

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00298

## vom 20. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00298](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00298)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00298 du 20 mai 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00298 del 20 maggio 2020

### Erwägungen

#### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1958, gelernter Koch, arbeitete einerseits seit August 2011 als Hauswart des

Y.\_\_\_\_

im Dienste der Baudirektion des Kantons Zürich zu einem Pensum von 40 % ( Urk. 11/70), andererseits seit Oktober 2010 unregel mässig im Stundenlohn als Bauhilfsarbeiter bei Z.\_\_\_\_ und war in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert ( Urk. 11/4) . Bei Rückbauarbeiten eines Dachstocks am 29. Juni 2012 fiel eine Backsteinmauer auf den Versicherten, wobei er sich zahlreiche Frakturen an Becken, Schädel und linkem Bein sowie Prellungen an Thorax und den Extremitäten zuzog. In der erstversorgenden Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspital s

A.\_\_\_\_

wurde gleich en tags ein gelenksüberbrückender Fixateur extern des oberen Sprunggelenkes (OSG) links angebracht und es erfolgte die Wundversorgung des Unterschenkels rechts sowie der Rissquetschwunden im Gesicht ( Urk. 11/41) . Ferner wurde am 6. Juli 2012 die Unterschenkelfraktur links, die Hoffa-Fraktur am linken Knie sowie das Becken trauma operativ mittels Osteosynthese versorgt ( Urk. 11/42). Nach Austritt aus dem A.\_\_\_\_ am 18. Juli 2012 (Austrittsbericht vom 20. Juli 2012, Urk. 11/32) hielt sich X.\_\_\_\_ zur weiteren Rehabilitation bis am 28. September 2012 in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ auf (Austrittsbericht vom 2. Oktober 2012, Urk. 11/66) , wo des geklagten Schwindels auch eine neurologische Abklärung veranlasst wurde (Neurologisches Konsilium von med. pract . C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 9. August 2012, Urk. 11/67). Am 15. Januar 2013 nahm der Versicherte seine Arbeit im Y.\_\_\_\_ versuchsweise wieder auf, ab 1. März 2013 zu einem angerechneten Pensum von 20 % ( Urk. 11/107, Urk. 11/117, Urk. 11/138 ). Als Bauhilfsarbeiter der Abbruchfirma verblieb er vollständig arbeitsunfähig. Ausserdem musste der Versicherte sich unfallfremd im Februar 2013 der operativen Entfernung eines Blasentumor rezidivs

( Urk. 11/142) und im März 2013 im Stadtpital D.\_\_\_\_

der Entfernung von Basalzellpapillome unterziehen ( Urk. 11/120) . Zur Standortbestimmung fand am 14. Juni 2013 eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, statt ( Urk. 11/165), welche zur Unterstützung der Eingliederungsbemühungen eine arbeitsorientierte Rehabilitation mit Abklärung beruflicher Massnahmen in B.\_\_\_\_ anregte. Ferner zog der Versicherte wegen kognitiven Beschwerden,

wie Vergesslichkeit und verminderte Konzentration, den Neurologen Dr. med. F.\_\_\_\_ bei, der aufgrund seiner Konsiliaruntersuchung vom 28. Juni 2013 eine neuropsychologische Untersuchung empfahl (Bericht vom 2. Juli 2013, Urk. 11/169). Die verhaltensneurologische Abklärung fand am 16. August 2013 bei Prof. Dr. phil. G.\_\_\_\_, Neuropsychologin, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, statt (Bericht vom 19. September 2013, Urk. 11/185). Während des vom

## **E. 2**

Mit Schreiben vom 2. September 2014 zeigte die Suva dem Versicherten an, dass sie die vorübergehenden Leistungen per Ende September 2014 einstellen und die Leistungen für Erwerbsunfähigkeit und Integritätsschaden prüfen werde (Urk.

11/374). Sie holte Einkünfte bei den ehemaligen Arbeitgebern ein und klärte die erwerblichen Verhältnisse ab (Urk. 11/380, Urk. 11/385, Urk. 11/392 f.). Am 24. Oktober 2014 schätzte Kreisarzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, den Integritätsschaden (Urk. 11/398). Mit der anlässlich der Besprechung vom 6. November 2014 vorgeschlagenen

Dauerleistung (Urk. 11/404) erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und machte unter anderem geltend, weiterhin unter Lagerungsschwindel zu leiden (Urk. 11/403). Dr. K.\_\_\_\_ erachtete weitere Abklärungen zur Kausalität dieser Beschwerden für notwendig (Urk. 11/405), weshalb am 15. Januar 2015 er neute bei Dr. H.\_\_\_\_ eine neuropsychologische Standortbestimmung durchgeführt wurde (Urk. 11/419), am 3. Februar 2015 eine Magnetresonanztomographie (MRI) (Urk. 11/431) und am 12. März 2015 bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Neurologie FMH, neuropsychologische Abklärungen stattfanden (Bericht vom 28. April 2015, Urk. 11/433). Nach Einsicht der Abteilung Versicherungsmedizin in diese Akten (Urk. 11/453) leitete die Suva unter Mitwirkung des Versicherten eine interdisziplinäre Begutachtung der Fachrichtungen Neuropsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie in die Wege (Urk. 11/465 ff.). Zum Gutachten vom 26. Juni 2017 (Eingangsdatum; Urk. 11/509) nahm der Versicherte am 14. November 2017 Stellung, beantragte unter Fortsetzung der Taggeldzahlungen weitere Abklärungen, insbesondere eine otoneurologische Untersuchung, (Urk. 11/525 S. 1 ff.) und reichte eine Beurteilung des Gutachtens von Dr. F.\_\_\_\_

vom 24. Oktober 2017 (Urk. 11/525 S.

12 ff.) ein. Mit Verfügung vom 19. Januar 2018 sprach die Suva X.\_\_\_\_ mit Wirkung ab 1. Oktober 2014 eine Rente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 17% und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Einbusse von 17,5% zu (Urk. 11/536). Mit Einsprache vom 19. Februar 2018 (Urk. 11/542), ergänzt am 26. März 2018 (Urk. 11/545), beantragte der Versicherte, es sei ihm eine höhere Rente und Integritätsentschädigung zuzusprechen. Nachdem sie von ihrem Versicherungsmediziner Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, eine aktenbasierte Beurteilung eingeholt hatte (Urk. 11/552), wies die Suva die Einsprache mit Entscheidung vom 14. November 2018 ab (Urk. 2).

### **E. 2.1**

Gemäss Art.

### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 blosse 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).

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. 2.3**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

### **E. 2.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

## **E. 2.5**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE

135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 3.

Strittig und zu prüfen ist vorab, welche vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Gesundheitsprobleme (Vergesslichkeit, Gefühllosigkeit der rechten Gesichtshälfte, Abnahme der Sehstärke, Schmerzen an Hüfte, am Knie links, an der Lendenwirbelsäule und am Fussriss links, Gangunsicherheit, Gleichgewichtsprobleme etc.; vgl. Urk. 1 S. 5 f.), insbesondere kognitiver Art, auf den Unfall vom 29. Juni 2012 zurückzuführen sind und gegebenenfalls mit welchen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. 4. 4.1

Im Austrittsbericht des A. \_\_\_ vom 20. Juli 2012 (Urk. 11/32) wurden folgende Diagnosen aufgeführt: 1. Beckentrauma - LC II-Fraktur rechts - Untere und obere Schambeinastfraktur links - Fraktur Massa lateralis

rechts - Fraktur Crista

iliaca rechts 2. Stumpfes Thoraxtrauma - Schürfprellmarken über gesamten Thorax ventral 3. Leichtes Schädelhirntrauma - Fraktur der lateralen und anterioren Wand des Sinus maxillaris rechts - Fraktur des Os zygomaticum rechts - Fraktur des Orbitabodens rechts - Fraktur der Spina nasalis

anterior - Rissquetschwunde (RQW) palpebral rechts und mental 4. Extremitätentrauma - Pilon

tibiale -Fraktur links - Hoffa-Fraktur linkes Knie (nicht dislozierte Fraktur lateraler Condylus) - Weichteilkontusion Knie links und Unterarm links - 2 RQWs Unterschenkel rechts

Bei Eintritt sei der Beschwerdeführer in ordentlichem Allgemeinzustand, wach und allseits orientiert gewesen. Als weitere Befunde wurden aufgeführt: Glasgow Coma Score (GCS) 15, Pupillen isokor mit prompter symmetrischer direkter/indirekter Lichtreaktion, Okulomotorik intakt, kein Hinweis auf Hirnnerven ausfälle. Die Computertomographien (CT) des Neurocranium am 29. Juni und 2. Juli 2012 zeigten die bekannten Frakturen; eine intrakranielle Blutung war nicht erkennbar. 4.2

Dr. F.\_\_\_\_ erhob anlässlich seiner Konsiliaruntersuchung vom 28. Juni 2013 (Bericht vom 2. Juli 2013, Urk. 11/169) folgenden neurologischen Befund: die Sensibilität im Bereich des antero medialen distalen Unterschenkels werde nicht wahrgenommen. Darüber hinaus bestehe eine leichte Schwäche für die Kraft der Innenrotation am linken Fuss sowie für die Extension. Schliesslich bestünden Missempfindungen und Sensibilitätsverminderung im Trigeminus I rechts und supra orbitalis. Er diagnostizierte bei Status nach Polytrauma vom 29. Juni 2012 eine Commotio cerebri mit residuellen Beschwerden im Bereich des linken Sprunggelenks, neuropsychologische Störungen mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörung sowie Missempfindungen im Trigeminus I rechts (ohne Kornealreflex) und N. supraorbitalis bei Status nach Frakturen. 4.3

Die von Dr. F.\_\_\_\_ veranlasste neuropsychologische Untersuchung bei Dr. H.\_\_\_\_ und Prof. Dr. G.\_\_\_\_ am 16. August 2013 (Bericht vom 19. September 2013, Urk. 11/185) zeigte eine anterograde sprachlich-betonte Gedächtnisschwäche sowie sprachlich-betonte Schwierigkeiten im Konzeptdenken. Im Weiteren fiel eine depressiv-gereizte Stimmungslage auf. Eine direkte Unfallkausalität als Ursache dieser Befunde - so Dr. H.\_\_\_\_ und Prof. Dr. G.\_\_\_\_ - sei nicht wahrscheinlich, da per Definition neuropsychologische Symptome nach einer Commotio cerebri nicht persistieren würden. Die sprachbetonten, d.h. links hemisphärischen Funktionsschwächen korrelierten hingegen gut mit einer depressiven Symptomatik, die klinisch zweifellos vorliege. Es sei somit anzunehmen, dass die Gedächtnisschwäche hauptsächlich stimmungs- und schmerzverbunden resp. stressinduziert sei.

Anlässlich der zweiten am 15. Januar 2015 durchgeführten verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 11/419 S. 2 f.) beurteilte Dr. H.\_\_\_\_ die Befunde beim als depressiv limitiert bezeichneten Beschwerdeführer als sprachlich betonte anterograde

amnestische Störung, ein eingeschränktes sprachliches konzeptuelles Denken und Umstellen, eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsbelastbarkeit sowie eine verminderte Fehlerkontrolle. Im Vergleich zur Voruntersuchung (8/2013) seien die aktuellen Befunde deutlich verschlechtert, wobei die Hypofunktion der sprachdominanten linken Hemisphäre gut mit der bereits anlässlich der Voruntersuchung ausgeprägten depressiven Symptomatik bei posttraumatischer psychischer Fehlverarbeitung, die die fehlende Erholung im Verlauf erkläre, korreliere. Unfallbedingte strukturelle Läsionen, die Einfluss auf die kognitiven Symptome nehmen würden, hätten anlässlich einer früheren Bildgebung nicht festgestellt werden können. Eine durch das Unfallereignis bedingte Einschränkung der geistigen Integrität lasse sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ableiten. 4.4

Am 3. Februar 2015 erfolgte ein natives und kontrastverstärktes triplanares MRI des Schädels. Die Befunde wurden beurteilt als zwei kleine Hämosiderinablagerungen (alte Mikroblutungen) im pontomesencephalen Übergang paramedian rechts und juxtakortikal occipitopolar rechts und von der beurteilenden Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ überwiegend wahrscheinlich auf das Trauma zurückgeführt (Urk. 11/431). 4.5

Wegen einer Augenlidsenkung rechts, Schmerzen an der linken unteren Extremität sowie Gleichgewichtsstörungen wurde der Beschwerdeführer an Dr. L.\_\_\_\_

überwiesen, welche in Kenntnis der MRI-Befunde vom 3. Februar 2015 (E. 4.4) über ihre Untersuchungen vom 12. März 2015 am 28. April 2015 berichtet

(Urk. 11/433). Ihre klinischen Befunde sowie die

elektroneuromyographischen Untersuchungsbefunde beurteilte sie wie folgt: Es würde n anamnestisch einerseits kognitive Einschränkungen, welche unter Zusammenschau der vorliegenden Befunde ein vorwiegend posttraumatisches reaktives Hintergrund hätten, persistieren. Bei geringgradig ausgeprägter vaskulärer Leukenzephalopathie spiele dieser Faktor eine eher untergeordnete Rolle. Zum anderen leide der Beschwerdeführer immer noch unter belastungsabhängigen linksseitigen Fuss- und Bein schmerzen. Die Schmerzen hätten ihren Ursprung im linken Fuss und würden mit zunehmender Belastung zunehmen und sich über den Unterschenkel, ventro medial und ventrolateral, weiter über den Oberschenkel ausbreiten und den Beckenknochen erreichen. Eine neurogene Ursache, im Einzelnen eine lumbale radikuläre Läsion, eine Läsion des Nervus

Ischiadicus, eine Peroneus-Läsion oder ein Tarsaltunnensyndrom sowie schliesslich eine Polyneuropathie liessen sich nicht nachweisen. Eine isolierte ASR-Abschwächung links, ohne eine assoziierte Parese oder neurogene Veränderungen in der EMG-Untersuchung, lasse sich ätiologisch nicht sicher verwerten, ätiologisch käme eine stattgehabte radikuläre Kompression oder lokale Ursachen in Betracht (Achillessehne, OSG). 4.6

Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 27. Juni 2016 durch lic. phil. O.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, (Teilgutachten vom 4. Juli 2016, Urk. 11/512) am 31. August 2016 durch Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, (Teilgutachten vom 19. September 2016, Urk. 11/513) und am 29. November 2016 durch Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, (Teilgutachten vom 29. Dezember 2016, Urk. 11/511) untersucht. Laut der unter der Federführung des Neurologen formulierten interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zu folgenden Schlüssen (Urk. 11/509 S. 2 ff.):

In psychiatrischer Hinsicht liege keine Erkrankung vor. Es könne einzig der Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung geäussert werden, welche jedoch remittiert sei. Zudem beständen akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche nicht den Grad einer Persönlichkeitsstörung erreichten. Aus psychiatrischer Sicht lägen weder eine Einbusse der Integrität noch Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor.

Die neuropsychologische Untersuchung habe die Diagnose einer Entwicklungsstörung der Sprache (F80.9) mit/bei leichten bis mittelschweren Beeinträchtigungen von höheren sprachassoziierten Leistungen ergeben. Aus rein neuropsychologischer Sicht liessen sich keine unfallbedingten Einschränkungen postulieren, somit sei aus rein neuropsychologischer Sicht auch keine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder eine unfallbedingte Integritätsentschädigung ableitbar. Die nicht unfallbedingten kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen führten aus neuropsychologischer Sicht zu einer Beeinträchtigung der qualitativen und quantitativen (im Sinne der erbachten Arbeitsmengen in einer bestimmten Zeit) Leistungsfähigkeit in den bisherigen, praktisch ausgerichteten Hilfstätigkeiten auf dem Bau in eher geringem Ausmass. Die diesbezügliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit werde auf 10 % geschätzt. Eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit in der bisherigen Tätigkeit lasse sich aus rein neuropsychologischer Sicht nicht ableiten. Für den Beschwerdeführer seien in erster Linie praktisch ausgerichtete

Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an höhere Sprachleistungen geeignet.

Der neurologische Gutachter erhob die unfallbedingten Diagnosen (1) Läsion des N. ophthalmicus und partielle Läsion des N. maxillaris nach Gesichtsschädel- und Weichteilverletzungen rechts, (2) partielle Läsion einzelner Hautäste des N. peroneus communis / N. peroneus

superficialis links, (3) Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma am 29. Juni 2012. Hinsichtlich der Diagnose 1 schätzte er den unfallbedingten Integritätsschaden auf 10 % ein. Hinsichtlich der Diagnose 2 führte der Gutachter aus, aufgrund der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer bereits ein Integritätsschaden von 7,5 % wegen der Sprunggelenksverletzung zugesprochen worden sei, sei aus neurologischer Sicht auch angesichts der Geringfügigkeit der Störung kein zusätzlicher Integritätsschaden zumessen. Unzweifelhaft habe der Beschwerdeführer am 29. Juni 2012 ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, das initial als leicht klassifiziert worden sei. Gemäss neuro radiologischer Beurteilung fänden sich zwei kleine Hämosiderinablagerungen im Gehirn, welche auf das besagte Unfallereignis bezogen worden seien. Damit müsse man mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns durch das Unfallereignis ausgehen. Allerdings liessen Lage und Grösse der kleinen Läsionen nicht annehmen, dass sie eine besondere klinische Relevanz hätten. Auch liessen sich die vom Beschwerdeführer angegebenen neuropsychologischen Einschränkungen bei der aktuellen Exploration und Untersuchung klinisch nicht fassen.

In der integrativen Gesamtbeurteilung wurde, teils zu den einzelnen Fragen, ausgeführt, die vom Beschwerdeführer geklagten subjektiven kognitiven Einschränkungen seien als im Vordergrund stehend zu bewerten. Die geschilderten Nervenverletzungen im Bereich der rechten Gesichtseite und des linken Beines hätten keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Folge. Dies gälte sowohl im Hinblick auf seine frühere Tätigkeit als auch eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet hätten keine relevanten unfallbedingten Störungen erfasst werden können. 4.7

Dieser Beurteilung liess der Beschwerdeführer durch die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2017 widersprechen (Urk. 11/525 S. 12 ff.). Zusammenfassend führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, die zweite neuropsychologische Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_

sei vor den bildgebenden Befunden vom 3. Februar 2015, wo zwei kleine, auf den Unfall zurückzuführende Hämosiderin-Ablagerungen erkannt worden seien, abgegeben worden. Zum eklatant diskrepanten neuropsychologischen Gutachten müsse Dr. H.\_\_\_\_ Stellung nehmen. Er sei mit der Beurteilung von Dr. P.\_\_\_\_ nicht einverstanden, wonach es auch Hirnkontusionsverletzungen gebe, die sich zwar radiologisch nachweisen liessen, aber nicht zu einer initialen längeren Bewusstseinsstörung führen würden. Der Neurologe habe die beim Beschwerdeführer aufgetretene Amnesie nicht ausreichend gewürdigt. Ferner seien bei Lokalisation im Hirnstamm auch kleine Blutungen relevant, angesichts der neuronalen Dichte in diesem kleinen Gebiet, mit der höheren Wahrscheinlichkeit der ischämischen Schädigung der Umgebung durch vasculäre Mikroläsionen. Entgegen dem Gutachter, habe er (Dr. F.\_\_\_\_) sowohl anlässlich der aktuellen (3. Oktober 201

**E. 3**

Es sei dem Beschwerdeführer ein unentgeltlicher Rechtsbeistand für das Beschwerdeverfahren beizuordnen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.»

Ergänzend liess der Beschwerdeführer am 11. Januar 2019 (Urk. 6) eine Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_ vom 10. Dezember 2018 zur Aktenbeurteilung von Dr. M. \_\_\_ nachreichen (Urk. 7). Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2019 eine Schlechterstellung insoweit, als der Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2014 auf 0 % festzusetzen und die Beschwerde im Übrigen abzuweisen sei; eventuell sei sie gänzlich abzuweisen und der Einspracheentscheid zu bestätigen (Urk. 10). Am 25. Februar 2019 legte der Beschwerdeführer seine wirtschaftlichen Verhältnisse dar (Urk. 14) und reichte entsprechende Belege ein (Urk. 15/1-24). Im Zuge des angeordneten zweiten Schriftenwechsels (Urk. 16) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Replik vom 5. April 2019 [Urk. 17] und Duplik vom 10. Mai 2019 [Urk. 20]). Am 10. Mai 2019 (Urk. 21) legte der Beschwerdeführer den radiologischen Befund der MRI-Untersuchung des Schädels vom 28. August 2012 der Neuroradiologie des A. \_\_\_ auf (Urk. 22), welcher der Beschwerdegegnerin am 17. Mai 2019 nachgereicht und damit der Schriftenwechsel unter Zustellung der Duplik an den Beschwerdeführer geschlossen wurde (Urk. 23).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die aufgelegten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen Bezug genommen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Nach Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG werden jedoch Invalidenrenten und Komplementärrenten nach Art. 20 UVG nach dem neuen Recht (Art. 20 Abs. 2 ter UVG) gekürzt, wenn der Bezüger einer solchen Rente das ordentliche Rentenalter zwölf Jahre oder mehr nach dem Inkrafttreten der vorliegenden Änderung erreicht. Erreicht der Rentenbezüger das ordentliche Rentenalter weniger als acht Jahre nach dem Inkrafttreten, wird die Rente nicht gekürzt. Renten von Rentenbezügern, die das ordentliche Rentenalter acht oder mehr Jahre, aber weniger als zwölf Jahre nach Inkrafttreten der vorliegenden Änderung erreichen, werden für jedes weitere, dem achten Jahr folgende ganze Jahr um einen Fünftel des Kürzungsbetrages nach dem neuen Recht gekürzt (vgl. auch Art. 147b Abs. 1 UVV). Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG gilt auch für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung ereignet haben, für die die Rente aber erst danach zu laufen beginnt (Art. 147b Abs. 2 UVV).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 29. Juni 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 2.

#### **E. 6**

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt ( Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen ( Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Ver unfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden ( Abs. 3).

#### **E. 7**

) wie auch schon der ersten Untersuchung am 28. Juni 2013 eine motorische Störung im Sinne einer Parese vor allem für Eversion des linken Fusses festgestellt, was eine Integritätsentschädigung von bis zu 10 % rechtfertigt. Hinsichtlich des Schwindels sei eine vollständige otoneurologische Untersuchung notwendig. Zusätzlich sei eine optalmologische Untersuchung mit Gesichtsfeldmessung zu veranlassen mit der Frage nach einer inferioren Quadrantenanopsie links (entsprechend der Läsion im Cuneus rechts). 4.8

Im Rahmen des Einspracheverfahrens nahm Dr. M.\_\_\_\_ zu diesen Einwänden Stellung ( Urk. 11/552). Er führte in seiner neurologischen Beurteilung vom 5. November 2018 aus, Dr. F.\_\_\_\_ erkläre nicht, warum der Beschwerdeführer eine Hypofunktion der sprachdominanten linken Hemisphäre bei dem Unfall ereignis erlitten haben sollte, was nun wiederum eine sekundäre Verschlechterung der neuropsychologischen Leistungen begründen könnte. Grundsätzlich sei anzumerken, dass der Beschwerdeführer als Rechtshänder am ehesten (wie auch Dr. H.\_\_\_\_ annehme) die sprachassoziierten Zentren im Bereich der linken Hemisphäre aufweise, nämlich parietal links mit den bekannten Sprachzentren (Wernicke/ Brocca ). In diesen Arealen sei hingegen gar keine strukturelle Verletzung nachgewiesen worden. Die am ehesten unfallkausal zu attribuieren den Mikroblutungen seien am pontomesenzephalen Übergang rechts sowie im Bereich okzipitopolar rechts. Diese Läsionen seien nach dem heutigen Kenntnisstand der Neurowissenschaften kaum geeignet, überhaupt eine relevante Funktionsstörung hervorzurufen, geschweige denn, eine sprachliche Beeinträchtigung zu verursachen. Dies aufgrund der nicht erklärenden Lage sowie der äusserst geringen Ausprägung dieser Mikroblutung. Das Ausmass einer Netzwerkstörung werde durch diese beiden noch dazu weit voneinander entfernt liegenden kleinsten Blutungen nicht erreicht ( Urk. 11/552 S. 10). Zum Aspekt der posttraumatischen Amnesie führte Dr. M.\_\_\_\_ aus, die Erfassung einer posttraumatischen Verwirrtheit, Desorientierung oder längerer Bewusstlosigkeit (welche beim Bewertungsschema des Glasgow Coma Score [= GCS] erhoben würden) ergäben mögliche Hinweise auf eine strukturelle Hirnverletzung, welche dann bildgebend entweder im CCT oder MRI des Kopfes nachgewiesen werden müssten. Keinesfalls jedoch komme einer Erhebung der Amnesie quasi ein Wert an sich in der Langzeitbeurteilung des Verlaufes nach Schädelhirntraumata zu. Diese Auffassung widerspiegle sich auch in der Leitlinie zur Beurteilung von gedeckten Schädelhirntraumata der AWMF wieder ( S. 11). Die geklagten Schwindelbeschwerden, welche anlässlich der initialen Rehabilitationsbehandlung als benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel mit den klinischen Zeichen eines Drehschwindels, auslösbaren Nystagmen usw. beurteilt worden seien, würden wohl bestanden haben. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung habe Dr. P.\_\_\_\_ umfänglich

die diesbezüglichen und beweisenden Lage- und Lagerungsproben durchgeführt, welche keinerlei Zeichen einer persistierenden vestibulären Störung oder Canalolithiasis oder eines zentral vestibulären Schwindels mit vertikalen Nystagmen aufgezeigt hätten. Eine neuerliche otoneurologische Untersuchung würde hier keine weiteren Aspekte bezüglich einer Unfallkausalität von subjektiv wahrgenommenen Schwindelsensationen aufdecken können. Die oben beschriebenen Mikroblutungen seien jedenfalls nicht geeignet, über Jahre anhaltende und klinisch heute noch relevante Schwindelbeschwerden (bei Fehlen typischer klinischer Zeichen, wie beispielsweise Nystagmus) zu begründen (S. 12). Wenn der neuropsychologische Gutachter die sprachlichen Beeinträchtigungen als nicht unfallkausal beurteilt, sondern als vor bestehendes Entwicklungsproblem klassifiziert habe, trotz angeblich bislang nie aufgefallenen Minderleistungen in der Schul- und Berufstätigkeit, so sei festzuhalten, dass eine differenzierte, sprachorientierte, neuropsychologische Testung beim Beschwerdeführer niemals zuvor durchgeführt worden sei. Es bestünde daher die Möglichkeit, dass schlechte oder mittelmässige Leistungen in sprachlichen Fächern durch praktische Fähigkeiten oder in naturwissenschaftlichen Fächern ausgeglichen worden seien. Ferner spreche die über viele Jahre ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Vorarbeiter und Arbeiter im Abbruchgeschäft diesem Aspekt überhaupt nicht entgegen. Schliesslich habe sich eine strukturelle Verletzung der linken Hemisphäre nicht nachweisen lassen. Daher überzeuge der Einwand, die Symptome der sprachassoziierten Minderleistungen seien erstmals mit 54 Jahren aufgetreten, nicht. Hingegen seien gerade die Ausführungen von Dr. O.\_\_\_\_ zu diesem Aspekt überzeugend, wonach der grosse Kontrast zwischen den nichtsprachlich orientierten neuropsychologischen Leistungen und den sprachlich orientierten Leistungen erheblich sei und vom Muster her nicht auf eine isolierte unfallbedingte Läsion bei Abwesenheit einer sogenannten aphasischen Störung (diese dann durch eine direkte oder indirekte Schädigung der links cerebralen Sprachzentren, was ja hier nicht vorliege) hinweise (S. 12 f.). Zu den Einwendungen von Dr. F.\_\_\_\_ bezüglich der Residualbeschwerden im Bereich der linken unteren Extremität sei auf die kreisärztlichen Berichte (vgl. nachfolgend E. 6.) zu verweisen, wo genau auf die residualen Einschränkungen einschliesslich der Minderbeweglichkeit eingegangen worden sei. Im Übrigen seien die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ diesbezüglich fachfremd (S. 13). Zusammenfassend kam Dr. M.\_\_\_\_ zum Schluss, dass auf die gutachterlichen Beurteilungen vollumfänglich abgestellt werden könne. 4.9

Diesen Ausführungen liess der Beschwerdeführer durch die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 (Urk. 7) folgendes entgegen: Der Amnesie komme in der Beurteilung von MTBI (Mild Traumatic Brain Injuries) und TBI gegenüber der Bewusstlosigkeit Stellenwert zu, was seinen Niederschlag in aktuellen Publikationen finde. Die dort vertretene Hypothese sei, dass ein funktioneller Unterbruch im inneren Netzwerk des Gehirns stattfinden würde. Die untersuchten Patienten mit posttraumatischer Amnesie zeigten Störungen der Informationsverarbeitung hinsichtlich Geschwindigkeit und im räumlichen Gedächtnis, aber auch abnormale funktionale Verbindungen zwischen Gyrus parahippocampalis und dem hinteren Cingulum Cortex. Die Hypofunktion der sprachdominanten linken Hemisphäre sei eine Schlussfolgerung der neuropsychologischen Untersuchung von Dr. H.\_\_\_\_. Trotz des grossen Fortschritts der Bildgebung könnten auch heute noch nicht die morphologischen bildgebenden Korrelate für die neuropsychologischen Befunde klar abgebildet werden. Bei den Mikroblutungen im Pons handle es sich nicht um zwei winzige Pünktchen, sondern um (eine) diffuse axonale

Verletzung, welche über die Verletzungsregion hinausgehe. Mit den bildgebenden Methoden könnten die Läsionen nicht oder (nur) zum Teil sichtbar gemacht werden. Aus der Grösse könne keine klare Aussage über die Störung im Netzwerk gemacht werden. Klinisch habe der Beschwerdeführer Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Die Amnesie zu erfragen sei unabdingbarer Bestandteil der neurologischen Untersuchung. Ohne solche Erhebungen sei die Beurteilung nicht brauchbar. Die Schwindelbeschwerden seien nicht genügend abgeklärt, da der aktenkundige Bericht von Dr. R.\_\_\_\_

(NHO-Arzt) unvollständig sei. Es sei eine otoneurologische Untersuchung und korrekte Zuordnung des Schwindels notwendig. Das sprachliche Defizit sei angesichts der differenzierten Sprache und des beruflichen Werdeganges des Beschwerdeführers zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von untergeordneter Bedeutung. Auf die relevanten motorischen Funktionen werde im Neurostatus von Dr. P.\_\_\_\_ nicht eingegangen. Der gestörte Gang vom linken Fuss sei auch in früheren Akten dokumentiert worden. 5. 5.1

Der beim Gutachten mitwirkende Neuropsychologe begründete einlässlich, weshalb er die Befunde von leichten bis mittelschweren Beeinträchtigungen von höheren sprachassoziierten Leistungen als vorbestehend und nicht als Folge des Unfalles vom Juni 2012 oder um Begleiterscheinungen einer Depression betrachtete (Urk. 11/512 S. 11 ff.). Darauf deute einerseits die Art der sprachassoziierten Einschränkungen hin: Beim Wortschatz, beim allgemeinen semantischen Weltwissen und beim sprachassoziierten Denken handle es sich um im Lebensverlauf erworbene Fertigkeiten, welche gegenüber einer später erworbenen Hirnverletzung sehr robust seien, wenn es nicht gerade zu einer Sprachstörung in Form einer Aphasie gekommen sei. Eine solche sei beim Beschwerdeführer nicht vorhanden. Andererseits habe der Beschwerdeführer bei den zur Verfügung stehenden Informationen keine Hirnverletzung erlitten, welche seine kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen erklären könnten. Die anlässlich der MRI-Untersuchung vom 3. Februar 2015 beschriebene kleine alte Mikroblutung von 2,6mm Grösse im pontomesencephalen Übergang paramedian rechts sowie die punktförmige alte Mikroblutung occipitopolar im Cuneus seien aufgrund deren Lage und Grösse nicht geeignet, die kognitiven Funktionsstörungen erklären zu können. Bei sprachassoziierten Beeinträchtigungen wäre eine linksseitige Hirnverletzung in der sprachdominanten Hemisphäre zu erwarten, die beschriebenen Verletzungen seien aber beide rechtshemisphärisch. Zudem wäre weder bei der Verletzung im pontomesencephalen Übergang noch im Cuneus rechts mit einer Beeinträchtigung von höheren Funktionen zu rechnen.

Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und konkludent. Sowohl der gutachterliche Neurologe wie auch der Versicherungsmediziner Dr. M.\_\_\_\_

(E. 4.8) konnten sich aus neurologischer Sicht dieser Beurteilung mit eigenen, überzeugenden Argumenten anschliessen. Ferner konnte auch die Neurologin Dr. L.\_\_\_\_ die kognitiven Einschränkungen keiner organischen Unfallfolge zuordnen, sondern vermutete vorwiegend einen posttraumatisch-reaktiven Hintergrund (vgl. E. 4.5). Die von Dr. H.\_\_\_\_ erhobenen verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Untersuchungen stehen zu dieser Beurteilung keinesfalls in eklatantem Widerspruch (E. 4.3). Sie schildert ein ähnliches Befundmuster, nach Feststellung des neuropsychologischen Gutachters in etwas stärkerem Ausmass, wobei ihm mangels spezifischer Angaben kein genauer Vergleich möglich war (Urk. 11/512 S. 12). Dass Dr. H.\_\_\_\_ ihre Befunde vorwiegend auf die damals von ihr festgestellten klinischen Zeichen einer Depression zurückführte, ist ohne Belang.

Dies umso weniger ,

als nach Beurteilung des psychiatrischen Gutachters die depressive Symptomatik im Zeitpunkt seiner Exploration nicht mehr zu erheben war ( Urk. 11/511 ), weshalb offen

bleiben kann , ob die depressive Störung dannzumal den Unfallfolgen oder den psychosozialen Umständen (Zukunftsängste, Krebserkrankung seines Sohnes , etc. ) zuzuordnen war. Jedenfalls schloss Dr. H.\_\_\_\_ einen direkten Zusammenhang der von ihr erhobenen Befunde zum erlittenen leichten Schädel-Hirn-Trauma am 29. Juni 2012 ebenfalls aus (vgl. E. 4.3) . Dass die vorwiegend sprachassoziierten Leistungsbeeinträchtigungen angeblich weder im schulischen noch im beruflichen Alltag symptomatisch waren, mag sein, hieraus drängt sich jedoch die Annahme einer Unfallkausalität keinesfalls auf. Dies lässt sich ohne Weiteres mit den vom Beschwerdeführer bislang ausgeübten Tätigkeiten in Einklang bringen, zumal aus der Entwicklungsstörung gemäss gutachterlicher Sicht lediglich eine 10%ige Leistungseinbusse resultiert. Hierzu kann im Übrigen auf die schlüssigen Ausführungen von Dr. M.\_\_\_\_ (E. 4.8 ) verwiesen werden. Ausserdem scheint auch Dr. F.\_\_\_\_ den Symptomen wenig Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei zumessen (vgl. E. 4.9 ). Soweit er aufgrund der behaupteten retrograden Amnesie auf ein

folgenträchtiges Schädel-Hirn-Trauma schliessen lassen will, ist auf seine widersprüchlichen Aussagen hinzuweisen. Anlässlich seines ersten Konsiliums am 28. Juni 2013 ( Urk. 11/169) führte er nach genauer Befragung bezüglich Amnesie aus, dass wegen der erfolgten Narkosen die reine Zeit der Amnesie nach dem Unfallereignis nicht mit Sicherheit bestimmt werden könne (S. 2). Von der Diagnose einer Commotio Cerebrum wich Dr. F.\_\_\_\_

jedenfalls nicht ab. Hinsichtlich seiner gestützt auf die neuere Literatur vorgebrachten Vermutungen zur Bedeutung der Amnesie für Störungen in der Informationsverarbeitung und im räumlichen Gedächtnis kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden ( Urk. ).

### **E. 7.1**

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ( Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 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. ).

### **E. 7.2**

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (RKUV 1993 NR. U

168 S. 97). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn auszugehen ist, den die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S.

224).

### **E. 7.3**

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V

592 E. 2.3 mit Hinweis). Die DAP ist eine Sammlung von Beschreibungen in der Schweiz tatsächlich existierender Arbeitsplätze, die - im Gegensatz zu den Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik - auf die Region, die körperliche Belastung und die zumutbare Tätigkeit abstellen. Bei Heranziehen der DAP hat sich die Ermittlung des Invalideneinkommens auf mindestens fünf zumutbare Arbeitsplätze zu stützen. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 480 f.). Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (BGE 139 V 592 E. 6.3 mit Hinweis). Rechtsprechungsgemäss sind im Rahmen des DAP-Systems, bei dem aufgrund der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung anhand von Arbeitsplatzbeschreibungen konkrete Verweisungstätigkeiten ermittelt werden, Abzüge grundsätzlich nicht sachgerecht. Abzüge sind nur vorzunehmen, wenn zeitliche oder leistungsmässige Reduktionen medizinisch begründet sind (BGE 139 V 592 E. 7.3 mit Hinweis).

### **E. 7.4**

Die Beschwerdegegnerin berechnete die Invalidität auf der zeitlichen Basis 2014 anhand eines Valideneinkommens von Fr. 73'912.-- und (verfügungsweise) eines Invalidenlohns von Fr. 61'568.-- (vgl. Urk. 11/533 S. 4, Urk. 11/392). Hinsichtlich des Validenlohnes stützte sie sich auf die bei den ehemaligen Arbeitgebern 2014 (Baudirektion; vgl. Angaben der Arbeitgeberin Urk. 11/380 bzw. Urk. 11 / 13

Firma Z.\_\_\_\_) effektiv erzielten Erwerbseinkommen und rechnete letztere entsprechend der Nominallohnentwicklung 2013 und 2014 auf den Stand im Zeitpunkt des Rentenbeginns hoch. Hinsichtlich des mutmasslichen Invalideneinkommens stützte sie sich unter Berücksichtigung des kreisärztlich umschriebenen Anforderungsprofils (Urk. 11/226, Urk. 11/319) auf den durchschnittlichen Lohn

von fünf DAP, wobei sie die Auswahl infolge teilweise nicht zumutbarem Profil im Einspracheverfahren anpasste (Urk. 11/553), und ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 62'758.60 berechnete. Aus der Gegenüberstellung errechnete sich ein Invaliditätsgrad von 16,7 %

(Verfügung vom 19. Januar 2018) bzw. 15,09 % (Urk. 2 S. 8).

### **E. 7.5**

Der Beschwerdeführer wendet e hiergegen einerseits ein, dass die im Einsprache verfahren ausgewählten DAP-Arbeitsplätze nicht herangezogen werden könn t en, weil Knie und Fuss links auch beim Hantieren mit leichten Gewichten und bei häufigem Sitzen überbeansprucht würden und der Schmerzpegel innert kurzer Zeit derart hoch werde, dass eine Arbeitsniederlegung erfolgen müsse ( Urk. 1 S.

### **E. 7.6**

Eine dem in Erwägung 6 umschriebene n Anforderungsprofil entsprechende Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch ganztags zu einem vollen Pensum zumutbar. Die Notwendigkeit einer Arbeitsniederlegung bereits nach kurzer Zeit in sitzender Tätigkeit ist nicht ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin weist die zumutbaren Arbeitsplätze aufgrund von fünf DAP (Nr. 737912 [Angestellter Ersatzteil- und Komponentenmontage], Nr. 10717 [Verpacker], Nr.

11305 [Montagearbeiter], Fr. 8321 [Produktionsmitarbeiter] und Nr. 4251 [Metallbearbeiter]) nach ( Urk. 11/553) . Diese Tätigkeiten sind vom Anforderungs profil her allesamt angepasst, insbesondere sind die zu hantierenden Gew ichte sehr leicht (4 DAP) oder leicht (1 DAP), die Arbeitsposition kann gewählt werden und das Einschalten von Pausen ist mit Blick auf den Arbeitsablauf mit Aus nahme eines Arbeitsplatzes (Nr. 10433343) möglich, wobei letzteres hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich wäre. Die Beschwerdegegnerin gibt sodann eine Gesamtzahl von 183 DAP an, wobei der Minimallohn Fr. 48'300.-- ( 1. Dezil ), der Maximallohn Fr. 89'284.-- ( 9. Dezil ) und der Durchschnitt aller Löhne Fr. 63'809.-- beträgt. Die von der Rechtsprechung vorausgesetzten Anforderungen (vgl. Erw . 7.3) für eine auf die DAP dokumen tierte Verdienstmöglichkeit gestützte Invaliditätsbemessung sind demnach erfüllt. Weder die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers noch seine berufliche Erfahrung sprechen dafür, dass auf den durchschnittlichen Mi nimal l ohn abzustellen wäre. Soweit sich der Beschwerdeführer auf eine 10%ige Ein schränkung berufen will, ist darauf hinzuweisen, dass eine solche gemäss gut achterlichen Feststellungen nicht unfallkausal ist (vgl. u.a. Erw . 5.1). Wenn die Beschwerdegegnerin zur Bemessung des Invalidenlohnes daher auf den Durch schnittslohn aller fünf ausgewählten DAP abstellt, wobei sie auf die geringfügige Korrektur des verfügbarsweise errechneten Invaliditätsgrades verzichtete, so ist dies nicht zu beanstanden. 8.

Strittig und zu prüfen ist schliesslich die Festsetzung des Integritätsschadens. 8.1

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 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). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 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, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbs fähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs

3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4).

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) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. 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 % 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 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinrastertabelle) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, 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). 8.2

### 8.2.1

Dr. K. \_\_\_ beurteilte den Integritätsschaden am 24. Oktober 2014 gestützt auf die Aktenlage sowie seine eigenen Erhebungen vom

5. Dezember 2013 (Urk. 11/226)

und führte aus (Urk. 11/398): Objektiv finde sich eine muskuläre Hypotrophie der linken unteren Extremität, verstrichene OSG Konturen mit verstärktem Rückfuss valgus linksseitig und eingeschränkter Sprunggelenksbeweglichkeit. Die funktionellen Einschränkungen ergäben sich lediglich noch durch die Verletzung im Sprunggelenksbereich linksseitig, bei allen anderen Verletzungen fänden sich keine funktionellen Einschränkungen. Gemäss Feinrastertabelle 2.2 ergebe ein im rechten Winkel versteiftes Sprunggelenk eine Integritätsentschädigung von 15 %, gemäss Feinrastertabelle 5.2 eine OSG-Arthrose mässigen Ausmasses eine Integritätsentschädigung von 5-15%. Die aktuellen Röntgenaufnahmen vom 8. Oktober 2014 zeigten keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen im Sprunggelenksbereich und seien höchstens mässig ausgeprägt. Bei diesen bildgebend dargestellten Veränderungen, bei denen mittel- bis langfristig noch eine

Zunahme zu erwarten sei, in Kombination mit der Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk erschienen somit 7,5 % gerechtfertigt. Bei massiver Zunahme all fälliger arthrotischer Veränderungen wäre eine Neuevaluation notwendig. 8.2.2

Die Gutachter hielten in ihrer Gesamtbeurteilung zur Frage des Integritätsschadens fest, dass auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet keine relevante unfallbedingte Störung habe erfasst werden können. Neben dem bereits zugesprochenen Integritätsschaden von 7,5 % bezogen auf die Sprunggelenksverletzung links sei auf neurologischem Fachgebiet wegen Gefühlstörungen der rechten Gesichtsseite noch ein Schaden von 10 % hinzu gekommen ( Urk. 11/509 S. 5 f.). Im neurologischen Teilgutachten wird zum Integritätsschaden ausgeführt, hinsichtlich des

sensiblen Defizits im Bereich der rechten Gesichtsseite deutet der aktuelle Untersuchungsbefund auf eine Läsion des N. ophthalmicus hin, daneben auch der obere Anteil des N. maxillaris . Die in den Akten erwähnten bzw. dokumentierten Verletzungen seien gut geeignet, eine dauerhafte Schädigung oder Teilschädigung der erwähnten Nerven zu verursachen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, noch ein Restempfinden in diesen Arealen zu haben. Er habe auch die elektrische Stimulation bei der Untersuchung des Orbicularis - oculi -Reflexes auf dieser Seite spüren können .

Darüber hinaus sei diese Untersuchung ohne relevanten pathologischen Befund geblieben, sodass man davon ausgehen könne, dass ein gewisser Anteil der entsprechenden afferenten sensiblen Fasern des N. ophthalmicus erhalten geblieben sei. Gemäss der Suva-Tabelle 17 liege ein erheblicher Integritätsschaden im Bereich dieser Nerven (Hirnnerven) nur dann vor, wenn deren Ausfall augenfällig oder stark beeinträchtigen würde. Eine Schädigung des N. ophthalmicus werde mit 5 % gewertet, eine Schädigung des N. maxillaris mit 10 % . Klinisch sei, folge man den Angaben des Beschwerdeführers, der N. maxillaris aber «nur» allenfalls in der Hälfte seines Versorgungsgebietes im kranialen Anteil betroffen, sodass man daran angepasst einen Integritätsschaden von 5 % annehmen könne. Die vom Beschwerdeführer geschilderten attackenartigen Schmerzen im Bereich des rechten Auges liessen sich in diesem Kontext nur begrenzt nachvollziehen, insbesondere auch die Wahrnehmung einer Augapfelverhärtung . Die Attacken würden 2-3 mal pro Woche auftreten, eine medikamentöse Therapie sei bisher nicht erforderlich gewesen. Zusammenfassend schätze er den unfallbedingten Integritätsschaden bezogen auf eine Schädigung des N. ophthalmicus sowie Anteil des N. maxillaris nebst sonst nicht näher einzuordnenden Schmerzen in diesem Bereich, insbesondere des rechten Augapfels, auf 10 % ein.

Die Gefühlstörungen im linken Unterschenkel seien unfallkausal und im Bereich des ventrolateralen distalen Unterschenkels lokalisiert, wobei es sich hier um einzelne Hautäste handle , die entweder aus dem N. peroneus

communis stammen oder aber aus dessen Ast, dem N. peroneus

superficialis , obwohl eine entsprechende elektroneurografische Ableitung aus diesem Bereich keine relevante Schädigung habe erfassen lassen. Eine Ableitung einzelner Hautäste sei aber technisch nicht möglich. Gemäss der Suva-Tabelle 2 sei bei einer Lähmung des N. peroneus ein Integritätsschaden von 10 % anzunehmen. Der N. peroneus habe wesentliche motorische Funktionen, insbesondere bei der Hebung des Fusses, daneben auch bei der Bewegung des äusseren Fussrandes nach aussen. Diese seien von besonderer

funktioneller Bedeutung und damit von Alltagsrelevanz. Hingegen hätten Gefühlsstörungen im Versorgungsgebiet des N. peroneus kaum Alltagsrelevanz. In einem neurologischen Vorbefund seien nebst der sensiblen Störung auch eine leichte motorische Störung dokumentiert, die sich aber in der aktuellen Untersuchung nicht (mehr) hätte nachweisen lassen. Damit bestehe aktuell lediglich eine unvollständige Teilschädigung der sensiblen Hautversorgung im Bereich eines kleinen Areals des gesamten Versorgungsgebiets des N. peroneus links. Aus diesen Gründen und auch aufgrund der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer bereits ein Integritätsschaden von 7,5 % wegen der Sprunggelenksverletzung zugesprochen worden sei, sei aus seiner Sicht kein zusätzlich versicherungsmedizinisch relevanter Schaden erkennbar, der eine spezielle zusätzliche Integritätsschädigung darüber hinaus bedinge ( Urk. 11/513 S. ).

#### **E. 10**

S. 13 Ziffer 34.5), denen das Gericht nichts hinzuzufügen hat.

Die Einwände von Dr. F.\_\_\_\_\_

vermögen die begründeten Schlussfolgerungen der Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen, umso weniger, als sämtliche anderen konsiliarisch beteiligten Neurologen und Neuropsychologen eine direkte traumatische Ursache der befundenen sprachassoziierten Störungen als unwahrscheinlich erachteten. Dies gilt auch für die geklagten kognitiven Beeinträchtigungen wie Gedächtnisverlust und Konzentrationsstörungen, die im Übrigen weder vom Neuropsychologen noch vom Neurologen ( Urk. 11/513 S. 23 ) beobachtet werden konnten. Lic. phil. O.\_\_\_\_\_ fand in den nonverbalen Aufgabenstellungen Normgemäss bis überdurchschnittliche Auffmerksamkeit- und Konzentrationsleistungen und das Lernen von visuell-räumlichen Informationen war gut normgemäss ( Urk. 11/512 S. 9 f.). Der psychiatrische Gutachter Dr. Q.\_\_\_\_\_ konnte eben falls keine Merk- und Konzentrationsstörungen feststellen. Hierbei verwies er auch auf den Umstand, dass es dem Beschwerdeführer ein halbes Jahr nach dem Unfall gelang, die theoretische und wenig später auch die praktische Fahrprüfung inklusive Anhängerprüfung abzulegen, was unzweifelhaft eine gute Konzentrationsfähigkeit erfordere. Ferner sei der Beschwerdeführer vor der psychiatrischen Exploration frühmorgens mit dem Flugzeug aus Frankreich angereist und die Strecke vom Flughafen Basel nach Bern mit dem Mietauto gefahren. Während der 2 3 / 4 -stündigen Exploration seien klinisch weder eine Merkfähigkeits- noch eine Konzentrationsstörung aufgefallen ( Urk. 11/511 S. 23 ). Was den geklagten Schwindel betrifft, so ist vorab darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Exploration solche Beschwerden als nicht mehr vorhanden ( Urk. 11/511 S. 15 ) oder auf explizite Nachfrage hin als ab und zu, etwa drei bis viermal pro Monat über 3-4 Minuten vorkommend erwähnte ( Urk. 11/513 S. 12 ), weshalb ihnen zum vornherein keine Relevanz für die verbliebene Arbeitsfähigkeit, jedenfalls im qualitativ umschriebenen Anforderungsprofil (vgl. hierzu nachfolgende E. 6 ), zukommen kann und unklar bleibt, was der Beschwerdeführer sich von weiteren Abklärungen hierzu erhofft.

Abgesehen davon erfolgten diesbezüglich bereits den Klagen entsprechende Untersuchungen und Therapien :

Anlässlich des in der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ durchgeführten neurologischen Konsiliums durch Dr. C.\_\_\_\_\_

vom 8. August 2012 wurde der bei schnellen Kopfbewegungen auftretende Schwindel als benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel betrachtet und im weiteren Verlauf ein Schwindel-Gleichgewichtstraining empfohlen ( Urk. 11/67 S. 2). So berichtete der Beschwerdeführer beim Besuch am 24. September 2012, der Schwindel sei grösstenteils verschwunden, wobei er weiterhin die ihm mitgegebenen Übungen machen solle ( Urk. 11/64). Anlässlich der Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_ am 28. Juni 2013 gab der Beschwerdeführer an, er habe nur bei geschlossenen Augen Schwindel, sonst weder beim Einschlafen noch beim Laufen ( Urk. 11/169 S. 2).

Schliesslich konnte der neurologische Gutachter anlässlich seiner Exploration am 31. August 2016 keine Schwindelensationen auslösen ( Urk. 11/513 S. 17 ) und hielt er in seiner Beurteilung fest, dass bei einem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel häufig mit einer Heilung gerechnet werden könne und seine klinischen Abklärungen ohne relevante pathologische Befunde geblieben seien. Damit bleibe fest zuhalten, dass seiner Einschätzung nach die Häufigkeit und Dauer der Schwindelattacken, die naturgemäss im Subjektiven blieben, kein versicherungsmedizinisch relevantes Ausmass annehmen würden und sich darüber hinaus auch nicht in der neurologischen Untersuchung fassen liessen. Damit bestehe diesbezüglich kein versicherungsmedizinisch relevanter Schaden bezogen auf das Unfallereignis vom 29. Juni 2012 ( Urk. 11/513 S. 24 f.). Diese Ausführungen überzeugen. 5.2

Nach dem Gesagten erweist sich das neurologische/ neuropsychologische/psychiatrische Gutachten vom 14. Juni 2017 als in allen Teilen nachvollziehbar begründet und genügt den Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage vollumfänglich (E. 2.4). Von weiteren medizinischen Abklärungen zur Unfallkausalität der geklagten Beschwerden sind keine anderslautenden und/oder weiteren

entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. statt vieler: BGE 144 II 427 E. 3.1.3 S. 435 mit Hinweisen). Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass es nicht Sache der Unfallversicherung ist, die Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nachzuweisen oder den negativen Beweis zu erbringen und hierfür weitere Abklärungen zu tätigen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_167/2018 vom 28. Februar 2019, E. 4.2). 5.3

Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Folge des Unfalles vom 29. Juni 2012 an den von

Dr. P.\_\_\_\_ festgestellten Nervenverletzungen im Bereich der rechten Gesichtseite und des linken Beines leidet, welche keiner Behandlung mehr zugänglich sind ( Urk. 11/509 S. 5),

die neuropsychologisch fassbare Beeinträchtigung nicht als unfallkausal nachgewiesen ist und weitere die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Unfallfolgen nicht oder jedenfalls nicht mehr bestehen. Zu prüfen bleiben die Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. 6.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erachte ich die Gutachter keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit für gegeben ( Urk. 11/509 S. 5). Dies vermag angesichts der verbliebenen Beschwerden am OSG links mit entschädigungspflichtigem Integritätsschaden hinsichtlich seiner früher ausgeübten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter für Abbrucharbeiten nicht zu überzeugen. Bereits im Austrittsbericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 26. September 2013 ( Urk. 11/191) wird ausgeführt, die Anforderungen an eine

Tätigkeit als Bauarbeiter in einer Abbruchfirma seien zu hoch und dieser Beruf sei nicht mehr zumutbar. Hingegen seien andere berufliche Tätigkeiten, dannzumal infolge der noch inkompletten Konsolidation der distalen Tibiafraktur nur sehr leichte Arbeiten, ganztags zumutbar. Das Anforderungsprofil wurde umschrieben mit: Wechselbelastende Tätigkeit mit einem sitzenden Anteil von 50 %, ohne kniende, kauende Tätigkeiten, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Vibrationsbelastungen für das linke Bein. Dieser Beurteilung schloss sich Dr. K. \_\_\_ anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung aufgrund seiner eigenen Befunde vom 5. Dezember 2013 an, wobei er das Anforderungsprofil insoweit präzisierender darlegte, als auch körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien und das häufige Treppensteigen sowie das Verharren in Zwangspositionen (beispielsweise Hocksitz oder langem Knien) vermieden werden sollten. Dieses Zumutbarkeitsprofil werde sich auch durch allfällige weitere Operationen, insbesondere die Osteosynthesematerialentfernung, kaum mehr ändern (Urk. 11/226 S. 7). Anlässlich der Verlaufskontrolle im A. \_\_\_ am 4. Dezember 2014 berichtete der Beschwerdeführer im Bereich des Osteosynthesematerials am OSG links Hauptbeschwerden, weshalb die Entfernung des Materials Ende Januar 2015 geplant wurde. Aus Sicht der behandelnden Ärzte war der Beschwerdeführer für leichte körperliche Arbeiten, mit abwechseln der stehender und sitzender Tätigkeit, ohne Tragen von schweren Lasten, arbeitsfähig (Urk. 11/41 S. 3). Dass sich hieran während der nachfolgenden Zeit der neurologisch/neurologischen Abklärungen bezüglich einer zerebralen Schädigung etwas geändert hätte, wird weder geltend gemacht noch liegen hierfür - auch angesichts der vom Beschwerdeführer geschilderten Alltagsaktivitäten (vgl. Urk. 11/5

### **E. 10.1**

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Als bedürftig gilt eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 225 E. 2.5.1). Massgebend sind dabei die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (BGE 108 V 269 E. 4), wobei die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit praxisgemäss etwas höher anzusetzen ist als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betreibungsämter über Richtlinien für die Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums vom 16. September 2009).

### **E. 10.2**

Mit Eingabe vom 25. Februar 2019 legte der Beschwerdeführer seine wirtschaftlichen Verhältnisse dar (Urk. 14 und Urk. 15/1-24). Vorliegend gilt es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer mit seiner Familie in Südwest-Frankreich lebt, weshalb der Grundbetrag der Kaufkraft in Frankreich anzupassen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2009, 5A\_99/2009). Gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Tabelle Preisniveauindizes im internationalen Vergleich (38 europäische Länder) liegt der tatsächliche Individualverbrauch in der Schweiz bei 159 Punkten und in Frankreich bei 107

Punkten. Die gemäss dem Kreisschreiben des Obergerichts des Kantons Zürich zur Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums beruhenden Grundbeträge sind daher mit dem Faktor 0,673 (107/159) zu multiplizieren, was Fr. 1'144 (Ehepaar) und Fr. 404 (Sohn) ergibt. Unter Berücksichtigung der dargelegten Wohnkosten sowie der Sozialversicherungsbeiträge

übersteigen die Einkünfte aus der Rente der BVKs sowie der Unfallversicherung nach Abzug der Quellensteuer den notwendigen Grundbetrag nicht wesentlich. Aufgrund des vom Beschwerdeführer dargelegten Schätzwerts seiner Liegenschaft im Jahre 2016 (Urk. 11/547/28) sowie der hypothekarisch gesicherten Schulden (Urk. 15/10, Urk. 15/12-13) ist nicht davon auszugehen, dass eine weitere Belastung seines Vermögens möglich ist. Die Prozessarmut ist daher ausgewiesen. Da auch die übrigen Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen

Rechtsbeistand gegeben sind, ist dem Gesuch vom 14. Dezember 2018 zu entsprechen und dem Beschwerdeführer in der Person von Fürsprecher Frank Goecke, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

### **E. 10.3**

Mit Schreiben vom 22. Mai 2019 reichte Fürsprecher Frank Goecke seine Honorarnote über einen Aufwand von 17 Stunden und 50 Minuten sowie Auslagen von Fr. 28.-- ein, davon 7,5 Stunden für die Ausarbeitung der Beschwerde. Dieser Aufwand ist in Anbetracht der bereits im Einspracheverfahren gewonnenen Kenntnis der wichtigsten Akten sowie der grösstenteils wörtlich von der Einsprache übernommenen Beschwerdeschrift um 2 Stunden zu kürzen. Die Entschädigung ist demnach auf Fr. 3'781.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen und dem unentgeltlichen Rechtsbeistand, Fürsprecher Frank Goecke, aus der Gerichtskasse zu bezahlen.

### **E. 10.4**

Der Beschwerdeführer ist darauf aufmerksam zu machen, dass gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 14. Dezember 2018 wird dem Beschwerdeführer Fürsprecher Frank Goecke, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Fürsprecher Frank Goecke, Zürich, wird mit Fr. 3'781.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke - Suva, unter Beilage je einer Kopie von Urk.

### **E. 11**

S. 16, Urk. 11/513 S. 13) - Anhaltspunkte vor.

Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Bauhilfsarbeiter nicht mehr, in jeder anderen, dem umschriebenen Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit jedoch ganztags

arbeitsfähig ist. Soweit die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 10) gestützt auf das Gutachten auch in der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen scheint, ist ihr daher nicht zu folgen. 7.

#### **E. 16**

ATSG; vgl. BGE 130 V 121). Nach Art.

#### **E. 18**

Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

#### **E. 22**

Ziffer 72). Ferner sei er auch gemäss dem von ihm kritisierten Gutachten zu 10 % eingeschränkt. Diesem Umstand sei Rechnung zu tragen, indem vom Durchschnitt des Lohnminimums auszugehen sei (Urk. 1 S. 22 Ziffer 73).

#### **E. 24**

und Urk.

#### **E. 25**

- Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

#### **E. 30**

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

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

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

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