit nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bewerkstelligt werden können, trug die Beschwerdegegnerin mit einem Abzug von 10 % Rechnung. Andere Umstände, die einen höheren leidensbedingten Abzug rechtfertigen könnten (vgl. E. 1.6 hiervor), sind nicht ersichtlich. Sodann dürfte das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen und müsste diesfalls Gegebenheiten darlegen, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen liesse (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen). Ein Abweichen ist grundsätzlich nur bei Unan gemessenheit möglich (vgl. BGE 137 V 71 E. 5.1). Solche Gegebenheiten liegen hier nicht vor. Der leidensbedingte Abzug von 10 % ist nicht zu beanstanden,

womit sich das Invalideneinkommen entsprechend auf Fr. 59'678.16.-- (Fr. 66'309.06.-- x 0.9) reduziert.

E. 5.3

Wird das Valideneinkommen von Fr. 77'000.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 59'678.16 gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'321.84, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 22 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E 3.2) entspricht.

E. 6

Bezüglich einer Integritätsentschädigung sind die Unfallfolgen — Restbeschwerden nach Narbenhernien-Repair mit Bauchdeckenrekonstruktion und Einlage eines Kunststoffnetzes — zu berücksichtigen. Die unfallbedingten Beschwerden taxierte die Kreisärztin als dauernd und erheblich und berücksichtigte auch eine verbliebene und sichtbare Narbe im Bereich der durchgeführten Laparotomie.

Die SUVA Tabelle 9.1 sieht bei Bauwandhernien (Narben und Leistenhernien) vor, dass bei dauernden grösseren oder auffällig gelegenen Hernien das Vorliegen eines

Integritätsschadens bejaht werden darf, wobei keine Prozentangabe aufgeführt ist. Mit Blick darauf, dass im gleichen Kapitel die Integritätsentschädigung für den Verlust der Milz mit 10 %, der Verlust einer Niere mit 20 % oder ein Anus präter ebenfalls mit 20 % veranschlagt werden, erscheint die kreisärztliche Einschätzung von 15 % jedenfalls nicht als unangemessen — sondern eher grosszügig bemessen —, zumal nicht von einem völligen Verlust oder der völligen Gebrauchsunfähigkeit der Bauchdecke bzw. Bauchdeckenmuskulatur auszugehen ist.

E. 7

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. April 2016 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten in allen Teilen als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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