

# **BL\_GERICHTE 725 12 69 / 189 vom 24. Juli 2009**

BL Gerichte, 2009-07-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725 12 69 \\_ 189](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_12_69_189)

FR: BL\_GERICHTE 725 12 69 / 189 du 24 juillet 2009

IT: BL\_GERICHTE 725 12 69 / 189 del 24 luglio 2009

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt, sodass auf die Beschwerde einzutreten ist. Streitig und zu prüfen ist nachstehend, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung hat. Die mit rechtskräftigem Urteil des Kantonsgerichts vom 26. Mai 2011 geklärte Frage der (bejahten) Versicherteneigenschaft des Beschwerdeführers bildet nicht mehr Gegenstand des Verfahrens. Hinsichtlich der zugesprochenen Integritätsentschädigung hat der Beschwerdeführer kein Rechtsmittel eingelegt, sodass der angefochtene Einspracheentscheid beziehungsweise die Verfügung vom 24. Juli 2009 diesbezüglich in Rechtskraft erwachsen sind. 2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Versicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). 2.2 Für Leistungen nach UVG hat der Versicherer nur aufzukommen, wenn zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht, wobei letzterer im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 109 E. 2; 127 V 102 E. 5b/bb). Organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen liegen dann vor, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007 E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist somit nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende

Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person (im Sinne einer Teilursache) beeinträchtigt hat (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Mai 2010, 8C\_1032/2009, E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherungsträger beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden haben. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3.1 Für die Beurteilung, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu einem Unfallereignis steht, sind entsprechende Unterlagen - wobei hier Arztberichte ganz im Vordergrund stehen - erforderlich (vgl. BGE 122 V 158 E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen wie alle anderen Beweismittel nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Das Gericht hat somit alle Beweismittel - unabhängig ihrer Herkunft - objektiv zu prüfen und zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten muss das gesamte Beweismaterial gewürdigt werden und es sind die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist somit entscheidend, ob dieser 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 ärztlichen Schlussfolgerungen begründet sind. Weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht, Gutachten oder dergleichen sind ausschlaggebend für den Beweiswert (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Beurteilungen von angestellten versicherungsinternen Arztpersonen soll jedoch bereits dann kein Beweiswert im vorbeschriebenen Sinne mehr zukommen, wenn auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009 E. 3.2 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1d).

2.3.2 Die Rechtsprechung des Bundesgerichts erachtet es dennoch mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte

behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Arzt stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen, da die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringt. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativoder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

### **E. 3**

Vorliegend besteht zwischen den Parteien Einigkeit darüber, dass zur Beurteilung der Erwerbstätigkeit des Versicherten auf die in den Akten befindlichen medizinischen Zumutbarkeitsbeurteilungen und hier erster Linie das orthopädische Gutachten von Dr. med. C., Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 2. Februar 2009 abgestellt werden kann. Diesem zufolge leidet der Beschwerdeführer unter einer beginnenden posttraumatischen OSG- und USG-Arthrose rechts bei einem Zustand nach Osteosynthese einer Pilon tibiale Fraktur am 4. März 2003 sowie einem Zustand nach Entfernung von Schrauben proximal und distal am 16. August 2004 und einer Restmetallentfernung am 25. April 2005. Weiter diagnostizierte Dr. C. einen klinischen Verdacht auf eine beginnende Coxarthrose rechts bei grösseren Ossifikationen am lateralen Pfannenrand sowie einen Verdacht auf eine Bursitis subacromialis links. Weiter führte der Gutachter aus, dass die geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Sinne der vorgenannten Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise auf das Unfallgeschehen vom 4. März 2003 zurückzuführen seien. Hinsichtlich der im Zeitpunkt des Unfalls ausgeführten Tätigkeit als selbstständigerwerbender Betreiber einer Snackbar attestierte der Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, wobei er die Einschränkung im Wesentlichen mit beim Gehen und Stehen auftretenden Schmerzen und Schwellungen begründete. Demgegenüber gelangte er zum Schluss, dass für Tätigkeiten in vorwiegend sitzender Stellung eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe.

4.1 Auf der Basis der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung ist im Folgenden zu prüfen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten erfolgt aufgrund eines Einkommensvergleichs. Gemäss Art. 16 ATSG wird dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (vgl. BGE 104 V 136). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174).

4.2 Bei der Bemessung des für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden

(Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt als gesunde Person tatsächlich verdienen würde (vgl. BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2009, 8C\_342/2009, E. 7.1). Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich zu ermitteln, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2006, I 447/06, E. 1.3.1; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 2010, Art. 28a, Ziffer II, 6.a), S. 300). Im Zeitpunkt des Unfalls vom 4. März 2003 war der Versicherte im Begriff sich beruflich neu zu orientieren, indem er das bisher mit seiner Frau betriebene Restaurant H. in L. per Ende 2002 aufgegeben hatte und seit Anfang 2003 eine Snackbar in M. aufbaute. Der Beschwerdeführer befand sich somit in der Startphase seines neuen Betriebes und es ist überwiegend wahrscheinlich, dass er dabei ein unterdurchschnittliches Einkommen erwirtschaftete. Auf derartige, offensichtlich zu tiefe Einkommenszahlen kann zur Ermittlung des Valideneinkommens jedoch nicht abgestellt werden. Bei einer derartigen Ausgangslage sind die lohnstatistischen Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen (vgl. BGE 126 V 76 E. 3b/bb). Da der Beschwerdeführer als Betreiber eines Restaurantbetriebes Berufserfahrung hat, ist es sachgerecht, auf die LSE 2008, privater Sektor, Wirtschaftszweig Gastgewerbe, Männer, Anforderungsniveau 3 abzustützen, womit ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 51'432.-- (=12x4'286) resultiert. Da vorliegend auch das Invalideneinkommen mittels statistischer Lohnwerte ermittelt wird (vgl. nachstehende E. 4.3.1), ist auf eine Anpassung der Vergleichsgrössen an die Nominallohnentwicklung sowie die durchschnittliche Wochenarbeitszeit zu verzichten.

4.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Der von einer invaliden Person tatsächlich erzielte Verdienst bildet für sich allein betrachtet grundsätzlich jedoch kein genügendes Kriterium für die Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit und damit des Invaliditätsgrades. Das Mass der tatsächlichen Erwerbseinbusse stimmt mit dem Umfang der Invalidität vielmehr nur dann überein, wenn - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse eine Bezugnahme auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sich praktisch erübrigen, wenn die versicherte Person eine Tätigkeit ausübt, bei der anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und wenn das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2). Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, ist beim Einkommensvergleich von einem hypothetischen Invalideneinkommen auszugehen, für dessen Ermittlung auf die statistischen Löhne der (LSE) abzustellen ist (vgl. BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und BGE 124 V 322 E. 3b/aa). Vorliegend vertritt der Beschwerdeführer die Ansicht, es sei zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf das von ihm tatsächlich noch erwirtschaftete Einkommen als Betreiber einer Snackbar abzustellen. Dieses entspreche der ärztlich attestierten Restarbeitsfähigkeit für den Gastwirtschaftsbereich von 50 %. Für diese Tätigkeit sei er optimal eingegliedert. Dagegen ist die Allianz der Meinung, es sei auf die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % für Verweistätigkeiten abzustellen. Insbesondere sei es dem Versicherten zumutbar, einer derartigen Tätigkeit nachzugehen, mit der er ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen zu erwirtschaften vermöge. Vorliegend ist offensichtlich, dass der Beschwerdeführer die ihm verbleibende

Restarbeitsfähigkeit nicht im Rahmen der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung voll ausschöpft, indem er statt zu 100 % einer Verweistätigkeit nachzugehen, nach wie vor im Umfang von 50 % seine bisherige Tätigkeit im Gastwirtschaftsbereich ausübt. Unter solchen Umständen ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die lohnstatistischen Werte der LSE abzustellen und zu ermitteln, was der Beschwerdeführer unter Verwertung der ihm offenstehenden erwerblichen Möglichkeiten im Rahmen einer Verweistätigkeit auf der Basis einer Arbeitsfähigkeit von 100 % erwirtschaften könnte. Dabei ist er nicht auf den Bereich des Gastgewerbes eingeschränkt, weshalb der Medianwert der LSE 2008 heranzuziehen ist. Zu entscheiden ist schliesslich, ob die im Gastwirtschaftsbereich gesammelten Berufskennnisse auf den Bereich allgemeiner Verweistätigkeiten übertragen werden können. Die Frage kann aber offenbleiben, da - wie nachstehend aufgezeigt wird - auch bei der Verwendung der Zahlen des Anforderungsniveaus 4 (=einfache und repetitive Tätigkeiten) keine einen Anspruch auf Rentenleistungen begründende Erwerbsunfähigkeit resultiert. Laut LSE 2008 beträgt der Zentralwert für Männer im Anforderungsniveau 4 pro Jahr Fr. 57'672.-- (=12x4'806) und liegt somit deutlich über dem ermittelten Valideneinkommen (vgl. vorstehende E. 4.2).

4.3.2 Von dem auf diese Weise erhobenen statistischen Wert können unter bestimmten Voraussetzungen Abzüge vorgenommen werden. Laut der dazu ergangenen Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 80 E. 5b). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (vgl. BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3). Laut den gutachterlichen Einschätzungen sind dem Versicherten jegliche sitzenden Verweistätigkeiten zumutbar. Somit sind keine beziehungsweise nur sehr geringe Aspekte ersichtlich, die auf eine Erschwernis bei der erwerblichen Verwertung der Restarbeitsfähigkeit schliessen lassen würden. Selbst wenn in grosszügiger Ermessensbetätigung aufgrund des Lebensalters ein Abzug von maximal 10 % vorgenommen würde, resultierte nach wie vor ein Invalideneinkommen, welches über dem Valideneinkommen zu liegen käme, womit keine Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Über die Vornahme eines leidensbedingten Abzuges muss somit vorliegend nicht entschieden werden und es ist im Ergebnis nicht zu bemängeln, dass die Allianz den Rentenanspruch

des Versicherten abgelehnt hat. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

#### **E. 5**

Art. 61 lit. a ATSG sieht die Kostenlosigkeit des Verfahrens vor, weshalb keine ordentlichen Kosten zu verlegen sind. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die ordentlichen Kosten wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid wurde am 4. Oktober 2012 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C\_806/2012 ) erhoben.

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