

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.28 vom 17. Dezember 2018**

SO Obergericht, 2018-12-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.28\\_d20181217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.28_d20181217)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.28 du 17 décembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.28 del 17 dicembre 2018

## **Regeste**

Unfallversicherung / IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 29. August 2011 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht (Stand: 1. Januar 2013) anwendbar.

### **E. 1.2**

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 29. August 2011 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht (Stand: 1. Januar 2013) anwendbar.

2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei

gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

2.4 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE

115 V 133, 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_156/2016 vom 1. September 2016 E. 2.2). 2.5 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2.1, 8C\_240/2016 vom 13. Juli 2016 E. 3). 3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C\_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des

Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides – vorliegend bis 10. Januar 2018 – mitzubedenken, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf, 3. Aufl. 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 200 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid (A.S. 1 ff.) dar, aufgrund des voll beweiskräftigen Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ sei von einem erreichten medizinischen Endzustand auszugehen. Gestützt auf das Gutachten sei in neurologischer Hinsicht der Spannungskopfschmerz nicht organisch objektivierbar, sondern in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung zu sehen. Insoweit werde zwar ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht, dieser sei aber psychisch bedingt. In Bezug auf die beim Unfall erlittene commotio cerebri würden diesbezügliche organische objektivierbare Folgen stimmig verneint. Die von der Neuropsychologin festgestellten leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen seien multifaktoriell bedingt. Eine hirnorganische Beteiligung sei lediglich möglich, aber überwiegend wahrscheinlich sei eine Überlagerung durch affektive Faktoren. Weitere objektivierbare organische Unfallfolgen im Sinne von strukturellen Veränderungen hätten bildgebend wiederholt ausgeschlossen werden können. In Bezug auf die neuropathischen Schmerzen sei klarzustellen, dass diese, soweit organisch objektivierbar, umfassend berücksichtigt worden seien. Die persistierenden Beschwerden, mit Ausnahme jener, die sich aufgrund der unfallbedingten strukturellen Veränderungen erklären liessen, beruhten somit nicht auf einem unfallbedingten objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung, oder sie seien in Zusammenhang mit der psychischen Situation des Beschwerdeführers, den affektiven Faktoren und seiner posttraumatischen Belastungsstörung zu erklären. Vorliegend könne, wenn überhaupt, höchstens von sogenannten organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerden gesprochen werden. Im Falle von derartigen Beeinträchtigungen und psychischen Beschwerden sei die Adäquanz nicht ohne weiteres gegeben. Es müsse in solchen Fällen eine eigenständige Adäquanzprüfung vorgenommen werden. Dabei könne die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offen bleiben, wenn die Adäquanz ohnehin zu verneinen sei. In Bezug auf die organisch nachgewiesenen unfallbedingten Verletzungen mit Restbeschwerden seien dem Beschwerdeführer noch leichtere handwerkliche Tätigkeiten ohne zeitliche Einschränkung zumutbar. Vom auf der voll beweiskräftigen polydisziplinären Begutachtung beruhenden Zumutbarkeitsprofil sei auszugehen. Im Bereich der psychischen Problematik sei die bundesgerichtliche Psycho-Praxis anzuwenden. Der Unfall vom 29. August 2011 sei nach dem massgeblichen augenfälligen Geschehensablauf sowie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung als mittelschweres Ereignis zu qualifizieren. Dieser sei zweifellos eindrücklich gewesen. Es

seien damit aber nicht höhere Krafteinwirkungen verbunden gewesen. Objektiv betrachtet habe sich der Unfall weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch sei er als besonders eindrücklich zu bezeichnen. Jedem mittelschweren Unfall sei eine gewisse Eindrücklichkeit eigen. Auch weil der Beschwerdeführer keine Erinnerung an das Unfallgeschehen habe, sei das Kriterium nicht erfüllt. Ebenfalls nicht erfüllt sei das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Bezüglich der somatischen Verletzungen könne auch nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der Behandlung gesprochen werden, die sich ohnehin nicht allein nach einem zeitlichen Massstab bemesse. Der Beschwerdeführer habe sich während der Heilbehandlung auch im Ausland aufgehalten und sei einigen ärztlichen Terminen unentschuldig ferngeblieben. Auch sei das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht erfüllt. Die Schmerzen seien rezidivierend und von unterschiedlicher Intensität gewesen. Der Beschwerdeführer habe Arbeitsversuche gemacht, sei Auto gefahren und verreist. Anzeichen für eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung seien ebenso wenig vorhanden wie die für einen bezüglich der organischen Verletzungen schwierigen Handlungsverlauf oder diesbezügliche erhebliche Komplikationen. Schliesslich sei auch das Kriterium der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte Tätigkeit zumutbar. Es sei keines der Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb die Adäquanz zu verneinen sei. Hinsichtlich der Bemessung des Invaliditätsgrades sei das Valideneinkommen für den Beschwerdeführer anhand eines Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Dieser habe zum Unfallzeitpunkt als selbständig erwerbender Geschäftsführer und Fenstermonteur eine GmbH geführt. Auf die Geschäftsabschlüsse könne vorliegend nicht abgestellt werden. Der Beschwerdeführer habe zwar angegeben, die Gewinne selber bezogen und für seinen Lebensunterhalt verwendet zu haben. Jedoch habe er bereits im Unfallzeitpunkt weiteres Personal gehabt. Darüber hinaus seien die Geschäftsergebnisse von schwer überblickbaren Komponenten (Konjunkturlage, Konkurrenz, kompensatorischer Einsatz von Familienangehörigen) von massgeblicher Bedeutung. Laut Angaben des Beschwerdeführers habe er wegen des Unfalls weitere vier Personen mit einem Pensum von gesamthaft 300 % anstellen müssen, darunter auch Familienangehörige. Schon deshalb sei ein Abstellen auf die Bilanz per 31. Dezember 2013 nicht möglich. Zudem sei das Geschäft erst per 1. Januar 2010 gegründet worden und habe sich zum Unfallzeitpunkt erst im Aufbau befunden. Zu beachten sei weiter, dass grundsätzlich nur Einkünfte zu berücksichtigen seien, die tatsächlich geflossen seien und der AHV-Beitragspflicht unterlägen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Zahlen würden stark mit denjenigen gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) divergieren. Der Beschwerdeführer habe vormals seit 1998 ohne abgeschlossene Lehre im Fensterbau gearbeitet. Deshalb sei der Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1 anzuwenden. Der Beschwerdeführer vermöge sich trotz Berufserfahrung weder mit einer Berufslehre noch mit einer kaufmännischen Ausbildung auszuweisen und sei der deutschen Sprache nicht mächtig. Die Tochter erledige die administrativen Angelegenheiten und die Buchhaltung werde extern gegeben. Schliesslich sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass von einer wöchentlichen Arbeitsstundenanzahl von 67.5 Stunden auszugehen sei. Was das Invalideneinkommen anbelange, so könne der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit in der Selbständigkeit nicht optimal ausnützen. In einer unselbständigen Vollzeitarbeitsstelle würde er ein höheres Invalideneinkommen erzielen. Es sei daher hier ebenfalls auf einen Tabellenlohn abzustellen, wobei die aktuellste Tabelle TA1 des Jahres 2014 heranzuziehen und auf das

Jahr 2017 aufzuindexieren sei. Weiter sei der Totalwert an die durchschnittliche Wochenarbeitszeit anzupassen. Zusätzlich sei ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren. Es resultiere damit ein Invaliditätsgrad von 18 %. In Bezug auf den versicherten Verdienst seien die im Jahr vor dem Unfall deklarierten Löhne zu berücksichtigen, auf denen der Betrieb Prämien bezahlt habe. Diese korrelierten mit den Angaben gegenüber der Ausgleichskasse. Art. 22 Abs. 2 lit. c Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) sei nicht zu berücksichtigen, da es vorliegend nicht so sei, dass gewisse dem Arbeitgeber nahestehende Personen aus Rücksichtnahme einen tieferen als den marktüblichen Lohn bezögen. Der Beschwerdeführer würde in einem anderen Betrieb bei entsprechender Funktion, Leistung und Arbeitszeit nicht mehr verdienen. Zum Integritätsschaden sei zu sagen, dass sämtliche organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs unberücksichtigt bleiben müssten. Der Integritätsschaden betrage damit gestützt auf das beweiskräftige Gutachten 10 %. 4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 33 ff.) Folgendes entgegenhalten: Die Gutachter der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ würden integrativ von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 10 %, mithin von einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % ausgehen. Sodann gingen sie von einem Integritätsschaden von 45 % aus. Die psychischen Einschränkungen seien hierbei in die Beurteilung miteinzubeziehen. Das psychiatrische Gutachten erweise sich in diesem Zusammenhang als sehr ausführlich und stringent. Unzutreffend sei das Gutachten dagegen, wenn es die Schmerzproblematik im Bereich des linken Ellenbogens inkl. Arm und Hand einer Somatisierungsstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zuordne. Die psychiatrische Gutachterin gehe davon aus, dass die Schmerzen nur zum Teil somatisch erklärt werden könnten. In diesem Punkt bestehe eine diametrale Diskrepanz innerhalb des Gutachtens zwischen dem neurologischen und orthopädischen Teilgutachten einerseits und vom neurologischen Teilgutachten zur übrigen medizinischen Aktenlage andererseits. Aus den Berichten der Orthopädie des Spitals [...] gehe hervor, dass die behandelnden Ärzte von einer somatischen Genese des Schmerzbildes ausgegangen seien. Dies habe auch die Neurologin Dr. med. C.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. Februar 2014 festgehalten. Auch der orthopädische Gutachter gehe grundsätzlich von der somatischen Genese der Schmerzen aus. Umso unverständlicher sei es, dass er diese in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bzw. unzureichend einbeziehe. Sodann werde der Kopfschmerz vom neurologischen Gutachter zu Unrecht als Spannungskopfschmerz qualifiziert. Zu verweisen sei auf die erlittene commotio cerebri. Der Beschwerdeführer sei für zehn Minuten bewusstlos gewesen und habe eine Amnesie erlitten. Es sei nicht zutreffend, dass sich keine Folgen der commotio cerebri fänden, wie der neurologische Teilgutachter erkläre. Der Beschwerdeführer leide hieraus an Kopfschmerzen und kognitiven Defiziten, welche dieser Verletzung zuzuordnen seien. Im neuropsychologischen Gutachten würden die kognitiven Defizite zu Recht dem Unfall zugeordnet und auch zu Recht als zumindest teilweise organisch bedingt qualifiziert. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich von affektiven Faktoren überlagert würden, seien schlicht falsch. Ebenso seien die neuropathischen Schmerzen nicht umfassend berücksichtigt worden. Obwohl diese organisch objektivierbar seien, seien die Auswirkungen derselben im neurologischen Teilgutachten nicht dargelegt. Dass der Beschwerdeführer noch immer unter gravierenden Einschränkungen aufgrund der organisch bedingten Schmerzen leide, sei dem Gutachten eindeutig zu entnehmen. Dass die

Missempfindungen zum Zeitpunkt der Begutachtung nur noch gering gewesen seien sollten, sei schlicht aktenwidrig. Hinsichtlich der Gewichtung des Einflusses der somatischen Gebrechen auf die Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass das neurologische und orthopädische Teilgutachten nicht schlüssig seien. Zudem sei das neuropsychologische Teilgutachten von der Beschwerdegegnerin falsch interpretiert worden. Die geklagte Schwindelproblematik und der Kopfschmerz flössen zu wenig in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit ein. Schliesslich werde der neuropathische und teils mechanische Schmerz im Ellenbogen / Arm / Handbereich bei der Beurteilung zu Unrecht ausgeklammert, weil dieser somatisch abstützbar sei. Entsprechend sei der Schluss des Neurologen, dass in neurologischer Hinsicht eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht nachvollziehbar begründet. Auch der orthopädische Gutachter sei in seinen Schlüssen betreffend Arbeitsfähigkeit zu kritisieren. Das Schmerzgeschehen im linken Ellenbogen werde zwar als somatisch abstützbar qualifiziert, aber in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dann ausgeklammert. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit lasse sich mit diesem Schmerzbild nicht vereinbaren. Die neuropsychologische Gutachterin gehe sodann von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus. Dementsprechend müsste man, selbst wenn man mit der Beschwerdegegnerin davon ausgehen würde, dass die psychischen Beschwerden auszuklammern seien, zumindest hiervon ausgehen. Was die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanzprüfung betreffe, so sei diese nicht nach der Psycho-Praxis, sondern nach der Schleudertraumapraxis zu prüfen. Es sei nicht korrekt, dass der Beschwerdeführer weder eine HWS-Distorsion noch ein Schädelhirntrauma erlitten habe. Neben den anderen zahlreichen Verletzungen seien auch immer eine HWS-Distorsion und ein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden. Im Weiteren sei beim Beschwerdeführer als unmittelbare Folge das nicht selten beobachtete Beschwerdebild aufgetaucht. Er sei zunächst während circa zehn Minuten bewusstlos gewesen, habe danach an Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und kognitiven Defiziten gelitten. Ebenfalls falsch sei die Ausführung der Beschwerdegegnerin, dass sich bereits kurz nach dem Unfall eine erhebliche, behandlungsbedürftige psychische Problematik eingestellt habe. Die psychische Problematik sei erst später aufgetreten. Es sei daher die Schleudertraumapraxis anzuwenden. Schliesslich handle es sich entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht um einen mittelschweren, sondern im Vergleich mit der Rechtsprechung um einen schweren Unfall. Dieser hätte leicht auch tödlich ausgehen können. Zu Recht sei aufgrund eines Geschehens mit aussergewöhnlicher Bedrohung eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden. Die Krafteinwirkung sei beim Unfall erheblich grösser gewesen als in den von der Beschwerdegegnerin zitierten Fällen. Zudem dürften die erlittenen Verletzungen gemäss Rechtsprechung nicht für die Beurteilung der Schwere des Unfalls herangezogen werden. Selbst wenn man zu Unrecht davon ausgehen würde, es handle sich um einen mittelschweren Unfall, so wäre dieser an der Grenze zu einem schweren Unfall zu qualifizieren. Auch in diesem Fall wäre die Adäquanz zu bejahen, sowohl nach der Schleudertraumapraxis als auch nach der Psycho-Praxis. Der Unfall sei besonders eindrücklich gewesen und unter besonders dramatischen Begleitumständen geschehen. Auch die Kriterien der Dauerschmerzen, der erheblichen Arbeitsunfähigkeit und der ungewöhnlich langen Behandlungsdauer seien erfüllt. Gesamthaft gesehen sei von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit mit zusätzlicher Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % auszugehen. Bei der Integritätseinbusse sei von einer solchen von 45 % auszugehen. Ohnehin wäre die somatische Integritätseinbusse,

würde man zu Unrecht nur diese berücksichtigen, höher als mit 10 % zu veranschlagen. Das neurologische und orthopädische Gutachten seien hier nicht konklusiv, das neuropsychologische Gutachten sei nicht gewichtet worden. Bei den erhobenen leichten bis mittelschweren kognitiven Defiziten sei eine Integritätsentschädigung von 35 % gegeben. Sodann habe die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad falsch berechnet. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall quasi in einer Einmann-GmbH tätig gewesen und als selbständig Erwerbstätiger zu qualifizieren. Gemäss Steuererklärung 2010 habe er einen Gewinn von CHF 69'415.00 erwirtschaftet. 2011 habe der Gewinn trotz Unfall CHF 107'915.05 betragen. Daneben habe er sich CHF 47'000.00 als Akontolohn ausbezahlen lassen. Gemäss Treuhänder seien diese Gewinne auch bezogen worden. Somit sei im Durchschnitt von einem Einkommen CHF 131'415.00 auszugehen. Demgegenüber hätten die Gewinne 2012 und 2013 nahezu CHF 00.00 betragen. Auf diese Zahlen sei abzustellen. Das Personal, das der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall beschäftigt habe, sei kein Grund dies nicht zu tun. Fakt sei, dass der Beschwerdeführer alleiniger Inhaber seiner Firma gewesen sei. Die Lohnkosten seien in den bezogenen Gewinnen bereits abgezogen und damit nicht berücksichtigt. Das Geschäft des Beschwerdeführers sei von Beginn an einträglich gewesen. Es sei damit davon auszugehen, dass das auch so geblieben wäre bzw. sich der Gewinn noch erhöht hätte. Das zeigten auch die Bilanzen, die die Geschäftslage nach dem Unfall abbildeten. Es sei daraus ersichtlich, dass die Gewinneinbusse in etwa dem entspreche, was der Beschwerdeführer nach dem Unfall an Lohnkosten für andere Personen, die er aufgrund des Unfalls habe einstellen müssen, entspreche. Schliesslich seien nicht nur Einkünfte zu berücksichtigen, die auch tatsächlich geflossen seien und der AHV-Beitragspflicht unterlägen. Der versicherten Person stehe bezogen auf das im individuellen Konto eingetragene Einkommen der Gegenbeweis offen, dass die verabgabten Einkommen allenfalls erheblich vom tatsächlich erzielten Verdienst abweichen würden. Neben den in der Erfolgsrechnung verbuchten und der AHV als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit gemeldeten Löhnen seien auch die Geschäftsgewinne Bestandteil des Valideneinkommens. Sollte man bei der Bestimmung des Valideneinkommens trotzdem auf einen Tabellenlohn abstellen, wäre indessen das Abstützen auf das Kompetenzniveau 1 klar verfehlt. Der Beschwerdeführer sei alleiniger Inhaber einer GmbH gewesen. Seine Tätigkeit habe weit mehr beinhaltet als nur einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Neben der bereits in einem höheren Kompetenzniveau zu veranschlagenden handwerklichen Tätigkeit habe er über mehrjährige Berufserfahrung verfügt und die Geschäftsführung, Buchhaltung, Werbung, Organisation, etc. gemacht. Ebenso habe er komplexere Arbeitsschritte im Rahmen der Fenstermontage ausgeführt. Als Geschäftsführer habe er Verantwortung getragen und die Behauptung, dass er der deutschen Sprache nicht mächtig sei, sei falsch. Sofern ein Tabellenlohn herangezogen werde, wäre das Kompetenzniveau 4 anzuwenden. Würde man die manuellen Tätigkeiten in einem tieferen Niveau gewichten, wäre es wiederum verfehlt, nur 41.7 Stunden pro Woche anzunehmen. Der Beschwerdeführer habe viel mehr handwerklich gearbeitet, gemäss seinen unwidersprochenen Angaben 54 Stunden. Daneben habe er noch Geschäftsführertätigkeiten erledigt. Diese seien mit mindestens 20 % zu veranschlagen. Es sei von 67.5 Stunden pro Woche auszugehen. Falsch sei die Ansicht der Beschwerdegegnerin, dass – sofern beim Valideneinkommen von einer 67.5 Stunden-Woche auszugehen sei – dies auch beim Invalideneinkommen gelten müsse. Dem Beschwerdeführer sei nunmehr nur noch eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 40 % in Bezug auf eine normales 100 %-Pensum, also eine 41.7 Stunden-Woche,

möglich. Im Weiteren sei auch das ermittelte Invalideneinkommen unzutreffend. Dem Beschwerdeführer sei die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit nicht zumutbar. Gutachterlich bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Fenstermonteur und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für Verrichtungen als Geschäftsführer. Davon ausgehend, dass 20 % des 100 %-Pensums auf die Geschäftsführertätigkeit entfielen, betrage das Invalideneinkommen maximal CHF 11'499.80. Sollte davon ausgegangen werden, dass die Aufgabe der selbständigen Tätigkeit für den Beschwerdeführer zumutbar sei, so resultiere ausgehend von der 40%igen Restarbeitsfähigkeit und dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen leidensbedingten Abzug ein Invalideneinkommen von CHF 23'000.00. Schliesslich verstricke sich die Beschwerdegegnerin in einen Widerspruch, wenn sie ausführe, die ausserordentliche Bemessungsmethode gelange nur zur Anwendung, wenn sich zumindest eine der Vergleichszahlen nicht zuverlässig ermitteln lasse, und dann auf Tabellenlöhne abstelle, die auch nur Durchschnittswerte abbildeten. Somit sei die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach dem erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich vorzunehmen. Zu guter Letzt sei der versicherte Jahresverdienst des Beschwerdeführers nicht richtig ermittelt worden. Die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht Art. 22 Abs. 2 UVV nicht angewendet. Diese Norm komme immer zur Anwendung, wenn nicht mindestens der berufs- oder ortsübliche Lohn bezogen werde. Vorliegend sei der Beschwerdeführer mitarbeitender Gesellschafter und der Lohn gemäss IK-Auszug entspreche keinesfalls dem berufs- oder ortsüblichen Lohn. 5. Streitig und zu prüfen ist, ob und in welcher Höhe der Beschwerdeführer Anspruch auf Rentenleistungen und eine Integritätsentschädigung der Beschwerdegegnerin für das Unfallereignis vom 29. August 2011 hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 5.1 Im Austrittsbericht des Kantonsspitals [...] vom 9. September 2011 (Suva-Nr. 16) über die Hospitalisation vom 29. bis 30. August 2011 werden folgende Diagnosen gestellt: – Comotio cerebri – RQW parietal rechts – Abscherfraktur Processus coronoideus links – Flankenkontusion rechts Zur Ruhigstellung sei eine Oberarmgipsschiene angelegt worden. 5.2 Dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Klinik des Kantonsspitals [...], vom 25. November 2011 (Suva-Nr. 28) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als «Fussgänger» von Lastwagen auf der Autobahn mitgerissen) – Beschränkung ROM Ellenbogen links, Coronoid-Fraktur, entsprechend Verdacht auf stattgehabte Luxation – Bursa olecrani beidseits posttraumatisch – Verdacht auf Plexus-Läsion, Ulnaris betont links – HWS-Kontusion, DD: Schulterkontusion rechts – Comotio cerebri Der Beschwerdeführer verweigere die volle Extension im Ellenbogen. Die Flexion sei nun voll. Die Atrophie interdigital I / II erscheine weniger als beim letzten Mal, ebenso die Flexoren. Am rechten Ellenbogen finde sich immer noch eine recht grosse Bursa, die aber kleiner erscheine als beim letzten Mal. Am linken Ellenbogen bestehe keine Schwellung der Bursa mehr. Der Beschwerdeführer störe sich aber an der Krepitation bei Palpation des Olecranon. Das Röntgen der HWS zeige keine Instabilität, ein gutes Alignment und eine degenerative Veränderung C5/6. Theoretisch sei eine Teilarbeitsbelastung vorstellbar, der Beschwerdeführer wende aber zu Recht ein, dass beim Fensterbau ein gewisses Sturzrisiko bestehe. Er willige ein, dass die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 25. Januar 2012 verlängert werde. 5.3 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2012 (Suva-Nr. 56) gab der Beschwerdeführer an, er habe Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, leide unter Vergesslichkeit und Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen. Er habe auch Schmerzen am linken Ellenbogen. Mehr als eine halbe Stunde könne er nicht stehen. Beim

Aufstehen habe er Schwindelanfälle. Beim Treppensteigen habe er seit einigen Tagen an den Knien Schmerzen. Er habe Angstzustände und sei unglücklich. Der Suva-Kreisarzt hielt indessen einen unauffälligen Befund fest. Die Diagnose laute: Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als Fussgänger von Lastwagen auf der Autobahn mitgerissen) mit: – Beschränkung ROM-Ellenbogen links – Coronoidfraktur – Luxation – Bursa olecrani beidseits – Posttraumatischer Plexus-Läsion – HWS-Contusion – Schulterkontusion rechts – Commotio cerebri Anlässlich der Untersuchung zeige sich eine stark angeschlagene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer habe am linken Ellenbogen nur eine leichte Bewegungseinschränkung. Aktuell werde aber kein akuter, vor allem kein neurologischer, Handlungsbedarf gesehen. Wahrscheinlich liege eine periphere Nervenproblematik lokal links am Unterarm vor. Die Unfallfolgen, die aktuell noch vorlägen, seien Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Vergesslichkeit, Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen und Schmerzen am linken Ellenbogen. Die Schmerzen am linken Oberkörper seien angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar. Die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen sei verbesserbar. Die anderen geklagten Beschwerden beträfen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund. Strukturell objektivierbare Unfallfolgen des Schädels bezüglich der Beschwerden fehlten, die Halswirbelsäule sei klinisch völlig blande ohne neurologische Auffälligkeiten. Im Vordergrund stehe die psychosomatische Angeschlagenheit des Beschwerdeführers. Aus somatischer Sicht sei er zurzeit und bis Ende August zu 50 % arbeitsfähig. Zumutbar seien leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen ohne manuellen Stück- und Zeitakkord und ohne taktgebende Arbeiten, welche eine Extension des linken Ellenbogens erforderten. Nicht mehr zumutbar seien schwere Arbeiten, Arbeiten in Nässe, Kälte und Zugluft sowie Tätigkeiten unter Vibration.

5.4 Anlässlich einer von der Beschwerdegegnerin durchgeführten psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (Suva-Nr. 65) äusserte der Beschwerdeführer, er sei vergesslich und habe Ängste. Wenn er die Augen schliesse, sehe er Lastwagen auf ihn zufahren. Seit dem Unfall sei er nervös und gereizt, er werde schnell verbal aggressiv. 1996 oder 1997 habe er eine psychische Krise gehabt und sterben wollen. Er habe Tabletten genommen und seit dann einige Tage im Spital und in der psychiatrischen Klinik gewesen. Aus heutiger Sicht sei das für ihn grundlos gewesen. Nun gehe er seit zwei Monaten wieder zum Psychiater, alle zwei Wochen eine Stunde. Er kenne die Namen der verordneten Medikamente nicht. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: – Psychotraumatologische Symptomatik – DD: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – oder sonstige Reaktion auf schwere Belastung mit psychotraumatologischen Symptomen (ICD-10 F43.8) – Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) Aufgrund der Schilderungen sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer vor 14 Jahren eine depressive Krise erlitten habe. Bezüglich des Unfallereignisses, an das er sich nicht erinnere, könnte differentialdiagnostisch eine akute Belastungsreaktion vorgelegen haben. Bei den Ereignissen, die ihn nachts überfielen, könnte es sich differentialdiagnostisch um Intrusionen handeln. Der Beschwerdeführer schildere, dass diese Bilder bereits vier Tage nach dem Unfall aufgetreten seien. Es persistiere auch heute noch eine psychotraumatologische Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe Träume über den Unfall. Er fühle sich auch in Angstsituationen hineinversetzt. Es zeige sich ein diskretes Vermeidungsverhalten und der Beschwerdeführer habe Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung wie Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und

Hypervigilanz. Der Umstand, auf der Autobahn auf die Fahrbahn geschleudert zu werden, könne als kurzdauerndes Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung interpretiert werden. Auf der anderen Seite bestehe beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Status nach einer depressiven Episode vor etwa 14 Jahren. Aktuell zeige dieser mittelschwere depressive Symptome. Er sei mimisch deutlich depressiv moduliert, mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Er klagt über einen ausgeprägten Antriebsverlust und gesteigerte Ermüdbarkeit. Er zeige einen sozialen Rückzug und klagt über Konzentrationsstörungen. Es gebe einen grossen Überlappungsbereich der Symptome der psychotraumatologischen Symptomatik und der Depression. Die psychotraumatologische Symptomatik stehe in einem sicheren natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis. Die aktuell mittelschwere depressive Symptomatik stehe in einem überwiegend wahrscheinlich teilkasualen natürlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Dafür, dass die psychotraumatologische Symptomatik im Vordergrund stehe, spreche der fluktuierende Verlauf. Trotz der Symptomatik sei der Beschwerdeführer immer wieder in die Türkei gegangen und habe seine zweite Ehe geschlossen. Das Weggehen in die Türkei könnte auch einem Vermeidungsverhalten entsprechen. Die offenen Fragen bezüglich Compliance könnten ausserdem auch im Rahmen der Persönlichkeit des Beschwerdeführers diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der eigenen Untersuchung zu mindestens 50 % eingeschränkt. Die vom Beschwerdeführer gemachte Angabe, dass er in einem 50 %-Pensum zu circa 30 % leistungsfähig sei, sei nachvollziehbar. 5.5 Nach einer kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Februar 2013 (Suva-Nr. 123) hielt der Suva-Kreisarzt fest, aus rein somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit als Fensterbauer zu 25 %. Eine Steigerung sei möglicherweise nicht mehr zu erreichen. Die Beschwerden seien plausibel und nachvollziehbar, sie deckten sich mit dem körperlichen Untersuchungsbefund. Zumutbar seien dem Beschwerdeführer leichte mit mittelschwere körperliche Tätigkeiten, dies ganztags. Das Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg sei möglich. Zu vermeiden seien repetitive Rotationsbewegungen im linken Ellenbogen. Das Heben und Tragen von Lasten links mit ausgestrecktem oder angewinkeltem Arm über die 5 kg Grenze sei zu vermeiden. 5.6 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, berichtete am 25. Februar 2014 (Suva-Nr. 158), die klinischen und elektrophysiologischen Befunde ergäben eine stattgehabte, im Verlauf regrediente Armplexusläsion als Ursache der Sensibilitätsstörung im Bereich der Finger IV und V der linken Hand. Für ein Sulcus nervi ulnaris-Syndrom ergäben sich keine Anhaltspunkte. Die Ursache der Schwindelbeschwerden bleibe aus neurologischer Sicht unklar. 5.7 Dr. med. E.\_\_\_\_, Uniklinik F.\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 16. September 2014 (Suva-Nr. 184 S. 2 f.) fest, ein MRI des linken Knies zeige eine 1 cm grosse osteochondrale Läsion anterior am lateralen Femurkondylus, am Übergang zur Trochlea, mit Knorpeldelamination und angrenzend kleinen zystisch / ödematösen Knochenmarksveränderungen. Horizontale Intrasubstanzläsion des medialen Meniskus, mit Extrusion der Pars intermedia, jedoch ohne einen in die Oberfläche einstrahlenden Riss. Es bestehe eine Trochleadysplasie. 5.8 Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer im Rahmen ihrer medizinischen Abklärungen interdisziplinär begutachten. Das Gutachten wurde bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben und am 6. Juli 2017 erstattet (Suva-Nrn. 248 ff.). Den einzelnen Teilgutachten lässt sich Folgendes entnehmen: 5.8.1 Gemäss der neuropsychologischen Abklärung vom 18. Mai 2016, durchgeführt von Dipl.-Psych. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (Suva-Nr. 249), fänden sich beim Beschwerdeführer testpsychologisch leichte bis mittelschwere

Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen mit weit reduzierter Aufmerksamkeitsaktivierung (Antriebsminderung), ausgeprägter Verlangsamung und reduzierter Belastbarkeit. Bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen sinke die Fehlerkontrolle erheblich. Im Rahmen der Testuntersuchung im Sinne einer bewussten oder unbewussten Symptomverdeutlichung hätten sich gewisse Inkonsistenzen ergeben. Diese böten jedoch gesamthaft keine ausreichenden Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung. Insgesamt bestehe eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, die multifaktoriell bedingt sei. Eine hirnorganische Beteiligung sei möglich, eine Überlagerung durch affektive Anteile sehr wahrscheinlich. Chronische Schmerzen, ungenügender Schlaf sowie die Medikation könnten die Leistungsfähigkeit zusätzlich beeinflussen. Ein Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen im Jahr 2011 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorhanden. Dies könne jedoch nur aufgrund von anamnestischen Angaben und der Aktenlage beurteilt werden. Es sei anzunehmen, dass die persistierenden kognitiven Defizite Einfluss auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf hätten. Bei einfachen beruflichen Anforderungen sei der Beschwerdeführer leichtgradig eingeschränkt, was quantitativ einer Arbeitsunfähigkeit von circa 30 % entspreche. Für anspruchsvolle Anforderungen, insbesondere an das Gedächtnis und die Fehlerkontrolle, sei von einer höheren Leistungsbeeinträchtigung bis 50 % auszugehen. Von einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse und einem vollständigen Abklingen der Symptome könne nicht ausgegangen werden.

5.8.2 Eine im Rahmen der Begutachtung durchgeführte Magnetresonanztomographie des Schädels vom 25. Mai 2016 (Suva-Nr. 251) zeigte bis auf einzelne unspezifische «white-matter-lesions» ein altersentsprechendes, unauffälliges Schädel-MRI. Es zeige sich kein Nachweis von Traumafolgen.

5.8.3 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für HNO, erhob am 28. Oktober 2016 (Suva-Nr. 250) einen normalen HNO-Status bei empfundenen Schwindelepisoden. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit werde aufgrund der erhobenen Befunde nicht gesehen.

5.8.4 Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie, erstellten am 17. Mai 2016 ein orthopädisches Gutachten (Suva-Nr. 253). Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Untersuchungen angegeben, er verspüre im Bereich der HWS nur selten leichtere Schmerzen nuchal. Diese führten zu keiner Beeinträchtigung im Alltag. Der orthopädische Status präsentiere sich folgendermassen: Die Wirbelsäule sei im Lot, es bestünden keine Klopfdolenz, Skoliose oder Hyperkyphose. Im Bereich der Hüften gebe es ebenfalls keine Druckdolenz, die Beinlänge sei ausgeglichen. Im Bereich beider Knie zeige sich ein unauffälliges Integument ohne Schwellungen oder Ergüsse. Am linken Knie bestehe ein leichter Patelladruck- und Schiebeschmerz. Auch im Bereich der Füße und Schultern sei der Befund unauffällig. An der linken Schulter zeige sich eine leichte Druckdolenz im Bereich des Humeruskopfes. Am rechten Ellenbogen sei der Befund unauffällig. Auch beim linken Ellenbogen zeige sich ein unauffälliges Integument ohne Schwellung. Es bestehe eine Druckdolenz im Bereich der Ellenbeuge ulnar über der Flexorenmuskulatur sowie im Verlauf der Bizepssehne. Sowohl die Flexion / Extension als auch die Pro- / Supination endgradig schienen schmerzhaft. Die Kraft sei erhalten, es gebe keine Paresen. Die Hände und Handgelenke seien unauffällig im Befund. An der linken Hand bestehe eine Narbe mit Depigmentierung nach einer Verbrennung am Dig III. Folgende orthopädische Diagnosen werden gestellt: Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 mit – Commotio cerebri – HWS-Distorsion mit Restitutio ad integrum – Abscherfraktur Processus coronoideus ulnae links mit persistierendem schmerzhaftem geringem Extensionsdefizit – Läsion N. ulnaris links mit persistierender Hypästhesie Dig.

IV und V links – Flankenkontusion rechts – RQW parietal rechts Osteochondrale Läsion lateraler Femurkondylus links 5.8.5 Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hat am 5. Juli 2016 ein psychiatrisches Teilgutachten erstattet (Suva-Nr. 254). Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Exploration über eine glückliche Kindheit berichtet. 1997 oder 1998 sei er einmal in der psychiatrischen Klinik gewesen. Er habe damals finanzielle Probleme gehabt und sei wütend auf seine Schwester gewesen. Deshalb habe er Tabletten genommen. Er sei in die Klinik gekommen und habe Schwierigkeiten damit gehabt, seiner Umwelt klarzumachen, dass er sich nicht ernsthaft habe umbringen wollen. Er sei kurz krankgeschrieben gewesen und ein paar Mal bei einem Psychiater zum Gespräch erschienen. Dann sei alles wieder gut gewesen. Zu seinen aktuellen Beschwerden habe er angegeben, er habe Konzentrationsprobleme, so sei alles irgendwie riskant. Er sei angespannt, unruhig, meist müde. Die Stimmung sei gedrückt. Seit dem Unfall habe er Angst, sich in Gesellschaft anderer Menschen zu bewegen. Es sei eher ein Unbehagen, er habe nichts zu erzählen und möge nicht reden. Unter Panikattacken oder spezifischen Ängsten leide er nicht. Er könne sich zwar kurzfristig freuen, aber dann komme ein grosses Tief zurück. Anfangs nach dem Unfall habe er im Strassenverkehr mehr Angst gehabt. Das Autofahren als Beifahrer meide er nicht, aber das als Fahrer, weil ihn beim Steuern der Arm schmerze. Schlimme und wiederkehrende Träume, die den Unfall zum Inhalt hätten, habe er nicht. Wenn im Fernsehen Sendungen von Unfällen kämen, schalte er aber um oder verlasse den Raum. Er wolle nicht daran erinnert werden. Sein Selbstbewusstsein sei schlecht, er traue sich nicht mehr viel zu. Es belaste ihn, dass er oft gereizt sei. Er sei oft ungeduldig. Auch sei er gleichgültiger geworden. Er beschäftige sich gern mit seinen Kindern, merke aber, dass er nach kurzer Zeit die Lust verliere. Dies sei früher nicht so gewesen. Sein Schlaf sei schlecht. Obwohl er müde sei, könne er abends nur schlecht schlafen. Wenn er zu Bett gehe, müsse er ständig grübeln. Er denke dann über den Unfall nach und was hätte passieren können. Seit 2012 besuche er einmal alle zwei bis drei Wochen seinen Psychiater. Die von diesem verordneten Medikamente beruhigten ihn ein bisschen. Die Gutachterin erhebt folgende Befunde: Während des Gesprächs zeigten sich keine Auffassungs- oder Konzentrationsstörungen. Konzentration und Gedächtnis seien im Gespräch ohne erkennbare Auffälligkeiten. Im formalen Denken falle eine leichte Einengung des Denkens auf. Der Beschwerdeführer berichte über einen verstärkten Grübelzwang. Der Antrieb sei leicht vermindert. Es bestehe eine innere Unruhe, die im Gespräch unterdrückbar sei. Zwänge bestünden keine. Beschrieben würden indessen Ängste vor Situationen, in denen er die Kontrolle verliere. Auf der Hamilton Depression Scale erreiche der Beschwerdeführer in der Fremdbeurteilung insgesamt einen Wert von 24, was einer mittelgradigen depressiven Störung entspreche. 5.8.6 Im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie (Suva-Nr. 256), wird festgehalten, der Beschwerdeführer habe als aktuelle Beschwerden Episoden von Schwindel genannt. Er beschreibe ein Drehen der Umgebung rings um sich, wenn er sich vom Liegen aufrichte oder lange stehe. Er fühle sich dann einen Moment unsicher. Nach maximal wenigen Sekunden sei das Schwindelgefühl abgeklungen. Dieses sei im ersten Jahr nach dem Unfall sehr stark ausgeprägt gewesen und mehrfach pro Tag aufgetreten. Inzwischen sei es deutlich seltener und schwächer. Es könne mehrfach pro Tag auftreten oder auch einen ganzen Tag lang gar nicht. Der Beschwerdeführer fühle sich durch das Schwindelgefühl stark eingeschränkt. Er lebe in ständiger Angst, dass der Schwindel plötzlich auftrete und er durch einen Sturz einen neuerlichen Unfall erleide. Weiter beschreibe er, dass die Finger IV und V der linken Hand und die angrenzende Seite

der Handfläche kribbelten wie Ameisenlaufen. Die Miss-empfindungen seien nach dem Unfall aufgetreten und zu Beginn sehr stark ausgeprägt gewesen. Die aktuellen Kribbelmissempfindungen spüre er, sie seien aber wenig hindernd. Wesentlich stärker hindernd sei der Schmerz am linken Ellenbogen. Er beschreibe diesen so, wie wenn man ein Messer in den Ellenbogen gestossen hätte. Manchmal blockiere die linke Hand und der Schmerz reiche über den gesamten Unterarm bis in die Hand. Die Hand verkrampfe sich dann und er müsse sie durch Bewegungen mit der rechten Hand wieder in Gang bringen. Weiter leide der Beschwerdeführer an Kopfschmerzen. Als sehr störend werde auch die Vergesslichkeit erlebt. Es werden folgende Befunde erhoben: Für die Berührung am linken Unterarm werde eine leichte Hypästhesie angegeben. Es bestehe eine betonte Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links. Ansonsten sei der Befund unauffällig. Der Kurz-Schellong-Test ergebe eine minimale orthostatische sympathikotone Reaktion. In der elektrophysiologischen Untersuchung sei die sensible Amplitude des Nervus ulnaris links nicht darstellbar. Die motorische Amplitude im Nervus ulnaris links sei im Vergleich zur rechten Seite minimal reduziert, die Latenzen der F-Wellen links im Vergleich zu rechts minimal verlängert. Als Diagnosen werden angegeben: – Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links – Episodischer Spannungskopfschmerz – Orthostatisch bedingter, unsystematischer Schwindel

6. 6.1 Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte interdisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann einleitend festgehalten werden, dass dieses medizinische Gutachten nach Studium und Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Einbezug der von ihm geäußerten Beschwerden, von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten / -innen erstellt wurde. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt.

6.2 Inhaltlich kommen die orthopädischen Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass die radiologischen Abklärungen nach dem Unfall vom 29. August 2011 den Beweis einer undislozierten Fraktur des Processus coronoideus ulnae links erbracht hätten. Eine bereits initial bestehende Hyposensibilität im Bereich von Dig. IV und V der linken Hand sei im Rahmen einer Schwellung interpretiert worden. Es sei eine konservative Therapie mit Anlage einer Oberarmgipsschiene erfolgt. Im weiteren Verlauf hätten die Kopfschmerzen und die Schmerzen am linken Ellenbogen sowie im Rücken im Vordergrund gestanden. Es sei eine weitere konservative Therapie mit physiotherapeutischer Mobilisation und eine Abklärung mittels Arthro-MRT erfolgt. Dabei sei am linken Ellenbogen ein 1 cm messender Knorpeldefekt gesehen worden, jedoch kein freier Gelenkskörper. Bei persistierenden Cervikalgien hätten sich in einer Untersuchung im Rückenzentrum des Spitals [...] keine neurologischen Auffälligkeiten gezeigt, bei weitgehend freier Beweglichkeit der HWS, jedoch eine paravertebrale muskuläre Problematik. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer über Schmerzen am linken Knie geklagt. Eine MRI am 20. Februar 2014 habe eine osteochondrale Läsion im Bereich des lateralen Femurkondylus links mit perifokalem Knochenmarködem zu Tage getragen. Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich indessen zusammenfassend noch ein geringes Extensionsdefizit am linken Ellenbogen. Es bestünden noch Schmerzen bei endgradiger Extension / Flexion sowie auch Pro- / Supination und bei Maximalbelastungen des linken Ellenbogens. Zudem persistiere eine geringe Hypästhesie an den Dig. IV und V der linken Hand. Diese Einschätzung erscheint gestützt auf die Befundlage schlüssig. Schmerzbedingt werden Tätigkeiten mit Maximalbelastungen als nicht mehr durchführbar erachtet. Die

diskrete Einschränkung der Ellenbogenbeweglichkeit links sei im Alltag nicht relevant. Aktuell bestünden keine wesentlichen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks. Die Beschwerden am Ellenbogen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. August 2011 zurückzuführen. Die vor zwei Jahren aufgetretenen Kniebeschwerden seien rückläufig und auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. August 2011 zurückzuführen.

### 6.3 Die psychiatrische Expertin

stellt vorab mit nachvollziehbarer Begründung die Diagnose einer chronischen, mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1). Beim Beschwerdeführer dauere eine depressive Verstimmung schon seit 2011 an. Es bestünden ein Interessenverlust und Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm gewesen seien, gesteigerte Ermüdbarkeit und ein Verlust des Selbstvertrauens. Die Konzentration sei vermindert, der Beschwerdeführer fühle sich innerlich unruhig und agitiert. Es bestünden auch Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer erinnere sich zwar nicht an den Unfall, sei aber durch das Studium des Unfallberichts mit aversiven Details konfrontiert worden. Er habe keine schlimmen oder wiederkehrenden Träume angegeben, die den Unfall zum Inhalt hätten. Vor allem in der Einschlafphase drängten sich ihm aber Gedanken an das Unfallereignis auf, die er kaum zur Seite schieben könne. Zu Flashbacks komme es nicht, hingegen zu psychischen Reaktionen auf internale Hinweisreize. Der Beschwerdeführer vermeide Anstrengungen, die Schmerzerleben triggerten, das Autofahren selbst werde jedoch nicht vermieden. Es bestünden anhaltende und übertrieben negative Überzeugungen und Erwartungen in Bezug auf die Kontrollierbarkeit der Welt und die Fragilität der eigenen Gesundheit. Diese Überzeugungen seien so ausgeprägt, dass sie das Verhalten deutlich beeinflussten und zum Vermeiden von Situationen führten, vor denen sich der Beschwerdeführer fürchte. Insgesamt fänden sich auch Zeichen einer emotionalen Abstumpfung. Die Symptome hätten direkt nach dem Unfall begonnen. Die Schwere habe zwar nachgelassen, doch sie seien nach wie vor vorhanden. Daraus schliesst die Gutachterin insgesamt stimmig auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, deren Ausprägung im möglichen Spektrum derartiger Erkrankungen indessen nicht sehr schwer ausgeprägt erscheint. Es wird aber festgehalten, dass sich diese funktionell durch die zusätzlichen diagnostizierten psychischen Störungen vermischend auswirke. Weiter leitet die Gutachterin nachvollziehbar das Bestehen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren her. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine Ausschlussdiagnose handelt, die polydisziplinär zu diagnostizieren ist, und dass die Diagnose in Kenntnis der orthopädischen und neurologischen Begutachtung gestellt werde. Die vorliegende Schmerzproblematik habe zwar ursprünglich einen organischen Kern gehabt, sich mit der Zeit aber verselbständigt, gehe über eine Schmerzproblematik im Rahmen einer affektiven Störung hinaus und werde deshalb mit dieser zusätzlichen Diagnose abgebildet. Diese Ausführungen sind einleuchtend. Zur Persönlichkeit hält die Gutachterin fest, dass die Lebensbewährung des Beschwerdeführers bis zum Unfall gut gewesen sei, was gestützt auf die Aktenlage korrekt erscheint. Der Umgang mit einer früheren Belastungssituation, die beim Beschwerdeführer zu einer suizidalen Krise geführt habe, spreche aber dafür, dass das eigene Bild, das der Beschwerdeführer von sich zeichne, Brüche aufweise. Auffällig sei auch, dass er keine Schwächen angeben könne und insgesamt bei der Schilderung seiner Gefühlszustände an der Oberfläche geblieben sei. Während Realitätsbildung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit und Konfliktgestaltung weitgehend ungestört seien, scheine die Selbstwertregulation von Stärke und Unversehrtheit abhängig zu sein, das Selbstwertgefühl

abhängig von Erwartungen an die eigene Stärke und in diesem Bereich auch kränkbar. Zudem werde die Affekttoleranz als eingeschränkt eingeschätzt. Insgesamt werde keine Persönlichkeitsstörung gesehen, aber eine narzisstische Akzentuierung der Persönlichkeit, die sich negativ auf die Bewältigung von Krisen und Belastungen auswirke. Die vorliegende Gesamtheit der diagnostizierten psychischen Störungen erreicht nach gutachterlicher Einschätzung einen relevanten funktionellen Schweregrad. Zudem bestehe ein hoher Grad der Chronifizierung mit durchgehenden Beschwerden seit dem Unfall im Jahr 2011 in verschiedenen Lebensbereichen. Die Möglichkeiten des Gesundheitssystems seien in Anspruch genommen worden, wenngleich auffalle, dass im Jahr 2012 Neurologie-Termine verpasst worden seien. Die Komorbidität der gestellten Diagnosen vermindere die therapeutische Beeinflussbarkeit der vorliegenden Störungen. Zudem sprächen Kombinationen von Schmerz und Depression allgemein schlechter auf depressionsspezifische Behandlungen an. Die ängstlich getönte selektive Aufmerksamkeitsfokussierung wirke zudem dysfunktional bei der Bewältigung der Gesamtproblematik. Hinzu kämen die alexithymen Charakteristika und die narzisstischen Schwächen der Persönlichkeit. Die durchgeführte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive Medikation habe zu einer Verbesserung der Gesamtsituation geführt. Eine Verbesserung der somatoformen Schmerzbeschwerden sei jedoch nicht gelungen. Theoretisch könnten weitere medikamentöse Strategien versucht werden, eine durchschlagende und funktionell relevante Wirkung werde jedoch eher nicht erwartet. Inkonsistenzen bezüglich der geschilderten Beschwerden hätten sich nicht ergeben, auch keine solchen zwischen Beschwerdeschilderung und Befund. Zudem zeigten sich konsistente Auswirkungen der geklagten Einschränkungen in allen Lebensbereichen. Zum sozialen Kontext sei zu sagen, dass der Beschwerdeführer keine qualifizierte Berufsausbildung habe. Beim von ihm geführten Betrieb handle es sich um einen Kleinbetrieb, der auf die verfügbare Hand eines jeden angewiesen sei. Aus dieser Situation möge auch eine druckvolle Erwartungssituation an sich selbst erwachsen, die als zusätzlicher Belastungsfaktor gesehen werden könne. Auch diese Ausführungen sind schlüssig hergeleitet. Die Gutachterin hält weiter fest, es bestehe ein klarer kausaler Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und dem Unfall vom 29. August 2011. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe auch zwischen der Entwicklung und Chronifizierung der depressiven Störung und dem Unfall eine Teilkausalität. Das Gleiche gelte für die chronische Schmerzstörung. Die Persönlichkeitsaspekte seien vor dem Unfall nicht krankheitswertig gewesen. Ohne den Unfall wäre es aus psychiatrischer Sicht indessen nicht zur Entwicklung einer derartigen Symptomatik gekommen.

6.4 Die neurologische Beurteilung erweist sich schliesslich ebenfalls als stimmig, wenn angegeben wird, dass sich die Schmerzen im Ellenbogen, in den Knien sowie Sprunggelenken neurologisch nicht erklären liessen. Folgen der commotio cerebri fänden sich in der neurologischen Untersuchung nicht mehr. Auch diese Einschätzung ist nachvollziehbar und deckt sich mit den Erkenntnissen aus der MRT des Schädels vom 25. Mai 2016 (Suva-Nr. 251). Zudem wurde unmittelbar nach dem Unfall über eine unauffällige neurologische Überwachung mit einer GCS (Glasgow Coma Scale) von 15 (maximale Punktzahl, dementsprechend volles Bewusstsein) berichtet. Die auf dem neurologischen Fachgebiet geklagten Symptome des orthostatischen Schwindels, der Gefühlsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links und des episodischen Kopfschmerzes sind indessen gutachterlich gesehen auf den Unfall vom 29. August 2011 zurückzuführen.

6.5 Auch die neuropsychologische Beurteilung erweist sich gestützt auf

die Ergebnisse der vorgenommenen testpsychologischen Untersuchungen als schlüssig. Insbesondere erscheint die Annahme, dass die leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von affektiven Faktoren überlagert wird und es eher unwahrscheinlich ist, dass eine hirnorganische Beteiligung vorliegt, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der neurologischen Begutachtung nachvollziehbar.

6.6 Die gutachterlichen Beurteilungen erweisen sich nach dem Gesagten als stichhaltig und es kann darauf abgestellt werden. Die diesbezüglichen Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen die Beweiskraft nicht umzustossen. Die Argumentation, dass das Schmerzbild des Beschwerdeführers somatisch erklärbar sei, ist durch die schlüssigen gutachterlichen Ausführungen widerlegt. Der orthopädische Gutachter erkennt nur eine geringfügige Einschränkung der Ellenbogenbeweglichkeit. Aus neurologischer Sicht sind die Schmerzen in Ellenbogen, Knien und Sprunggelenken nicht erklärbar. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird leitliniengerecht hergeleitet. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen bestehen seit Jahren und haben ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung, bedingt durch die beim Unfall erlittenen Verletzungen. Das Schmerzbild ist demnach somatisch nicht vollumfänglich erklärbar. Schliesslich können innerhalb der einzelnen Teilgutachten auch keine Widersprüche erkannt werden, wie sich aus den obigen Erwägungen ergibt. Ebenfalls bestehen keine Widersprüche zur übrigen medizinischen Aktenlage. Wenn der Beschwerdeführer geltend machen lässt, Dr. med. C.\_\_\_\_ habe im neurologischen Bericht vom 25. Februar 2014 (Suva-Nr. 158) eine somatische Genese des Schmerzbildes festgehalten, so ist dem entgegenzuhalten, dass in diesem Bericht von einer stattgefundenen, im Verlauf aber regredienten Armplexusläsion als Ursache der Sensibilitätsstörung im Bereich der Finger IV und V der linken Hand die Rede ist. Weiter kann nicht gesagt werden, dass die Schmerzen zu wenig in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen worden seien. Denn die Diagnostik kann sich nicht ausschliesslich auf die anamnestischen Angaben der betroffenen Person stützen, sondern die objektiven klinischen Befunde sind mit zu berücksichtigen. Sodann ist in Bezug auf das neuropsychologische Gutachten nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin dieses falsch interpretiert haben sollte. Der Beschwerdeführer lässt monieren, es sei schlicht falsch, dass die Beschwerden von affektiven Faktoren überlagert seien. Dem Gutachten lässt sich aber entnehmen, dass die Neuropsychologin eine solche Überlagerung für sehr wahrscheinlich hält.

6.7 Zusammenfassend erweist sich das interdisziplinäre Gutachten als voll beweiskräftig und der medizinische Sachverhalt ist damit umfassend abgeklärt. Dementsprechend bestehen aus neurologischer Sicht als kausale Unfallfolge eine Gefühlsstörung im Versorgungsbereich des linken Nervus ulnaris, ein episodischer Spannungskopfschmerz und ein orthostatisch bedingter, unsystematischer Schwindel. Aus orthopädischer Sicht können belastungsabhängige Schmerzen im linken Ellenbogen und ein geringes Extensionsdefizit von 15 Grad mit den Folgen der Abscherfraktur des Processus coronoideus der linken Ulna anlässlich des Unfalls erklärt werden. Der Beschwerdeführer schildere endgradige Schmerzen bei Bewegungen des Ellenbogens. Mit grösster Wahrscheinlichkeit unabhängig vom Verkehrsunfall wird eine osteochondrale Läsion des linken lateralen Femurcondylus beschrieben, welche laut Angaben des Beschwerdeführers aber aktuell keine wesentlichen Beschwerden bereite. Die neuropsychologische Untersuchung beschreibt eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, deren Ursache nicht eindeutig festgelegt werden kann. Eine Überlagerung von affektiven Faktoren wird aber als sehr wahrscheinlich erachtet. In der psychiatrischen Begutachtung

werden eine chronische, mittelgradige depressive Episode, eine nicht sehr schwer ausgeprägte posttraumatische und – unter Einbezug des orthopädischen und neurologischen Gutachtens – eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Abgestellt werden kann sodann auch auf die im Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Von rein organischer Seite ist die Arbeit als Fenstermonteur mit einer schmerzbedingten zeitlichen und leistungsmässigen Leistungsminderung von 50 % unter Vermeidung von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit mit Vermeiden von Ellenbogenbewegungen links mit Maximalbelastung und repetitiven endgradigen Bewegungen ist in unfallbedingter organischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen in Kombination mit der psychosomatischen Beeinträchtigung wird die Tätigkeit als Fenstermonteur indessen als nicht mehr zumutbar erachtet. Als Geschäftsführer besteht aufgrund der kognitiven Einschränkungen, aber auch wegen der Spannungskopfschmerzen eine zeitliche und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 %. Dabei besteht keine zusätzliche Leistungseinschränkung. Eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit besteht in einer körperlich leichten handwerklichen oder arbeitsvorbereitenden Tätigkeit mit einem Pensum von 50 %. Bewegungen im linken Ellenbogen unter Maximalbelastung, repetitive endgradige Bewegungen im linken Ellenbogen, das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und eine hektische Arbeitsumgebung mit reichlich Publikumsverkehr bestehen bei der idealen leidensadaptierten Tätigkeit nicht. Die intellektuellen Anforderungen sollten nicht zu hoch sein. Das Arbeitstempo und der vermehrte Pausenbedarf bedingen eine zusätzliche Leistungseinschränkung von etwa 10 %. 6.8 In Bezug auf die Integritätsentschädigung wird gutachterlich schliesslich festgehalten, dass die orthopädischen Diagnosen keinen Integritätsschaden feststellen lassen. Auch in Bezug auf den Schwindel wird betragt der Integritätsschaden 0 %, da die aktuelle Arbeitsfähigkeit dadurch nur leicht eingeschränkt ist. Die Gefühlsstörung an den Fingern IV und V links und der angrenzenden Handfläche ist ebenfalls gering ausgeprägt und bedingt keine Arbeitsunfähigkeit. Die episodischen Spannungskopfschmerzen bedingen einen Integritätsschaden von 10 % (als Teil und unter Berücksichtigung des psychischen Integritätsschadens). In psychiatrischer Hinsicht entspricht die Integritätseinschätzung gemäss Tabelle 19 einer mittelschweren psychischen Störung. Weil persönlichkeitsbedingte Aspekte das Geschehen mitbestimmen, deren Ausmass aber nicht als hoch eingeschätzt werden, wird die Einschränkung der unfallbedingten Integrität auf 50 % minus 5 % (unfallfremd), also auf 45 % geschätzt.

## **E. 2**

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies

nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

2.4 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht

objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 115 V 133, 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_156/2016 vom 1. September 2016 E. 2.2).

2.5 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2.1, 8C\_240/2016 vom 13. Juli 2016 E. 3).

### **E. 3**

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen

Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C\_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides ■ vorliegend bis 10. Januar 2018 ■ mitzubersichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf, 3. Aufl. 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 200 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid (A.S. 1 ff.) dar, aufgrund des voll beweiskräftigen Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ sei von einem erreichten medizinischen Endzustand auszugehen. Gestützt auf das Gutachten sei in neurologischer Hinsicht der Spannungskopfschmerz nicht organisch objektivierbar, sondern in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung zu sehen. Insoweit werde zwar ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht, dieser sei aber psychisch bedingt. In Bezug auf die beim Unfall erlittene commotio cerebri würden diesbezügliche organische objektivierbare Folgen stimmig verneint. Die von der Neuropsychologin festgestellten leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen seien multifaktoriell bedingt. Eine hirnorganische Beteiligung sei lediglich möglich, aber überwiegend wahrscheinlich sei eine Überlagerung durch affektive Faktoren. Weitere objektivierbare organische Unfallfolgen im Sinne von strukturellen Veränderungen hätten bildgebend wiederholt ausgeschlossen werden können. In Bezug auf die neuropathischen Schmerzen sei klarzustellen, dass diese, soweit organisch objektivierbar, umfassend berücksichtigt worden seien. Die persistierenden Beschwerden, mit Ausnahme jener, die sich aufgrund der unfallbedingten strukturellen Veränderungen erklären liessen, beruhten somit nicht auf einem unfallbedingten objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung, oder sie seien in Zusammenhang mit der psychischen Situation des Beschwerdeführers, den affektiven Faktoren und seiner posttraumatischen Belastungsstörung zu erklären. Vorliegend könne,

wenn überhaupt, höchstens von sogenannten organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerden gesprochen werden. Im Falle von derartigen Beeinträchtigungen und psychischen Beschwerden sei die Adäquanz nicht ohne weiteres gegeben. Es müsse in solchen Fällen eine eigenständige Adäquanzprüfung vorgenommen werden. Dabei könne die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs offen bleiben, wenn die Adäquanz ohnehin zu verneinen sei.

In Bezug auf die organisch nachgewiesenen unfallbedingten Verletzungen mit Restbeschwerden seien dem Beschwerdeführer noch leichtere handwerkliche Tätigkeiten ohne zeitliche Einschränkung zumutbar. Vom auf der voll beweiskräftigen polydisziplinären Begutachtung beruhenden Zumutbarkeitsprofil sei auszugehen.

Im Bereich der psychischen Problematik sei die bundesgerichtliche Psycho-Praxis anzuwenden. Der Unfall vom 29. August 2011 sei nach dem massgeblichen augenfälligen Geschehensablauf sowie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung als mittelschweres Ereignis zu qualifizieren. Dieser sei zweifellos eindrücklich gewesen. Es seien damit aber nicht höhere Krafteinwirkungen verbunden gewesen. Objektiv betrachtet habe sich der Unfall weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch sei er als besonders eindrücklich zu bezeichnen. Jedem mittelschweren Unfall sei eine gewisse Eindrücklichkeit eigen. Auch weil der Beschwerdeführer keine Erinnerung an das Unfallgeschehen habe, sei das Kriterium nicht erfüllt. Ebenfalls nicht erfüllt sei das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Bezüglich der somatischen Verletzungen könne auch nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der Behandlung gesprochen werden, die sich ohnehin nicht allein nach einem zeitlichen Massstab bemesse. Der Beschwerdeführer habe sich während der Heilbehandlung auch im Ausland aufgehalten und sei einigen ärztlichen Terminen unentschuldigt ferngeblieben. Auch sei das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht erfüllt. Die Schmerzen seien rezidivierend und von unterschiedlicher Intensität gewesen. Der Beschwerdeführer habe Arbeitsversuche gemacht, sei Auto gefahren und verreist. Anzeichen für eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung seien ebenso wenig vorhanden wie die für einen bezüglich der organischen Verletzungen schwierigen Handlungsverlauf oder diesbezügliche erhebliche Komplikationen. Schliesslich sei auch das Kriterium der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte Tätigkeit zumutbar. Es sei keines der Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb die Adäquanz zu verneinen sei.

Hinsichtlich der Bemessung des Invaliditätsgrades sei das Valideneinkommen für den Beschwerdeführer anhand eines Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Dieser habe zum Unfallzeitpunkt als selbständig erwerbender Geschäftsführer und Fenstermonteur eine GmbH geführt. Auf die Geschäftsabschlüsse könne vorliegend nicht abgestellt werden. Der Beschwerdeführer habe zwar angegeben, die Gewinne selber bezogen und für seinen Lebensunterhalt verwendet zu haben. Jedoch habe er bereits im Unfallzeitpunkt weiteres Personal gehabt. Darüber hinaus seien die Geschäftsergebnisse von schwer überblickbaren Komponenten (Konjunkturlage, Konkurrenz, kompensatorischer Einsatz von Familienangehörigen) von massgeblicher Bedeutung. Laut Angaben des Beschwerdeführers habe er wegen des Unfalls weitere vier Personen mit einem Pensum von gesamthaft 300 % anstellen müssen, darunter auch Familienangehörige. Schon deshalb sei ein Abstellen auf die Bilanz per 31. Dezember 2013 nicht möglich. Zudem sei das Geschäft erst per 1. Januar 2010 gegründet worden und habe

sich zum Unfallzeitpunkt erst im Aufbau befunden. Zu beachten sei weiter, dass grundsätzlich nur Einkünfte zu berücksichtigen seien, die tatsächlich geflossen seien und der AHV-Beitragspflicht unterlägen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Zahlen würden stark mit denjenigen gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) divergieren. Der Beschwerdeführer habe vormals seit 1998 ohne abgeschlossene Lehre im Fensterbau gearbeitet. Deshalb sei der Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1 anzuwenden. Der Beschwerdeführer vermöge sich trotz Berufserfahrung weder mit einer Berufslehre noch mit einer kaufmännischen Ausbildung auszuweisen und sei der deutschen Sprache nicht mächtig. Die Tochter erledige die administrativen Angelegenheiten und die Buchhaltung werde extern gegeben. Schliesslich sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass von einer wöchentlichen Arbeitsstundenanzahl von 67.5 Stunden auszugehen sei.

Was das Invalideneinkommen anbelange, so könne der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit in der Selbständigkeit nicht optimal ausnützen. In einer unselbständigen Vollzeitarbeitsstelle würde er ein höheres Invalideneinkommen erzielen. Es sei daher hier ebenfalls auf einen Tabellenlohn abzustellen, wobei die aktuellste Tabelle TA1 des Jahres 2014 heranzuziehen und auf das Jahr 2017 aufzuindexieren sei. Weiter sei der Totalwert an die durchschnittliche Wochenarbeitszeit anzupassen. Zusätzlich sei ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren. Es resultiere damit ein Invaliditätsgrad von 18 %.

In Bezug auf den versicherten Verdienst seien die im Jahr vor dem Unfall deklarierten Löhne zu berücksichtigen, auf denen der Betrieb Prämien bezahlt habe. Diese korrelierten mit den Angaben gegenüber der Ausgleichskasse. Art. 22 Abs. 2 lit. c Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) sei nicht zu berücksichtigen, da es vorliegend nicht so sei, dass gewisse dem Arbeitgeber nahestehende Personen aus Rücksichtnahme einen tieferen als den marktüblichen Lohn bezögen. Der Beschwerdeführer würde in einem anderen Betrieb bei entsprechender Funktion, Leistung und Arbeitszeit nicht mehr verdienen.

Zum Integritätsschaden sei zu sagen, dass sämtliche organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs unberücksichtigt bleiben müssten. Der Integritätsschaden betrage damit gestützt auf das beweiskräftige Gutachten 10 %.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 33 ff.) Folgendes entgegenhalten: Die Gutachter der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ würden integrativ von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 10 %, mithin von einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % ausgehen. Sodann gingen sie von einem Integritätsschaden von 45 % aus. Die psychischen Einschränkungen seien hierbei in die Beurteilung miteinzubeziehen. Das psychiatrische Gutachten erweise sich in diesem Zusammenhang als sehr ausführlich und stringent. Unzutreffend sei das Gutachten dagegen, wenn es die Schmerzproblematik im Bereich des linken Ellenbogens inkl. Arm und Hand einer Somatisierungsstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zuordne. Die psychiatrische Gutachterin gehe davon aus, dass die Schmerzen nur zum Teil somatisch erklärt werden könnten. In diesem Punkt bestehe eine diametrale Diskrepanz innerhalb des Gutachtens zwischen dem neurologischen und orthopädischen Teilgutachten einerseits und vom neurologischen Teilgutachten zur übrigen medizinischen Aktenlage andererseits. Aus den Berichten der Orthopädie des Spitals [...]

gehe hervor, dass die behandelnden Ärzte von einer somatischen Genese des Schmerzbildes ausgegangen seien. Dies habe auch die Neurologin Dr. med. C. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. Februar 2014 festgehalten. Auch der orthopädische Gutachter gehe grundsätzlich von der somatischen Genese der Schmerzen aus. Umso unverständlicher sei es, dass er diese in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bzw. unzureichend einbeziehe. Sodann werde der Kopfschmerz vom neurologischen Gutachter zu Unrecht als Spannungskopfschmerz qualifiziert. Zu verweisen sei auf die erlittene commotio cerebri. Der Beschwerdeführer sei für zehn Minuten bewusstlos gewesen und habe eine Amnesie erlitten. Es sei nicht zutreffend, dass sich keine Folgen der commotio cerebri fänden, wie der neurologische Teilgutachter erkläre. Der Beschwerdeführer leide hieraus an Kopfschmerzen und kognitiven Defiziten, welche dieser Verletzung zuzuordnen seien. Im neuropsychologischen Gutachten würden die kognitiven Defizite zu Recht dem Unfall zugeordnet und auch zu Recht als zumindest teilweise organisch bedingt qualifiziert. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich von affektiven Faktoren überlagert würden, seien schlicht falsch. Ebenso seien die neuropathischen Schmerzen nicht umfassend berücksichtigt worden. Obwohl diese organisch objektivierbar seien, seien die Auswirkungen derselben im neurologischen Teilgutachten nicht dargelegt. Dass der Beschwerdeführer noch immer unter gravierenden Einschränkungen aufgrund der organisch bedingten Schmerzen leide, sei dem Gutachten eindeutig zu entnehmen. Dass die Missempfindungen zum Zeitpunkt der Begutachtung nur noch gering gewesen seien sollten, sei schlicht aktenwidrig.

Hinsichtlich der Gewichtung des Einflusses der somatischen Gebrechen auf die Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass das neurologische und orthopädische Teilgutachten nicht schlüssig seien. Zudem sei das neuropsychologische Teilgutachten von der Beschwerdegegnerin falsch interpretiert worden. Die geklagte Schwindelproblematik und der Kopfschmerz flössen zu wenig in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit ein. Schliesslich werde der neuropathische und teils mechanische Schmerz im Ellenbogen / Arm / Handbereich bei der Beurteilung zu Unrecht ausgeklammert, weil dieser somatisch abstützbar sei. Entsprechend sei der Schluss des Neurologen, dass in neurologischer Hinsicht eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht nachvollziehbar begründet. Auch der orthopädische Gutachter sei in seinen Schlüssen betreffend Arbeitsfähigkeit zu kritisieren. Das Schmerzgeschehen im linken Ellenbogen werde zwar als somatisch abstützbar qualifiziert, aber in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dann ausgeklammert. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit lasse sich mit diesem Schmerzbild nicht vereinbaren. Die neuropsychologische Gutachterin gehe sodann von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus. Dementsprechend müsste man, selbst wenn man mit der Beschwerdegegnerin davon ausgehen würde, dass die psychischen Beschwerden auszuklammern seien, zumindest hiervon ausgehen.

Was die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanztprüfung betreffe, so sei diese nicht nach der Psycho-Praxis, sondern nach der Schleudertraumapraxis zu prüfen. Es sei nicht korrekt, dass der Beschwerdeführer weder eine HWS-Distorsion noch ein Schädelhirntrauma erlitten habe. Neben den anderen zahlreichen Verletzungen seien auch immer eine HWS-Distorsion und ein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden. Im Weiteren sei beim Beschwerdeführer als unmittelbare Folge das nicht selten beobachtete Beschwerdebild aufgetaucht. Er sei zunächst während circa zehn Minuten bewusstlos

gewesen, habe danach an Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und kognitiven Defiziten gelitten. Ebenfalls falsch sei die Ausführung der Beschwerdegegnerin, dass sich bereits kurz nach dem Unfall eine erhebliche, behandlungsbedürftige psychische Problematik eingestellt habe. Die psychische Problematik sei erst später aufgetreten. Es sei daher die Schleudertraumapraxis anzuwenden.

Schliesslich handle es sich entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht um einen mittelschweren, sondern im Vergleich mit der Rechtsprechung um einen schweren Unfall. Dieser hätte leicht auch tödlich ausgehen können. Zu Recht sei aufgrund eines Geschehens mit aussergewöhnlicher Bedrohung eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden. Die Krafteinwirkung sei beim Unfall erheblich grösser gewesen als in den von der Beschwerdegegnerin zitierten Fällen. Zudem dürften die erlittenen Verletzungen gemäss Rechtsprechung nicht für die Beurteilung der Schwere des Unfalls herangezogen werden. Selbst wenn man zu Unrecht davon ausgehen würde, es handle sich um einen mittelschweren Unfall, so wäre dieser an der Grenze zu einem schweren Unfall zu qualifizieren. Auch in diesem Fall wäre die Adäquanz zu bejahen, sowohl nach der Schleudertraumapraxis als auch nach der Psycho-Praxis. Der Unfall sei besonders eindrücklich gewesen und unter besonders dramatischen Begleitumständen geschehen. Auch die Kriterien der Dauerschmerzen, der erheblichen Arbeitsunfähigkeit und der ungewöhnlich langen Behandlungsdauer seien erfüllt. Gesamthaft gesehen sei von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit mit zusätzlicher Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % auszugehen.

Bei der Integritätseinbusse sei von einer solchen von 45 % auszugehen. Ohnehin wäre die somatische Integritätseinbusse, würde man zu Unrecht nur diese berücksichtigen, höher als mit 10 % zu veranschlagen. Das neurologische und orthopädische Gutachten seien hier nicht konklusiv, das neuropsychologische Gutachten sei nicht gewichtet worden. Bei den erhobenen leichten bis mittelschweren kognitiven Defiziten sei eine Integritätsentschädigung von 35 % gegeben.

Sodann habe die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad falsch berechnet. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall quasi in einer Einmann-GmbH tätig gewesen und als selbständig Erwerbstätiger zu qualifizieren. Gemäss Steuererklärung 2010 habe er einen Gewinn von CHF 69'415.00 erwirtschaftet. 2011 habe der Gewinn trotz Unfall CHF 107'915.05 betragen. Daneben habe er sich CHF 47'000.00 als Akontolohn ausbezahlen lassen. Gemäss Treuhänder seien diese Gewinne auch bezogen worden. Somit sei im Durchschnitt von einem Einkommen CHF 131'415.00 auszugehen. Demgegenüber hätten die Gewinne 2012 und 2013 nahezu CHF 00.00 betragen. Auf diese Zahlen sei abzustellen. Das Personal, das der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall beschäftigt habe, sei kein Grund dies nicht zu tun. Fakt sei, dass der Beschwerdeführer alleiniger Inhaber seiner Firma gewesen sei. Die Lohnkosten seien in den bezogenen Gewinnen bereits abgezogen und damit nicht berücksichtigt. Das Geschäft des Beschwerdeführers sei von Beginn an einträglich gewesen. Es sei damit davon auszugehen, dass das auch so geblieben wäre bzw. sich der Gewinn noch erhöht hätte. Das zeigten auch die Bilanzen, die die Geschäftslage nach dem Unfall abbildeten. Es sei daraus ersichtlich, dass die Gewinneinbusse in etwa dem entspreche, was der Beschwerdeführer nach dem Unfall an Lohnkosten für andere Personen, die er aufgrund des Unfalls habe einstellen müssen, entspreche. Schliesslich seien nicht nur Einkünfte zu berücksichtigen, die auch tatsächlich geflossen seien und der AHV-Beitragspflicht unterlägen. Der versicherten Person stehe

bezogen auf das im individuellen Konto eingetragene Einkommen der Gegenbeweis offen, dass die verabgabten Einkommen allenfalls erheblich vom tatsächlich erzielten Verdienst abweichen würden. Neben den in der Erfolgsrechnung verbuchten und der AHV als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit gemeldeten Löhnen seien auch die Geschäftsgewinne Bestandteil des Valideneinkommens.

Sollte man bei der Bestimmung des Valideneinkommens trotzdem auf einen Tabellenlohn abstellen, wäre indessen das Abstützen auf das Kompetenzniveau 1 klar verfehlt. Der Beschwerdeführer sei alleiniger Inhaber einer GmbH gewesen. Seine Tätigkeit habe weit mehr beinhaltet als nur einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Neben der bereits in einem höheren Kompetenzniveau zu veranschlagenden handwerklichen Tätigkeit habe er über mehrjährige Berufserfahrung verfügt und die Geschäftsführung, Buchhaltung, Werbung, Organisation, etc. gemacht. Ebenso habe er komplexere Arbeitsschritte im Rahmen der Fenstermontage ausgeführt. Als Geschäftsführer habe er Verantwortung getragen und die Behauptung, dass er der deutschen Sprache nicht mächtig sei, sei falsch. Sofern ein Tabellenlohn herangezogen werde, wäre das Kompetenzniveau 4 anzuwenden.

Würde man die manuellen Tätigkeiten in einem tieferen Niveau gewichten, wäre es wiederum verfehlt, nur 41.7 Stunden pro Woche anzunehmen. Der Beschwerdeführer habe viel mehr handwerklich gearbeitet, gemäss seinen unwidersprochenen Angaben 54 Stunden. Daneben habe er noch Geschäftsführertätigkeiten erledigt. Diese seien mit mindestens 20 % zu veranschlagen. Es sei von 67.5 Stunden pro Woche auszugehen. Falsch sei die Ansicht der Beschwerdegegnerin, dass ■ sofern beim Valideneinkommen von einer 67.5 Stunden-Woche auszugehen sei ■ dies auch beim Invalideneinkommen gelten müsse. Dem Beschwerdeführer sei nunmehr nur noch eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 40 % in Bezug auf eine normales 100 %-Pensum, also eine 41.7 Stunden-Woche, möglich.

Im Weiteren sei auch das ermittelte Invalideneinkommen unzutreffend. Dem Beschwerdeführer sei die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit nicht zumutbar. Gutachterlich bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Fenstermonteur und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für Verrichtungen als Geschäftsführer. Davon ausgehend, dass 20 % des 100 %-Pensums auf die Geschäftsführertätigkeit entfielen, betrage das Invalideneinkommen maximal CHF 11'499.80. Sollte davon ausgegangen werden, dass die Aufgabe der selbständigen Tätigkeit für den Beschwerdeführer zumutbar sei, so resultiere ausgehend von der 40%igen Restarbeitsfähigkeit und dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen leidensbedingten Abzug ein Invalideneinkommen von CHF 23'000.00. Schliesslich verstricke sich die Beschwerdegegnerin in einen Widerspruch, wenn sie ausführe, die ausserordentliche Bemessungsmethode gelange nur zur Anwendung, wenn sich zumindest eine der Vergleichszahlen nicht zuverlässig ermitteln lasse, und dann auf Tabellenlöhne abstelle, die auch nur Durchschnittswerte abbildeten. Somit sei die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach dem erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich vorzunehmen.

Zu guter Letzt sei der versicherte Jahresverdienst des Beschwerdeführers nicht richtig ermittelt worden. Die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht Art. 22 Abs. 2 UVV nicht angewendet. Diese Norm komme immer zur Anwendung, wenn nicht mindestens der berufs- oder ortsübliche Lohn bezogen werde. Vorliegend sei der Beschwerdeführer mitarbeitender Gesellschafter und der Lohn gemäss IK-Auszug entspreche keinesfalls dem

berufs- oder ortsüblichen Lohn.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob und in welcher Höhe der Beschwerdeführer Anspruch auf Rentenleistungen und eine Integritätsentschädigung der Beschwerdegegnerin für das Unfallereignis vom 29. August 2011 hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Im Austrittsbericht des Kantonsspitals [...] vom 9. September 2011 (Suva-Nr. 16) über die Hospitalisation vom 29. bis 30. August 2011 werden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Ruhigstellung sei eine Oberarmgipsschiene angelegt worden.

5.2 Dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Klinik des Kantonsspitals [...], vom 25. November 2011 (Suva-Nr. 28) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als «Fussgänger» von Lastwagen auf der Autobahn mitgerissen)

Der Beschwerdeführer verweigere die volle Extension im Ellenbogen. Die Flexion sei nun voll. Die Atrophie interdigital I / II erscheine weniger als beim letzten Mal, ebenso die Flexoren. Am rechten Ellenbogen finde sich immer noch eine recht grosse Bursa, die aber kleiner erscheine als beim letzten Mal. Am linken Ellenbogen bestehe keine Schwellung der Bursa mehr. Der Beschwerdeführer störe sich aber an der Krepitation bei Palpation des Olecranon. Das Röntgen der HWS zeige keine Instabilität, ein gutes Alignment und eine degenerative Veränderung C5/6. Theoretisch sei eine Teilarbeitsbelastung vorstellbar, der Beschwerdeführer wende aber zu Recht ein, dass beim Fensterbau ein gewisses Sturzrisiko bestehe. Er willige ein, dass die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 25. Januar 2012 verlängert werde.

5.3 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2012 (Suva-Nr. 56) gab der Beschwerdeführer an, er habe Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, leide unter Vergesslichkeit und Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen. Er habe auch Schmerzen am linken Ellenbogen. Mehr als eine halbe Stunde könne er nicht stehen. Beim Aufstehen habe er Schwindelanfälle. Beim Treppensteigen habe er seit einigen Tagen an den Knien Schmerzen. Er habe Angstzustände und sei unglücklich. Der Suva-Kreisarzt hielt indessen einen unauffälligen Befund fest. Die Diagnose laute:

Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als Fussgänger von Lastwagen auf der Autobahn mitgerissen) mit:

Anlässlich der Untersuchung zeige sich eine stark angeschlagene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer habe am linken Ellenbogen nur eine leichte Bewegungseinschränkung. Aktuell werde aber kein akuter, vor allem kein neurologischer, Handlungsbedarf gesehen. Wahrscheinlich liege eine periphere Nervenproblematik lokal links am Unterarm vor. Die Unfallfolgen, die aktuell noch vorlägen, seien Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Vergesslichkeit, Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen und Schmerzen am linken Ellenbogen. Die Schmerzen am linken Oberkörper seien angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar. Die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen sei verbesserbar. Die anderen geklagten Beschwerden beträfen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund. Strukturell objektivierbare Unfallfolgen des Schädels bezüglich der Beschwerden fehlten, die Halswirbelsäule sei klinisch völlig blande ohne neurologische Auffälligkeiten. Im Vordergrund stehe die psychosomatische Angeschlagenheit des

Beschwerdeführers. Aus somatischer Sicht sei er zurzeit und bis Ende August zu 50 % arbeitsfähig. Zumutbar seien leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen ohne manuellen Stück- und Zeitakkord und ohne taktgebende Arbeiten, welche eine Extension des linken Ellenbogens erforderten. Nicht mehr zumutbar seien schwere Arbeiten, Arbeiten in Nässe, Kälte und Zugluft sowie Tätigkeiten unter Vibration.

5.4 Anlässlich einer von der Beschwerdegegnerin durchgeführten psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (Suva-Nr. 65) äusserte der Beschwerdeführer, er sei vergesslich und habe Ängste. Wenn er die Augen schliesse, sehe er Lastwagen auf ihn zufahren. Seit dem Unfall sei er nervös und gereizt, er werde schnell verbal aggressiv. 1996 oder 1997 habe er eine psychische Krise gehabt und sterben wollen. Er habe Tabletten genommen und seit dann einige Tage im Spital und in der psychiatrischen Klinik gewesen. Aus heutiger Sicht sei das für ihn grundlos gewesen. Nun gehe er seit zwei Monaten wieder zum Psychiater, alle zwei Wochen eine Stunde. Er kenne die Namen der verordneten Medikamente nicht. Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

Aufgrund der Schilderungen sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer vor 14 Jahren eine depressive Krise erlitten habe. Bezüglich des Unfallereignisses, an das er sich nicht erinnere, könnte differentialdiagnostisch eine akute Belastungsreaktion vorgelegen haben. Bei den Ereignissen, die ihn nachts überfielen, könnte es sich differentialdiagnostisch um Intrusionen handeln. Der Beschwerdeführer schildere, dass diese Bilder bereits vier Tage nach dem Unfall aufgetreten seien. Es persistiere auch heute noch eine psychotraumatologische Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe Träume über den Unfall. Er fühle sich auch in Angstsituationen hineinversetzt. Es zeige sich ein diskretes Vermeidungsverhalten und der Beschwerdeführer habe Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung wie Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Hypervigilanz. Der Umstand, auf der Autobahn auf die Fahrbahn geschleudert zu werden, könne als kurzdauerndes Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung interpretiert werden. Auf der anderen Seite bestehe beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Status nach einer depressiven Episode vor etwa 14 Jahren. Aktuell zeige dieser mittelschwere depressive Symptome. Er sei mimisch deutlich depressiv moduliert, mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Er klage über einen ausgeprägten Antriebsverlust und gesteigerte Ermüdbarkeit. Er zeige einen sozialen Rückzug und klage über Konzentrationsstörungen. Es gebe einen grossen Überlappungsbereich der Symptome der psychotraumatologischen Symptomatik und der Depression. Die psychotraumatologische Symptomatik stehe in einem sicheren natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis. Die aktuell mittelschwere depressive Symptomatik stehe in einem überwiegend wahrscheinlich teilkasualen natürlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Dafür, dass die psychotraumatologische Symptomatik im Vordergrund stehe, spreche der fluktuierende Verlauf. Trotz der Symptomatik sei der Beschwerdeführer immer wieder in die Türkei gegangen und habe seine zweite Ehe geschlossen. Das Weggehen in die Türkei könnte auch einem Vermeidungsverhalten entsprechen. Die offenen Fragen bezüglich Compliance könnten ausserdem auch im Rahmen der Persönlichkeit des Beschwerdeführers diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der eigenen Untersuchung zu mindestens 50 % eingeschränkt. Die vom Beschwerdeführer gemachte Angabe, dass er in einem 50 %-Pensum zu circa 30 % leistungsfähig sei, sei nachvollziehbar.

5.5 Nach einer kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Februar 2013 (Suva-Nr. 123) hielt der Suva-Kreisarzt fest, aus rein somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit als Fensterbauer zu 25 %. Eine Steigerung sei möglicherweise nicht mehr zu erreichen. Die Beschwerden seien plausibel und nachvollziehbar, sie deckten sich mit dem körperlichen Untersuchungsbefund. Zumutbar seien dem Beschwerdeführer leichte mit mittelschwere körperliche Tätigkeiten, dies ganztags. Das Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg sei möglich. Zu vermeiden seien repetitive Rotationsbewegungen im linken Ellenbogen. Das Heben und Tragen von Lasten links mit ausgestrecktem oder angewinkeltem Arm über die 5 kg Grenze sei zu vermeiden.

5.6 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, berichtete am 25. Februar 2014 (Suva-Nr. 158), die klinischen und elektrophysiologischen Befunde ergäben eine stattgehabte, im Verlauf regrediente Armplexusläsion als Ursache der Sensibilitätsstörung im Bereich der Finger IV und V der linken Hand. Für ein Sulcus nervi ulnaris-Syndrom ergäben sich keine Anhaltspunkte. Die Ursache der Schwindelbeschwerden bleibe aus neurologischer Sicht unklar.

5.7 Dr. med. E.\_\_\_\_, Uniklinik F.\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 16. September 2014 (Suva-Nr. 184 S. 2 f.) fest, ein MRI des linken Knies zeige eine 1 cm grosse osteochondrale Läsion anterior am lateralen Femurkondylus, am Übergang zur Trochlea, mit Knorpel delamination und angrenzend kleinen zystisch / ödematösen Knochenmarksveränderungen. Horizontale Intrasubstanzläsion des medialen Meniskus, mit Extrusion der Pars intermedia, jedoch ohne einen in die Oberfläche einstrahlenden Riss. Es bestehe eine Trochleadysplasie.

5.8 Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer im Rahmen ihrer medizinischen Abklärungen interdisziplinär begutachten. Das Gutachten wurde bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben und am 6. Juli 2017 erstattet (Suva-Nrn. 248 ff.). Den einzelnen Teilgutachten lässt sich Folgendes entnehmen:

5.8.1 Gemäss der neuropsychologischen Abklärung vom 18. Mai 2016, durchgeführt von Dipl.-Psych. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (Suva-Nr. 249), fänden sich beim Beschwerdeführer testpsychologisch leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen mit weit reduzierter Aufmerksamkeitsaktivierung (Antriebsminderung), ausgeprägter Verlangsamung und reduzierter Belastbarkeit. Bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen sinke die Fehlerkontrolle erheblich. Im Rahmen der Testuntersuchung im Sinne einer bewussten oder unbewussten Symptomverdeutlichung hätten sich gewisse Inkonsistenzen ergeben. Diese böten jedoch gesamthaft keine ausreichenden Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung. Insgesamt bestehe eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, die multifaktoriell bedingt sei. Eine hirnorganische Beteiligung sei möglich, eine Überlagerung durch affektive Anteile sehr wahrscheinlich. Chronische Schmerzen, ungenügender Schlaf sowie die Medikation könnten die Leistungsfähigkeit zusätzlich beeinflussen. Ein Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen im Jahr 2011 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorhanden. Dies könne jedoch nur aufgrund von anamnestischen Angaben und der Aktenlage beurteilt werden. Es sei anzunehmen, dass die persistierenden kognitiven Defizite Einfluss auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf hätten. Bei einfachen beruflichen Anforderungen sei der Beschwerdeführer leichtgradig eingeschränkt, was quantitativ einer Arbeitsunfähigkeit von circa 30 % entspreche. Für anspruchsvolle Anforderungen, insbesondere an das Gedächtnis und die Fehlerkontrolle, sei von einer

höheren Leistungsbeeinträchtigung bis 50 % auszugehen. Von einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse und einem vollständigen Abklingen der Symptome könne nicht ausgegangen werden.

5.8.2 Eine im Rahmen der Begutachtung durchgeführte Magnetresonanztomographie des Schädels vom 25. Mai 2016 (Suva-Nr. 251) zeigte bis auf einzelne unspezifische «white-matter-lesions» ein altersentsprechendes, unauffälliges Schädel-MRI. Es zeige sich kein Nachweis von Traumafolgen.

5.8.3 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für HNO, erhob am 28. Oktober 2016 (Suva-Nr. 250) einen normalen HNO-Status bei empfundenen Schwindelepisoden. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit werde aufgrund der erhobenen Befunde nicht gesehen.

5.8.4 Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie, erstellten am 17. Mai 2016 ein orthopädisches Gutachten (Suva-Nr. 253). Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Untersuchungen angegeben, er verspüre im Bereich der HWS nur selten leichtere Schmerzen nuchal. Diese führten zu keiner Beeinträchtigung im Alltag. Der orthopädische Status präsentiere sich folgendermassen: Die Wirbelsäule sei im Lot, es bestünden keine Klopfdolenz, Skoliose oder Hyperkyphose. Im Bereich der Hüften gebe es ebenfalls keine Druckdolenz, die Beinlänge sei ausgeglichen. Im Bereich beider Knie zeige sich ein unauffälliges Integument ohne Schwellungen oder Ergüsse. Am linken Knie bestehe ein leichter Patelladruck- und Schiebeschmerz. Auch im Bereich der Füsse und Schultern sei der Befund unauffällig. An der linken Schulter zeige sich eine leichte Druckdolenz im Bereich des Humeruskopfes. Am rechten Ellenbogen sei der Befund unauffällig. Auch beim linken Ellenbogen zeige sich ein unauffälliges Integument ohne Schwellung. Es bestehe eine Druckdolenz im Bereich der Ellenbeuge ulnar über der Flexorenmuskulatur sowie im Verlauf der Bizepssehne. Sowohl die Flexion / Extension als auch die Pro- / Supination endgradig schienen schmerzhaft. Die Kraft sei erhalten, es gebe keine Paresen. Die Hände und Handgelenke seien unauffällig im Befund. An der linken Hand bestehe eine Narbe mit Depigmentierung nach einer Verbrennung am Dig III.

Folgende orthopädische Diagnosen werden gestellt:

Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 mit

Osteochondrale Läsion lateraler Femurkondylus links

5.8.5 Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hat am 5. Juli 2016 ein psychiatrisches Teilgutachten erstattet (Suva-Nr. 254). Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Exploration über eine glückliche Kindheit berichtet. 1997 oder 1998 sei er einmal in der psychiatrischen Klinik gewesen. Er habe damals finanzielle Probleme gehabt und sei wütend auf seine Schwester gewesen. Deshalb habe er Tabletten genommen. Er sei in die Klinik gekommen und habe Schwierigkeiten damit gehabt, seiner Umwelt klarzumachen, dass er sich nicht ernsthaft habe umbringen wollen. Er sei kurz krankgeschrieben gewesen und ein paar Mal bei einem Psychiater zum Gespräch erschienen. Dann sei alles wieder gut gewesen. Zu seinen aktuellen Beschwerden habe er angegeben, er habe Aufmerksamkeitsprobleme, so sei alles irgendwie riskant. Er sei angespannt, unruhig, meist müde. Die Stimmung sei gedrückt. Seit dem Unfall habe er Angst, sich in Gesellschaft anderer Menschen zu bewegen. Es sei eher ein Unbehagen, er habe nichts zu erzählen und möge nicht reden. Unter Panikattacken oder spezifischen Ängsten leide er nicht. Er könne sich zwar kurzfristig freuen, aber dann komme ein grosses

Tief zurück. Anfangs nach dem Unfall habe er im Strassenverkehr mehr Angst gehabt. Das Autofahren als Beifahrer meide er nicht, aber das als Fahrer, weil ihn beim Steuern der Arm schmerze. Schlimme und wiederkehrende Träume, die den Unfall zum Inhalt hätten, habe er nicht. Wenn im Fernsehen Sendungen von Unfällen kämen, schalte er aber um oder verlasse den Raum. Er wolle nicht daran erinnert werden. Sein Selbstbewusstsein sei schlecht, er traue sich nicht mehr viel zu. Es belaste ihn, dass er oft gereizt sei. Er sei oft ungeduldig. Auch sei er gleichgültiger geworden. Er beschäftige sich gern mit seinen Kindern, merke aber, dass er nach kurzer Zeit die Lust verliere. Dies sei früher nicht so gewesen. Sein Schlaf sei schlecht. Obwohl er müde sei, könne er abends nur schlecht schlafen. Wenn er zu Bett gehe, müsse er ständig grübeln. Er denke dann über den Unfall nach und was hätte passieren können. Seit 2012 besuche er einmal alle zwei bis drei Wochen seinen Psychiater. Die von diesem verordneten Medikamente beruhigten ihn ein bisschen.

Die Gutachterin erhebt folgende Befunde: Während des Gesprächs zeigten sich keine Auffassungs- oder Aufmerksamkeitsstörungen. Konzentration und Gedächtnis seien im Gespräch ohne erkennbare Auffälligkeiten. Im formalen Denken falle eine leichte Einengung des Denkens auf. Der Beschwerdeführer berichte über einen verstärkten Grübelzwang. Der Antrieb sei leicht vermindert. Es bestehe eine innere Unruhe, die im Gespräch unterdrückbar sei. Zwänge bestünden keine. Beschrieben würden indessen Ängste vor Situationen, in denen er die Kontrolle verliere. Auf der Hamilton Depression Scale erreiche der Beschwerdeführer in der Fremdbeurteilung insgesamt einen Wert von 24, was einer mittelgradigen depressiven Störung entspreche.

5.8.6 Im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie (Suva-Nr. 256), wird festgehalten, der Beschwerdeführer habe als aktuelle Beschwerden Episoden von Schwindel genannt. Er beschreibe ein Drehen der Umgebung rings um sich, wenn er sich vom Liegen aufrichte oder lange stehe. Er fühle sich dann einen Moment unsicher. Nach maximal wenigen Sekunden sei das Schwindelgefühl abgeklungen. Dieses sei im ersten Jahr nach dem Unfall sehr stark ausgeprägt gewesen und mehrfach pro Tag aufgetreten. Inzwischen sei es deutlich seltener und schwächer. Es könne mehrfach pro Tag auftreten oder auch einen ganzen Tag lang gar nicht. Der Beschwerdeführer fühle sich durch das Schwindelgefühl stark eingeschränkt. Er lebe in ständiger Angst, dass der Schwindel plötzlich auftrete und er durch einen Sturz einen neuerlichen Unfall erleide. Weiter beschreibe er, dass die Finger IV und V der linken Hand und die angrenzende Seite der Handfläche kribbelten wie Ameisenlaufen. Die Miss-empfindungen seien nach dem Unfall aufgetreten und zu Beginn sehr stark ausgeprägt gewesen. Die aktuellen Kribbelmissempfindungen spüre er, sie seien aber wenig hindernd. Wesentlich stärker hindernd sei der Schmerz am linken Ellenbogen. Er beschreibe diesen so, wie wenn man ein Messer in den Ellenbogen gestossen hätte. Manchmal blockiere die linke Hand und der Schmerz reiche über den gesamten Unterarm bis in die Hand. Die Hand verkrampfe sich dann und er müsse sie durch Bewegungen mit der rechten Hand wieder in Gang bringen. Weiter leide der Beschwerdeführer an Kopfschmerzen. Als sehr störend werde auch die Vergesslichkeit erlebt.

Es werden folgende Befunde erhoben: Für die Berührung am linken Unterarm werde eine leichte Hypästhesie angegeben. Es bestehe eine betonte Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links. Ansonsten sei der Befund unauffällig. Der Kurz-Schellong-Test

ergebe eine minimale orthostatische sympathikotone Reaktion. In der elektrophysiologischen Untersuchung sei die sensible Amplitude des Nervus ulnaris links nicht darstellbar. Die motorische Amplitude im Nervus ulnaris links sei im Vergleich zur rechten Seite minimal reduziert, die Latenzen der F-Wellen links im Vergleich zu rechts minimal verlängert.

Als Diagnosen werden angegeben:

## **E. 6**

6.1 Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte interdisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B. \_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann einleitend festgehalten werden, dass dieses medizinische Gutachten nach Studium und Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Einbezug der von ihm geäußerten Beschwerden, von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten / -innen erstellt wurde. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt.

6.2 Inhaltlich kommen die orthopädischen Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass die radiologischen Abklärungen nach dem Unfall vom 29. August 2011 den Beweis einer undislozierten Fraktur des Processus coronoideus ulnae links erbracht hätten. Eine bereits initial bestehende Hyposensibilität im Bereich von Dig. IV und V der linken Hand sei im Rahmen einer Schwellung interpretiert worden. Es sei eine konservative Therapie mit Anlage einer Oberarmgipsschiene erfolgt. Im weiteren Verlauf hätten die Kopfschmerzen und die Schmerzen am linken Ellenbogen sowie im Rücken im Vordergrund gestanden. Es sei eine weitere konservative Therapie mit physiotherapeutischer Mobilisation und eine Abklärung mittels Arthro-MRT erfolgt. Dabei sei am linken Ellenbogen ein 1 cm messender Knorpeldefekt gesehen worden, jedoch kein freier Gelenkskörper. Bei persistierenden Cervikalgien hätten sich in einer Untersuchung im Rückenzentrum des Spitals [...] keine neurologischen Auffälligkeiten gezeigt, bei weitgehend freier Beweglichkeit der HWS, jedoch eine paravertebrale muskuläre Problematik. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer über Schmerzen am linken Knie geklagt. Eine MRI am 20. Februar 2014 habe eine osteochondrale Läsion im Bereich des lateralen Femurkondylus links mit perifokalem Knochenmarködem zu Tage getragen. Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich indessen zusammenfassend noch ein geringes Extensionsdefizit am linken Ellenbogen. Es bestünden noch Schmerzen bei endgradiger Extension / Flexion sowie auch Pro- / Supination und bei Maximalbelastungen des linken Ellenbogens. Zudem persistiere eine geringe Hypästhesie an den Dig. IV und V der linken Hand. Diese Einschätzung erscheint gestützt auf die Befundlage schlüssig. Schmerzbedingt werden Tätigkeiten mit Maximalbelastungen als nicht mehr durchführbar erachtet. Die diskrete Einschränkung der Ellenbogenbeweglichkeit links sei im Alltag nicht relevant. Aktuell bestünden keine wesentlichen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks. Die Beschwerden am Ellenbogen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. August 2011 zurückzuführen. Die vor zwei Jahren aufgetretenen Kniebeschwerden seien rückläufig und auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. August 2011 zurückzuführen.

6.3 Die psychiatrische Expertin stellt vorab mit nachvollziehbarer Begründung die Diagnose einer chronischen, mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1). Beim

Beschwerdeführer dauere eine depressive Verstimmung schon seit 2011 an. Es bestünden ein Interessenverlust und Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm gewesen seien, gesteigerte Ermüdbarkeit und ein Verlust des Selbstvertrauens. Die Konzentration sei vermindert, der Beschwerdeführer fühle sich innerlich unruhig und agitiert. Es bestünden auch Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer erinnere sich zwar nicht an den Unfall, sei aber durch das Studium des Unfallberichts mit aversiven Details konfrontiert worden. Er habe keine schlimmen oder wiederkehrenden Träume angegeben, die den Unfall zum Inhalt hätten. Vor allem in der Einschlafphase drängten sich ihm aber Gedanken an das Unfallereignis auf, die er kaum zur Seite schieben könne. Zu Flashbacks komme es nicht, hingegen zu psychischen Reaktionen auf internale Hinweisreize. Der Beschwerdeführer vermeide Anstrengungen, die Schmerzerleben triggerten, das Autofahren selbst werde jedoch nicht vermieden. Es bestünden anhaltende und übertrieben negative Überzeugungen und Erwartungen in Bezug auf die Kontrollierbarkeit der Welt und die Fragilität der eigenen Gesundheit. Diese Überzeugungen seien so ausgeprägt, dass sie das Verhalten deutlich beeinflussten und zum Vermeiden von Situationen führten, vor denen sich der Beschwerdeführer fürchte. Insgesamt fänden sich auch Zeichen einer emotionalen Abstumpfung. Die Symptome hätten direkt nach dem Unfall begonnen. Die Schwere habe zwar nachgelassen, doch sie seien nach wie vor vorhanden. Daraus schliesst die Gutachterin insgesamt stimmig auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, deren Ausprägung im möglichen Spektrum derartiger Erkrankungen indessen nicht sehr schwer ausgeprägt erscheint. Es wird aber festgehalten, dass sich diese funktionell durch die zusätzlichen diagnostizierten psychischen Störungen vermischend auswirke. Weiter leitet die Gutachterin nachvollziehbar das Bestehen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren her. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine Ausschlussdiagnose handelt, die polydisziplinär zu diagnostizieren ist, und dass die Diagnose in Kenntnis der orthopädischen und neurologischen Begutachtung gestellt werde. Die vorliegende Schmerzproblematik habe zwar ursprünglich einen organischen Kern gehabt, sich mit der Zeit aber verselbständigt, gehe über eine Schmerzproblematik im Rahmen einer affektiven Störung hinaus und werde deshalb mit dieser zusätzlichen Diagnose abgebildet. Diese Ausführungen sind einleuchtend. Zur Persönlichkeit hält die Gutachterin fest, dass die Lebensbewährung des Beschwerdeführers bis zum Unfall gut gewesen sei, was gestützt auf die Aktenlage korrekt erscheint. Der Umgang mit einer früheren Belastungssituation, die beim Beschwerdeführer zu einer suizidalen Krise geführt habe, spreche aber dafür, dass das eigene Bild, das der Beschwerdeführer von sich zeichne, Brüche aufweise. Auffällig sei auch, dass er keine Schwächen angeben könne und insgesamt bei der Schilderung seiner Gefühlszustände an der Oberfläche geblieben sei. Während Realitätsbildung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit und Konfliktgestaltung weitgehend ungestört seien, scheine die Selbstwertregulation von Stärke und Unversehrtheit abhängig zu sein, das Selbstwertgefühl abhängig von Erwartungen an die eigene Stärke und in diesem Bereich auch kränkbar. Zudem werde die Affekttoleranz als eingeschränkt eingeschätzt. Insgesamt werde keine Persönlichkeitsstörung gesehen, aber eine narzisstische Akzentuierung der Persönlichkeit, die sich negativ auf die Bewältigung von Krisen und Belastungen auswirke.

Die vorliegende Gesamtheit der diagnostizierten psychischen Störungen erreicht nach gutachterlicher Einschätzung einen relevanten funktionellen Schweregrad. Zudem bestehe ein hoher Grad der Chronifizierung mit durchgehenden Beschwerden seit dem Unfall im Jahr 2011 in verschiedenen Lebensbereichen. Die Möglichkeiten des Gesundheitssystems

seien in Anspruch genommen worden, wenngleich auffalle, dass im Jahr 2012 Neurologie-Termine verpasst worden seien. Die Komorbidität der gestellten Diagnosen vermindere die therapeutische Beeinflussbarkeit der vorliegenden Störungen. Zudem sprächen Kombinationen von Schmerz und Depression allgemein schlechter auf depressionsspezifische Behandlungen an. Die ängstlich getönte selektive Aufmerksamkeitsfokussierung wirke zudem dysfunktional bei der Bewältigung der Gesamtproblematik. Hinzu kämen die alexithymen Charakteristika und die narzisstischen Schwächen der Persönlichkeit. Die durchgeführte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive Medikation habe zu einer Verbesserung der Gesamtsituation geführt. Eine Verbesserung der somatoformen Schmerzbeschwerden sei jedoch nicht gelungen. Theoretisch könnten weitere medikamentöse Strategien versucht werden, eine durchschlagende und funktionell relevante Wirkung werde jedoch eher nicht erwartet. Inkonsistenzen bezüglich der geschilderten Beschwerden hätten sich nicht ergeben, auch keine solchen zwischen Beschwerdeschilderung und Befund. Zudem zeigten sich konsistente Auswirkungen der geklagten Einschränkungen in allen Lebensbereichen. Zum sozialen Kontext sei zu sagen, dass der Beschwerdeführer keine qualifizierte Berufsausbildung habe. Beim von ihm geführten Betrieb handle es sich um einen Kleinbetrieb, der auf die verfügbare Hand eines jeden angewiesen sei. Aus dieser Situation möge auch eine druckvolle Erwartungssituation an sich selbst erwachsen, die als zusätzlicher Belastungsfaktor gesehen werden könne. Auch diese Ausführungen sind schlüssig hergeleitet.

Die Gutachterin hält weiter fest, es bestehe ein klarer kausaler Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und dem Unfall vom 29. August 2011. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe auch zwischen der Entwicklung und Chronifizierung der depressiven Störung und dem Unfall eine Teilkausalität. Das Gleiche gelte für die chronische Schmerzstörung. Die Persönlichkeitsaspekte seien vor dem Unfall nicht krankheitswertig gewesen. Ohne den Unfall wäre es aus psychiatrischer Sicht indessen nicht zur Entwicklung einer derartigen Symptomatik gekommen.

6.4 Die neurologische Beurteilung erweist sich schliesslich ebenfalls als stimmig, wenn angegeben wird, dass sich die Schmerzen im Ellenbogen, in den Knien sowie Sprunggelenken neurologisch nicht erklären liessen. Folgen der commotio cerebri fänden sich in der neurologischen Untersuchung nicht mehr. Auch diese Einschätzung ist nachvollziehbar und deckt sich mit den Erkenntnissen aus der MRT des Schädels vom 25. Mai 2016 (Suva-Nr. 251). Zudem wurde unmittelbar nach dem Unfall über eine unauffällige neurologische Überwachung mit einer GCS (Glasgow Coma Scale) von 15 (maximale Punktzahl, dementsprechend volles Bewusstsein) berichtet. Die auf dem neurologischen Fachgebiet geklagten Symptome des orthostatischen Schwindels, der Gefühlsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links und des episodischen Kopfschmerzes sind indessen gutachterlich gesehen auf den Unfall vom 29. August 2011 zurückzuführen.

6.5 Auch die neuropsychologische Beurteilung erweist sich gestützt auf die Ergebnisse der vorgenommenen testpsychologischen Untersuchungen als schlüssig. Insbesondere erscheint die Annahme, dass die leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von affektiven Faktoren überlagert wird und es eher unwahrscheinlich ist, dass eine hirnorganische Beteiligung vorliegt, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der neurologischen Begutachtung nachvollziehbar.

6.6 Die gutachterlichen Beurteilungen erweisen sich nach dem Gesagten als stichhaltig und es kann darauf abgestellt werden. Die diesbezüglichen Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen die Beweiskraft nicht umzustossen. Die Argumentation, dass das Schmerzbild des Beschwerdeführers somatisch erklärbar sei, ist durch die schlüssigen gutachterlichen Ausführungen widerlegt. Der orthopädische Gutachter erkennt nur eine geringfügige Einschränkung der Ellenbogenbeweglichkeit. Aus neurologischer Sicht sind die Schmerzen in Ellenbogen, Knien und Sprunggelenken nicht erklärbar. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird leitliniengerecht hergeleitet. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen bestehen seit Jahren und haben ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung, bedingt durch die beim Unfall erlittenen Verletzungen. Das Schmerzbild ist demnach somatisch nicht vollumfänglich erklärbar. Schliesslich können innerhalb der einzelnen Teilgutachten auch keine Widersprüche erkannt werden, wie sich aus den obigen Erwägungen ergibt. Ebenfalls bestehen keine Widersprüche zur übrigen medizinischen Aktenlage. Wenn der Beschwerdeführer geltend machen lässt, Dr. med. C. \_\_\_ habe im neurologischen Bericht vom 25. Februar 2014 (Suva-Nr. 158) eine somatische Genese des Schmerzbildes festgehalten, so ist dem entgegenzuhalten, dass in diesem Bericht von einer stattgehabten, im Verlauf aber regredienten Armplexusläsion als Ursache der Sensibilitätsstörung im Bereich der Finger IV und V der linken Hand die Rede ist. Weiter kann nicht gesagt werden, dass die Schmerzen zu wenig in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen worden seien. Denn die Diagnostik kann sich nicht ausschliesslich auf die anamnestischen Angaben der betroffenen Person stützen, sondern die objektiven klinischen Befunde sind mit zu berücksichtigen. Sodann ist in Bezug auf das neuropsychologische Gutachten nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin dieses falsch interpretiert haben sollte. Der Beschwerdeführer lässt monieren, es sei schlicht falsch, dass die Beschwerden von affektiven Faktoren überlagert seien. Dem Gutachten lässt sich aber entnehmen, dass die Neuropsychologin eine solche Überlagerung für sehr wahrscheinlich hält.

6.7 Zusammenfassend erweist sich das interdisziplinäre Gutachten als voll beweiskräftig und der medizinische Sachverhalt ist damit umfassend abgeklärt. Dementsprechend bestehen aus neurologischer Sicht als kausale Unfallfolge eine Gefühlsstörung im Versorgungsbereich des linken Nervus ulnaris, ein episodischer Spannungskopfschmerz und ein orthostatisch bedingter, unsystematischer Schwindel. Aus orthopädischer Sicht können belastungsabhängige Schmerzen im linken Ellenbogen und ein geringes Extensionsdefizit von 15 Grad mit den Folgen der Abscherfraktur des Processus coronoideus der linken Ulna anlässlich des Unfalls erklärt werden. Der Beschwerdeführer schildere endgradige Schmerzen bei Bewegungen des Ellenbogens. Mit grösster Wahrscheinlichkeit unabhängig vom Verkehrsunfall wird eine osteochondrale Läsion des linken lateralen Femurcondylus beschrieben, welche laut Angaben des Beschwerdeführers aber aktuell keine wesentlichen Beschwerden bereite. Die neuropsychologische Untersuchung beschreibt eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, deren Ursache nicht eindeutig festgelegt werden kann. Eine Überlagerung von affektiven Faktoren wird aber als sehr wahrscheinlich erachtet. In der psychiatrischen Begutachtung werden eine chronische, mittelgradige depressive Episode, eine nicht sehr schwer ausgeprägte posttraumatische und ■ unter Einbezug des orthopädischen und neurologischen Gutachtens ■ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Abgestellt werden kann sodann auch auf die im Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Von rein organischer Seite ist

die Arbeit als Fenstermonteur mit einer schmerzbedingten zeitlichen und leistungsmässigen Leistungsminderung von 50 % unter Vermeidung von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit mit Vermeiden von Ellenbogenbewegungen links mit Maximalbelastung und repetitiven endgradigen Bewegungen ist in unfallbedingter organischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen in Kombination mit der psychosomatischen Beeinträchtigung wird die Tätigkeit als Fenstermonteur indessen als nicht mehr zumutbar erachtet. Als Geschäftsführer besteht aufgrund der kognitiven Einschränkungen, aber auch wegen der Spannungskopfschmerzen eine zeitliche und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 %. Dabei besteht keine zusätzliche Leistungseinschränkung. Eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit besteht in einer körperlich leichten handwerklichen oder arbeitsvorbereitenden Tätigkeit mit einem Pensum von 50 %. Bewegungen im linken Ellenbogen unter Maximalbelastung, repetitive endgradige Bewegungen im linken Ellenbogen, das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und eine hektische Arbeitsumgebung mit reichlich Publikumsverkehr bestehen bei der idealen leidensadaptierten Tätigkeit nicht. Die intellektuellen Anforderungen sollten nicht zu hoch sein. Das Arbeitstempo und der vermehrte Pausenbedarf bedingen eine zusätzliche Leistungseinschränkung von etwa 10 %.

6.8 In Bezug auf die Integritätsentschädigung wird gutachterlich schliesslich festgehalten, dass die orthopädischen Diagnosen keinen Integritätsschaden feststellen lassen. Auch in Bezug auf den Schwindel wird betragt der Integritätsschaden 0 %, da die aktuelle Arbeitsfähigkeit dadurch nur leicht eingeschränkt ist. Die Gefühlsstörung an den Fingern IV und V links und der angrenzenden Handfläche ist ebenfalls gering ausgeprägt und bedingt keine Arbeitsunfähigkeit. Die episodischen Spannungskopfschmerzen bedingen einen Integritätsschaden von 10 % (als Teil und unter Berücksichtigung des psychischen Integritätsschadens). In psychiatrischer Hinsicht entspricht die Integritätseinschätzung gemäss Tabelle 19 einer mittelschweren psychischen Störung. Weil persönlichkeitsbedingte Aspekte das Geschehen mitbestimmen, deren Ausmass aber nicht als hoch eingeschätzt werden, wird die Einschränkung der unfallbedingten Integrität auf 50 % minus 5 % (unfallfremd), also auf 45 % geschätzt.

## **E. 7**

7.1 Treten nach einem Unfall ■ wie vorliegend der Fall ■ psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin ist im vorliegenden Fall entsprechend dieser sogenannten Psycho-Praxis vorgegangen. Der Beschwerdeführer lässt hingegen geltend machen, es sei die Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109 und 117 V 359) anzuwenden. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b). Voraussetzung für die Anwendbarkeit ist, dass die

typischen Beschwerden des Schleudertraumas in Form von Kopf- und Nackenschmerzen innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall aufgetreten sind (Monica Armesto, in: Sabine Steiger-Sackmann, Hans-Jakob Mosimann [Hrsg.]: Recht der Sozialen Sicherheit, Rn. 18.76 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts U 215/05 vom 30. Januar 2007 E. 5). Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer *Commotio cerebri* ■ nicht im Grenzbereich zu einer *Contusio cerebri* ■ erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen auf die entsprechende Rechtsprechung).

Der Beschwerdeführer erlitt gemäss Austrittsbericht des Kantonsspitals [...] vom 9. September 2011 (Suva-Nr. 16) unter anderem eine *commotio cerebri*. Im Rahmen der Nachbehandlung wurde durch die orthopädische Klinik des Kantonsspitals [...] eine HWS-Kontusion diagnostiziert (Suva-Nr. 28). Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten orthopädischen Gutachten ist von einem Status nach dem Verkehrsunfall vom 29. August 2011, unter anderem mit einer *commotio cerebri* und einer HWS-Distorsion mit *Restitutio ad integrum*, also vollständiger Ausheilung, die Rede. Den ärztlichen Berichten lässt sich aber nicht entnehmen, dass innerhalb der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden typische Symptome aufgetreten wären, die eine Anwendung der Schleudertraumapraxis rechtfertigen würden. Der Beschwerdeführer klagte erst später über Kopfschmerzen und Schwindelsymptome. Die HWS-Distorsion wird im Gutachten als vollständig ausgeheilt qualifiziert. Die diagnostizierte *commotio cerebri* reicht gestützt auf die oben zitierte Rechtsprechung ebenfalls nicht aus, um die Schleudertraumapraxis anwenden zu können. In dieses Bild passt auch die Tatsache, dass die neurologische Überwachung unmittelbar nach dem Unfall völlig unauffällig verlief, mit einer GCS von 15. Insofern kommt die Schleudertraumapraxis vorliegend nicht zur Anwendung, sondern die Psycho-Praxis.

7.2 Bei der Adäquanzprüfung im Sinne der Psycho-Praxis ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

7.3 Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1, SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26; 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2, SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83). Bezüglich des vorliegenden Unfallereignisses ist von folgendem Geschehensablauf ■ soweit aktenmässig rekonstruierbar ■ auszugehen (vgl. Schadenmeldung vom 25. September 2011, Suva-Nr. 1, und Polizeirapport vom 28. September 2011, Suva-Nr. 44): Der Beschwerdeführer war auf der Autobahn A1 Fahrtrichtung [...] unterwegs, als er auf dem Gemeindegebiet von [...] eine Panne hatte und das Fahrzeug auf den Pannestreifen lenkte. Nachdem er das Pannendreieck aufgestellt hatte und zu seinem Fahrzeug zurückgegangen war, um auf der Fahrerseite wieder einzusteigen, wurde er von einem mit einem Tempo von circa 85 km/h von hinten auf dem Fahrstreifen herankommenden Lastwagen (bzw. dem rechten Seitenspiegel) erfasst und auf den Normalstreifen geschleudert. Danach war er für eine kurze Zeit bewusstlos. Ab dem Zeitpunkt der Kollision kann sich der Beschwerdeführer nicht mehr an den Unfallhergang erinnern. Der Beschwerdeführer erlitt eine commotio cerebri, eine Rissquetschwunde parietal rechts, eine Abscherfraktur des processus coronoideus links und eine Flankenkontusion rechts, später wurde ausserdem eine HWS-Distorsion diagnostiziert.

Bei der Qualifikation der Unfallschwere nicht zu berücksichtigen sind die durch das Ereignis verursachten Verletzungen. Der vorliegende Unfall wurde von der Beschwerdegegnerin unter einlässlicher Würdigung und mit Verweis auf verschiedene Vergleichsfälle aus der Rechtsprechung als mittelschweres Ereignis und innerhalb des mittleren Bereichs präzisierend den mittelschweren Unfällen im engeren Sinn zugeordnet. Auf diese Ausführungen und Beispielfälle kann verwiesen werden. Das Bundesgericht hat mit Urteil 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5) erkannt, dass in diesem eigentlich mittleren Bereich der mittelschweren Unfälle drei ■ weder in besonders ausgeprägter noch in auffallender Weise ■ erfüllte Kriterien für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ausreichen.

7.4 Dem Unfall ist insbesondere hinsichtlich des Hergangs (Erfasstwerden von einem Fahrzeug auf der Autobahn) eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen. Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_584/2010 vom 11. März 2011 E. 4.3.2 mit weiteren Hinweisen). Wie die

Beschwerdegegnerin zutreffend erwogen hat, erfüllt das Geschehen vom 29. August 2011 dieses Kriterium nicht. Der Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet und von einer besonderen Eindrücklichkeit ist ebenfalls nicht auszugehen. Die Krafteinwirkung ist aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer von einem Seitenspiegel touchiert wurde, nicht als derart hoch anzusehen, dass von einem schweren Unfall oder von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zum schweren Unfall auszugehen wäre. Hierbei kann auf die von der Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid erwähnten Vergleichsfälle verwiesen werden (Ziff. 5.2.2). Zwar wurde der Beschwerdeführer auf den Fahrstreifen geschleudert, jedoch nicht in einer derartigen Weise wie in den zitierten Fällen. Die vom Beschwerdeführer erlittenen somatischen Verletzungen, wovon die Abscherfraktur als die schwerste zu qualifizieren sein dürfte, waren nicht besonders schwer und sie sind allesamt erfahrungsgemäss nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, dass die Schwere der Verletzungen nicht als Kriterium herangezogen werden dürfe, so bezieht sich dies auf die Frage der Eindrücklichkeit des Unfalls. Die Schwere der Verletzungen und ihre Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, stellt aber ein eigenständiges Kriterium dar.

Bezüglich der somatischen Verletzungen ist auch nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auszugehen. Der Beschwerdeführer wurde unmittelbar nach dem Unfall mit der Ambulanz hospitalisiert, konnte das Spital aber nach einem Tag verlassen. Eine Operation erfolgte nicht. Die anschliessende unfallbedingte Nachbehandlung ist nicht als ungewöhnlich lange zu bezeichnen. Hierbei ist auch zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer Termine für eine neurologische Untersuchung mehrfach unentschuldig nicht wahrnahm (vgl. Suva-Nr. 34), womit er selber auch zur Verlängerung der Behandlungsdauer beigetragen hat.

Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann nicht gesprochen werden. Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Es sind keinerlei Hinweise dafür oder für sonstige erhebliche Komplikationen ersichtlich, was vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht behauptet wird.

Bezüglich der körperlichen Dauerbeschwerden ist festzuhalten, dass im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2012 (Suva-Nr. 56) bereits festgehalten wurde, dass die Schmerzen am linken Oberkörper angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar seien, wobei die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen verbesserbar sei. Die anderen geklagten Beschwerden beträfen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund. Die Schmerzen scheinen zudem von unterschiedlicher Intensität gewesen zu sein; im Bericht vom 10. Dezember 2012 von Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt Anästhesiologie / Schmerztherapie, ist sogar von einer Beschwerdefreiheit seitens des linken Armes nach medikamentöser Einstellung die Rede (Suva-Nr. 102). Anlässlich der Begutachtung zeigte sich in der orthopädischen Untersuchung noch ein geringes Extensionsdefizit am linken Ellenbogen mit Schmerzen bei endgradiger Extension / Flexion sowie auch Pro- / Supination und bei Maximalbelastungen des linken Ellenbogens. Wesentliche Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks wurde nicht

mehr angegeben. In psychiatrischer Hinsicht wird ■ unter Berücksichtigung der somatischen Beurteilungen ■ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Physisch bedingte Dauerschmerzen sind demnach im Rahmen einer Gesamtbetrachtung des Zeitraumes vom Unfallereignis bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides zu verneinen.

Wie aus den Akten ersichtlich, wurde dem Beschwerdeführer ab dem Unfalltag (29. August 2011) bis mindestens am 6. Februar 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Suva-Nr. 34). Der Suva-Kreisarzt legte im Rahmen der Untersuchung vom 20. April 2012 (Suva-Nr. 56) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende August 2012 fest. Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf. Es sind nur jene Zeiten zu berücksichtigen, welche die versicherte Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_649/2015 vom 28. Januar 2016 E. 7.1 mit Hinweisen). Gemäss gutachterlicher Einschätzung ist der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig, weshalb dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt ist.

7.5 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass keines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt ist. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten, nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin hat diese und die psychiatrischen Diagnosen damit zu Recht nicht mitberücksichtigt. Somatisch gesehen ist die angestammte Arbeit als Fenstermonteur mit einer schmerzbedingten zeitlichen und leistungsmässigen Leistungsminderung von 50 % unter Vermeidung von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit mit Vermeiden von Ellenbogenbewegungen links mit Maximalbelastung und repetitiven endgradigen Bewegungen besteht keine Arbeitsunfähigkeit.

## **E. 8**

8.1 Streitig ist im vorliegenden Fall auch die Berechnung des Invaliditätsgrades. Die Beschwerdegegnerin hat zur Ermittlung desselben die sogenannte allgemeine Bemessungsmethode (Einkommensvergleich) angewendet und dabei auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Sie hat weiter eine Anpassung an den Nominallohnindex vorgenommen und die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden aufgerechnet. Auch für die Bemessung des Invalideneinkommens wurde ein Tabellenlohn herangezogen. Der Beschwerdeführer lässt hingegen im Wesentlichen geltend machen, das Valideneinkommen sei anhand der Bilanzen seiner GmbH, die er als alleiniger Inhaber führe, zu ermitteln. Ihm sei die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit nicht zumutbar.

8.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Dabei sind, auch bei selbständig Erwerbstätigen, die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau zu ermitteln und einander gegenüberzustellen, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau

ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen (BGE 129 V 29 E. 1 S. 30 f.). Bei selbständig Erwerbstätigen gelangt nicht automatisch die ausserordentliche Bemessungsmethode des Betätigungsvergleichs zur Anwendung. Auch hier ist der Invaliditätsgrad nach der Einkommensvergleichsmethode zu ermitteln und nur ausnahmsweise die spezifische Methode für Nichterwerbstätige anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2008 vom 24. September 2008 E. 2.2). Weiter genügt es für die Wahl der ausserordentlichen Methode auch nicht, dass bei der Ermittlung der Vergleichseinkommen mit Annahmen gearbeitet werden muss. Die Verwendung von hypothetischen Werten ist beim allgemeinen Einkommensvergleich die Regel (Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2009 vom 19. November 2009 E. 5.2). Die Vergleichseinkommen können aber anhand der Betriebszahlen aufgrund von weiteren Faktoren wie Abschreibungen, Reservenbildung, Startschwierigkeiten usw. oft nicht genau ermittelt werden (Hans-Jakob Mosimann, in: Sabine Steiger-Sackmann, Hans-Jakob Mosimann [Hrsg.], a.a.O., Rn 22.85 ff. mit Hinweisen). Die Bemessung des Invalideneinkommens einer selbständig erwerbenden Person nach Massgabe der erzielten Betriebsergebnisse kann nur zu einem rechtskonformen Einkommensvergleich führen, wenn hierfür invaliditätsfremde Faktoren konsequent ausgesondert werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2014 vom 6. Januar 2015 E. 4.2).

8.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 3.2.1). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei selbständig Erwerbenden unter anderem dann zu, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.2.1 und 3.2.2 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer war seit 1998 im Fensterbau tätig (Suva-Nr. 51). Zum Zeitpunkt des Unfalls war er alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer der O.\_\_\_\_ GmbH. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (Suva-Nr. 65) führte er aus, er sei de facto selbständig. Er habe auch Arbeiter, darunter seinen Bruder. Vorher habe er ein

anderes Geschäft geführt, welches 2008 Konkurs gegangen sei. Das aktuelle Geschäft sei bis zum Unfall gut gelaufen. Nun sei die Organisation katastrophal. In einem Gespräch vom 31. Oktober 2012 (Suva-Nr. 88) erklärte er gegenüber der Beschwerdegegnerin, vor dem Unfall seien er und seine Tochter bei der O. \_\_\_ GmbH angestellt gewesen. Er habe in einem Pensum von 100 % gearbeitet und seine Tochter bei Bedarf. Diese habe ihm teilweise auf den Baustellen oder auch im Büro geholfen. Als Unfallfolge habe er zwischenzeitlich seinen Bruder und einen weiteren Angestellten einstellen müssen. Sein Bruder arbeite 80 % und der andere Mitarbeiter 50 %. Die administrativen Tätigkeiten mache er in der Freizeit, teilweise helfe ihm die Tochter. Zusätzlich habe er einen externen Buchhalter. Am 24. Juni 2014 (Suva-Nr. 172) erklärte er gegenüber der Beschwerdegegnerin dann, er habe die administrativen Arbeiten eigentlich nicht in seiner Freizeit gemacht. Vor dem Unfall sei seine Tochter 50 % angestellt gewesen und er 100 %. Nun habe er vier Mitarbeiter (100 %, 100 %, 50 % und 50 %). Den Gewinn 2011 habe er bezogen. Der beim Gespräch ebenfalls anwesende (neue) Treuhänder wendete ein, was der Beschwerdeführer für seinen Lebensunterhalt bezogen habe, sei vom damaligen Treuhänder buchhalterisch nicht korrekt abgerechnet worden.

Der Beschwerdeführer will sich die von der O. \_\_\_ GmbH erwirtschafteten Gewinne sowie das gemäss UV-Jahresabrechnungen deklarierte Einkommen als Valideneinkommen anrechnen lassen. Alleine gestützt auf die Steuererklärung 2010 der O. \_\_\_ GmbH, die einen Reingewinn von CHF 69'415.00 ausweist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer diesen Betrag für sich als Einkommen ■ neben dem Akontolohn von CHF 38'500.00 gemäss UV-Jahresabrechnung 2010 (Suva-Nr. 274) ■ vereinnahmte. Bereits im Jahr 2010 beschäftigte er offensichtlich seine Tochter in der Firma, denn auch für diese wurde ein Bruttolohn von CHF 20'400.00 deklariert (Suva-Nr. 274). Für das Jahr 2011 will er sich den gemäss Bilanz per 31. Dezember 2011 erzielten Bilanzenerfolg von CHF 107'915.05 anrechnen lassen, daneben einen Akontolohn von CHF 47'000.00 gemäss UV-Jahresabrechnung 2011 (Suva-Nr. 274). Der Bilanz 2011 lässt sich ebenfalls entnehmen, dass der Beschwerdeführer circa CHF 130'000.00 aus der Firma herausgenommen hat (Konto 2160, KK A. \_\_\_). Die Höhe dieses Betrags lässt darauf schliessen, dass hiervon auch der Lebensunterhalt bestritten wurde. Für die Zeit vor dem Unfall liegen Betriebszahlen aus dem Jahr 2010 vor. Im Jahr 2011 erfolgte der Unfall und der Beschwerdeführer musste gemäss seinen eigenen Angaben daraufhin weiteres Personal einstellen. Der Beschwerdeführer hat über die Personalsituation unterschiedliche Angaben gemacht, ebenso zur Frage, ob und in welchem Rahmen er die administrativen Tätigkeiten erledigt hat. Unter den Personen, die er 2011 angestellt hat, befindet sich mit seinem Bruder ein weiteres Familienmitglied. Die O. \_\_\_ GmbH wurde im September 2009 gegründet und war damit zum Zeitpunkt des Unfalls im August 2011 ein junger Betrieb. Wird eine selbständige Erwerbstätigkeit erst seit Kurzem ausgeübt, können diese Zahlen für die Bemessung des Valideneinkommens nicht als massgeblich betrachtet werden. Vielmehr sind dann mangels eines hinreichend konkret bezifferbaren Validenverdienstes statistische Werte wie die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.4.2). Unter all diesen Umständen lassen die vorhandenen Zahlen und Angaben zum Betrieb eine zuverlässige Schätzung des Valideneinkommens nicht zu und die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens zu Recht einen Tabellenlohn herangezogen.

Der verwendete Tabellenlohn der LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 41 - 43 (Baugewerbe), Kompetenzniveau 1, ist dabei ebenfalls nicht zu beanstanden. Dieser entspricht einer Tätigkeit im Fensterbau. Dass der Beschwerdeführer tatsächlich auch administrative und buchhalterische Tätigkeiten selber erledigte, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Vielmehr ist aufgrund der Tatsache, dass er der deutschen Sprache kaum mächtig ist (sämtliche Gespräche bei der Beschwerdegegnerin und auch die Begutachtung fanden unter Beizug von Dolmetschern statt) und er auch die Buchhaltung ausgelagert hatte, davon auszugehen, dass diese Arbeiten kaum oder nur in geringem Umfang von ihm erledigt wurden. Er hat keine Ausbildung absolviert, war zuvor in Fabriken tätig, bis er im Jahr 1998 seine Tätigkeit als Fensterbauer aufnahm (vgl. Suva-Nr. 51). Er kann zwar auf eine langjährige Erfahrung im Fensterbau zurückgreifen, doch dieser Umstand allein genügt nicht, um von einem höheren Kompetenzniveau ausgehen zu können. Der entsprechende Monatslohn gemäss der LSE-Tabelle, basierend auf 40 Wochenstunden, beträgt damit CHF 5'507.00. Dazu wurde die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 (Totalwert, nicht der Wert aus dem Baugewerbe gemäss Ziff. 41 - 43, der unter diesem Wert liegt) aufgerechnet und der Lohn an die Teuerung angepasst. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ist auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass von einer höheren betriebsüblichen Arbeitszeit ausgegangen werden müsste. Zudem wäre ■ wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid festhält ■ dann auch beim Invalideneinkommen von einer höheren betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit auszugehen, denn dem Beschwerdeführer ist eine angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar.

Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf die dargelegten Faktoren ein Valideneinkommen von CHF 70'140.00 errechnet, wobei davon ausgegangen wurde, dass die Teuerung 2016 / 2017 0,7 % betragen hat. Korrekt sind indessen 0,4 %. Damit ergibt sich nach der ansonsten korrekten Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von CHF 69'892.00. Dieser Lohn liegt über den gemäss IK-Auszug angegebenen Löhnen, was dem Beschwerdeführer zu Gute kommt.

8.4 Für die Berechnung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin ebenfalls einen Tabellenlohn herangezogen. Dem Beschwerdeführer ist eine Tätigkeit im wie von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Profil und Kompetenzniveau (TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 Männer) vollschichtig zumutbar. Eine solche hat er indessen nicht aufgenommen, weshalb auch hier ein Tabellenlohn zur Anwendung kommt. Inwiefern die Aufgabe der (faktischen) Selbständigkeit für den Beschwerdeführer nicht zumutbar sein sollte, ist nicht ersichtlich, zumal es sich bei der (nun offensichtlich nicht mehr rentablen) Firma, deren Gewinn in den Jahren 2012 und 2013 faktisch CHF 00.00 betragen haben soll, gemäss seinen eigenen Angaben faktisch um einen Einmann-Betrieb handelt und er mit seiner Erfahrung im Bereich des Fensterbaus keine grösseren Probleme haben sollte, eine Tätigkeit im hier relevanten Tätigkeitsprofil zu finden. Der zur Anwendung kommende Tabellenlohn beträgt damit CHF 5'312.00. Auch hier sind die betriebsüblichen Wochenstunden und die Teuerung bis 2017 aufzurechnen. Es ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 67'418.00. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer hierbei einen leidensbedingten Abzug von 15 % gewährt, was sich angesichts der zumutbaren Tätigkeiten und der übrigen Umstände als grosszügig erweist. Da die Vorinstanz jedoch im Bereich des leidensbedingten Abzugs über einen Ermessensspielraum verfügt, an dessen Stelle das gerichtliche Ermessen nicht ohne triftigen

Grund treten darf (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81), ist der gewährte leidensbedingte Abzug nicht zu beanstanden. Somit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 57'305.00. Dies ergibt eine Erwerbseinbusse von CHF 12'587.00, was einem Invaliditätsgrad von 18 % entspricht.

Es zeigt sich, dass der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

8.5 Strittig ist schliesslich die Frage des versicherten Verdienstes. Laut Art. 15 Abs. 1 UVG werden Renten und Taggelder nach dem versicherten Verdienst bemessen. Als versicherter Verdienst für die Bemessung der Renten gilt der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Art. 15 Abs. 2 UVG). Gestützt auf Art. 15 Abs. 3 UVG hat der Bundesrat in Art. 22 bis 24 UVV Bestimmungen zum versicherten Verdienst erlassen. Beginnt die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall oder dem Ausbruch der Berufskrankheit, so ist der Lohn massgebend, den der Versicherte ohne den Unfall oder die Berufskrankheit im Jahre vor dem Rentenbeginn bezogen hätte, sofern er höher ist als der letzte vor dem Unfall oder dem Ausbruch der Berufskrankheit erzielte Lohn (Art. 24 Abs. 2 UVV). Für mitarbeitende Familienmitglieder, Gesellschafter, Aktionäre und Genossenschafter statuiert Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV eine Abweichung vom Grundsatz der Übereinstimmung von versichertem Verdienst und AHV-rechtlich massgebendem Lohn (Art. 5 Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG, SR 831.10]) dahingehend, dass für sie mindestens der berufs- und ortsübliche Lohn zu berücksichtigen ist. Entsprechend dem Sinn und Zweck dieser Sonderregel ■ Vermeidung einer Benachteiligung von Familienmitgliedern und anderen mit dem Betrieb verwandtschaftlich oder persönlich eng verbundenen und darin mitarbeitenden Personen, die mit Rücksicht auf diese Bindung keine arbeitsmarktkonforme Entlohnung erzielen können ■ ist der berufs- oder ortsübliche Lohn als versicherter Verdienst aber nur zu berücksichtigen, wenn er höher ist als der wirklich ausbezahlte Lohn. Da der berufs- und ortsübliche Lohn stets ein Durchschnittslohn ist, der auf möglichst einfache Weise ohne Mitwirkung der versicherten Person und ihres Arbeitgebers anhand von Tabellenlöhnen oder Lohnauskünften von hypothetischen Arbeitgebern zu ermitteln ist, besteht unter Vorbehalt von im Einzelfall allenfalls gegebenen arbeitsmarktlichen Besonderheiten eine natürliche Vermutung dafür, dass der berufs- und ortsübliche Lohn im Sinne von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV ein arbeitsmarktlicher Durchschnittslohn ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_893/2011 vom 31. Mai 2012 E. 2). Aus Praktikabilitätsgründen ist ausserdem nur dann vom effektiven Lohn abzuweichen, wenn der Unterschied zum ortsüblichen Lohn erheblich ist (Holzer, a.a.O., S. 211, mit Hinweis auf RKUV 2003 Nr. U 471 S. 35 E. 2c [U 482/02]).

Die Beschwerdegegnerin hat als versicherten Verdienst die vor dem Unfall deklarierten Löhne berücksichtigt, auf denen die O. \_\_\_ GmbH Prämien bezahlt hat. Diese Angaben wurden gestützt auf Art. 24 Abs. 2 UVV an die Teuerung angepasst und es wurde von einem versicherten Verdienst von CHF 44'919.00 ausgegangen. Eine einfache Internet-Recherche (vgl. zum Beispiel <https://www.lohncheck.ch/gehalt/Fensterbauer>, zuletzt besucht am: 2. November 2018, 15.15 Uhr) genügt für die Erkenntnis, dass es sich hierbei um einen merklich unter dem für einen Fensterbauer branchenüblichen Jahreslohn handelt. So liegt auch der vorliegend beim Valideneinkommen berücksichtigte Tabellenlohn weit darüber. Jedoch zeigt die Bilanz der O. \_\_\_ GmbH per 31. Dezember 2011 ■ wie bereits erwähnt ■ auch auf, dass der Beschwerdeführer über sein Kontokorrent ebenfalls Gelder aus der Firma nahm, die seinem Lebensunterhalt gedient haben dürften.

Durch die niedrigere Lohndeklaration sind damit gegenüber der Sozialversicherung weniger Prämien angefallen. Dieses Vorgehen ist nicht unzulässig, jedoch hat sich der Beschwerdeführer dies nun anrechnen zu lassen. Es ist nicht so, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Bindung zur Firma als einziger Gesellschafter keine arbeitsmarktkonforme Entlohnung erzielen konnte, weshalb Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV nicht zur Anwendung kommt. Die Berechnung des versicherten Verdienstes erweist sich somit als korrekt und die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt ist (Satz 2). Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2).

Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Nr. 57 bis 59, herausgegebenen Tabellen (teilweise geändert und ergänzt in den Mitteilungen Nr. 60, 62 und 66) sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 57 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a - c).

9.2 In Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin errechnete Integritätsentschädigung lässt der Beschwerdeführer geltend machen, es sei nicht nur die somatische Komponente miteinzubeziehen. Dies ist gestützt auf die oben stehenden Erwägungen zur Adäquanz (E. 7) aber nicht der Fall, es kann auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen werden. Auch für die Integritätsentschädigung ist nur die somatische Komponente relevant, die im als voll beweiskräftig zu erachtenden Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ gestützt auf die in E. 9.1 erwähnten Tabellen mit 10 % veranschlagt wurde. Der Beschwerdeführer bringt keine stichhaltigen Einwendungen gegen diese Einschätzung vor und es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern auf diese gutachterliche Beurteilung nicht abgestellt werden

könnte.

Der orthopädische Gutachter hielt nachvollziehbar fest, dass unter Berücksichtigung der entsprechenden Tabellen kein Integritätsschaden bestehe. Die Flexion / Extension am linken Ellenbogen von 140-15-0° qualifiziere sich nicht für eine Integritätsentschädigung gemäss den Tabellen. Im neurologischen Gutachten wird indessen für die bestehenden Spannungskopfschmerzen gemäss Tabelle 17 ein Integritätsschaden von 10 % beziffert. Betreffend den Schwindel, der gemäss Angaben des Beschwerdeführers nach wenigen Sekunden jeweils wieder abklinge, liege kein Integritätsschaden vor. Zusammengefasst ist die Beschwerdegegnerin demnach zu Recht von einem Integritätsschaden von 10 % ausgegangen. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde abzuweisen.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_53/2019 vom 9. Mai 2019 bestätigt.

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