

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00010 vom 17. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00010)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00010 du 17 août 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00010 del 17 agosto 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die massgeblichen rechtlichen Bestimmungen, namentlich zum Rentenanspruch (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG, in Verbindung mit Art. 8 und 16 des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), sind im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 4 f.), weshalb darauf verwiesen werden kann.

1.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Am 9. November 2005 fuhr der Beschwerdeführer auf der D. von E. nach F. In einer Linkskurve geriet ein entgegenkommendes Fahrzeug auf die Gegenfahrbahn und es kam zu einer Frontalkollision (Urk. 9/5 S. 9, S. 14 f.). Dabei erlitt der Beschwerdeführer eine zweigradige offene Patellaträgerfraktur rechts, eine nichtdislozierte Rippenserienfraktur Costae 6-10 links, eine commotio cerebri und multiple Kontusionen sowie eine RQW am Kopf (Urk. 9/3 S. 1).

Streitig und zu präfen ist die unfallbedingte Erwerbseinbusse beziehungsweise der Invaliditätsgrad.

Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist die Integritätsentschädigung und der Umstand, dass das psychische Beschwerdebild nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 9. November 2005 ist. Es kann dabei auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (Urk. 2 S. 10 f, vgl. auch Urk. 1 S. 7).

### E. 3

3.1 Dr. med. G., Co-Chefarzt Chirurgie, Spital C., hielt im undatierten Operationsbericht fest, dass am 10. November 2005 eine äusserst schwierige Osteosynthese bei einer zweigradigen Patellaträgerfraktur rechts durchgeführt worden sei (Urk. 9/7 S. 1, vgl. Urk. 9/6). Leider sei das eingesetzte Implantat den postoperativen Kräften nicht gewachsen gewesen und es sei zu einem Kollaps der Montage mit starker Dislokation der Fragmente gekommen. Die Gelenksituation dürfe nicht so belassen werden, weshalb die Indikation einer Re-Osteosynthese gestellt werde. In

der Zwischenzeit läßgen blande Wundverletzungen vor und ein Infekt sei nicht ersichtlich. Die Re-Osteosynthese vom 23. November 2005 erfolgte mit einer Doppel-Drahtzuggurtung (eine davon transossär über eine durchbohrte Schraube) und einer interfragmentären Zugschraube. Ferner erfolgte die Naht des Kniescheibenbandes (Patellasehne, Ligamentum patellae; Urk. 7 S. 1).

Î Î Î Î Î Î Î Î In einer weiteren Operation vom 17. März 2006 entfernte Dr. G. \_\_\_ dem Beschwerdeführer beide axialen Kirschnerdrähte (Urk. 9/16).

3.2 Î Î Î Î Kreisarzt Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, führte im Bericht vom 23. Mai 2006 in seiner Zusammenfassung und Beurteilung aus, nach den Operationen sei ein protrahierter Verlauf mit Schmerzangabe trotz adäquater Physiotherapie und Schmerzmittelversorgung festzustellen. Der Befund zeige eine Weichteilschwellung und etwas verbreiterte Konturen der Patella. Die Patella sei frei verschiebbar und indolent, jedoch sei der Patella-Unterpole am Ansatz des Kniescheibenbandes druckdolent. Es bestehe ein massives Rehabilitationsdefizit (Bewegungsumfang, Kraft- und Muskelaufbau). Offenbar führe der Beschwerdeführer seine Übungen zu Hause nicht durch. In der Physiotherapie würden Bewegungsübungen ohne wesentlichen Effekt durchgeführt. Weiter beständen am Thorax linksseitig noch leichte Rippendolenz nach Frakturen im mittleren Bereich. Instabilitäten seien nicht vorhanden. Die Atmung sei weder in der Frequenz noch in der Exkursion eingeschränkt. Diese Restbeschwerden hätten keine Bedeutung.

Î Î Î Î Î Î Î Î Ferner benötze der Beschwerdeführer immer noch einen Gehstock, welchen Dr. H. \_\_\_ ab sofort verbiete. Durch die Benützung des Gehstocks entstehe eine Schiefhaltung des ganzen Körpers (Urk. 9/22 S. 3). Bezüglich Arbeitsfähigkeit führte Dr. H. \_\_\_ aus, bis anhin sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Dies könne er verstehen, er erwarte aber in den nächsten zwei Monaten eine radikale Besserung und Zunahme der Belastungsfähigkeit, so dass von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen werden könne. Der Beschwerdeführer habe den Wunsch geäußert, am 20. Juni 2006 in die K. \_\_\_ in die Ferien zu fahren, wovon Dr. H. \_\_\_ ihm abgeraten habe. Zuerst solle er die Rehabilitation in Angriff nehmen, bevor er in die Ferien fahre (Urk. 9/22 S. 4).

3.3 Î Î Î Î Am 12. Dezember 2006 erfolgte eine weitere Operation durch Dr. G. \_\_\_, mit welcher die Restmetallentfernung an der Patella und ein ausgedehnter lateral release durchgeführt wurden (Urk. 9/46).

3.4 Î Î Î Î Im Bericht vom 15. Dezember 2006 stellten Dr. G. \_\_\_, Dr. med. I. \_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. J. \_\_\_, Assistenzärztin, Spital C. \_\_\_, folgende Diagnosen (Urk. 9/47 S. 1):

- Status nach Osteosynthese einer Patella-Trümmerfraktur rechts November 2005
- initiale Zuggurtungsosteosynthese und Cerclage am 9. November 2005
- Re-Osteosynthese mit Schraube und Zuggurtung am 23. November 2005
- Status nach Kirschnerdrahtentfernung 17. März 2006

Î Î Î Î Î Î Î Î Als Befunde nannten die Ärzte Narben nach Osteosynthesen über der rechten Patella und eine Druckdolenz über der gesamten Patella. Der Beschwerdeführer vermeide die Anspannung des Quadriceps, angeblich wegen

Schmerzen. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (Urk. 9/47 S. 2).

3.5. In seinem Bericht vom 22. Dezember 2006 diagnostizierte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Trümmelbeschwerden bei posttraumatischer Belastungsstörung und einen Status nach Polytrauma infolge Frontalkollision (Urk. 9/41 S. 1). In seiner Beurteilung hielt er fest, nach dem Unfallereignis, bei welchem ein beteiligtes Kind verstorben sei, scheine der Beschwerdeführer zur Zeit vor allem unter einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Depression, Schlafstörung, Alpträumen etc. zu leiden. Bei der klinischen Untersuchung seien auch deutliche vegetative Begleitzeichen, vor allem schweissnasse Hände aufgefallen. Die Trümmelbeschwerden ordne er ebenfalls als vegetative Begleitsymptome ein. Aktuell würden sich keine Hinweise auf eine zentrale oder peripher vestibuläre Funktionsstörung ergeben. Ferner bestehe eine Indikation zur psychiatrischen Abklärung und Behandlung (Urk. 9/41 S. 2).

3.6. Der Beschwerdeführer weilte vom 21. Februar bis 28. März 2007 in der Rehaklinik M.\_\_\_\_. Neben den bereits bekannten Diagnosen nannten Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Assistenzärztin, im Austrittsbericht vom 10. April 2007 folgende Diagnosen (Urk. 9/69 S. 1):

- residuelles Schmerzsyndrom des rechten Knies
- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sowie ausgeprägter somatoformer Komponente im Beschwerdebild
- diffuse Schwindelbeschwerden unklarer Genese (DD vegetativ, psychogen, vestibulär)
- Spannungskopfschmerzen
- lumbovertebrales Schmerzsyndrom (unfallfremd)

Ferner hielten Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ fest, infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien die Resultate des physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen ergänzt durch die Beobachtungen im Behandlungsprogramm. Es beständen keine Hinweise auf eine spezifische neuropsychologische Funktionsstörung. Die beobachtbare verminderte mentale Dauerbelastbarkeit begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Ferner erfolge die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus unfallkausaler Sicht. Die bestehenden lumbalen Rückenschmerzen würden keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. In seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne längerdauerndes Knien und/oder Kauern sowie ohne wiederholtes Treppen- oder Leitersteigen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/69 S. 2).

In ihrer Beurteilung führten Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ aus, aus psychosomatischer Sicht habe sich eine deutliche Schmerzfixierung ergeben, welche sich

unter multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (anhaltender Schmerz, schwierige familiäre Situation) als somatoforme Komponente im Beschwerdebild verstehen lassen. Eine posttraumatische Belastungsstörung lasse sich nicht diagnostizieren. Es lägen kein deutliches Vermeidungsverhalten, kein erhöhter Arousal, keine unfallspezifischen Alpträume oder Flashbacks vor. Bezüglich Schwindel lasse sich eventuell eine hypochondrisch anmutende Komponente mit Bewegungsängsten und maladaptivem Umgang mit den schweren Verletzungen vermuten. Konzentrationsstörungen, Unruhen und erhöhte Gereiztheit könnten als depressive Komponente verstanden werden, welche jedoch nicht ausgeprägt genug sei, um eine Störung mit Krankheitswert darzustellen. Im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzproblematik sei ein affektiver Hyperarousal mit erhöhter Reizbarkeit, innerer Unruhe, leichter Antriebsverminderung aufgetreten; dies verbunden mit Zukunftssorgen und einer allgemeinen Ängstlichkeit bezüglich seiner Leistungsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich eine schwankende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung bei verminderter Dauerbelastbarkeit gezeigt. Es beständen keine Hinweise für eine spezifische neuropsychologische Funktionsstörung. Testpsychologisch würden bei ansonsten unauffälligen kognitiven Leistungen schwankende Leistungen im Aufmerksamkeitsbereich auffallen. Das Bearbeitungstempo und die Ideenproduktion seien aufgrund der Antriebsproblematik teilweise verlangsamt. Die festgestellten Auffälligkeiten würden am ehesten mit einer reaktiv-psychischen Problematik und der anhaltenden Schwindelproblematik zusammenhängen (Urk. 9/69 S. 3).

3.7 Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 31. Oktober 2007 stellte Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, folgende Diagnosen (Urk. 9/103 S. 1):

- chronisch persistierende Lumbalgie bei/mit:
- chronischer Fehlhaltung mit Kopf- und Schulterprotraktion, lumbaler Streckhaltung
- Verdacht auf Diskopathie L4/5
- Schonhinken rechts bei/mit
- Status nach Patellaträumerfraktur bei Frontalkollision vom 9. November 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung führte Dr. P.\_\_\_\_ aus, es beständen ein persistierendes Lendenwirbelsäulen-Syndrom bei höchstens diskret erfassbaren degenerativen Veränderungen, keine ossären Läsionen und normale Wirbelkörperhöhen sowie normale Zwischenwirbelräume. Die Angaben des Beschwerdeführers, er habe seit dem Unfallereignis Rückenprobleme, seien etwas suggestiv für einen Unfallzusammenhang. Es beständen weder klinische noch radiologische Anhaltspunkte für ein traumatische Ursache der Beschwerden. Diese würden eher zu einem unspezifischen Kreuzschmerz passen (Urk. 9/103 S. 2).

3.8 Ä Ä Ä Ä Anlässlich des Einspracheverfahrens holte die Beschwerdegegnerin ein interdisziplinäres Gutachten bei der MEDAS Q.\_\_\_\_ ein. Dieses wurde am 16. Juni 2008 erstattet (Urk. 9/122/1-44). Darin stellten Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Klinische Pharmakologie, Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und psychosomatische Medizin und Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie,

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/122/31 Ziff. 1.1):

- sekundäre Retropatellararthrose nach zweigradiger offener Patellafraktur rechts (November 2005) mit chronischer Gonalgie

- myofaszielles Schmerzsyndrom von Schulter- und Beckengürtel

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierter Erkrankung und eine chronische Cephalaea (Urk. 9/122/31 Ziff. 1.2).

Die Experten hielten fest, aufgrund der Untersuchungsergebnisse sei von einem lokalen Schmerzproblem am rechten Kniegelenk wegen einer sekundären Femoropatellararthrose nach Patellafraktur mit nachfolgend mehreren Eingriffen auszugehen. Die Arthrose sei als Beschwerdekorrelat für die Kniegelenkschmerzen zu betrachten, allerdings hätten sich diese Schmerzen chronifiziert und seien in ihrer Intensität unverhältnismässig zu den objektiven Befunden. Zum anderen bestehe ein Schmerzsyndrom myofaszieller Genese in den Schultergürteln und im Beckengürtel bei muskulärer Dysbalance, welches anamnestisch im Rahmen der Symptomausweitung und Dekonditionierung durch Schonverhalten entstanden sei und aufrecht erhalten werde.

Die Vorgeschichte beider Gesundheitsstörungen sei überschaubar, das lokale Schmerzsyndrom am rechten Kniegelenk sei eine Folge des Unfallereignisses vom November 2005; die Arthrose habe sich aufgrund der Patellafraktur entwickelt. Schmerzchronifizierung, Schmerzausweitung, und Dekonditionierung hätten zu zusätzlichen Schmerzsyndromen cervical und lumbal geführt. Den Einfluss eines postulierten HWS-Traumas auf die bestehenden Beschwerdebilder könnten die Ärzte weder nach Anamnese noch nach Vorbefunden und auch nicht anhand der aktuellen Befunde bestätigen. Die beiden genannten Störungen würden zu Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit der rechten unteren Extremität führen (Urk. 9/122/32).

Die in der Rehaklinik M. im April 2007 diagnostizierte Anpassungsstörung könne nicht mehr festgestellt werden. Anpassungsstörungen würden zeitlich begrenzt verlaufen, es sei gut möglich, dass damals die diagnostischen Kriterien erfüllt gewesen seien und die Störung jetzt abgeklungen sei. Weiter sei im Konsilium der Rehaklinik M. eine somatoforme Komponente im Beschwerdebild genannt, die sich im Rahmen der jetzigen Untersuchung nachvollziehen lasse, jedoch keine Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ermögliche. Die von Dr. L. diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung sei bereits in der Rehaklinik M. ausgeschlossen worden und könne auch jetzt nicht diagnostiziert werden. Die Prognose sei zweifelhaft. Der Beschwerdeführer habe kein Krankheitsverständnis, betrachte alle Beschwerden als unfallbedingt; er habe keine Veränderungsmotivation und gehe davon aus, dass er nicht in eine Berufstätigkeit zurückfinden werde. Das dysfunktionale Symptom- und Krankheitsverhalten werde spezifische medizinische Massnahmen, die den Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten, und wahrscheinlich auch berufliche Massnahmen erschweren. Hinsichtlich der auf die Arthrose zurückzuführenden Beschwerden am rechten Knie sei langfristig eher mit einer Zunahme zu rechnen (Urk. 9/122/33).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr

arbeitsfähig (Urk. 9/122/34 Ziff. 3.1). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne langes Gehen und Stehen, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufiges Steigen oder Bergauf-/Bergabgehen sowie ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als sieben Kilogramm, ohne repetitives Bücken und Wiederaufrichten, ohne chronische Vorneigung des Rumpfes und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition nach Belieben zu wechseln, bestehe seit Austritt aus der Rehaklinik M.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 9/122/35 f. Ziff. 3.7-3.8, Ziff. 5). Ferner sei jedoch theoretisch durch eine dosierte Trainingstherapie, durch ein Kreislauftraining im Wasser und im Trockenen eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu erreichen, so dass bei Mitarbeit und normalem Verlauf nach einem halben Jahr die Arbeitsfähigkeit bis zu einer geringen restlichen Leistungsminderung von zirka 10 % wieder hergestellt werden könne (Urk. 9/122/37 Ziff. 6).

#### 4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Grundlagen für die Beurteilung des Rentenanspruchs bilden zunächst der Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Unfallereignisses vom 9. November 2005 an Kniegelenksbeschwerden und sich daraus gebildeten Arthrosen leidet.

4.2.1.1.1.1 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 16. Juni 2008 beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und setzt sich mit diesen und dem Verhalten des Beschwerdeführers umfassend auseinander. So wiesen die Gutachter unter anderem darauf hin, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen der fachärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie dessen Selbsteinschätzung bestehe. Die Ärzte des MEDAS nahmen sodann Stellung zu den anlässlich der Begutachtung bereits vorliegenden Arztberichten und führten nachvollziehbar aus, worin die Diskrepanzen und Übereinstimmungen zu ihrer Beurteilung bestünden und worauf sich diese gründeten (Urk. 9/122/33).

4.2.1.1.1.1 Das Gutachten der MEDAS leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet. So legten die Gutachter unter anderem schlüssig dar, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Befunde und Diagnosen seine angestammte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr zumutbar sei. Ebenso führten sie nachvollziehbar aus, dass dagegen in einer leistungsangepassten Tätigkeit - ohne langes Gehen und Stehen, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufiges Steigen oder Bergauf-/Bergabgehen sowie ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als sieben Kilogramm, ohne repetitives Bücken und Wiederaufrichten, ohne chronische Vorneigung des Rumpfes und mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition nach Belieben zu wechseln - seit Austritt aus der Rehaklinik M.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe (Urk. 9/122/35 f. Ziff. 3.7-3.8, Ziff. 5). Ferner sei jedoch theoretisch durch eine dosierte Trainingstherapie, durch ein Kreislauftraining im Wasser und im Trockenen eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu erreichen, so dass bei Mitarbeit und normalem Verlauf nach einem halben Jahr die Arbeitsfähigkeit bis zu einer geringen restlichen Leistungsminderung von zirka 10 % wieder hergestellt werden könnte (Urk. 9/122/37 Ziff. 6). Vorliegend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin aufgrund einer subjektiv verminderten Belastbarkeit von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 90 % auszugehen, da bei normaler Leistungsbereitschaft und mittels

der von den Ärzten der MEDAS vorgeschriebenen dosierten medizinischen Trainingstherapie eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Weiteres erreichbar ist.

4.3 Dr. H. \_\_\_ ging bereits im Jahre 2005 davon aus, dass mit den nötigen Rehabilitationsmassnahmen und einer radikalen Besserung und Zunahme der Belastungsfähigkeit durch Verbot der Benutzung des Gehstocks eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden könne (Urk. 9/22 S. 4).

4.4 Weiter hielten Dr. N. \_\_\_ und Dr. O. \_\_\_ fest, infolge der Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien die Resultate des physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen ergänzt durch die Beobachtungen im Behandlungsprogramm. Es bestünden keine Hinweise auf eine spezifische neuropsychologische Funktionsstörung. Die beobachtbare, verminderte, mentale Dauerbelastbarkeit begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Ferner erfolge die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus unfallkausaler Sicht. Die bestehenden lumbalen Rückenschmerzen würden keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. In seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne längerdauerndes Knien und/oder Kauern sowie ohne wiederholtes Treppen- oder Leitersteigen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/69 S. 2).

4.5 Weiter stellte Dr. P. \_\_\_ zu den geltend gemachten Rückenschmerzen überzeugend fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers, er leide seit dem Unfallereignis an Rückenschmerzen etwas suggestiv seien und eher zu einem unspezifischen Kreuzschmerz passen würden (Urk. 9/103 S. 2).

4.6 Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Beurteilungen und Ausführungen davon ausgegangen werden kann, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu mindestens 90 % arbeitsfähig ist. Damit stösst der Einwand des Beschwerdeführers, eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit von 30 % auf 10 % mittels Therapie sei eine reine Hypothese (Urk. 1 S. 10 Ziff. 3-4), ins Leere. Im Gegenteil kann aus den medizinischen Akten kein anderer Schluss gezogen werden.

## E. 5

5.1 Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Weiterentwicklung, soweit hierfür hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen (Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums etc.), zu erwarten gehabt hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig die zuletzt erzielte, der Teuerung

sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 Erw. 3b) beziehungsweise das an die branchenspezifische Nominallohnentwicklung angepasste frühere Einkommen (AHI 2000 S. 305 ff. Erw. 2c).

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid auf ein Valideneinkommen von Fr. 62'400.-- ab. Diese Berechnung gründet auf dem von der Arbeitgeberin gemeldeten monatlichen Bruttoeinkommen von Fr. 4'800.-- (vgl. Urk. 2 S. 12 Erw. 6a und Urk. 9/84). Der Beschwerdeführer machte geltend, zusätzlich zu dem Lohn von Fr. 4'800.-- sei monatlich noch eine Lohnzulage von Fr. 600.--, welche bei Chauffeurstätigkeiten üblich sei, hinzuzurechnen (Urk. 1 S. 10 Ziff. 5). Als Erwerbseinkommen im Sinne von Art. 16 ATSG gelten gemäss Art. 25 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) mutmassliche jährliche Erwerbseinkommen, von denen Beiträge gemäss dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) erhoben würden. Art. 9 Abs. 1 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV), der die diesbezügliche Detailregelung enthält, sieht ausdrücklich vor, Unkostenentschädigungen stellen nicht Bestandteil des für die Berechnung der Beiträge massgebenden Lohns dar. Die vorliegende Spesenpauschale (Urk. 9/84) ist daher nicht dem Valideneinkommen zuzurechnen, da sie einen pauschalisierten Ersatz für tatsächlich entstehende Erwerbsunkosten darstellt. Sie stellt einen Auslagenersatz dar, welcher bei der Berechnung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt werden kann.

Damit ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen von Fr. 62'400.-- (Fr. 4'800.-- x 13) auszugehen.

## E. 5.2

5.2.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.9 Stunden, seit 2008 von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Festsetzung des Invalideneinkommens gemäss der Verfügung vom 18. September 2007 (Urk. 9/98) und dem Einspracheentscheid vom 26. November 2008 (Urk. 2) fünf DAP-Profile zu Grunde gelegt. Die fünf ausgewiesenen Arbeitsplätze entsprechen dem ärztlich ermittelten Zumutbarkeitsprofil (vgl. 9/95 S. 2, Urk. 9/69 und Urk. 9/122 S. 36). Diese Vorgehensweise wäre grundsätzlich nicht zu beanstanden. Nun geht das Gutachten der MEDAS jedoch

von einer zumutbaren leidensangepassten Tätigkeit von 90 % aus, die Arbeitsplatzbeziehe sich jedoch auf eine konkrete Anstellung von 100 % und Teilzeitarbeit ist nur zum Teil möglich (Urk. 9/94). Daher kann vorliegend nicht auf die vorliegenden DAP-Profile abgestellt werden, so dass die Berechnung anhand der periodischen Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik vorzunehmen ist.

5.2.3.3. Angesichts des medizinisch definierten Anforderungsprofils steht dem Beschwerdeführer eine breite Palette von Tätigkeiten offen, so dass zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf den mittleren Lohn abzustellen ist, den gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) Männer mit einfachen und repetitiven Tätigkeit im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige erzielen. Dieser betrug im Jahr 2006 Fr. 4'732.-- im Monat, mithin Fr. 56'784.-- pro Jahr (Fr. 4'732.-- x 12; LSE 2006, S. 25, Tab. T1, Total, Niveau 4). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung von 1.6 % für das Jahr 2007 (Rentenbeginn; Die Volkswirtschaft, 3/2009, S. 98 Tabelle B9.2) und einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt dies ein Einkommen für das Jahr 2007 von Fr. 5'012.-- pro Monat (Fr. 4'732.-- x 1.016 : 40 x 41.7), mithin Fr. 60'144.-- pro Jahr (Fr. 5'012.-- x 12). Bei einem zumutbaren Pensum von 90 % ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 54'130.-- (Fr. 60'144.-- x 0.9).

5.2.4.4. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend rechtfertigt sich ein Abzug von 10 %. Die vorliegend zumutbare, teilszeitige Tätigkeit (90 %) hat statistisch kaum Auswirkungen. Ferner wird das Alter, die Ausbildung und Nationalität durch einen Leidensabzug von 10 % gebührend berücksichtigt. Damit ist vorliegend von einem Abzug von 10 % auszugehen.

5.3 Bei einem Abzug von 10 % beträgt demnach das Invalideneinkommen rund Fr. 48'717.-- (Fr. 54'130.-- x 0.9). Damit ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 62'400.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 48'717.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 13'683.-- und somit einen Invaliditätsgrad von gerundet 22 %.

Die dem Beschwerdeführer zustehende Invalidenrente ist somit in teilweiser Gutheissung der Beschwerde auf 22 % festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens (überwiegendes Unterliegen) auf Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 26. November 2008 dahin abgeändert, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente von 22 % hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Cordula Spürri

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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