

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00181 vom 5. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2013.00181](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00181)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00181 du 5 mai 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00181 del 5 maggio 2014

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1979, arbeitete seit September 2010 vollzeitlich als Produktionsmitarbeiter bei der Y.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 15/2 Ziff. 1-3) und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen Unfälle versichert. Am 20. November 2011 war der Versicherte als Lenker eines Personenwagens in einen Autounfall verwickelt. Ein ihm entgegenkommender Personenwagen geriet auf die Fahrbahn des Versicherten und kollidierte frontal mit ihm, woraufhin das dem Versicherten folgende Fahrzeug nicht mehr rechtzeitig bremsen konnte und in ihn hinein prallte (vgl. Urk. 15/1). Der Versicherte erlitt im Wesentlichen Arm-, Knie- und Fussverletzungen (vgl. Urk. 15/17 -18). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Mit Schreiben vom 27. Februar 2013 (Urk. 15/138) teilte die SUVA dem Versicherten die Einstellung der Heilkosten- und Taggelderleistungen per 28. Februar 201

### E. 1.01

x

1.008 x 1.008).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335

E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 1.3**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

### **E. 1.4**

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E.

5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S.

237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

### **E. 1.5**

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind

zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr.

U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mit begünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E

5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S.

448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E.

2). 1.

### **E. 3**

5) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer am hiesigen Gericht ebenfalls Beschwerde. Über die gestellten Anträge hat das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren Nr. IV.20 13 .005

#### **E. 3.1**

5

Dr. med. R.\_\_\_\_, Oberärztin B.\_\_\_\_, berichtete am 8. November 2013 zuhanden des Beschwerdeführers ( Urk.

#### **E. 3.2**

Nach dem Ereignis vom 20. November 2011 wurde der Beschwerdeführer mit der Ambulanz ins C.\_\_\_\_ gebracht und dort via Schockraum der Chirurgischen Klinik zugewiesen, wo er vom 20. November bis zum 1. Dezember 2011 hospitalisiert war. Die

Ärzte des C.\_\_\_\_

nannten im

Austrittsbericht vom 19. Dezember 2011 (Urk. 15/18) folgende Diagnosen (S. 1): - dislozierte distale, transkondyläre

Humerusfraktur links - wenig dislozierte Ulnaschaftfraktur links - Patellalängsfraktur links - Patellamehrfragmentfraktur rechts - nicht dislozierte Abrissfraktur des Sustentaculum tali rechts - mehrfragmentäre Fraktur der hinteren Zirkumferenz der Talusrolle links - Rissquetschwunde frontotemporal rechts

Sie führten aus, eine Computer-Tomografie des Schädels sowie der Halswirbelsäule (HWS) hätten keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen oder intrakranielle Läsionen und eine Sonografie des Abdomens keine Hinweise auf freie Flüssigkeit gezeigt. Noch am selben Tag sei die operative Versorgung der Humerus-, Ulna- sowie Patellafraktur durchgeführt worden. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich problemlos gestaltet (S. 1). Vor dem Austritt seien regelrechte postoperative Stellungskontrollen aller Frakturen sowie die regelrechte Verlaufskontrolle im konventionellen Röntgen der beiden Calcanei erfolgt. Die Wunden seien jederzeit reizlos gewesen (S. 2 oben).

### **E. 3.3**

Die Ärzte der D.\_\_\_\_ berichteten mit Austrittsbericht vom 6. Januar 2012 (Urk. 15/34) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 1. Dezember 2011 bis zum 6. Januar 2012 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - dislozierte distale, transkondyläre

Humerusfraktur links - wenig dislozierte Ulnaschaftfraktur links - Patellalängsfraktur links - Patellamehrfragment-Fraktur rechts - Trauma Fuss rechts und links (konservativ) - Rissquetschwunde frontotemporal rechts

Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei hauptsächlich im Elektrorollstuhl mobil und habe wenige Meter am Eulenburg mit Vapedes und unter Einhaltung der Limite laufen können. Die Beweglichkeit in beiden Knien und im linken Ellbogen sei noch eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei beim Austritt zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 unten). Da unter der Trennung von seiner schwangeren Ehefrau und seinem kleinen Sohn gelitten habe, sei eine Verletzung in die wohnortnahe E.\_\_\_\_ veranlasst worden (S. 3 Mitte).

### **E. 3.4**

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ berichteten mit Austrittsbericht vom 30. Januar 2012 (Urk. 15/51) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 6. bis 25. Januar 2012, nannten die bekannten Diagnosen (S. 1) und führten aus, dass der Beschwerdeführer sehr motiviert gewesen sei und in der Physiotherapie grosse Fortschritte gemacht habe. Beim Austritt habe er 100 Meter an den Amerikanerstöcken gangsicher zurücklegen sowie 60 Treppenstufen ohne Sitzpausen bewältigen können. Die Belastung des linken Ellbogens sei freigelesen (S. 2).

3. 5

SUVA-Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, welcher den Beschwerdeführer am 30. August 2012 kreisärztlich untersucht hatte, nannte in seinem Bericht vom gleichen Tag (Urk. 15/91) folgende Diagnosen (S. 7 Ziff. 5): - Status nach multiplen Extremitätenverletzungen am 20. November 2011 mit/bei: - Status nach

mehrfragmentärer Patellafraktur rechts - Status nach Patellalängsfraktur links - Status nach beidseitiger Sustentaculum

tali -Fraktur - Status nach distaler, transkondylärer

Humerusfraktur links ( adomi nant ) - Status nach Ulnaschaftfraktur links

Er führte aus, anamnestisch gebe der Beschwerdeführer vor allem limitierende Kniebeschwerden rechts und beidseitige Fusschmerzen an. Er leide unter Anlaufschwierigkeiten, wobei das Gehen in der Ebene zirka für eine Dauer von einer Stunde möglich sei. Sitzen könne er mit leicht angewinkeltem Knie schmerzfrei. Klinisch könnten rechtsbetont retropatelläre Beschwerden provoziert werden. Ebenfalls sei eine deutliche Quadrizepsatrophie rechts zu konstatieren. Die Beweglichkeit des rechten Knies sei im Seitenvergleich leichtgradig eingeschränkt. Medial betonte Beschwerden über beiden oberen Sprunggelenken (OSG), am ehesten im Bereich Sustentaculum

tali , könnten ebenfalls provoziert werden. Rechts bestehe ausserdem eine Schmerzhaftigkeit paraachillär und ebenfalls im Bereich der ersten Kommissur auf Höhe der Metatarsaleköpfchen . Das Osteosynthesematerial im Bereich der linken oberen Extremität sei druckdolent und gut sichtbar. Die Ellbogenfunktion sei sowohl für die Flexion wie für die Extension eingeschränkt. Insgesamt sei die periphere Neurologie sowohl im Bereich der oberen wie unteren Extremität unauffällig (S.

7 Mitte). Der Beschwerdeführer mache gute Fortschritte. Radiologisch seien die Frakturen konsolidiert. Im klinischen Untersuchungsbild falle vor allem ein deutlich gestörtes Gangbild in der Ebene wie auch beim Treppensteigen auf (S.

7 unten). Da vor allem im Bereich der unteren Extremitäten ein Rehabilitationsdefizit festzustellen sei, habe er dem Beschwerdeführer eine arbeitsorientierte Rehabilitation zirka drei Wochen nach der Osteosynthesematerialentfernung am Ellbogen empfohlen. Falls die Beschwerden an den Füßen auch unter der Therapie persistierten, sollte allenfalls eine weiterführende radiologische Abklärung entweder mittels CT beziehungsweise MRI geprüft werden . Weiterhin sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig (S. 8) .

### 3. 6

Die Verantwortlichen der arbeitsorientierten Rehabilitation der D. \_\_\_ berichteten am 31. Januar 2013 über die berufliche Abklärung des Beschwerdeführers vom 7. Januar bis 1. Februar 2013 ( Urk. 15/130) und führten aus, es sei eine Grundabklärung im handwerklichen Bereich auf der Stufe eines ungelernten Berufsmannes durchgeführt worden. Die Grundabklärung habe nur bedingt durchgeführt werden können. Der Beschwerdeführer habe immer wieder versucht deutlich zu machen, dass er die eine oder andere Aufgabe wegen seiner Behinderung nicht lösen könne. Mit etwas Zureden habe er es dann trotz dem versucht. Der Beschwerdeführer sei sehr freundlich gewesen und stets pünktlich erschienen. Er habe versichert, er müsse seinen Einsatz wegen seiner Schmerzen immer wieder limitieren . Er könne keine Arbeit konstant zu Ende führen, sondern brauche schon nach weniger als einer Stunde eine Pause. Im Anschluss an solche Pausen habe der Beschwerdeführer jedoch unaufgefordert weitergearbeitet (S. 1). Er habe immer wieder auf seine körperlichen Defizite aufmerksam gemacht. Zurzeit gebe es kaum eine Möglichkeit, ihn

in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Er sehe sich selber nicht in der Lage, leistungserbringend zu arbeiten. Der Beschwerdeführer bringe die Grundvoraussetzungen für eine

berufliche Eingliederung nicht mit, weshalb im Moment keine weiteren Eingliederungsmassnahmen empfohlen werden könnten (S. 2).

### **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 praxis gemäss 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 genügende Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese - bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzielttem Lohn und branchenüblichem Durchschnittseinkommen - ab Erreichen des Erheblichkeitsgrenzwertes von mindestens 5 % gegebenenfalls eine sprunghafte 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 praxisgemäss 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. 3.7**

Die Ärzte der D.\_\_\_\_ berichteten mit Austrittsbericht vom 13. Februar 2013 ( Urk. 15/135) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2012 bis 1. Februar 2013 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - dislozierte distale, transkondyläre

Humerusfraktur links - wenig dislozierte Ulnaschaftfraktur links - Patellalängsfraktur links - Patellamehrfragment -Fraktur rechts - Trauma Fuss rechts und links (konservativ) - Rissquetschwunde frontotemporal rechts - Anpassungsstörungen mit depressiver und teilremittierter psychotraumatologischer Symptomatik (ICD-10 F43.23)

Sie führten aus, die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aufgrund der erhöhten Reizbarkeit und der verminderten Stress- und Frustrationstoleranz sei allenfalls ein gestaffelter Einstieg, zumindest initial aber vermehrte Pausen, zu empfehlen. Grundsätzlich würde sich eine Wiederaufnahme einer Arbeit mit grosser Wahrscheinlichkeit positiv auf die Psyche des Beschwerdeführers auswirken (S. 2 unten). Eine angepasste leichte Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend sitzend, keine Schläge und Vibrationen für den linken Arm, keine wiederholte Einnahme von Zwangshaltungen wie Knien, Kauern, Hocken, kein längerdauerndes Gehen und Stehen, kein Gehen auf unebenem Gelände, kein wiederholtes Treppensteigen, kein Besteigen von Leitern) sei dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar (S. 3 oben). Die psychosomatische Abklärung während der Rehabilitation sei durch lic . phil. G.\_\_\_\_ erfolgt (S. 3 unten).

### **E. 3.8**

SUVA-Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 12. März 2013 ( Urk. 15/145) und führte aus, eine Röntgenkontrolle an der H.\_\_\_\_ am 22. Februar 2013 (vgl. hierzu Urk. 15/140) habe ergeben, dass die Frakturspalten am rechten Fuss beziehungsweise am oberen Sprunggelenk

( OSG ) konsolidiert seien. Am unteren Sprunggelenk (USG) dorsalseitig kämen kleine Osteophyten

zur Darstellung . Ebenfalls könnten leichtgradige degenerative Veränderungen calcaneocuboidal aufgezeigt werden. Am linken Fuss beziehungsweise OSG seien die Frakturen ebenfalls konsolidiert und eine leichte Arthrose am Chopart -Gelenk werde augenfällig. Ebenfalls könne eine leichte Arthrose am unteren Sprunggelenk festgehalten werden. Am linken Kniegelenk sei das Osteosynthesematerial entfernt worden, wobei die residuellen Schraubenkanäle noch ersichtlich seien. Es liege eine kleine kortikale Stufe retropatellär bei unauffälliger femoropatellärer Gelenkspalt vor. Rechts komme eine leichte Verschmälerung des femoropatellären Gelenkspaltes nach Osteosynthesematerialentfernung zur Darstellung. Ein Anker im Bereich der proximalen Ulna liege in situ. Die Frakturen seien vollständig konsolidiert mit leichter Achsenfehlstellung im Bereich des proximalen Ulnaschafts . Ein leichter Versatz des distalen Humerusfragments komme ebenfalls zur Darstellung, wobei der humeroradiale und humeroulnare Gelenkspalt nicht verschmälert sei (S. 1 oben) .

Im Bereich beider Rückfüsse fänden sich beidseits beginnende beziehungsweise leichte degenerative Veränderungen vor allem der unteren Sprunggelenke. Der Grad einer mässig gradigen USG- beziehungsweise OSG-Arthrose werde nicht erreicht, wobei aufgrund des Verletzungsmusters in Zukunft zumindest eine mässige Arthrose im unteren Referenzbereich zu erwarten sei, so dass für beide Füsse jeweils ein Integritätsschaden von 5 % gemäss Feinrastertabelle 5 gute heissen werden könnten (S. 1 unten).

Femoropatellär komme links eine diskrete Stufe zur Darstellung, wobei beidseits die Gelenkspalten ordentlich seien. Aufgrund dessen sei von einer leichten bis mässigen Femoropatellararthrose auszugehen. Die Mehrfragmentfraktur rechts führe infolge eines posttraumatischen Knorpelschadens überwiegend wahrscheinlich in Zukunft zu einer mässigen Femoropatellararthrose , so dass auch bei den Knien beidseits vom unteren Referenzwert einer mässiggradigen

Femoropatellararthrose im Rahmen der zu erwartenden Verschlimmerung auszugehen und somit beidseits eine Integritätseinbusse von 5 % gerechtfertigt werden könne (S. 2 oben).

Im Bereich des Ellbogens könnten keine intraartikulären Stufen bei leichtgradigem Versatz der Fragmente im Bereich des distalen Humerus und der proximalen Ulna festgehalten werden. Der Bewegungsumfang sei vor allem für die Flexion eingeschränkt. Die Funktion rechtfertige gemäss Feinrastertabelle 1.2 einen Integritätsschaden von 10 % . Dies würde einer mässigen Ellbogenarthrose im oberen Referenzwertbereich (Feinrastertabelle 5) entsprechen. Aufgrund der Fragmentstellung sei auch bei geringer Arthrose der vorgeschlagene Integritätsschaden von 10 % gut zu heissen, so dass eine allfällige Verschlimmerung bereits einbezogen werde.

Zusammenfassend sei ein totaler Integritätsschaden von 30 % anzunehmen (S.

2).

### **E. 3.9**

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Leitender Arzt Zentrum für Fusschirurgie, J.\_\_\_\_ , berichtete am 19. April 2013 ( Urk. 15/162) zuhanden des Beschwerdeführers und führte aus, aufgrund einer Arbeitsüberlastung sei er nicht im Stande, eine Begutachtung durchzuführen. Als Fusschirurg beschränke er sich auf die alleinige Beurteilung der Problematik der Rückfüsse

beidseits. Wenn eine Progression der Arthrose auch von Dr. F.\_\_\_\_ postuliert werde, müsse als Endzustand, welcher für die Beurteilung des Integritätsschadens massgeblich sei, die schwere Arthrose postuliert werden, da ja die Arthrose per se eine sich verschlechternde Integrität darstelle. Warum nun diese Progression bei der mässigen Arthrose stehen bleiben solle, sei ihm schleierhaft. Entsprechend würde er darauf pochen, dass als Endzustand die schwere Arthrose anerkannt werden müsse. Dies würde dann einem Integritätsschaden gemäss zitierter SUVA-Tabelle 5 von 15-30 % entsprechen. Interessanterweise sei dann aber die Therapie dieser schweren Arthrose in der Arthrodese (Versteifungsoperation) zu suchen, was dann wie derum lediglich den Integritätsschaden von 15 % ergebe, dies entsprechend der Tabelle 2 (S. 1). Zusammenfassend müsse wahrscheinlich diese Subtalar-Arthrodese als möglicher Endzustand bezeichnet werden, was bei beidseitigem Vorliegen der Problematik zu einem 30%igen Integritätsschaden führen würde (S. 2).

### **E. 3.10**

PD Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt, und L.\_\_\_\_, Ergo-/Physiotherapeut, M.\_\_\_\_, Rheumaklinik, berichteten am 31. Mai 2013 (Urk. 15/169 = Urk. 3/4) über das auf Veranlassung des Hausarztes des Beschwerdeführers durchgeführte

Arbeitsassessment vom 22. Mai 2013. Sie nannten folgende arbeitsrelevanten Diagnosen (S. 2 Ziff. 1): - Femoropatellar -Arthrose rechts - Ellenbogenarthrose links mit Epikondylopathia

radialis mehr als medialis

Als andere (nicht arbeitsrelevante) Diagnosen nannten sie die Folgenden (S. 2 Ziff. 2): - beginnende Femoropatellar -Arthrose links - Periarthropathie an den oberen Sprunggelenken beidseits - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung gemäss dem Bericht der B.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2013 (ICD-10 F43.1)

Sie führten aus, ein allfälliges arbeitsrelevantes Problem habe nicht erhoben werden können, da während der Tests das Schmerzverhalten mit ausgeprägter Selbstlimitierung im Vordergrund gestanden habe. Es sei ein ausgeprägtes Schonverhalten mit Entlastung des rechten Beines in statischen Ausgangsstellungen und mit einem Hinkmechanismus mit verkürzter Standbeinphase rechts beobachtet worden. Im linken Arm und im rechten Bein hätten jedoch Funktionsdefizite im Sinne von Bewegungseinschränkungen objektiviert werden können. Die ergonomischen Arbeitstechniken des Beschwerdeführers seien aufgrund der Selbstlimitierung und behinderungsbedingten Bewegungseinschränkungen nicht beurteilbar. Der Beschwerdeführer habe bei den Tests eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt, wobei eine deutliche Selbstlimitierung habe festgestellt und sechs Inkonsistenzpunkte hätten beobachtet werden können (S. 2 Ziff. 2 Mitte). Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit betrage 75 % (S. 4 Ziff. 5.2). Es werde die Teilnahme an einem Schmerzprogramm empfohlen, wobei das Aufhalten des Chronifizierungsprozesses, die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Verbesserung der physischen und psychischen Belastbarkeit als Ziele zu betrachten seien. Im Weiteren werde die Aufnahme von mehr körperlichen Eigenaktivitäten empfohlen (S. 4 f. Ziff. 6).

### **E. 3.11**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, erstattete sein orthopädisches Gutachten zuhanden des Beschwerdeführers am 5. Juni 2013 (Urk. 15/170 = Urk. 3/5) gestützt auf die

Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Er führte aus, der Beschwerdeführer absolviere den Barfuss gang langsam, vorsichtig und kurzschrittig . Sowohl der Zehenspitzen- als auch der Fersengang seien beidseits deutlich erschwert (S. 4 oben). Die heute noch geltend gemachten Restbeschwerden seien als absolut glaubhaft zu betrachten und seien sowohl klinisch als auch radiologisch objektivierbar (S. 9 Mitte). Als Produktionsmitarbeiter in einer Kunststofffabrik sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. In einer bestmöglich leidensabgepassten Tätigkeit sei er hinge gen zu 100 % arbeitsfähig (S. 10). Dem Beschwerdeführer seien - im Wesentli chen mit der Einschätzung der D.\_\_\_\_ übereinstimmend – noch leichte, wechselbelastende oder vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Schläge und Vibrationen den linken Arm betreffend, ohne wiederholte Einnahme von Zwangshaltungen wie Knien, Kauern oder Hocken, ohne längerdauerndes Gehen und Stehen, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne wiederholtes Treppen steigen und ohne Besteigen von Leitern zu 100 %

zumutbar ;

e ine solche Tätig keit sei kaum mit zusätzlichen Pausen verbunden (S. 11 oben). Im Unterschied zu SUVA-Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ schätze er den Integritätsschaden insgesamt auf 50 % . Bei der Bemessung des Integritätsschadens müsse stets eine vorausseh bare Verschlimmerung angemessen mitberücksichtigt werden. Somit schätze er den Integritätsschaden am rechten Fuss auf 5 % , im linken unteren Sprungge lenk auf 10 % , am linken Knie auf 10 % , am rechten Knie auf 15 % , am Ellbo gen links auf 10 % und am Unterarm links auf 0 % (S. 11 unten). Die psychi sche Situation des Beschwerdeführers sei nicht beurteilt worden, da es sich um ein rein orthopädisches Gutachten handle. Er habe bei der Untersuchung jedoch einen äusserst kooperativen und psychisch ge sunden Eindruck gemacht (S. 12).

### **E. 3.12**

Dr. med. N.\_\_\_\_ , Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 1 0. Juli 2013 zuhanden des Beschwerdeführers ( Urk. 3/3) und führte aus, der Beschwerdeführer sei noch lange nicht soweit rehabilitiert, dass er die Arbeits fähigkeit erreicht habe. Er leide an einer massiven posttraumatischen Belastungsstörung. Ausserdem habe der Beschwerdeführer weiterhin Schmerzen, zur zeit vor allem im linken Arm.

### **E. 3.13**

Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, Konsiliararzt C.\_\_\_\_ , berichtete am 1 2. Juli 2013 ( Urk. 15/175) und führte aus, der Beschwerdeführer präsentiere sich mit invalidisierenden Schmerzen im ganzen linken Arm, spezi ell über dem Ellbogen. Aufgrund der elektrodiagnostischen Befunde müsse nicht von einer signifikanten Läsion neuraler Strukturen ausgegangen werden. Das ausgesprochen diffuse Schmerzsyndrom lasse allerdings eine erhebliche funkti onelle Überlagerung vermuten.

### **E. 3.14**

Dr. med. P.\_\_\_\_ , Oberarzt B.\_\_\_\_ , berichtete am 2 2. Juli 2013 zuhanden des Beschwerdeführers ( Urk. 15/174 = Urk. 8/1) und nannte fol gende Diagnosen (S. 2 Ziff. 2):  
- Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Differentialdiagnose: depressive Störung (ICD-10 F32) - Differentialdiagnose: Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Nikotinabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25)

Er führte aus, am 25. Februar 2013 habe ein Erstgespräch mit dem Beschwerdeführer stattgefunden. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich auch nach dessen Rückkehr im März 2013 aus den Ferien im Q.\_\_\_\_ nicht verändert (S. 1 unten). Der Beschwerdeführer habe die verordneten Psychopharmaka angeblich wegen Nebenwirkungen nicht regelmässig eingenommen beziehungsweise habe sie abgesetzt. Er sei der Überzeugung, dass ihm weder eine psychotherapeutische, noch eine psychiatrische Behandlung habe helfen können, weswegen er auf eigenen Wunsch und gegen den ärztlichen Rat die Behandlung abgebrochen habe (S. 1 f.). Es sei davon auszugehen, dass ein Teil der Beschwerden, vor allem die Anpassungsstörung, als Folge des erlebten Unfallereignisses entstanden seien. Er kenne den Beschwerdeführer jedoch zu wenig, um die Teilkausalität zu bestätigen oder zu verneinen. Die Frage der Arbeitsfähigkeit könne nicht beurteilt werden, da der Beschwerdeführer sehr kurz in seiner Behandlung gewesen sei und er ihn zum letzten Mal vor mehr als zwei Monaten gesehen habe. Es sei eine unabhängige psychiatrische Begutachtung durchzuführen. Aus psychiatrischer Sicht sei bei Anpassungsstörungen mit einer guten Prognose zu rechnen (S. 2).

#### **E. 5**

mit heutigem Urteil entschieden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 6**

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ( Art.

#### **E. 6.1**

Bei der Ermittlung des ohne Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens ( Valideneinkommen ) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3.b mit Hinweis). Die Einkommensermittlung hat dabei so konkret wie möglich zu erfolgen, so dass in der Regel vom letzten Lohn, welchen der Versicherte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts I 716/00

vom 20. November 2001 , E. 3.a).

Damit hat sich das Valideneinkommen grundsätzlich am zuletzt verdienten Monatslohn zu orientieren. Es können für die Bemessung des Einkommens ohne Invalidität allerdings auch regelmässig ausgerichtete Überstundenentschädigungen berücksichtigt werden, wenn es sich um Entgelt mit Lohncharakter und nicht um Spesenentschädigungen handelt (RKUV 1989 Nr. U 69 S. 180; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 400 S. 381 sowie - für die Invalidenversicherung - AHI 2002 S. 155). Da aber die Invaliditätsschätzung der dauernd oder für längere Zeit bestehenden Erwerbsunfähigkeit entsprechen muss, bildet Voraussetzung für die Berücksichtigung eines derartigen Zusatzeinkommens, dass die versicherte Person aller Voraussicht nach da mit hätte rechnen können. Massgebend ist nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b), ob die versicherte Person aufgrund ihrer konkreten erwerblichen Situation und ihres tatsächlichen Arbeitseinsatzes vor dem Unfall wahrscheinlich weiterhin ein Zusatzeinkommen zufolge Überstundenarbeit hätte erzielen können; die blosser Möglichkeit dazu genügt nicht (RKUV 1989 Nr. U 69 S. 180 f.).

## E. 6.2

Auszugehen ist somit vom letzten Verdienst des Beschwerdeführers als Produktionsmitarbeiter

von Kunststoffteilen. Die

Y.\_\_\_\_, bei welcher der Beschwerdeführer angestellt war, erklärte am 17. Januar 2013, im Jahre 2013 würde der Beschwerdeführer einen Grundlohn von Fr. 4'400.-- im Monat sowie einen 13. Monatslohn von Fr. 2'200.-- erhalten (vgl. Urk. 15/125). Im angefochtenen Einspracheentscheid war die Beschwerdegegnerin von einem zusätzlichen durchschnittlichen jährlichen Einkommen aus Überzeit in der Höhe von Fr. 7'866.-- ausgegangen und stützte sich dabei auf die Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 15/15). Bei Berücksichtigung sämtlicher Umstände wie der Anstellungsdauer sowie des Arbeitseinsatzes des Beschwerdeführers kann mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer weiterhin und auch über eine längere Zeit Überstunden im gleichen Rahmen wie bis anhin geleistet hätte und dass dies in späteren Arbeitseinsätzen auch möglich gewesen wäre. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht bei der Berechnung des Valideneinkommens das durchschnittliche Einkommen aus Überzeit von Fr. 7'866.-- mitberücksichtigt. Damit ist das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von Fr. 62'866.-- für das Jahr 2013 nicht zu beanstanden;

es wurde im Übrigen vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

## E. 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHJ 2000 S. 81 E.

2a).

## E. 6.4

Angesichts der Zumutbarkeit einer 100%igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer auch bei Beachtung der im

Bericht der D.\_\_\_\_ sowie im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

genannten Einschränkungen eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es reicht fertigt sich somit unter Beachtung sämtlicher Einschränkungen (nur noch leichte, wechselbelastende oder vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Schläge und Vibrationen den linken Arm

betreffend, ohne wiederholte Einnahme von Zwangshaltungen wie Knien, Kauern oder Hocken, ohne längerdauerndes Gehen und Stehen, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne wiederholtes Treppensteigen und ohne Besteigen von Leitern ) für die Bemessung des Invaliden einkommens

mit der Beschwerdegegnerin auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors

abzustellen (LSE 2010, S. 26, Tabellengruppe TA1, Rubrik „Total“, Niveau 4).

### **E. 6.5**

Das im Jahr 2010 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'901.-- (LSE 2010, S. 26, Tab. TA1, Rubrik „Total“, Niveau 4), mithin Fr. 58'812. im Jahr (Fr. 4'901.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2013 S. 90 Tabelle B9.2 Rubrik „Total“) angepasst (Fr. 58'812.-- : 40 x 41.7 = Fr. 61'311.51) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1 % für das Jahr 2011 und von je 0.8 % für die Jahre 2012 und 2013 (Die Volkswirtschaft 12-2013, S. 91 Tabelle B10.2 Nominal Total) resultiert somit ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 62'919.-- (Fr. 61'311.51 x

### **E. 6.6**

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

### **E. 6.7**

Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer einen behinderungsbedingten Abzug von 15 % (vgl. Urk. 2 S. 7 oben), was angesichts der Einschränkungen und der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in körperlich leichten, wechselbelastenden

Tätigkeiten als angemessen erscheint. Damit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 53'481.-- ( Fr. 62'919.-- x 0.85). 6. 8

Bezogen auf eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus ) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbeurteilung nach Art.

### **E. 6.9**

Vorliegend gewährte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen zu sätzlichen Abzug von 3 % vom ermittelten hypothetischen Invalideneinkommen mit der Begründung, dass er heute als Produktionsmitarbeiter in der Kunststoffbranche ohne Unfall Fr. 62'866.-- (vgl. vorstehend E. 6.2) verdienen würde. Dieses Einkommen liege 8 % unter dem branchenüblichen Einkommen, da ein mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigter Mann in dieser Branche gemäss LSE 2010 durchschnittlich Fr. 67'989.-- verdienen würde (vgl. Urk. 15/158, Urk. 2).

Der Beschwerdeführer machte diesbezüglich geltend, der Lohn aus Überzeit habe bei der Parallelisierung unberücksichtigt zu bleiben, und das bereinigte Valideneinkommen liege damit 14 % unterhalb des unbestrittenen branchenüblichen Lohnes von Fr. 67'989.-- (Urk. 1 S. 8 f.). Diesem Einwand des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. So ist bei der Rentenberechnung und insbesondere auch bei der Prüfung, ob allenfalls eine Parallelisierung der Einkommen vorzunehmen sei, der Rechtsprechung folgend auf das Valideneinkommen, demnach auf jenes Einkommen, welches der Beschwerdeführer ohne Unfall erzielen würde, abzustellen. Dieses Einkommen beläuft sich vorliegend auf Fr. 62'866.--, was vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten wurde (vgl. vorstehend E. 6.2). Es kann somit nicht angehen, bei der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen von einem Valideneinkommen inklusive Lohn für Überzeit auszugehen, im Rahmen der Parallelisierung hingegen ein merklich tieferes Valideneinkommen anzunehmen. Vielmehr ist im Sinne der Rechtsprechung in jedem Fall vom gleichen Valideneinkommen auszugehen. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, dem Beschwerdeführer einen weiteren Abzug von 3 % infolge Parallelisierung zu gewähren, ist demnach nicht zu beanstanden, zumal der Abzug angesichts der Angaben in der LSE 2010, Tabelle TA1, Ziff. 22, Niveau 4 zugunsten des Beschwerdeführers ausfällt.

Es ist somit von einem hypothetischen Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 51'876.-- (53'481.-- x 0.97) auszugehen.

### **E. 6.10**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 62'866.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 51'876.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 10'990.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 17 %.

Der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad ist somit nicht zu beanstanden.

7.

Bezüglich der Höhe der Integritätsentschädigung ist der Einspracheentscheid entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ebenfalls nicht zu beanstanden.

Gemäss der ärztlichen Beurteilung durch Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. kreis ärztliche Beurteilung vom 12. März 2013, Urk. 15/145 ; vorstehend E. 3.8) ist die Erheblichkeitsgrenze für einen Integritätsschaden erreicht und auf insgesamt 30 % (10 % für den Ellbogen, 5 % pro Knie, 5 % pro Fuss ) festzulegen. Die Beurteilung des Integritätsschadens durch

Dr. F.\_\_\_\_ beruht auf eingeholtem Bildmaterial und ist nachvollziehbar und plausibel begründet . So

liessen sich bezüglich der Füsse bildgebend lediglich beidseits beginnende beziehungsweise leichte degenerative Veränderungen nachweisen. Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ ging indes davon aus, dass aufgrund des Verletzungsmusters in Zukunft zumindest von einer mässigen Arthrose auszugehen sei. Er hat in diesem Sinne zu Gunsten des Beschwerdeführers den Integritätsschaden abstellend auf einen erst in Zukunft eintretenden Gesundheitsschaden geschätzt. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden .

Sodann vermochten auch die anderslautenden Beurteilungen durch Dr. I.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.9) und Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.11 ) eine abweichende Ermessensausübung nicht als naheliegender erscheinen lassen . So bleibt insbesondere abzuwarten, ob sich künftig je eine schwere Arthrose entwickeln wird, wie dies Dr. I.\_\_\_\_ ausführte. Sollte künftig eine unfallbedingte schwere Arthrose diagnostiziert werden, steht es dem Beschwerdeführer frei, allfällige weitere Ansprüche bei der Beschwerdegegnerin anzumelden.

Weiter berücksichtigte Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ auch bei den Knien eine zu erwartende Verschlimmerung im Sinne einer mässiggradigen Arthrose . In Bezug auf den linken Ellbogen wurden sowohl die Bewegungseinschränkung als auch die aufgrund der Fragmentstellung zu erwartende Arthrose und Verschlimmerung von Kreis arzt Dr. F.\_\_\_\_ ausdrücklich erwähnt und dementsprechend bei der Beurteilung mitberücksichtigt. Basierend auf den bildgebenden Abklärungen der H.\_\_\_\_ kann die kreisärztliche Schätzung des Integritätsschadens nicht beanstandet werden, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann (BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d) . 8.

## **E. 8**

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 Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit 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). 1.

### **E. 8.1**

Dem Antrag des Beschwerdeführers, ihm seien die Honorarkosten von Dr. A.\_\_\_\_ in der Höhe von Fr. 2'900.-- sowie für den Arztbericht der B.\_\_\_\_ in der Höhe von Fr. 250.-- zu entschädigen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4 und Urk. 7 S. 2 Ziff. 5), kann nicht entsprochen werden. Dieses Privatgutachten von Dr. A.\_\_\_\_

sowie der Arztbericht des behandelnden Psychiaters trug en

im vor liegenden Verfahren nichts Wesentliches zur Entscheidfin dung bei. Es handelt sich demnach um unnötige Prozesskosten, welche derje nige zu bezahlen hat, der sie verursacht hat , mithin der Beschwerdeführer (§ 28 lit . a GSVGer in Ver bindung mit Art. 108 der Schwei zerischen Zivilprozessord nung).

## **E. 8.2**

Zusammenfassend erweist sich der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Juli 2013 in sämtlichen Punkten als rechtens, weshalb die dagegen er hobene Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundes gericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

## **E. 9**

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 Zu sammenhänge 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). 1.

## **E. 10**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar be gründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache

allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S.

572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf die ärztlichen Abklärungen davon aus, dass dem Beschwerdeführer die ange stammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Eine leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit gemäss beschriebenem Zumutbarkeitsprofil, welche speziell auf die beim Unfall verletzten Bereiche Rücksicht nehme, sei dem Beschwerdeführer jedoch ganztags zumutbar (S.

4 oben, S. 6 Mitte).

Das von ihr angenommene Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 62'866.-- (inklusive durchschnittliches Einkommen aus Überzeit von Fr. 7'866.--) sei von der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers bestätigt worden (S. 6 unten). Für die Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), nahm davon einen leistungsbedingten Abzug in der Höhe von 15 % sowie einen weiteren Parallelisierungs-Abzug in der Höhe von 3 % vor, und errechnete somit ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 52'083.-- (S. 6 ff.).

Beim Vergleich des Invalideneinkommens mit dem Valideneinkommen resultiere ein Invaliditätsgrad von 17 % (S. 8). Gestützt auf die Beurteilung der Versicherungsmediziner habe ausserdem ein Integritätsschaden in entschädigungspflichtigem Ausmass von 30 % festgestellt werden können (S. 9).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 14) verneinte die Beschwerdegegnerin sodann den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den geklagten psychischen Beschwerden, da die gemäss Rechtsprechung bei einem mittleren Unfall notwendigen objektiven Kriterien weder gehäuft vorlägen, noch eines davon besonders ausgeprägt sei (S. 6 Mitte).

## 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), es liege eine ungenügende medizinische Abklärung vor, da die Beschwerdegegnerin ihre Beurteilung lediglich auf versicherungsinterne medizinische Dokumente stütze (S. 3 unten). Ausserdem sei die psychische Komponente des Gesundheitsschadens bis anhin praktisch völlig ausser Acht gelassen und nicht angemessen berücksichtigt worden (S. 4 Mitte). Er habe daher Anspruch auf eine verwaltungsexterne Begutachtung, damit sowohl die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit als auch der Integritätsschaden

neutral festgestellt werden könnten (S. 6 unten). Der Beschwerdeführer bemängelte sodann den Einkommensvergleich und machte geltend, die Beschwerdegegnerin nehme

eine fehlerhafte Parallelisierung der Einkommen vor (S. 7 f.). Weiter beantragte er eine Integritätsentschädigung von 50 % gemäss den Feststellungen durch Dr. A.\_\_\_\_ (S. 10 oben). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit verhält, auf welche medizinischen Berichte diesbezüglich ab gestellt werden kann , welche Werte der Invaliditätsbemessung zugrunde zu legen sind

sowie die Höhe der Integritätsentschädigung. 3.

## **E. 12**

im Verfahren IV.2013.00535 ) und nannte folgende Diagnosen (S. 2): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - somatische Diagnosen gemäss Dr. med. S.\_\_\_\_ , Schmerzmedizin C.\_\_\_\_ : - komplexes Schmerzsyndrom nach Verkehrsunfall am 20. November 2011 mit multiplen Verletzungen - bewegungsabhängiger Schmerz des Ellbogens mit Bewegungseinschränkung , wie auch neuropathischer Schmerz mit Verdacht auf ein Complex regional pain

syndrome ( CRPS ) - Kniegelenkschmerz: Retropatellararthrose mit zusätzlich neuropathischem Schmerz - Füsse beidseits: Verdacht auf geringgradige CRPS-ähnliche Schmerzen - myofasiales Schmerzsyndrom - Iliosakralgelenk (ISG): Syndrom und Facettensyndrom der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) - Verdacht auf Schlafapnoe

Sie führte aus, der Beschwerdeführer leide unter intrusiven Erlebnissen in Form von Flashback-Erleben tagsüber und Alpträumen in der Nacht über das Unfallereignis und auch über erlebte Kriegsszenen und Folter im Rahmen der Inhaftierung im T.\_\_\_\_ . Ausserdem lege der Beschwerdeführer ein Vermeidungsverhalten an den Tag, indem er nur noch tagsüber Autofahre, jedoch nie bei Dunkelheit (S. 1 f.). Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein Grossteil der Beschwerden als Folge des erlebten Unfallereignisses entstanden sei. Dies betreffe vor allem die Schmerzen, die Konzentrations- und Schlafstörungen. In der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Zum jetzigen Zeitpunkt sei in einer leidensangepassten Tätigkeit ein stundenweiser Einstieg mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis maximal 50 % vorstellbar (S. 2). 4. 4.1

Unbestrittenermassen erlitt der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 20. November 2011 Arm-, Knie und Fussverletzungen. Diese Verletzungen haben - im Gegensatz zur Rissquetschwunde, die mangels gegenteiliger Ausführungen folgenlos abgeheilt ist - gemäss den diesbezüglich übereinstimmenden medizinischen Akten unfallkausale Einschränkungen zur Folge, so dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter nicht mehr zumutbar ist. Hingegen stellt sich die Frage, in welchem Ausmass die noch bestehenden somatischen und kausalen Unfallfolgen die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einschränken. 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass der Bericht der Ärzte der D.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2013 ( vgl. vorstehend E. 3. 7 ) für die Beantwortung der gestellten Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit umfassend ist. Die Beurteilung berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers . Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. So nahmen die

Ärzte differenziert Bezug auf die gestellten Diagnosen sowie die erhobenen Befunde und machten darauf aufmerksam, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar sei. Weiter bezogen sie ausdrücklich Stellung zu Einschränkungen des Beschwerdeführers und nahmen hierbei besonders Rücksicht auf die beim Unfall verletzten Bereiche.

Ausserdem

steht das von den Ärzten der D.\_\_\_\_ erläuterte Zumutbarkeitsprofil in Übereinstimmung mit den von Dr. A.\_\_\_\_ beschriebenen Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 3.11). So ging auch Dr. A.\_\_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer bestmöglich leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die ärztlichen Beurteilungen durch die Ärzte der D.\_\_\_\_ sowie durch Dr. A.\_\_\_\_ entsprechen

somit den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (vgl. E. 1.9 und E. 1.10 hier vor) vollumfänglich. 4.3

Auf die Beurteilung der Rheumaklinik des M.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2013 über das Arbeitsassessment des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 3.10) kann hingegen nicht abgestellt werden. So wird im Bericht wiederholt auf die ausgeprägte Selbstlimitierung sowie die schlechte Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers hingewiesen und ausgeführt, dass deswegen weder ein allfälliges arbeitsrelevantes Problem habe erhoben werden können noch die ergonomischen Arbeitstechniken des Beschwerdeführers beurteilbar seien. Die Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu lediglich 75 % zumutbar sein soll, vermag die ausführlich und nachvollziehbar begründeten Zumutbarkeitsprofile durch die Ärzte der D.\_\_\_\_ und durch Dr. A.\_\_\_\_ nicht umzustossen. So wurde die Einschätzung im Bericht des M.\_\_\_\_ denn auch als „mindestens“ bezeichnet und bei der angegebenen Selbstlimitierung geht aus dem Bericht nicht klar hervor, ob die Einschränkung auf medizinisch begründeten Beschwerden oder lediglich auf der subjektiven Überzeugung des Beschwerdeführers beruht.

4.4

Zusammenfassend kann zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit auf die überzeugenden, nachvollziehbaren und ausführlich begründeten Einschätzungen der Ärzte der D.\_\_\_\_ und von Dr. A.\_\_\_\_ abgestellt werden. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich aus somatischer Sicht als ausreichend, weshalb entgegen der Einschätzung des Beschwerdeführers

auf weitere Abklärungen, insbesondere auf das Einholen eines orthopädischen Gutachtens, verzichtet werden kann, zumal nicht zu erwarten ist, dass zusätzliche Untersuchungen zu einem anderen Ergebnis führen würden (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 229 E. 5.3, Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2012 vom 29. Mai 2012, E. 4.2). Insbesondere ist ein CRPS nicht ausgewiesen. In psychiatrischer Hinsicht hat die SUVA hingegen keine fachärztlich psychiatrische Beurteilung veranlasst. Diese konnte indes - wie nachfolgend zu zeigen sein wird (E. 5) - unterbleiben, da allfällige (natürlich kausale) psychische Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 20. November 2011 sind.

5.5.1

Erstmals im Rahmen einer Standortbestimmung im Februar 2012 wurde in Bezug auf die Psyche angeführt, der Beschwerdeführer habe festgestellt, dass er seit dem Unfall manchmal aggressiv werde. Er werde dies anlässlich einer Kontrolle im C.\_\_\_\_ erwähnen (

Urk. 15/40 S. 1, Urk. 15/44 S. 2). Den Berichten des C.\_\_\_\_ sind aber in der Folge keine psychischen Beschwerden zu entnehmen (Urk. 15/56, Urk. 15/66, Urk. 15/105), was darauf schliessen lässt, dass sie zumindest bis September 2012 mangels Erheblichkeit nicht mitgeteilt und von den Untersuchern auch nicht wahrgenommen wurden. Im Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2012 wurde indes als Nebendiagnose unter anderem eine Depression genannt (Urk. 15/115). In der Folge wurde im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2013 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver und teilremittierter psychotraumatologischer Symptomatik gestellt (E. 3.7). Den nachfolgenden Berichten sind in psychischer Hinsicht die folgenden Diagnosen zu entnehmen: Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion sowie Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (Arbeitsassessment

M.\_\_\_\_, E. 3.10), massive posttraumatische Belastungsstörung (Hausarzt Dr. N.\_\_\_\_, E. 3.12), Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, Differentialdiagnose: depressive Störung, Differentialdiagnose: Somatisierungsstörung, Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (Dr. P.\_\_\_\_, E. 3.14) sowie posttraumatische Belastungsstörung (wobei in diesem Zusammenhang auch traumatische Erlebnisse im Q.\_\_\_\_ erwähnt wurden) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Dr. R.\_\_\_\_, E. 3.15). Ob eine (natürlich kausale) Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Somatisierungsstörung oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegen, kann offen gelassen werden, da - anders als bei Gesundheitsstörungen mit einem klaren unfallbedingtem Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen ist.

Da im vorliegenden Fall gestützt auf die medizinischen Akten weder eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) noch eine schleudertraumaähnliche Verletzung ausgewiesen ist (vgl. Urk. 15/32 S. 4), hat die Prüfung der Adäquanz nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien zu erfolgen (vgl. vorstehend E.

1.5). 5.2

Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts 8C\_356/2007 vom 1. Juni 2008, E. 6.1). Betreffend den Unfallhergang ist dem Polizeirapport vom 27. Januar 2012 (Urk. 15/54) zu entnehmen, dass der Unfallverursacher infolge unangepasster Geschwindigkeit die Herrschaft über sein Fahrzeug verloren, die Sicherheitslinie überfahren habe und in der Folge frontal mit dem Beschwerdeführer, welcher hinter einem Postauto gefahren sei, kollidiert sei. Der dem Beschwerdeführer nachfolgende Autolenker konnte den kollidierten Fahrzeugen nicht ausweichen (S. 13), konnte zwischen diesen jedoch durchfahren, als sie sich nach der Kollision wieder voneinander lösten (S. 10). An allen Autos entstand Sachschaden (S. 5 f., S. 8). Der Beschwerdeführer trug Verletzungen davon, die weiteren an der Kollision Beteiligten nicht (S. 4, S. 8, S. 10 oben).

Angesichts der Beschreibung des Unfallherganges sowie der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, ist der Beschwerde gegeninfolgend (vgl. Urk.

### **E. 12.3**

) davon auszugehen, dass es sich hier bei um ein Unfallereignis mittlerer Schwere handelt. Denn das Bundesgericht qualifizierte beispielsweise die folgenden Unfälle als mittelschwer, aber nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend: Unfälle, bei welchen das Fahrzeug

mit der versicherten Person bei einem Überholmanöver mit circa 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam; oder bei welchem sich ein Fahrzeug bei einer Geschwindigkeit von circa 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam. Auch beim Fahrer eines Personenwagens, der mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h die Kontrolle über das Fahrzeug verloren hatte, auf den Fahrstreifen für den Gegenverkehr, dann auf das linksseitige Strassenbankett und schliesslich in den Strassengraben abgekommen war, wobei er sich mehrere Male überschlagen hatte, wurde ein mittelschwerer Unfall angenommen, wie auch bei einer Frontalkollision zweier Personenwagen, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 bis 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 bis 80 km/h geschätzt wurde, und bei der Kollision eines Personenwagens bei einer Fahrgeschwindigkeit von circa 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse, mit seitlichem Überschlag und Stillstand auf dem Dach liegend im angrenzenden Wiesland, sowie bei einer Frontalkollision, bei der das unfallverursachende Fahrzeug ungebremst mit etwa 100 km/h in ein mit circa 80 km/h fahrendes, noch ein Abbrems- und Ausweichmanöver einleitenden Personenwagen stiess (Urteil des Bundesgerichts 8C\_617/2010 vom 15. Februar 2011 mit zahlreichen Hinweisen). Demnach kann die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt. Dies ist hier einzig aufgrund der somatischen Aspekte des Gesundheitsschadens zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_23/2014 vom 26. März 2014, E. 7 mit Hinweisen). 5.3

Vorliegend sind weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls ersichtlich. Zu urteilen ist hierbei objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers (Urteil des Bundesgerichts 8C\_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.2 mit Hinweisen).

Da bei ist zu beachten, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Denn die Unfälle, welchen das Bundesgericht eine besondere Eindrücklichkeit zusprach (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_949/2008 vom 4. Mai 2009, E. 4.2.1 mit zahlreichen Hinweisen), zeichnen sich durch eine besondere Eindringlichkeit und Intensität aus. So handelt es sich um Massenkarambolagen auf der Autobahn oder in einem Autobahntunnel, um ein längeres Herschieben durch einen Sattelschlepper oder um ein in der 29. Woche schwangeres Unfallopfer.

Demgegenüber spielte sich der Unfall vom 20. November 2011 nach Lage der Akten weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ab, noch war er besonders eindrücklich. So war sowohl die Polizei als auch die Rettungssanität umgehend an der Unfallstelle und der Beschwerdeführer wurde ins Spital überführt (vgl. Urk. 15/54). Es waren nämlich keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung dieses Kriteriums gestatten würden.

Der Beschwerdeführer erlitt bei der Kollision keine schweren oder besonders gelagerten Verletzungen. Zwar erlitt der Beschwerdeführer Frakturen am linken Arm, an beiden Füßen und an beiden Kniescheiben und litt im Anschluss an den Unfall auch an diesbezüglichen Beschwerden, doch ergaben die nach der

operativen Versorgung durchgeführten Untersuchung keine relevanten Befunde. So erlitt der Beschwerdeführer auch keine

ossären Verletzungen (vorstehend E. 3.2-3.15). Die erlittenen Verletzungen sind erfahrungsgemäss denn auch nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen sind im Rahmen dieses Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C\_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fand nebst der operativen Versorgung sowie einer medikamentösen Schmerzbehandlung eine Rehabilitation mit Physiotherapie in der D. und in der E. statt, und es konnte bald von grossen Fortschritten berichtet werden (vgl. vorstehend E. 3.4). Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht.

Auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann zumindest nicht als besonders ausgeprägt

erfüllt erachtet werden. Obwohl der Beschwerdeführer durchwegs über einschränkende Fussbeschwerden klagte, wurden im Februar 2013 konsolidierte Frakturen festgehalten, welche durch bildgebende Abklärungen bestätigt wurden (vgl. vorstehend E. 3.8). Zudem sind die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht durchwegs durch ärztlich festgestellte Befunde hinreichend erklärbar. Vielmehr wurden zwischenzeitlich unter anderem auch eine Somatisierungsstörung beziehungsweise eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert.

Es ist demnach von gewissen körperlichen Dauerschmerzen auszugehen; das entsprechende Kriterium wird indes nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer jederzeit adäquat behandelt, an jeweilige Spezialisten überwiesen und umfassend medizinisch betreut. Auch der Heilungsverlauf war gut und komplikationslos.

Zum Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer seit Februar 2013

eine Tätigkeit

gemäss dem im Austrittsbericht der D. (vgl. vorstehend E. 3.7) sowie von Dr. A. (vgl. vorstehend E. 3.11) umschriebenen

Zumutbarkeitsprofil ganztägig zumutbar ist. Somit sind der Grad sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht dermassen hoch, als das Kriterium als erfüllt zu betrachten wäre.

5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass lediglich eines der gemäss Rechtsprechung massgeblichen Kriterien erfüllt ist, jedoch nicht besonders ausgeprägt, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 20. November 2011 und den geklagten psychischen Beschwerden

zu verneinen ist. Eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin dafür ist folglich zu verneinen, weshalb auch

auf weitere psychiatrische Abklärungen  
verzichtet werden kann. 6.

#### **E. 14**

S. 5 Ziff.

#### **E. 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 Lohnneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleich mässig 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 gegenüber zustellen, 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.

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