

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00099

vom 7. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00099 du 7 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00099 del 7 giugno 2012

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 28. November 2003 rutschte der Beschwerdeführer auf einer Treppe aus (Urk. 7/BV1 Ziff. 6) und zog sich eine Distorsion des rechten Knies mit Patellasehnenruptur zu, die am Folgetag (29. November 2003) im Stadtspital B.____ mit einer Sehnennaht und Mc-Laughlin-Drahtschlinge operativ versorgt wurde (Urk. 8/M1).

Am 29. Januar 2004 fand im Stadtspital B.____ die Osteosynthesematerialentfernung (OSME) statt (Urk. 8/M2).

Bei einer Untersuchung im Stadtspital B.____ am 13. Mai 2004 wurde ein massiver Kniegelenkserguss rechts diagnostiziert, und es wurde ein konservatives Vorgehen empfohlen (Urk. 8/M10).

3.2 Am 15. Juli 2004 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, über seine am 15. Juni 2004 erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 8/M13).

In Beantwortung der ihm unterbreiteten Fragen erklärte er unter anderem aus, dass und weshalb der vergleichsweise langsame Heilungsprozess nachvollziehbar sei. Eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf zirka 30 % könnte ab August 2004 in Betracht gezogen werden; ansonsten sei eine Arbeitstätigkeit mit weniger Belastung des Kniegelenks zu wählen, wobei dann eine 100%ige Arbeitsfähigkeit möglich wäre (S. 8 Ziff. 5.1).

Die Prognose scheine infaust zu sein; mit einer permanenten Behinderung im rechten Kniegelenk sei zu rechnen (S. 8 Ziff. 5.2).

Als Procedere schlug Dr. C.____ eine interdisziplinäre Beurteilung vor (S. 9 Ziff. 3).

3.3 Am 17. August 2004 wurde der Beschwerdeführer in der Kniesprechstunde der Universitätsklinik D.____ untersucht, worüber Dr. med. E.____, Oberarzt, am 30. September berichtete (Urk. 8/M15). Am 30. August 2004 nahm Dr. E.____ eine Arthroskopie vor (vgl. Urk. 8/M17), am 23. November 2004 erfolgte eine weitere Untersuchung (Urk. 8/M16) und am 7. Februar 2005 setzte Dr. E.____ eine patellofemorale Prothese am linken Knie ein (Urk. 8/M18; vgl. Urk. 8/M19).

Eine Verlaufskontrolle am 15. März 2005 zeigte gemäss Bericht vom 4. April 2005 (Urk. 8/M20; vgl. Urk. 8/M22) einen guten Verlauf, wobei Dr. E.____ ausführte, der Beschwerdeführer werde seinen Beruf als Metzger in Zukunft nur noch teilzeitmässig, beispielsweise zu 50 %, ausüben können (S. 2 oben).

Über die Verlaufskontrolle vom 3. Mai 2005 berichtete Dr. E. ___ am 15. Juni und fasste aus, für die belastende Tätigkeit als Metzger sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig; medizinisch-theoretisch sei er längerfristig in einer nichtbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, in der belastenden Tätigkeit als Metzger sei dies eher nicht wahrscheinlich (Urk. 8/M23).

PD Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 23. Mai 2006 und fasste aus, es bestehe keine Indikation für eine Knieendoprothese; hingegen sei die totale Synovektomie (Entfernung erkrankter Synovialhaut eines Gelenks) jetzt ernsthaft zu erwägen (Urk. 8/M30).

Am 10. Juli 2006 berichtete unter anderem Dr. med. G. ___, Leitender Arzt Orthopädie, H. ___ Klinik, über die gleichentags erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 8/M31). Dabei stellte er folgende Diagnose (S. 1 Mitte):

chronisches femoropatellares Schmerzsyndrom mit rezidivierender Ergussbildung Knie rechts bei

- Status nach Naht der Patellasehne und Mc Laughlin-Drahtcerclage rechts vom 29. November 2003 (B. ___)

- Status nach Metallentfernung im Februar 2004

- Status nach arthroskopischem Débridement Knie rechts vom 30. August 2004 (D. ___)

- Status nach Implantation einer femoropatellaren Prothese rechts mit Tuberositasosteotomie vom 7. Februar 2005 (D. ___)

Aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes sei zum jetzigen Zeitpunkt keine Möglichkeit ersichtlich, die Situation operativ zu verbessern; die Implantation einer Knieendoprothese sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht indiziert (S. 2 oben).

Am 25. Juli 2006 erfolgte eine weitere Untersuchung durch Dr. E. ___ (D. ___), worüber am 30. August 2006 berichtet wurde (Urk. 8/M32). Als primäre Therapieoption wurde eine Synoviorthese genannt, in zweiter Linie eine arthroskopische Synovektomie; eine offene Synovektomie sei momentan nicht indiziert (S. 2 oben).

Über die am 28. November 2006 erfolgte Kontrolle berichtete unter anderem Dr. E. ___ am 27. Dezember 2006 (Urk. 8/M33) und fasste aus, der Beschwerdeführer werde intensiv rheumatologisch betreut, was dem empfohlenen konservativen Vorgehen entspreche (S. 2 oben).

Vom 25. bis 29. Juni 2007 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rheumaklinik des I. ___, worüber am 29. Juni 2007 berichtet wurde (Urk. 8/M36).

Es wurde ausgeführt, zusammengefasst bestehe ein femoropatellares Schmerzsyndrom mit rezidivierenden Reizersüssen bei immer noch deutlicher, durch konsequentes Training jedoch merklich gebesserter Quadrizepsatrophie (S. 1 f.). Durch die abgegebene Knieorthese könne bei weitergeführter ambulanter Trainingstherapie möglicherweise noch eine weitere Besserung erzielt werden (S. 2 oben).

Es sei bis 13. Juli 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Metzger attestiert worden; aufgrund der aktuellen Situation sei es unwahrscheinlich, dass

der Beschwerdeführer jemals wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als Metzger erlangen werde. Andererseits sei noch mit einer weiteren Zustandsverbesserung zu rechnen. Bereits jetzt könnte der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ganztags ausüben (S. 2 unten).

3.7. Im Bericht vom 29. Januar 2008 über die am Vortag erfolgte Konsultation (Urk. 8/M38) führte Dr. G. als Diagnose unter anderem einen Status nach Radiosynoviorthese Kniegelenk rechts am 1. November 2007 an (S. 1 Mitte). Er berichtete, aufgrund der (noch immer) deutlichen Schmerzproblematik sei dem Beschwerdeführer ein operatives Vorgehen (endoprothetische Versorgung) empfohlen und in Aussicht genommen worden (S. 2 oben).

Am 9. April 2008 führte Dr. G. die geplante Operation durch: Er nahm eine Synovektomie vor und implantierte eine Innex-Knieprothese rechts (Urk. 8/M40 S. 1; vgl. Urk. 8/M41).

Wegen einer Funktionseinschränkung des Kniegelenks (vgl. Urk. 8/M43) erfolgte am 10. Juni 2008 eine geschlossene Mobilisation des rechten Kniegelenks unter Narkose (Urk. 8/M44).

Im Bericht über die Konsultation vom 4. August 2008 (Urk. 8/M46) führte Dr. G. aus, grundsätzlich sei der Beschwerdeführer mit dem Verlauf gut zufrieden; es sei aber bei weitem noch kein Endzustand erreicht worden, um einen ausführlichen Arztbericht der IV-Stelle heute ausfüllen zu können. Das einzige, was heute dazu gesagt werden könne, sei, dass der Beschwerdeführer als Metzger seine Arbeit nicht mehr werde aufnehmen können, auch wenn nach einem Jahr die Heilung gut erfolgt sein werde.

Im Bericht über die Konsultation vom 3. November 2008 (Urk. 8/M48) hielt Dr. G. eine Stagnation in der Physiotherapie fest.

Im Bericht über die Konsultation vom 2. März 2009 (Urk. 8/M49) führte Dr. G. aus, der Verlauf sei sehr schleppend und es sei sehr schwierig, hier Abhilfe zu schaffen. Operativ einzugreifen wäre wahrscheinlich nur mit einer radikalen, offenen Synovektomie und Arthrolyse möglich, wobei eventuell auch die Patella, welche keine Innex-Patella sei, ausgewechselt werden müsste. Dies wäre alles in allem eine recht invasive Angelegenheit, ohne jegliche Garantien auf Erfolg. Am 4. Januar 2010 berichtete Dr. G. über die gleichentags erfolgte Besprechung mit dem Beschwerdeführer und dessen Ehefrau (Urk. 8/M53). Er führte aus, eine eindeutige Ursache für die Schmerzen und die Funktionseinschränkung habe mit keiner Methode eruiert werden können. Radiologisch sei die Kniescheibe auf guter Höhe und auch sehr schön zentriert. Der Beschwerdeführer dränge auf weitere Massnahmen, was natürlich bei diesem mehrfach operierten und traumatisierten Kniegelenk nicht unbedingt zu einem guten Resultat führen muss, darauf wird er deutlich hingewiesen. Es könne auch mit der Arthrolyse und der Korrektur der Kniescheibe versucht werden, eine Korrektur zu erzielen; der Beschwerdeführer möchte diese Option unbedingt wahrnehmen, auch wenn die Chancen auf Erfolg nicht sicher sind (S. 1 unten).

Im Bericht über die Untersuchung vom 31. Mai 2010 (Urk. 8/M57) führte Dr. G. unter anderem aus, aufgrund der Ungewissheit, ob eine Re-Operation des rechten Kniegelenkes dem Beschwerdeführer wirklich helfen könne, weigere sich

die Beschwerdegegnerin verständiglicherweise, die Kosten dafür zu tragen.

Am 1. Juni 2010 teilte Dr. G. der Beschwerdegegnerin mit, bei unauffälligen Laborwerten könne davon ausgegangen werden, dass kein low grade-Infekt vorliege, so dass auch auf eine erneute Punktion zwecks Bakteriologie verzichtet werden könne. Er sehe sich gezwungen, die Behandlung abzuschliessen und bitte die Beschwerdegegnerin, den Beschwerdeführer ihren Vertrauensärzten vorzustellen, da er offensichtlich auf eine Verbesserung des Zustandes dränge; auf welche Weise dies geschehen könne, sei allerdings ungewiss (Urk. 8/M58).

Am 5. Oktober 2010 erstattete Dr. med. J., Facharzt Allgemein- und Unfallchirurgie, Oberarzt orthopädische und handchirurgische Rehabilitation, Rehaklinik K., ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/M61). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 16 ff.), eine im August 2010 (vgl. Urk. 8/M63 erfolgte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und die von ihm am 22. September 2010 durchgeführte Untersuchung (vgl. S. 1).

Dr. J. nannte als Diagnose eine deutliche Funktionseinschränkung des rechten Kniegelenkes nach Treppensturz am 28. November 2003 mit Patellarsehnen-Ruptur rechts (S. 21 oben).

Er führte unter anderem aus, er könne sich der Meinung von Dr. G. anschliessen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass man mit einem weiteren operativen Eingriff dem Beschwerdeführer helfen könne, als sehr gering einzustufen sei, da immer noch unklar sei, woran das schlechte Bewegungsausmass wirklich liege (S. 23 unten). Er gehe von einem Endzustand aus und sei der Meinung, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch durch einen weiteren Eingriff keine wesentliche Besserung erzielt werden könne, auch wenn eine Besserung durchaus im Bereich des Möglichen sei (S. 24 oben). Die Frage, ob von einer weiteren ärztlichen Behandlung der Unfallfolgen eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei, verneinte Dr. J. und führte aus, es gebe zwar noch operative Möglichkeiten (Patellawechsel, Patellateilentfernung), welche jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Besserung erbringen dürften, sondern nur möglicherweise, und sogar die Gefahr einer weiteren Verschlechterung in sich bergen würden (S. 25 Ziff. 6.1).

Aufgrund der deutlichen Beweglichkeitseinschränkung im rechten Kniegelenk wäre dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Metzger nur noch höchst zumutbar (die Stelle bestehe nicht mehr). Die körperlich schweren Tätigkeiten des Metzgers seien ihm nicht mehr zumutbar; die administrativen Tätigkeiten, welche er höchst ausgeübt habe, wären ihm auch weiterhin zumutbar (S. 24 Mitte).

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wären ihm leichte Arbeiten vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit, zwischendurch aufzustehen, ganztags zumutbar (S. 24 unten). Dem Beschwerdeführer seien keine Tätigkeiten zumutbar mit einer Arbeitsschwere über 10 kg; ausserdem seien ihm langes Stehen, Gehen, Treppen steigen und Arbeiten auf unebenem Gelände nicht mehr zumutbar (S. 26 Ziff. 7.3).

Den Integritätsschaden am rechten Knie veranschlagte Dr. J. aus von ihm dargelegten Gründen mit 40 % (S. 27 Ziff. 8.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der gemeinsam mit dem psychiatrischen Teilgutachter (vgl. Urk. 8/M60) Dr. med. L.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Medizinischer Leiter, Zentrum für Begutachtungen, Rehaklinik K.____, verfassten interdisziplinären Zusammenfassung (Urk. 8/M62) wurde ausgeführt, rein psychiatrisch finde sich keine Störung (S. 2). Die Frage des medizinischen Endzustands betreffend wurden die gleichen Angaben gemacht wie im orthopädischen Teilgutachten (S. 1 f.).

3.9 Ä Ä Ä Ä Am 24. Juni 2011 berichtete Dr. med. M.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, über seine am 21. Juni 2011 erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. M.____ nannte als Diagnose ein chronisches femoropatellares Schmerzsyndrom mit rezidivierender Ergussbildung und eingeschränktem range of movement (ROM) Knie rechts (S. 1 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend Procedere führte Dr. M.____ unter anderem aus: ■ Wir sehen die Problematik femoropatellär in Bezug auf die Schmerzen. (...) Aus unserer Sicht ist ein erneuter Eingriff bei sicherlich etwas erhöhtem Risiko eines Infektes und postoperativen Vernarbungen gerechtfertigt, um die Patellakomponenten zu ersetzen, allenfalls eine Patellaverkleinerung durchzuführen. Somit sollte eine Schmerzreduktion wie auch eine Flexionsverbesserung zu erreichen sein. (...) Wir bekräftigen Sie darin, dass Sie bei Dr. G.____ (H.____ Klinik) in besten Händen sind. ■ (S. 2).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Aus den medizinischen Akten ergibt sich mit aller Deutlichkeit, wie die mit den konkreten Umständen vertrauten Ärzte - nämlich Dr. G.____, der den Beschwerdeführer bereits 2006 untersuchte (vorstehend E. 3.4) und von Januar 2008 bis Mai 2010 behandelte (vorstehend E. 3.7), und der orthopädische Gutachter Dr. J.____ (vorstehend E. 3.8) - die Frage des medizinischen Endzustands beantwortet haben. Dr. G.____ nahm 2008 einen operativen Eingriff vor und zog 2009 angesichts unbefriedigender Resultate weitere Operationen in Betracht; ab Januar 2010 äusserte er sich ausgesprochen skeptisch hinsichtlich der Erfolgchancen weiterer Eingriffe und liess deutlich erkennen, dass er die Risiken eines weiteren Eingriffs höher bewertete als dessen Erfolgswahrscheinlichkeit (vorstehend E. 3.7). Dr. J.____ schliesslich beantwortete die entsprechende Frage ganz eindeutig und führte aus, dass und warum eine weitere Besserung zwar im Bereich des Möglichen (mithin nicht ausgeschlossen) sei, jedoch von einem weiteren Eingriff mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei (vorstehend E. 3.8).

4.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss den übereinstimmenden und überzeugenden Beurteilungen der genannten Ärzte war im strittigen Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Ende Oktober 2010) der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vorstehend E. 1.2) erreicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass der Beschwerdeführer selber willens wäre, die Risiken einer erneuten Operation einzugehen, ist achtenswert. Es ändert aber nichts daran, dass die kompetente ärztliche Einschätzung ergeben hat, dass eine namhafte Besserung nicht überwiegend wahrscheinlich - mithin der medizinische Endzustand erreicht - ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass schliesslich der vom Beschwerdeführer im Juni 2011 konsultierte Orthopäde einen erneuten Eingriff eher als gerechtfertigt erachtete

(vorstehend E. 3.9), ist zur Kenntnis zu nehmen, vermag jedoch die auf breiterer Grundlage erfolgten Beurteilungen durch Dr. G.____ und Dr. J.____ (vorstehend E. 4.1) nicht umzustossen, dies umso mehr, als gleichzeitig der fachlichen Kompetenz von Dr. G.____ ausdrücklich ein gutes Zeugnis ausgestellt wurde.

4.3. Somit hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass in medizinischer Sicht jedenfalls im Oktober 2010 ein Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erreicht gewesen ist.

Die Einstellung der Taggeldleistungen und Übernahme von Behandlungskosten in diesem Zeitpunkt erweist sich damit als rechtmässig, so dass in diesem Punkt der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

5.1. Hinsichtlich der Invaliditätsbemessung ist die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid von einem Valideneinkommen im Jahr 2008 von rund Fr. 117'046.-- ausgegangen (Urk. 2 S. 2 Ziff. 2). Dies ist der Betrag, den der Beschwerdeführer einspracheweise geltend gemacht hatte (Urk. 7/BV 234 S. 4 Ziff. 6) und der aus den dort genannten Gründen nachvollziehbar ist.

Somit ist als Valideneinkommen im Jahr 2008 von Fr. 117'046.-- auszugehen.

5.2. Zur Ermittlung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin Tabellenlöhne gemäss LSE (vgl. vorstehend E. 1.4) herangezogen und dabei auf die Löhne im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige auf Niveau 3 (vorausgesetzte Berufs- und Fachkenntnisse) abgestellt, im Gegenzug jedoch keinen Leidensabzug vorgenommen (Urk. 2 S. 2 Ziff. 3). Im angefochtenen Entscheid nannte die Beschwerdegegnerin als Invalideneinkommen den Betrag von Fr. 65'022.--; in Klammern führte sie die einzelnen Bestandteile der Rechnung (Fr. 5'789.-- x 12 : 40.0 x 41.6) auf (Urk. 2 S. 2 Ziff. 3 am Ende). Diese Rechnung ergibt Fr. 72'247.--, was auch aus dem Blatt LSE-Berechnung hervorgeht (Urk. 7/BV237 Beilage 2). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 117'046.-- resultiert denn auch nur dann, wenn das Invalideneinkommen mit Fr. 72'247.-- angenommen wird, der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 38 %. Mithin ist die Beschwerdegegnerin effektiv von einem Invalideneinkommen von rund Fr. 72'247.-- ausgegangen.

Die Invalidenversicherung hat gemäss Vorbescheid (Urk. 7/BV232 = Urk. 3/9) auf die Löhne im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige und im Durchschnitt der Niveaus 1, 2 und 3 abgestellt und davon einen Leidensabzug von 10 % vorgenommen (S. 3 oben).

Beide Ansätze überzeugen nicht restlos. Der Beschwerdeführer verfügt unbestritten über Beruf- und Fachkenntnisse und auch über Administrations-/Kader-Erfahrung, war er doch gemäss Unfallmeldung als stellvertretender Betriebsleiter in der Ausbeinerei und im Bestellbüro tätig (Urk. 7/BV1 Ziff. 1 und 3). Entscheidend ins Gewicht fällt jedoch, dass er über die entsprechenden Qualifikationen nur bezogen auf Wirtschaftszweige verfügt, in welchen er seit je tätig gewesen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die LÄ¶hne oberhalb von Niveau 4 im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige abzustellen wÄ¼rde bedeuten, dem BeschwerdefÄ¼hrer Berufs- und Fachkenntnisse (oder mehr) in allen Wirtschaftszweigen zuzuschreiben. Ä¶ber solche verfÄ¼gt er (was auch fÄ¼r die meisten Versicherten gelten dÄ¼rfte) jedoch offensichtlich nicht.

5.3Ä Ä Ä Ä Stellt man - was angesichts des beruflichen Werdegangs des BeschwerdefÄ¼hrers (vgl. Urk. 3/6) gerechtfertigt erscheint - auf TabellenÄ¶hne oberhalb von reinen Hilfsarbeiten (Niveau 4) ab, so ist mithin auf Branchen Bezug zu nehmen, fÄ¼r welche der BeschwerdefÄ¼hrer Ä¶ber die entsprechenden Qualifikationen verfÄ¼gt. Es ist dies einerseits die Herstellung von Nahrungsmitteln und Ä¶hnlichem (LSE 2008, S. 26, TA1, Ziff. 15) und andererseits der Bereich Detailhandel (a.a.O. Ziff. 52). In diesen Bereichen bringt der BeschwerdefÄ¼hrer die Voraussetzungen fÄ¼r die Verrichtung von TÄ¶tigkeiten mit, die mehr erfordern als lediglich Berufs- und Fachkenntnisse. Somit kann auf die entsprechenden mittleren LÄ¶hne fÄ¼r MÄ¶nner auf Niveau 1 und 2 (Fr. 7'166.-- und Fr. 6'628.--) abgestellt werden, was gemittelt Fr. 6'897.-- ergibt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Rechnung zu stellen ist sodann, dass der BeschwerdefÄ¼hrer gemÄ¶ss Ä¶rztlichem Anforderungsprofil die kÄ¶rperlich belastenden TÄ¶tigkeiten in diesen Bereichen nicht mehr ausÄ¼ben kann, sondern ausschliesslich kÄ¶rperlich leichte, vorwiegend sitzende TÄ¶tigkeiten. Damit scheiden alle Funktionen aus, welche eine Kombination von administrativ-leitenden mit handwerklichen TÄ¶tigkeiten darstellen, und es verbleiben diejenigen ohne manuelle Komponente. Stellen dieser Art dÄ¼rften - auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt - in den beiden Branchen nicht in gehÄ¶ufter Zahl vorhanden sein, so dass der BeschwerdefÄ¼hrer, wenn er sich darum bewirbt, einen entsprechenden Lohnnachteil zu gewÄ¶rtigen hat. Diesem Umstand ist mit dem entsprechenden Abzug (vorstehend E. 1.5) in der HÄ¶he von 15 % Rechnung zu tragen.

5.4Ä Ä Ä Ä Ausgehend von den genannten Eckwerten sowie der branchenÄ¼blichen Arbeitszeit im Jahr 2008 von 41.2 Wochenstunden (Die Volkswirtschaft 5-2012, S. 94, Tab. B9.2, lit. C) resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 72Ä¶460.-- im Jahr 2008 (Fr. 6'897.-- x 12 : 40.0 x 41.2 x 0.85).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieser Betrag ist praktisch deckungsgleich mit dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen Invalideneinkommen von Fr. 72Ä¶247.-- (vorstehend E. 5.2) und ergibt beim Valideneinkommen von Fr. 117'046.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 44'586.-- und damit einen InvaliditÄ¶tsgrad von (ebenfalls) rund 38 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit erweist sich auch die zugesprochene Invalidenrente im Ergebnis als zutreffend, so dass auch in diesem Punkt der angefochtene Entscheid zu bestÄ¶tigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Standpunkt des BeschwerdefÄ¼hrers, namentlich zur Frage des medizinischen Endzustands, hat sich zwar als unbegrÄ¼ndet erwiesen. Als nachgerade mutwillig ist der entsprechende Antrag des BeschwerdefÄ¼hrers jedoch nicht einzustufen, so dass keine Veranlassung besteht, vom Grundsatz der Kostenlosigkeit des Verfahrens abzuweichen.

Ä

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tomas Kempf, unter Beilage des Doppels von Urk. 15

- Rechtsanwalt Adelrich Friedli

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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