

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00199 vom 4. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00199](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00199)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00199 du 4 septembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00199 del 4 settembre 2012

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Die Ärzte der B. Klinik nannten im Bericht vom 12. Januar 2010 (Urk. 6/208) als Hauptdiagnose den Verdacht auf ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS) rechts und ein subacromiales Impingement (S. 1). Klinisch wie radiologisch zeige sich kein eindeutiger Hinweis auf eine Ursache der diffusen Beschwerdesymptomatik im Schultergelenk. Auf den MRI-Bildern seien lediglich geringe Zeichen eines Impingements erkennbar. Bei insbesondere beim Autofahren auftretender Beschwerde-Symptomatik mit Kribbelparästhesien und Schweregefühl im rechten Arm könnte bei positiven klinischen Tests auch eine TOS-Symptomatik vorliegen. Eine weitergehende Untersuchung der Wirbelsäule sowie gegebenenfalls eine neurologische Abklärung und die Durchführung einer elektrophysiologischen Untersuchung seien empfehlenswert (S. 2).

3.2 Die Ärzte der Uniklinik C. nannten in ihrem Bericht vom 18. Januar 2010 (Urk. 6/209) als Hauptdiagnose residuelle Bewegungsschmerzen bei einem Status nach einer Frozen Shoulder rechts (S. 1).

Anlässlich der Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter am 23. November 2009 (vgl. Urk. 6/198) sei weder eine Labrum- noch eine SLAP-Läsion gefunden worden. Ausserdem zeige sich keine gelenkwärts gerichtete Partialruptur der Supraspinatussehne im vorderen Anteil bei im übrigen intakter Rotatorenmanschette. Aufgrund der dennoch bestehenden Schmerzpersistenz bei geringgradigen morphologisch-strukturellen Läsionen werde der Kreisarzt der SUVA um eine Stellungnahme gebeten, ob eine nochmalige stationäre Behandlung indiziert sei, was mit einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zur besseren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kombiniert werden könne (S. 2).

In ihrem Bericht vom 4. Oktober 2010 (Urk. 6/296) nannten die Ärzte der Uniklinik C. als Hauptdiagnose chronische Schulterschmerzen rechts (S. 1). Bei insgesamt erschwelter Untersuchung durch die ausgeprägten Schmerzen sei eine konkrete Lokalisierung der Schmerzsymptomatik schwierig. Es beständen nach wie vor Hinweise auf ein subacromiales Impingement. Empfohlen werde eine erneute Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter zur besseren Beurteilung des Verlaufes der Rotatorenmanschettenläsion. Zudem werde dabei bei Verdacht auf Snapping Scapula der Scapulabereich ebenfalls untersucht (S. 2).

Nach durchgeführter MR-Untersuchung (vgl. Urk. 6/304) führte der Oberarzt der Orthopädie der Uniklinik C. in seinem Bericht vom 5. November 2010 (Urk. 6/302) aus, dass auch in der erneuten Abklärung für die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers kein anatomisches Korrelat habe gefunden

werden können. Daher sei auch keine Indikation für ein schulterchirurgisches Vorgehen gegeben. Anlässlich der MR-Besprechung sei der Beschwerdeführer auf Anfrage betreffend seine Arbeitsfähigkeit und die Belastung der rechten Schulter hin informiert worden, dass MR-tomographisch keine Läsionen hätten festgestellt werden können, die Anlass zur vermehrter Vorsicht geben (S. 2).

3.3 Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete nach durchgeführter neurologischer Konsiliar-Untersuchung am 12. April 2010 (Urk. 6/260), dass weder das Nadel-EMG noch die normal auslesbaren sensiblen Nervenaktionspotentiale des Nervus ulnaris und des Nervus medianus Hinweise für eine neurogene Schädigung ergeben hätten. Ein TOS rechts lasse sich nicht objektivieren und es beständen keine Anhaltspunkte für eine untere Armplexuskompression rechts (S. 2).

3.4 Nach durchgeführter 3-Phasen-Ganzkörperperskelett-Szintigraphie vom 30. April 2010 berichteten die Ärzte der Nuklearmedizin, Stadtpital E. \_\_\_\_, am 3. Mai 2010 (Urk. 6/247) keine signifikante Hyperämie im rechten Schultergelenk, praktisch seitengleich mit links entdeckt, sowie im Vergleich zur Voruntersuchung vom 10. September 2008 nur diskret erhöhte Knochenaktivität im rechten Schultergelenk im Vergleich zu links gefunden zu haben.

3.5 Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, empfahl in seinem Bericht vom 11. Mai 2010 (Urk. 6/248) eine ausführliche, neutrale ärztliche Begutachtung, um die vielen offenen Fragen, insbesondere die Arbeitsfähigkeit betreffend, zu beurteilen. Weiterhin wolle er keinerlei versicherungsmedizinische Beurteilung abgeben. Den Befund der Szintigraphie habe er mitgeteilt (S. 1).

In seinem Bericht vom 14. Mai 2010 (Urk. 6/249) nannte er als Diagnosen ein schmerzhaftes Impingement der rechten Schulter nach Operation in der Klinik Bethanien sowie eine leichtgradige Bewegungseinschränkung (S. 1). Aufgrund der Untersuchung und den Aussagen des Beschwerdeführers sehe er eine behinderungsangepasste Tätigkeit von mindestens 50 % mit einer Steigerung auf 80 % für durchaus möglich an (S. 2).

In seinem Bericht vom 23. Juni 2010 (Urk. 6/261) nannte Dr. F. \_\_\_\_, als Diagnose ein traumatisches Impingement Syndrom der rechten Schulter. Die von ihm angefertigten Röntgenaufnahmen hätten den subacromialen Engpass bestätigt. Es bestehe ein mittel bis schwer wiegender Leidensdruck (S. 1).

3.6 Die Ärzte der Rehaklinik A. \_\_\_\_, stellten nach Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 24. März bis zum 28. April 2010 in ihrem Austrittsbericht vom 16. Juni 2010 (Urk. 6/259) folgende Diagnosen (S. 1):

- Unfall vom 26. November 2007: Sturz von der Leiter mit Schulterkontusion rechts, fragliche Labrumläsion, partieller Einriss der Supraspinatussehne rechts

- 23. Januar 2008: Schulterarthroskopie rechts: Döbrident im Intervall, Teilsynovektomie, Refixation des Labrums

- 23. November 2009 Arthro-MRI Schulter rechts: Geringe Anzeichen eines subacromialen Impingements mit minimalem Abstand des Humeruskopfes zum Acromion von unter 5 mm, geringe Flüssigkeitsansammlung in der Bursa, Arthrosezeichen mit

Kragenosteophyten am Humeruskopf ohne Knorpeldefekte der Gelenksflächen, kleine Partialruptur der Supraspinatussehne im vorderen Anteil, übrige Rotatorenmanschette intakt

- 11. Januar 2010 Röntgen Schulter rechts: AC-Gelenksarthrose, Acromion bigliani Typ III bei dezent vermindertem Subacromialraum

- 26. März 2010 Röntgen Schultergelenke: kaudale Osteophyten am Humeruskopf. Der acromio-humerale Abstand ist mit knapp 10 mm normal, kein indirekter Hinweis für eine RM-Läsion. Am Tuberculum majus beidseits diskret vermehrte Sklerosierung. Beurteilung: leichte bis mässige Omarthrose rechts

- A1 chronisch-persistierende Periarthropathia humero scapularis rechts

- Unfall vom 20. März 1996: Rückenkontusion, Kniekontusion

- Tinnitus beidseits

Die Ärzte führten aus, es sei eine Symptomausweitung beobachtet worden und es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können, weshalb die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären.

Bezüglich der Zumutbarkeit der beruflichen Tätigkeit als Hausmeister und einer mindestens leichten bis mittelschweren Arbeit bestehe die Einschränkung darin, dass dem Beschwerdeführer betreffend die rechte Schulter keine Arbeiten über Schulterhöhe möglich seien und keine wiederholten Schläge und Vibrationen erfolgen sollten. Das Gewichtslimit liege bimanuell körpernah auf Bauchhöhe bei 20 kg (S. 2).

3.7 Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht 16. Juni 2010 (Urk. 6/254) folgende Diagnosen (S. 5 Ziff. 5):

- unklares Knarren im Bereich des rechten Schulterblattes bis gegen die paravertebrale Muskulatur rechts zu

- Status nach Schulterkontusion rechts am 26. November 2007 mit Intervall-Läsion und Labrumverletzung rechts

- Status nach Schulterarthroskopie, Débridement am Intervall, Teilsynovektomie und Refixation des Labrums am 23. Januar 2008

- Verdacht auf Symptomausweitung

Dr. G. \_\_\_\_, führte aus, der Beschwerdeführer habe eigentlich ein normales Trauma im Bereich der rechten Schulter erlitten, als er auf den ausgestreckten Arm gestürzt sei. Nach durchgeführter Operation sei es zu einer Stagnation gekommen, weshalb eine Frozen Shoulder diagnostiziert und entsprechend behandelt

worden sei.

Die weiteren Abklärungen an der Uniklinik C., insbesondere das MRI der Halswirbelsäule vom 9. März 2009, hätten keine Neurokompressionen ergeben. Die Schulterbeweglichkeit gehe langsam in die Norm über und die weiteren Arthro-MRI-Untersuchungen der Schulter und das MRI der Halswirbelsäule hätten keine strukturellen Korrelate für die beklagten Schmerzen ergeben.

Die anlässlich der heutigen Untersuchung dagewesenen knirschenden und knarrenden Geräusche seien offensichtlich erst viel später nach dem Eingriff aufgetreten und hätten überwiegend wahrscheinlich kein Korrelat zum Unfallgeschehen. Bezüglich der Unfallfolgen könne man abschliessen mit der Übernahme des von der Rehaklinik A. erstellten Zumutbarkeitsprofils (S. 5 f. Ziff. 5).

In seiner Beurteilung vom 21. Juli 2010 (Urk. 6/270) führte Dr. G. aus, dass der Beschwerdeführer keine weiteren Therapien mehr brauche. Der Beschwerdeführer sei ganztags einsatzfähig für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselbelastend, d.h. er sollte die Schulter nicht immer im angegebenen Mass, also für mehr als 10 bis 15 kg, belasten. Einschränkungen beständen über Schulterhöhe, bei wiederholten Schlägen und Vibrationen. Körpernah bis Bauchhöhe könne der Beschwerdeführer gut ab und zu Gewichte von 15 bis 20 kg heben (S. 1).

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. Juli 2010 (Urk. 6/274) führte Dr. G. aus, eine leichte Nebenbeschäftigung sei dem Beschwerdeführer trotz der Unfallrestfolgen noch zumutbar, wobei keine zeitliche Limitierung bestehe.

In seinem Bericht vom 27. September 2010 (Urk. 6/294) hielt Dr. G. fest, dass die orthopädische Abklärung keine neuen Ergebnisse gebracht habe und eine wesentliche Änderung nicht mehr eintreten werde (S. 1).

#### 4. Die

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Einspracheentscheid bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf das von der Rehaklinik A. formulierte Zumutbarkeitsprofil ab (Urk. 2 S. 7 Ziff. 3 lit. d).

Der Beschwerdeführer bestritt seinerseits die Verwertbarkeit dieses Zumutbarkeitsprofils, da es unter Verletzung des rechtlichen Gehörs und des Rechts auf Selbstbestimmung ergangen sei. Ihm sei zu keinem Zeitpunkt bekanntgegeben worden, dass es sich beim Aufenthalt in der Rehaklinik A. um einen Aufenthalt zwecks medizinischer Abklärung gehandelt haben soll (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5, S. 6 f. Ziff. 9-12).

Vorab zu prüfen ist demnach, ob der Verwertbarkeit des Zumutbarkeitsprofils der Rehaklinik A. formelle Gründe entgegenstehen.

4.2 Auf der Einladung zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik A. vom 8. März 2010 (Urk. 6/233) wurde nebst dem Eintrittsdatum und den Modalitäten lediglich erwähnt, dass die ersten Ziele sowie Massnahmen der Therapie besprochen und festgelegt würden (S. 1). Davon, dass eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit stattfinden werde, stand, wie der Beschwerdeführer geltend machte, nichts geschrieben.

Aus der Telefonnotiz vom 4. Februar 2010 (Urk. 6/223) geht jedoch hervor, dass dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht worden ist, dass er für eine

stationäre Abklärung in A.\_\_\_\_ angemeldet worden sowie dass er damit einverstanden gewesen sei (S. 1). Es ist demnach belegt, dass der Beschwerdeführer schon im Voraus darüber informiert war, dass beim Aufenthalt in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 24. März bis zum 28. April 2010 auch Abklärungen betreffend die Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden würden. Abgesehen davon suggeriert der Beschwerdeführer mit seiner Aussage gerade, er hätte sich anders verhalten, hätte er von den Abklärungshandlungen gewusst. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers gegen das von der Rehaklinik A.\_\_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil vermag nicht zu überzeugen.

4.3 Das von der Rehaklinik A.\_\_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil wurde nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers während dessen stationären Klinikaufenthalts erstellt. Es wurde sodann durch den Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ bestätigt (vorstehend E. 3.7). Auch aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise, welche diesem Zumutbarkeitsprofil entgegenstehen würden.

Weiter führte der Beschwerdeführer anlässlich seiner Kritik zur Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ aus, auf dessen Einschätzung keine nicht abgestellt werden, soweit dieser angegeben habe, ihm sei nebst einer 100%igen Haupttätigkeit weiterhin eine zusätzliche Nebenbeschäftigung zumutbar (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 13). Dies bedeutet implizit, dass der Beschwerdeführer mit dem durch Dr. G.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil - welches demjenigen der Rehaklinik A.\_\_\_\_ entspricht - einverstanden ist, ausgenommen der Zumutbarkeit einer Nebenerwerbstätigkeit.

Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F.\_\_\_\_ steht dem Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik A.\_\_\_\_ nicht entgegen, indem er im Mai 2010 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Steigerung auf ein 80%-Pensum für möglich ansah. So gab Dr. F.\_\_\_\_ vorweg bekannt, dass er keinerlei versicherungsmedizinische Beurteilung abgeben wolle und eine ausführliche, neutrale, ärztliche Begutachtung empfehle. Die von Dr. F.\_\_\_\_ veranlasste und im April 2010 durchgeführte Szintigraphie war sodann unauffällig (vorstehend E. 3.4), genauso wie die von Dr. D.\_\_\_\_ durchgeführte neurologische Untersuchung (vorstehend E. 3.3), mit welcher im April 2010 der von den Ärzten der B.\_\_\_\_ Klinik im Januar 2010 geäußerte Verdacht auf ein TOS (vgl. E. 3.1) ausgeschlossen werden konnte. Ebenso wenig liess sich anlässlich der eingehenden Untersuchungen in der Uniklinik C.\_\_\_\_ ein anatomisches Korrelat für die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers finden (vgl. E. 3.2), welches weitergehende Einschränkungen, als in dem von der Rehaklinik A.\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsprofil formuliert, zur Folge gehabt hätte.

4.4 Aufgrund des Gesagten kann auf das Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik A.\_\_\_\_ abgestellt werden und der medizinische Sachverhalt ist als dahingehend erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer der Unfallfolgen angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit (keine Arbeiten über Schulterhöhe, keine wiederholten Schläge und Vibrationen, Gewichtslimit bimanuell knapp auf Bauchhöhe 20 kg) ganztags mit voller Leistung zugemutet werden kann.

## E. 5

5.1 Strittig ist weiter die Zumutbarkeit einer neben der Haupttätigkeit ausgeübten Nebenerwerbstätigkeit. Der Beschwerdeführer machte geltend, dass

aufgrund seiner Einschränkungen eine zusätzliche leichte Nebenbeschäftigung wie vor dem Unfallereignis nebst einem 100%-Pensum nicht mehr zumutbar sei. Für eine Zumutbarkeit eines 100 % übersteigenden Pensums - wie vom Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_\_ angenommen - bestehe indes keine Grundlage (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 13).

5.2 Ein Nebenerwerbseinkommen ist beim hypothetischen Einkommen ohne Invalidität (Valideneinkommen) zu berücksichtigen, sofern es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin erzielt worden wäre, wenn der Versicherte gesund geblieben wäre. Dies gilt ohne Rücksicht auf den hierfür erforderlichen zeitlichen oder leistungsmässigen Aufwand (RKUV 2000 Nr. U 400 S. 381, 1989 Nr. U 69 S. 181 E. 2c; ZAK 1980 S. 593 E. 2a). Als Invalideneinkommen hingegen ist ein Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb nur insoweit zu berücksichtigen, als der Versicherte ein solches trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise weiterhin erzielen kann. Hierfür ist gleich wie bei der Haupterbstätigkeit massgebend, welche Arbeitstätigkeiten und Arbeitsleistungen dem Versicherten aufgrund seines Gesundheitszustandes nach ärztlicher Beurteilung noch zugemutet werden können (Urteil des Bundesgerichts U 130/02 vom 29. November 2002 = RKUV 2003 Nr. U 476 S. 107 E. 3.2.1).

5.3 Auf Anfrage vom 28. Juli 2010 (Urk. 6/274) bestätigte der Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_, dass dem Beschwerdeführer trotz der Unfallrestfolgen an der rechten Schulter weiterhin eine leichtere Nebenbeschäftigung zumutbar sei, dies ohne zeitliche Limitierung (S. 1).

Angesichts dieser ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung ist demnach die Weiterführung einer leichten Nebenerwerbstätigkeit als zumutbar einzustufen. Somit ist das entsprechende Einkommen aus Nebenerwerb auch beim hypothetischen Invalideneinkommen zu berücksichtigen.

## E. 6

6.1 Zu prüfen ist, wie sich die dargelegte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

6.2 Sowohl der Beschwerdeführer als auch die Beschwerdegegnerin bezifferten das aus der Haupt- und Nebenerwerbstätigkeit resultierende Valideneinkommen mit Fr. 85'880.-- (vorstehend E. 2.1-2), weshalb davon auszugehen ist.

6.3 In Bezug auf das Invalideneinkommen stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP). Der Beschwerdeführer machte nun geltend, dass drei (konkret: DAP-Nr. 410120, DAP-Nr. 9969, DAP-Nr. 350573) der evaluierten fünf Arbeitsplätze mit dem Zumutbarkeitsprofil unvereinbar seien und grösstenteils sogar eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zur Folge haben würden (Urk. 1 S. 5 Ziff. 6, S. 9 ff. Ziff. 14-21). Es seien daher vielmehr die LSE-Löhne für die Berechnung des Invalideneinkommens hinzuzuziehen (S. 12 Ziff. 23, S. 13 Ziff. 25).

Auszugehen ist vom Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer die Ausübung einer der Unfallfolgen angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit (keine Arbeiten über Schulterhöhe, keine wiederholten Schläge und Vibrationen, Gewichtslimit bimanuell knapp auf Bauchhöhe 20 kg) ganztags mit voller Leistung zugemutet werden kann (vorstehend E. 4.4).

Der Beschwerdeführer kritisierte, dass es sich bei DAP-Nr. 410120 um reine Computerarbeit handle. Aufgrund seiner Verletzungen sei es ihm nicht möglich, den ganzen Tag lang einen Computer - insbesondere mit der rechten Hand - zu bedienen. Dadurch werde seine Schulter übermässig belastet (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 15).

Bei DAP-Nr. 9969 bemängelte der Beschwerdeführer, dass es sich um eine Tätigkeit handle, die ausschliesslich von Personen weiblichen Geschlechts ausgeführt werde, weshalb sie für ihn nicht in Frage komme (S. 10 Ziff. 16).

Bei DAP-Nr. 350573 kritisierte der Beschwerdeführer, das Sortieren der schmutzigen Wäsche und das Be- und Entladen der Waschmaschine sowie das Zusammenlegen der gereinigten Wäsche und anschliessende Legen der gereinigten Wäsche auf den Wagen sei offensichtlich aufgrund seiner Schulterbeschwerden nicht ausübbar, zumal auch das Einschalten von Pausen nicht möglich sei (S. 10 f. Ziff. 17).

Der Blick auf die einzelnen körperlichen Anforderungsprofile der kritisierten drei Stellen ergibt jedoch keinerlei Hinweise darauf, dass eine davon dem Zumutbarkeitsprofil nicht entsprechen würde (vgl. Urk. 6/276). So lassen sich aus den entsprechenden Beschrieben keine Anhaltspunkte - wie Arbeiten über Schulterhöhe oder die Nichteinhaltung der Gewichtslimite - entnehmen, welche eine Unzumutbarkeit zur Folge hätten. Insbesondere die Kritik des Beschwerdeführers an DAP Nr. 9969, dass diese Tätigkeit lediglich von Frauen ausgeübt werde, entbehrt jeglicher Grundlage. So steht im entsprechenden DAP-Erfassungsblatt explizit geschrieben, dass diese Kontrolltätigkeit sowohl für Männer als auch für Frauen geeignet sei.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Profile der evaluierten Arbeitsplätze dem Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik A. \_\_\_ nicht entgegenstehen, was die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 17. August 2011 (Urk. 5 S. 8) auch zutreffend wiedergab.

6.4 Gestützt auf den Durchschnitt der Lohnangaben aller fünf DAP ging die Beschwerdegegnerin von einem Invalideneinkommen von rund Fr. 57'744.-- aus (vgl. Urk. 6/276). Dabei stellte sie auf fünf zumutbare Arbeitsplätze (DAP-Nr. 9969, 8328, 4549, 350573 und 410120) ab und gab die Gesamtzahl der mit der Behinderung des Beschwerdeführers in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an (vgl. Urk. 6/276). Damit sind sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellt (vgl. BGE 129 V 472), erfüllt. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

6.5 Der weitere vom Beschwerdeführer gegen die Anwendung der DAP-Löhne vorgebrachte Einwand schliesslich, es seien Tätigkeiten aufgeführt worden, wie unter anderem Baumaschinenführer, Monteur etc., bei welchen Jahreslöhne von fast Fr. 80'000.-- erzielt würden (Urk. 1 S. 11 Ziff. 19), geht in die Irre. Diese beschwerdeweise angeführten, besser entlohnten Tätigkeiten wurden nämlich nicht wie vom Beschwerdeführer angenommen herbeigezogen. Die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten DAP finden sich auf S. 1 der Akte (Urk. 6/276); bei den Seiten 2-10 handelt es sich lediglich um das Verzeichnis des gesamten Suchresultats, dies im Sinne eines - von der Anwaltschaft auch schon vermissten - Überblicks.

## 6.6.1.1

6.6.1.1 Wie oben ausgeführt (vorstehend E. 5) erweist sich die Annahme einer leichten Nebenerwerbstätigkeit als rechtens, weshalb ein hypothetisches Nebenerwerbseinkommen zu berechnen ist.

6.6.2 Die Beschwerdegegnerin ging bezüglich des anzunehmenden Pensums der zumutbaren Nebenbeschäftigung von dem vor Unfallereignis bei der Z. 10 ausgeübten Pensum von 10 Stunden pro Woche aus (vgl. Urk. 6/18, Urk. 6/112), welchem beizupflichten ist. Da dem Beschwerdeführer nur noch die Ausübung einer leichten Nebentätigkeit ohne zeitliche Limitierung zumutbar ist, erscheint es gerechtfertigt, für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen monatlichen Bruttolöhne des privaten Sektors im Jahr 2010 abzustellen (Die Volkswirtschaft 7/8-2012, S. 91 Tabelle B 10).

Die im Jahr 2010 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'901.-- (Die Volkswirtschaft 7/8-2012, S. 91, Tabelle B10, Total, Niveau 4). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr, unter Berücksichtigung des Pensums von 10 Stunden, ein Invalideneinkommen von rund Fr. 14'703.-- (Fr. 4'901.--: 40 x 10 x 12).

6.6.3 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).

Der von der Beschwerdegegnerin gewährte grosszügige leidensbedingte Abzug von 25 % erscheint in Anbetracht der Umstände als vertretbar, womit ein hypothetisches Invalideneinkommen aus Nebenerwerb von rund Fr. 11'027.-- (Fr. 14'703.-- x 0.75) resultiert.

6.7 Somit ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen aus dem gestützt auf die DAP-Löhne errechneten Einkommen in einer als zumutbar erachteten Haupterwerbstätigkeit von Fr. 57'744.-- einerseits und dem zusätzlichen Einkommen aus dem hypothetischen Nebenerwerb von rund Fr. 11'027.-- andererseits.

Die beiden Komponenten ergeben zusammen ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 68'771.--.

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 85'880.-- (vorstehend E. 6.2) und einem Invalideneinkommen von insgesamt Fr. 68'771.-- (vorstehend E. 6.7) beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 17'109.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 20 % entspricht.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Höhe der Invalidenrente zutreffend ermittelt hat.

Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

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.