

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00125 vom 13. Februar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00125)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00125 du 13 février 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00125 del 13 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1979, war ab 2. Juni 2009 (befristet bis 17. Dezember 2010) bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 26. Juli 2010 als Fahrradfahrer von einem Auto angefahren wurde (Urk. 7/1).

Die medizinische Erstversorgung fand im Z.\_\_\_\_ statt, wo er bis zum 30. Juli 2010 hospitalisiert war (Urk. 7/4; Diagnosen: Commotio cerebri; dislozierte Claviculafraktur links; Fraktur Sinus maxillaris laterale Wand; Orbitafraktur medial, lateral und inferior; traumatische Anisokorie bei Verdacht auf traumatische Optikusneuropathie bei Contusio orbitae bei vorbestehender retinaler Narbe im makulären Bereich, Rissquetschwunde temporale Braue, Afferenzdefizit linksseitig im Rahmen der Neuropathie; Exkorationen Ellenbogen rechts). In der Folge wurde der Versicherte von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie in der Augenklinik, der Unfallklinik, der Klinik für Wiederherstellungschirurgie und der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Z.\_\_\_\_ untersucht und behandelt (vgl. etwa Urk. 7/17, 7/25-26, 7/35 und 7/52). Vom 25. November bis 16. Dezember 2010 hielt sich der Versicherte in der C.\_\_\_\_ auf (Urk. 7/49). Am 19. August 2011 reichte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, Vertrauensarzt der SUVA, seinen Bericht zu den Akten (Urk. 7/100), in dem er unter anderem zur erlittenen Integritätseinbusse Stellung bezog. Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, untersuchte den Versicherten am 24. Oktober 2011 (Urk. 7/113).

#### **E. 1.1.1**

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). 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; vgl. BGE 130 V 121). Nach Art. 18 Abs.

### E. 1.1.2

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (zum Beispiel geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide

realistischerweise nicht den Tabellenlohn erzielen kann, weshalb ein entsprechend tieferes Invalideneinkommen anzunehmen ist (BGE 135 V 58 E. 3.4.3, Urteil des Bundesgerichts 9C\_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.4, zusammengefasst in: SZS 2008 S. 570; Urteile des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 7.2.2; I 630/02 vom 5. Dezember 2003 E. 2.2.2). Kann tatsächlich oder zumutbarerweise ein durchschnittliches Invalideneinkommen erzielt werden, dann besteht kein Grund, ein aus wirtschaftlichen Gründen unterdurchschnittliches Valideneinkommen auf ein durchschnittliches hochzurechnen. Denn mit einer solchen Vorgehensweise würden in gesetzwidriger Weise Einkommenseinbussen berücksichtigt, die nicht gesundheitlich bedingt sind. Entsprechend der gesetzlichen Regelung ist somit das (zumutbare) Invalideneinkommen nicht demjenigen Einkommen gegenüberzustellen, das ohne Gesundheitsbeeinträchtigung bei vollständiger Ausschöpfung des wirtschaftlichen Potenzials zumutbarerweise hätte erzielt werden können, sondern demjenigen, das konkret erzielt worden wäre (BGE 135 V 58 E. 3.4.3 in fine).

Sind die Voraussetzungen der Einkommensparallelisierung erfüllt, weil die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen infolge fehlender Berufsausbildung und mangelhafter Sprachkenntnisse ein unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt hatte, welches um mindestens 5 % unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt, so vermögen dieselben Faktoren praxisgemäss nicht zusätzlich auch noch einen Leidensabzug zu begründen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2).

Bei der Durchführung der Parallelisierung ist mit Blick auf einen dem Grundsatz der Rechtsgleichheit genügenden Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese - bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzieltem Lohn und branchenüblichem Durchschnittseinkommen - ab Erreichen des Erheblichkeitsgrenzwertes von mindestens 5 % gegebenenfalls eine springhafte Erhöhung des Invaliditätsgrades zur

Folge hat. Es ist daher nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt, bezweckt doch die Parallelisierung pra xisgemäss nur die Ausgleiche einer deutlichen - also nicht jeder kleinsten - Abweichung des tatsächlich erzielten Verdienstes vom tabellarisch bestimmten branchenüblichen Referenzeinkommen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3).

## **E. 1.2**

Mit Schreiben vom 4. November 2011 (Urk. 7/115) teilte die SUVA der damaligen Rechtsvertreterin des Versicherten mit, dass aus somatischer und psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2012 bestehe, weshalb die Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen per Ende 2011 eingestellt würden. Am 6. Dezember 2011 liess der Versicherte der SUVA mitteilen, dass er damit nicht einverstanden sei (Urk. 7/118).

Mit Verfügung vom 28. Dezember 2011 (Urk. 7/123) sprach die SUVA dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von 5 % zu und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 9 %. Die dagegen erhobene Einsprache vom 31. Januar 2012 (Urk. 7/124) wies die SUVA mit Entscheid vom 25. April 2012 (Urk. 2 = Urk. 7/128) ab.

### **E. 1.2.1**

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, au genfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

### **E. 1.2.2**

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben

dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

### **E. 1.2.3**

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin 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). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchs unfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchs unfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

### **E. 1.3**

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## **E. 2**

UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. April 2012 (Urk. 2) den Rentenanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf einen ermittelten rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 9 %. Dabei stellte die Beschwerdegegnerin

dem Valideneinkommen von Fr. 60'060. ein mit den Lohnangaben in den Dokumentationen von Arbeitsplätzen (DAP) ermitteltes In valideneinkommen von Fr. 54'675. gegenüber. Bei letzterem Einkommen be rücksichtigte die Beschwerdegegnerin, dass das Valideneinkommen des Be schwerdeführers unterdurchschnittlich gewesen sei (Abzug von 8 % vom durchschnittlichen Lohn der aufgelegten DAP). Weiter führte die Beschwerde gegnerin aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund des unfallbedingten oph thalmologischen Integritätsschadens Anspruch auf eine Entschädigung von 5 % habe. Es könne insoweit auf die Schätzung von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Weitere unfallbedingte Integritätsschäden lägen nach der medizinischen Ak tenlage nicht vor.

Im vorliegenden Prozess liess die Beschwerdegegnerin an den Erwägungen im angefochtenen Einspracheentscheid festhalten und ergänzend ausführen, dass – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – beim Beschwerdeführer gestützt auf die medizinischen Akten, insbesondere auf den entsprechenden Be richt von Dr. D.\_\_\_\_ , von einem relevanten ophthalmologischen Vorzustand ( Visus links 0.1 oder weniger) auszugehen sei. Dies entspreche einer Integritäts einbusse von 25 %, welche vom gesamthaft vorliegenden Integritätsschaden von 30 % abzuziehen sei, so dass sich der unfallbedingt zu entschädigende Nettointegritätsschaden auf 5 % belaufe. Dabei komme bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung die SUVA-Tabelle 11.6 zur Anwendung (Urk. 6; vgl. auch Urk. 17).

## **E. 2.2**

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, dass die ophthalmologische Beurteilung, die Grundlage des Zumutbarkeitsprofils und der Schätzung des Integritätsschadens sei, nicht zutreffend sei. Der angebliche Vor zustand werde bloss vermutet. Schon die Netzhautveränderung an sich sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt und erst recht nicht die daraus mutmasslich abgeleitete reduzierte Sehschärfe. Abgesehen davon habe PD Dr. F.\_\_\_\_ - ebenfalls unter der Annahme eines Vorzustan des - eine völlig andere Schätzung des Integritätsschadens als Dr. D.\_\_\_\_ abge geben. Im Austrittsbericht der C.\_\_\_\_ sei zudem ausgeführt wor den, dass fünf Monate nach der dislozierten Claviculafraktur noch immer Funk tionseinschränkungen des linken Schultergelenks bestünden; der radiologische Vergleich zeige eine unveränderte Lage des Osteosynthesematerials . Der Vor wurf der erheblichen Symptomausweitung sei leichtfertig erhoben worden. Es sei nicht nachgewiesen, dass die Fraktur vollständig durchgebaut sei; das sei in der kreisärztlichen Untersuchung nur behauptet worden. Vor diesem Hinter grund erweise sich die Zumutbarkeitsbeurteilung als unzutreffend. Die geklag ten Kopfschmerzen seien nicht abgeklärt, sondern einfach mit dem Analgetika-Konsum verharmlost worden (Urk. 1). Replicando liess der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen festhalten und zudem rügen, dass die Beschwerdegegnerin ein Dossier einreichen liess, dass in Umfang und Nummerierung nicht demjeni gen entspreche, dass ihm früher zugestellt worden sei. Dadurch werde der An spruch auf rechtliches Gehör verletzt (Urk. 13).

## **E. 3**

Sporadisch Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, bei Austritt gebes sert

### **E. 3.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invaliden rente sowie auf eine Integritätsentschädigung von mehr als 5 % hat.

### **E. 3.2.1**

Oberarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ von der Klinik für Wiederherstellungschirurgie vom Z.\_\_\_\_ äusserte sich am 6. Dezember 2010, nachdem er den Beschwerdeführer neurologisch und elektrodiagnostisch untersucht hatte, da hingehend, dass keine Befunde hätten objektiviert werden können, welche über diejenigen einer Schmerzhemmung im Rahmen eines myofaszialen, posttraumatischen Schmerzsyndroms der linken Schulter hin aus gehen würden (Urk. 7/41).

### **E. 3.2.2**

Dr. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, und Oberärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der C.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2010 (Urk. 7/49.9-49.13) folgende psychopathologische Diagnose: „Posttraumatische Belastungsstörung in Remissionsphase und leichtgradige depressive und somatoforme Begleitsymptomatik (ICD 10: F43.1).“ Der Beschwerdeführer sei am 26. Juli 2010 auf seinem Fahrrad von einem Auto angefahren worden und habe sich dabei eine Commotio cerebri, eine dislozierte Claviculafraktur links und eine Orbitafraktur links mit traumatischer Optikus-Neuropathie zugezogen. An der Unfallstelle sei er von der Sanität in apathischem Zustand am Boden sitzend vorgefunden worden, was auf eine mögliche akute Belastungsreaktion in der Initialphase sprechen könne. Für den Unfall bestehe eine peritraumatische Amnesie, was wahrscheinlich teils auf eine Dissoziation, teils auf eine hirnorganische Ursache bei Commotio cerebri zurückzuführen sei. Trotz dieser Anamnese fanden sich beim Beschwerdeführer im Anschluss an die erlittene Verletzung die klassische Symptom-Trias einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10: F43.1) mit Intrusionen (unfallbezogene Albträume mit hoher Intensität und Frequenz, anfänglich panische Angst und Fröstelgefühl beim Anblick von Autos, flashback-artige Erlebnisse), Vermeidungsverhalten sowie einem Hyperarousal (Nervosität, Konzentrationsschwäche, vegetative Auslenkung mit vermehrtem Schwitzen und Schlafstörungen). Unter psychopharmakologischer und traumaorientierter psychiatrischer Behandlung im ambulanten Setting sei die Symptomatik inzwischen soweit gemildert worden, dass die Störung allmählich in eine Remissionsphase übergegangen sei. Als Begleitsymptomatik seien eine leichte depressive Verstimmung (vor allem aufgrund des Visusverlustes links) sowie somatoforme Störungen („Dunkelwerden“ im rechten Auge, Schwindel, frontale Kopfschmerzen) auszumachen. Die psychische Störung habe Krankheitswert und sei weiterhin behandlungsbedürftig. Im jetzigen Zeitpunkt sei aus psychiatrischen Gründen noch von keiner verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei in etwa zwei Monaten erneut einzuschätzen.

### **E. 3.2.3**

Assistenzärztin med. pract. J.\_\_\_\_ und Oberarzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, C.\_\_\_\_, führten in ihrem Bericht vom 4. Januar 2011 (Urk. 7/49.1-49.8) folgende Diagnosen auf (Unfall vom 26. Juli 2010): -

Commotio Cerebri, anamnestisch Bewusstlosigkeit -

Dislozierte Clavicula-Fraktur links -

28.07.2010 Intramedulläre Osteosynthese Clavicula links (TEN 2,0 mm) -

Posttraumatisches myofaszielles Schmerzsyndrom der linken Schulter, schmerzbedingtes Aktivierungsdefizit -

18.10.2010 Arthro MRI Schulter links: RM intakt, AC-Gelenk un auffällig -

03.12.2010 Neurologisches Konsilium Dr. med.

G.\_\_\_\_ : Keine Schädigung des Plexus brachialis oder anderer relevanter neuraler Strukturen verifizierbar -

Fraktur Sinus maxillaris lateraler Rand -

Orbitafraktur medial, lateral und inferior -

Verdacht auf traumatische Optikusneuropathie bei Contusio Orbitae post Unfall mit schon vorbestehender retinaler, makulär lokalisierter Narbe und traumatischer Anisokorie -

Laut Angaben aus den Akten linksseitiges Afferenzdefizit -

Posttraumatische Belastungsstörung in Remissionsphase und leicht gradige depressive und somatische Begleitsymptomatik (ICD 10: F43.1)

Im Zeitpunkt des Klinikaustritts (am 16. Dezember 2010) hätten folgende Probleme bestanden: 1.

Funktionsstörungen des linken Schultergelenks mit Bewegungseinschränkung und belastungsabhängigen Schmerzen, bei Austritt gebessert 2.

Gelegentlich Sensibilitätsstörungen von Ellenbogen links bis in Dig. II V ziehend

#### **E. 3.2.4**

PD Dr. med. F.\_\_\_\_ von der Augenklinik des Z.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. Juni 2011 (Urk. 7/87) eine diffuse schwere Netzhautveränderung am hinteren Augenpol links ungeklärter Genese (vorbestehend, das heisst beim Unfall vom 26. Juli 2010 sehr wahrscheinlich schon vorhanden). Mutmasslich sei die deutlich reduzierte Sehschärfe links vorbestehend; nach dem Unfall habe das noch zugenommen. Betreffend den Unfall vom 26. Juli 2010 seien folgende Diagnosen zu nennen: Fraktur der lateralen Wand des Sinus maxillaris links, nicht-dislozierte Orbitabodenfraktur links, mutmassliche unfallbedingte Opticusläsion links bei objektiv nachweisbarer sekundärer Strukturabnahme der retinalen Nervenfaserschicht sowie wahrscheinlich linksseitige unfallbezogene Einschränkung der Gesichtsfeldausseugrenzen bei vorbestehender Einschränkung der Empfindlichkeit im Gesichtsfeldzentrum (S. 1). Die quantitative Bemessung des linksseitigen peripheren Gesichtsfeldverlustes sei nachträglich unmöglich und rein hypothetisch. In der SUVA-Tabelle 11 würden Gesichtsfeldeinengungen als Integritätsschaden bewertet, aber nur mit der Annahme, dass die zentrale Insel intakt sei. Bei einer bereits schon erheblichen konzentrischen Einengung auf 30° bis 10° werde bei Einseitigkeit und zentraler Insel eine Integritätsentschädigung von 12 bis 18 % vorgeschlagen. Aufgrund der durch den Unfall eingetretenen Monokelsituation sei eine weitere Beschäftigung auf dem Bau wegen Unfallgefahr nicht mehr zu empfehlen. Eine anderweitige Beschäftigung sei jedoch möglich (S. 5).

#### **E. 3.2.5**

Oberarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ von der Klinik für Unfallchirurgie des Z.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 18. August 2011 (Urk. 7/99) dahingehend, dass aufgrund der anamnestischen Angaben, der klinischen Untersuchung sowie der computertomographischen Bilanzierung eine krankengymnastische Übungsbehandlung mittels Physiotherapie indiziert sei. Sowohl die muskuloskelettale Rehabilitation wie auch

die analgetische Seite könne verbessert werden. Aufgrund der schon lange andauernden Arbeitsunfähigkeit müsste eine kreisärztliche Untersuchung durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 3.2.6**

Dr. D. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 19. August 2011 (Urk. 7/100) folgende Diagnosen fest: Velo-Unfall am 26.7.2010 mit -

Commotio cerebri -

dislozierte Claviculafraktur links -

Fraktur Sinus maxillaris laterale Wand -

Orbitafraktur medial, lateral und inferior (Orbita = Augenhöhle) -

traumatische Anisokorie OS>OD (unterschiedliche Pupillenweite, links weiter als rechts) bei Verdacht auf traumatische Opticus neuropathie ( Sehnervenkrankung ) bei Contusio orbitae bei vor bestehender

retinaler Narbe im makulären Bereich (zentrale Netzhautnarbe), RQW temporale Braue (versorgt), Afferenzdefizit linksseitig im Rahmen der Neuropathie. -

Excoriation Ellbogen rechts Diagnose linkes Auge: -

traumatische Opticusneuropathie bei Status nach Contusio

orbitae ( bulbi ) 26.7.2010 bei schon vorbestehender retinaler Narbe im makulären Bereich -

Status nach Rissquetschwunde im Bereich der temporalen Braue Fernvisus rechts unkorrigiert gleich 1.0 ( Visus = Sehschärfe) Fernvisus links Handbewegung, Lichtperception in allen Quadranten Links ist die Papille (Sehnerv im Augenhintergrund) temporal etwas blässlich erscheinend, sonst randscharf. Makulär grosse pigmentierte ältere Narbe. Relatives afferentes Pupillendefizit.

Grundsätzlich - so Dr. D. \_\_\_ weiter - sei er mit der Einschätzung von PD Dr. F. \_\_\_ einverstanden. Den wahrscheinlich vorbestehend aufgehobenen zentralen Visus links (bedingt durch die schweren Netzhautveränderungen am hinteren Augenpol ) habe er aber in seinem Vorschlag für die Bemessung des Integritätsschadens nicht beachtet. Der erlittene Unfall habe wahrscheinlich zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes geführt (Verschlechterung beziehungsweise Aufhebung des restlichen Gesichtsfeldes). Aber bereits vor dem Unfall vom 26. Juli 2010 sei sich der Beschwerdeführer an ein Sehen, welches beinahe einer Monokelsituation entspreche, gewohnt gewesen. Es sei schwierig zu sagen, wie gut das Gesichtsfeld nach links vor dem Unfall gewesen sei. Der Wegfall dieses Gesichtsfeld-Restes führe seines Erachtens nicht dazu, dass der Beschwerdeführer nicht mehr seiner früheren Tätigkeit nachgehen könnte. Dem Versicherten seien alle Tätigkeiten zumutbar, für welche ein monokulares Sehen ausreiche beziehungsweise für die kein Stereosehen erforderlich sei. Da er schon vor dem Unfall ein annähernd monokulares Sehen gehabt habe, dürfe dieses Zumutbarkeitsprofil nicht allzu eng ausgelegt werden.

Dr. D. \_\_\_ schätzte den unfallbedingten ophthalmologischen Integritätsschaden auf 5 % und führte zur Begründung Folgendes aus (Urk. 7/100.6): Grundlage für die Schätzung des Integritätsschadens sei die SUVA-Tabelle 11.2 (Verlust des Sehvermögens auf einer Seite).

Der Integritätsschaden sei hier mit 30 % bezeichnet. Für den Vorzustand sei die Tabelle 11.2 (einseitige Visusreduktion) massgebend. Die Tabelle 11.6, Tab. III (die PD Dr. F. \_\_\_ angewandt hatte) sei

untergeordnet. Es sei davon auszugehen, dass vorbestehend der Visus links 0.1 oder weniger betragen habe, bedingt durch die schweren Netzhautveränderungen am hinteren Augenpol. Es sei somit von einem vorbestehenden Integritätsschaden von 25 % auszugehen. Daraus ergebe sich ein unfallbedingter Integritätsschaden von 5 % ( $= 30 \% \cdot 25 \%$ ). Mit einer Verbesserung der Situation könne nicht mehr gerechnet werden.

### **E. 3.2.7**

Dr. B. \_\_\_ äusserte sich am 26. September 2011 dahingehend, dass die psychiatrische Behandlung noch nicht abgeschlossen sei. Der Beschwerdeführer klage aktuell über Schlafstörungen, Alpträume und eine depressive Antriebsstörung. Das posttraumatische Syndrom und die depressiven Symptome hätten sich deutlich gebessert. Es fänden vierzehntägliche Sitzungen statt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Für eine Restitutio ad integrum sei die Behandlung sicher bis Ende 2011 notwendig. Die Prognose hänge vor allem vom Gelingen der Arbeitsintegrationsbemühungen der Beschwerdeführerin ab (Urk. 7/109).

### **E. 3.2.8**

Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 24. Oktober 2011 (Urk. 7/113) fest, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung über Probleme mit dem Sehen und Schulterbeschwerden links geklagt habe. Mit dem linken Auge könne er nichts sehen; er habe eine entsprechende Einschränkung des Sehfeldes nach links. Eindrucksmässig führe dies auch zu einem langsamen Rückgang des Sehens auf der rechten Seite. Das rechte Auge sei überlastet. In der linken Schulter gebe er Schmerzen im Bereich des Schlüsselbeins an. Die Schulterbeweglichkeit sei eingeschränkt; er könne den Arm nur etwa bis zur Horizontalen anheben (S. 4). Der Beschwerdeführer sei am 26. Juli 2010 mit seinem Fahrrad gegen ein Auto geprallt und dabei zu Fall gekommen. Er habe eine Commotio cerebri, eine dislozierte Claviculafraktur links sowie Frakturen im Gesichtsbereich links mit Verletzung am linken Auge erlitten. Der Verlauf von Seiten der Gesichtsfrakturen und der Commotio cerebri sei unauffällig gewesen; hier bestünden keine nennenswerten Residuen mehr. Am linken Auge sei eine massive Visuseinschränkung festgestellt worden, wobei als Vorzustand eine ausgedehnte zentrale Netzhautnarbe vorhanden gewesen sei. Die Situation sei ophthalmologisch im Z. \_\_\_ und versicherungsmedizinisch durch den Ophthalmologen

Dr. D. \_\_\_ beurteilt worden: Eine erhebliche [unfallbedingte] funktionelle Einschränkung durch die Reduktion des Gesichtsfeldes werde wegen des Vorzustandes negiert; unfallkausal bestehe eine Integritätseinbusse von 5 %. Die dislozierte Claviculafraktur sei initial

intramedullär geschient worden. Wegen eines fehlenden Durchbaus sei dann aber am 3. März 2011 eine Revisionsoperation mit Plattenosteosynthese notwendig gewesen. Der

Durchbau sei mittlerweile - bildgebend bestätigt - abgeschlossen (S. 7).

Das Ausmass der geklagten Restschmerzhaftigkeit im Bereich der linken Clavicula sei nach dem Frakturdurchbau medizinisch nicht erklärbar. Aus neurologischer Sicht habe Dr.

G.\_\_\_\_ bereits am 6. Dezember 2010 die Erklärbarkeit durch neurologische Pathologien verneint. Die SUVA habe bislang die Kosten der psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers übernommen. Seit mindestens einem halben Jahr sei jedoch die posttraumatische Belastungsstörung in Remission; Dr. B.\_\_\_\_ habe dem Beschwerdeführer am 29. September 2011 aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 8).

Bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils sei das demonstrative Verhalten und die Symptomausweitung nach konsolidierter Claviculafraktur zu beachten und deshalb vor allem auch theoretische und erfahrungsbedingte Überlegungen zu berücksichtigen: Eine bis mittelschwere Arbeit sei vollzeitig möglich. Als einzige Einschränkung ergebe sich, dass eine Tätigkeit mit der linken Hand über Kopf nur selten möglich sei. An dieser Stelle müsse auch festgehalten werden, dass ein allfälliges Umschulungspotential klein wäre; die intellektuellen Ressourcen des Beschwerdeführers seien eher beschränkt, die sprachlichen Kenntnisse minimal (S. 8). Anzuführen sei, dass der Versicherte nach konsolidierter Fraktur deutlich zu viele Analgetika einnehme. Dies sei unfallkausal nicht erklärbar. Die langdauernde Einnahme von Schmerzmitteln, insbesondere von Dafalgan, könnte zu einem medikamentös verursachten Kopfschmerz geführt haben (S. 8 f.). Bezüglich der Clavicula links ergebe sich durch die strukturelle Schädigung keine erhebliche Integritätseinbusse. Die geschuldete Integritätsentschädigung werde durch die unfallbedingte Einbusse am linken Auge begründet, die bereits von Dr. D.\_\_\_\_ geschätzt worden sei (S. 9). 4.

#### **E. 4**

Erblindung des linken Auges

##### **E. 4.1**

Soweit der Beschwerdeführer geltend machen liess, dass die Beschwerdegegnerin, indem sie im vorliegenden Prozess die von ihr eingereichten Akten (Urk. 7/1-128) anders nummeriert habe als in einem früheren Verfahrensstadium, seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe (vgl. Urk. 13 S. 3 f.), erweist sich sein Vortrag als nicht stichhaltig. Es mag zwar zutreffend sein, dass diese Vorgehensweise für den Beschwerdeführer und das Gericht zu einem gewissen Mehraufwand führt. Das ändert aber nichts daran, dass es ihm trotzdem möglich war, den angefochtenen Einspracheentscheid sachgerecht anzufechten. Auch dem Gericht ist es ohne Weiteres möglich, die vom Beschwerdeführer zitierten Akten zu finden. Es steht zudem ausser Zweifel, dass die Akten vollständig eingereicht wurden (vgl. auch Urk. 17 S. 1). Es ist nicht ersichtlich, weshalb der Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör tangiert oder gar verletzt sein könnte.

##### **E. 4.2**

Aufgrund der oben wiedergegebenen Arztberichte ist erstellt, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen, die zum Teil auf das Unfallereignis vom 26. Juli 2010 zurückzuführen sind. Nach den Beurteilungen von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. dazu oben E. 3.2.6 und 3.2.8), die mit der übrigen medizinischen Aktenlage übereinstimmen, sind die Restbeschwerden an der linken Schulter sowie die Visusreduktion am linken Auge als unfallbedingt anzusehen. Die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 7/100 und 7/113) erfüllen sämtliche in E. 1.3 dargelegten Anforderungen der höchstrichterlichen Praxis an Arztberichte. Sie sind umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und die Vorakten und sind einleuchtend begründet. Die Beurteilungen sind in

sich nachvollziehbar und fügen sich widerspruchsfrei ins Bild ein, das die übrigen medizinischen Akten zeichnen. Darauf kann vollumfänglich abgestellt werden.

Festzuhalten ist weiter, dass der Beschwerdeführer zwar beim Unfall vom 26. Juli 2010 eine Commotio cerebri erlitt und zudem in der Folge auch psychiatrisch behandelt wurde. Dr. E. \_\_\_ stellte diesbezüglich jedoch zutreffend fest, dass der Verlauf der Commotio cerebri unauffällig gewesen sei und keine nennenswerten Residuen mehr bestünden (Urk. 7/113.7). Entsprechendes gilt auch für die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie Dr. E. \_\_\_ im Anschluss an den behandelnden Psychiater, Dr. B. \_\_\_ (vgl. E. 3.2.7 und Urk. 7/109) ausführte (Urk. 7/113.8). Aus psychiatrischer Sicht bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht hatte Dr. G. \_\_\_ bereits am 6. Dezember 2010 darauf hingewiesen, dass keine spezifischen neurologischen Befunde erhoben werden konnten (vgl. E. 3.2.1 und Urk. 7/41). Auch dies berücksichtigte Dr. E. \_\_\_ in seiner Gesamtbeurteilung (vgl. Urk. 7/113.8). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insbesondere auch der Schluss von Dr. E. \_\_\_, wonach keine nennenswerten Residuen der erlittenen Commotio cerebri mehr vorlägen, durch die Akten gestützt wird und somit nachvollziehbar und einleuchtend erscheint. Auch die wenig substantiiert vorgetragene Rüge, dass die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers bei der medizinischen Abklärung nicht genügend Beachtung gefunden hätten (vgl. Urk. 1 S. 7), geht an der Sache vorbei. Die Kopfschmerzen wurden insbesondere von Dr. E. \_\_\_ thematisiert; einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis konnte er aber nicht erkennen, sondern schrieb diese Kopfschmerzen dem Umstand zu, dass der Beschwerdeführer zu viele Analgetika, insbesondere Dafalgan, konsumierte (Urk. 7/113.8-9). Ein Zusammenhang mit der erlittenen Commotio cerebri wurde nicht hergestellt, sondern - wie ausgeführt - sogar erklärt, dass diese ohne nennenswerte Residuen ausgeheilt sei.

Als unfallbedingte Residuen liegen - wie dargelegt - einzig die Beschwerden an der linken Schulter und die Visusreduktion links vor. Abzustellen ist weiter auch auf das von Dr. E. \_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil: mittelschwere Tätigkeiten mit der Einschränkung, dass Arbeiten über Kopf mit der linken Hand nur selten ausgeführt werden können (Urk. 7/113.8; vgl. dazu auch die Einschätzung von Dr. D. \_\_\_ in seinem Bericht vom 19. August 2011, wonach die unfallbedingte Reduktion des Gesichtsfeldes nicht dazu führe, dass er seiner früheren Tätigkeit nicht mehr nachgehen könnte und dass ihm alle Tätigkeiten, für welche ein mononukleares Sehen ausreiche, zumutbar seien (Urk. 7/100.4).

#### **E. 4.3**

Dr. D. \_\_\_ schätzte die Integritätseinbuße am linken Auge (E. 3.2.6) gestützt auf die SUVA-Tabelle 11.2 (Verlust des Sehvermögens auf einer Seite) auf insgesamt 30 % (Urk. 7/100.6). Für den Vorzustand sei ebenfalls die Tabelle 11.2 (einseitige Visusreduktion) massgebend. Es sei davon auszugehen, dass vorbestehend der Visus links 0.1 oder weniger betragen habe, bedingt durch die schweren Netzhautveränderungen am hinteren Augenpol. Es liege somit ein vorbestehender Integritätsschaden von 25 % vor. Daraus ergebe sich ein unfallbedingter Integritätsschaden von 5 % (= 30 %  $\cdot$  25 %).

PD Dr. F. \_\_\_ kam zwar bei seiner Schätzung der Integritätseinbuße gestützt auf eine andere Tabelle der SUVA (Tabelle 11.6, Tabelle III) zu einem anderen Ergebnis (vgl. Urk. 7/87.5 und oben E. 3.2.4), Dr. D. \_\_\_ erklärte jedoch nachvollziehbar, dass vorliegend nicht die von PD Dr. F. \_\_\_ angewandte Tabelle, die untergeordnet sei, zur Anwendung

komme, sondern die von ihm verwendete Tabelle 11.2, die speziell für Visusreduktionen massgebend sei (Urk. 100.6). Dabei fällt entscheidend ins Gewicht, dass Dr. D.\_\_\_\_ als (ophthalmologischer) Vertrauensarzt der SUVA über spezifisches Expertenwissen in Bezug auf die Anwendung der entsprechenden SUVA-Tabellen verfügt.

Auch der Einwand des Beschwerdeführers, dass der Vorzustand am linken Auge lediglich behauptet, aber nicht bewiesen worden sei, erweist sich als nicht stichhaltig, gingen doch sowohl Dr. D.\_\_\_\_ als auch PD Dr. F.\_\_\_\_ aufgrund der von ihnen vorgenommenen Untersuchungen davon aus, dass bereits vor dem Unfall eine erhebliche Schädigung des linken Auges vorhanden war. Dr. D.\_\_\_\_ führte dazu aus, dass vor dem Unfall wahrscheinlich erhebliche narbige Veränderungen vor allem im Bereich der zentralen Netzhaut bestanden hätten. Das periphere Gesichtsfeld links sei zwar wahrscheinlich noch intakt, aber der zentrale Visus aufgehoben gewesen (Urk. 7/100.3). PD Dr. F.\_\_\_\_ äusserte sich dahingehend, dass schon vor dem Unfall vom 26. Juli 2010 sehr wahrscheinlich am linken Auge - hervorgerufen durch ein vorausgehendes Trauma oder eine Krankheit - eine rigide, pathologisch erweiterte linksseitige Pupille und eine ausgedehnte Zerstörung der retinalen Aussenschichten am hinteren Pol bestanden habe (Urk. 7/87.4). Gestützt auf diese Einschätzungen von Dr. D.\_\_\_\_ und PD Dr. F.\_\_\_\_ ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen des geschilderten Vorzustandes auszugehen und die Schätzung der unfallbedingt am linken Augen eingetretenen Integritätseinbusse von 5 % zu bestätigen. Gestützt auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2011 ist weiter erstellt, dass durch die strukturelle Schädigung der Clavicula links keine erhebliche Integritätseinbusse begründet wird (Urk. 7/113.9). Somit ergibt sich eine unfallbedingte Integritätseinbusse von insgesamt 5 %. Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2), in dem die dem Beschwerdeführer bereits verfügungsweise zugesprochene Integritätsentschädigung von 5 % bestätigt wurde, erweist sich insoweit als korrekt.

#### **E. 4.4.1**

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Berechnung des Invaliditätsgrades von den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers aus, wonach er im Jahr 2011 ein Einkommen von Fr. 60'060. erzielt hätte (Urk. 7/81.1 und Urk. 7/122.1 Ziffer 1). Dagegen liess der Beschwerdeführer zu Recht nichts einwenden. Das Valideneinkommen ist durch die Akten ausgewiesen.

#### **E. 4.4.2**

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf insgesamt fünf DAP (Hilfsarbeiter, Verpacker, Abfüller, Produktionsmitarbeiter und Kontrolleur [vgl. Urk. 7/120]). Wie im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 7) zutreffend ausgeführt wurde, tragen die in den DAP-Profilen dargestellten Tätigkeiten den unfallbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers Rechnung. Sämtliche in den DAP genannten Tätigkeiten sind gemäss dem von Dr. E.\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsprofil (mittelschwere Tätigkeiten mit der Einschränkung, dass Arbeiten über Kopf mit der linken Hand nur selten ausgeführt werden können [Urk. 7/113.8]) dem Beschwerdeführer zumutbar. Dabei ist zu beachten, dass das Zumutbarkeitsprofil durch die Visusverminderung am linken Auge nicht weiter beziehungsweise angesichts der aufgelegten DAP nicht in relevanter Weise eingeschränkt wird (vgl. dazu die Ausführungen Dr. D.\_\_\_\_ in Urk. 7/100.4).

Aus den aufgelegten DAP-Profilen ergibt sich ein Durchschnittseinkommen für das Jahr 2011 von Fr. 59'430. . Wie erwähnt, zog die Beschwerdegegnerin von diesem Einkommen 8 % ab, da der Beschwerdeführer ein unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt hatte (Parallelisierung; vgl. dazu E. 1.1.2) und legte ihrer Bemessung des Invaliditätsgrades demzufolge ein Invalideneinkommen von Fr. 54'675. zugrunde (vgl. dazu Urk. 2 S. 7 E. 3c).

#### **E. 4.4.3**

Das von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehen zur Bestimmung des Invalideneinkommens erweist sich sowohl in grundsätzlicher als auch in masslicher Hinsicht als korrekt. In quantitativer Hinsicht, namentlich was die Frage des unterdurchschnittlichen Valideneinkommens beziehungsweise der Parallelisierung betrifft, kann auf die detaillierte Aufstellung in den Akten der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/121) verwiesen werden, die vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Zweifel gezogen wurde. In grundsätzlicher Hinsicht ist zwar darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht im zur Publikation vorgesehenen Urteil 8C\_541/2012 vom 31. Oktober 2013 Folgendes zur Parallelisierung der Bemessungsfaktoren bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen erwog (E. 7.5): Die Versicherte erachtet es im Weiteren nicht als einsichtig, weshalb bei der DAP-Methode - anders als bei der LSE-Methode (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 301, 135 V 58 E. 3.4.3 S. 61) - der Parallelität der Bemessungsfaktoren bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen keine Rechnung getragen werde. Diese Rüge ist unbegründet. Bei einer korrekten Anwendung der DAP-Methode werden bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen in der Regel ebenfalls unterdurchschnittliche DAP-Blätter ausgewählt (vgl. Urteil 8C\_744/2011 vom 25. April 2012 E. 7.1 m.H. auf die Urteile 8C\_445/2008 vom 1. Dezember 2008 E. 5.3.2 und 8C\_413/2010 vom 26. August 2010 E. 7). Entsprechend wurde im vorliegenden Fall vorgegangen: So liegt der Durchschnitt der Löhne der ausgewählten DAP-Blätter unter jenem der Durchschnittslöhne der grundsätzlich in Frage kommenden Stellenprofile.

Mit anderen Worten ist bei der Anwendung der DAP-Methode in der Regel nicht ein prozentualer Abzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen, sondern die Parallelität der Einkommen durch eine entsprechende Auswahl der DAP-Profile (mit vergleichbar tiefen Durchschnittslöhnen) vorzunehmen. Aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2011 vom 25. April 2012 geht allerdings hervor, dass auch die von der Beschwerdegegnerin gewählte Berechnungsmethode (Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund üblicher, das heisst durchschnittlicher DAP-Profile mit entsprechender prozentualer Herabsetzung des ermittelten Durchschnittseinkommens) rechtmässig ist (vgl. E. 7.2 des genannten Urteils). Die von der Beschwerdegegnerin gewählte Berechnungsmethode wurde im Übrigen vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht in Zweifel gezogen.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 54'675. zu bestätigen ist.

#### **E. 4.4.4**

Angesichts eines Valideneinkommens von Fr. 60'060. und eines Invalideneinkommens von Fr. 54'675. resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von aufgerundet 9 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2). Die Beschwerde erweist sich demzufolge auch im Rentenpunkt als unbegründet und ist somit abzuweisen.

#### **E. 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
GräubStocker

### **E. 5.1**

Da vorliegend beim Beschwerdeführer die Voraussetzungen zur Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) erfüllt sind, ist in Bewilligung des Gesuches vom 30. Mai 2012 (Urk. 1) Rechtsanwalt Chopard als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

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