

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00011**

## **vom 14. Juli 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00011 du 14 juillet 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00011 del 14 luglio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 17. November 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Gemäss Art.

#### **E. 1.3**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten

(Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet 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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 16. Januar 2020 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2019 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei ihm eine im Ausmass noch zu bestimmende Invalidenrente der Unfallversicherung zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Suva zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeführerantwort vom 3. April 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 14. April 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Am 30. April 2020 reichte dieser eine Replik ein (Urk. 10), während die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 28. Mai 2020 ausdrücklich auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 13). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 6. Juni 2020 mitgeteilt (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf die Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. A. \_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei (S. 10). Bei der Berechnung des Valideneinkommens sei eine Parallelisierung ausgeschlossen (S. 8 f. Ziff. 4.d), womit insgesamt keine unfallbedingte Erwerbs einbusse resultiere (S. 12 Ziff. 5.c).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), bei der Beurteilung der noch zumutbaren angepassten Tätigkeit seien der Schwindel, der Kraftverlust in den Beinen und die Beschwerden der rechten Hand sowie die neurokognitiven Beschwerden völlig ungenügend gewürdigt worden (S. 4 Rz 12). Gemäss dem Bericht des Z. \_\_\_ vom 3. März 2017 sei nicht auszuschliessen, dass gewisse neurokognitive Defizite zumindest mit dem Unfallereignis in Zusammenhang stünden oder durch den Unfall verstärkt würden (S. 4 Rz 13). Angesichts der multiplen Verletzungsfolgen, welche auch zur Zusprache einer erheblichen Integritätsentschädigung von 60 % geführt hätten, sei es nicht zumutbar, eine ganztägige Tätigkeit auszuüben und dabei ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen zu generieren (S. 5 Rz 16). Ebenso sei der Einkommensvergleich nicht korrekt erfolgt, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht keine Parallelisierung vorgenommen (S. 5 Rz 17). Er könne sich auf Deutsch nur basismässig verständigen, habe die obligatorische Schulzeit absolviert und in der US-Armee lediglich eine Anlehre in die Küchentätigkeit absolviert. In

der Schweiz habe er jede handwerkliche Tätigkeit ausgeübt, die ihm angeboten worden sei. Er habe sich keineswegs aus freien Stücken für ein kleines Einkommen entschieden, sondern er habe aufgrund der geringen Schulbildung, der fehlenden Berufsausbildung, den fehlenden Sprachkenntnissen und Kenntnissen im Lesen und Schreiben schlicht keine andere Möglichkeit gehabt (S. 6 Rz 20). Aufgrund der multiplen unfallbedingten körperlichen und neuropsychologischen Einschränkungen und der erheblichen Einschränkungen an der dominanten rechten Hand sei zudem der maximale Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (S. 6 Rz 22).

Ergänzend dazu hielt der Beschwerdeführer in seiner Replik (Urk. 10) fest, für die Behauptung der Beschwerdegegnerin, das tiefe Einkommen sei freiwillig hingenommen worden, lägen keinerlei Beweise vor (S. 1 Rz 25). Die medizinischen Abklärungen des kreisärztlichen Dienstes seien ungenügend, zum Zeitpunkt des Fallabschlusses sei keine korrekte polydisziplinäre medizinische Abklärung erfolgt, was angesichts des komplexen Beschwerdebildes erforderlich gewesen wäre (S. 2 Rz 27).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist damit insbesondere der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers.

Unbestritten und rechtskräftig beurteilt ist die Integritätsentschädigung für die Folgen des beim Unfall vom 17. November 2015 erlittenen Polytraumas, welche von der Beschwerdegegnerin auf 60 % festgesetzt und vom Beschwerdeführer anerkannt wurde (vgl. Urk. 1 S. 4 Rz 9-10 ; Urk. 2 S. 14 Ziff. 7 ). 3. 3. 1

Nach dem Unfall vom 17. November 2015 erfolgte die Erstbehandlung in der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_, wobei die Ärzte im Austrittsbericht vom 30. November 2015 (Urk. 8/2/2-5) im Wesentlichen folgende Diagnosen nannten (S. 1): - Hyperextensionsverletzung C4/5 mit Spaltfraktur BWK 5 und dislozierter Laminafraktur BWK 4/5 sowie rechtsbetonter inkompletter Tetraplegie ASIA D am 17. November 2015 - leichtes Schädel-Hirn-Trauma am 17. November 2015 - Extremitätentrauma am 17. November 2015 - Alkoholintoxikation am 17. November 2015 - Delir, Erstdiagnose 18. November 2015 - Lungenembolien im Unterlappen rechts, Erstdiagnose 21. November 2015 - respiratorische Insuffizienz

Initial habe der Beschwerdeführer bei 24-Stunden-Überwachung auf der Intensivpflegestation einen unauffälligen Verlauf gezeigt und am 19. November 2015 in stabilem Zustand auf die Bettenabteilung verlegt werden können. Im Seitenvergleich sei die Kraft im rechten Arm und Bein vermindert, wobei ein konklusiver neurologischer Status kooperationsbedingt weiterhin nicht möglich sei. Nach einer am 21. November 2015 nachgewiesenen Lungenembolie sei der Beschwerdeführer am 22. November 2015 erneut auf die Intensivstation und am 24. November 2015 aus logistischen Gründen in kardiopulmonal stabilem Zustand mit reizlosen Wunden ins Spital B.\_\_\_\_ auf die Intensivstation verlegt worden (S. 3). 3.2

Nach einem Rehabilitationsaufenthalt vom 14. Dezember 2015 bis 22. Februar 2016 in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ nannten die Ärzte im Austrittsbericht vom 26. Februar 2016 folgende Diagnosen (Urk. 8/59 S. 1 f.): - Sturz mit Polytrauma am 17. November 2015 - Wirbelsäulentrauma mit Hyperextensionsverletzung C4/5 mit Spaltfraktur HWK 5 und dislozierter Laminafraktur HWK 5

sowie rechtsbetonter inkompletter Tetraparese ASIA D - leichte traumatische Hirnverletzung mit mittelschwerer neuropsychologischer Störung mit Defiziten in mnestischen, attentionalen und exekutiven Teilfunktionen, visuo-konstruktiven Auffälligkeiten sowie einer Anosognosie, ätiologisch primär im Rahmen der Suchterkrankung und den damit assoziierten hirnorganischen Folgen zu interpretieren, dies vor dem Hintergrund eines vorbestehend tiefen kognitiven Leistungsniveaus - Thoraxtrauma mit nicht dislozierter Rippenserienfraktur Costa 3-5 lateral rechts, nicht dislozierter Fraktur Costa 3 lateral links, minimem zentralem Pneumothorax rechts und kleinflächigen Lungenkontusionen im medialen Mittellappen rechts - Extremitätentrauma - Delir bei Alkoholentzug - Alkoholabusus mit fremdanamnestisch 1 Flasche Wodka täglich sowie wahrscheinlich äthyltoxischer Polyneuropathie - Lungenembolien Unterlappen rechts Erstdiagnose 21. November 2015 - Status nach respiratorischer Insuffizienz mit SIRS (

inflammatory

response

syndrome = Syndrom der systemischen entzündlichen Reaktion) am 22. November 2015

Bei Eintritt sei der Beschwerdeführer noch geschwächt gewesen, als Hauptprobleme seien der Funktionsverlust der rechten Hand, ein Kraftverlust in der linken Hand, eine leichte Schwäche im rechten Bein, Gleichgewichtsstörungen, ein koordinativ verändertes Gangbild sowie eine reduzierte Gehstrecke definiert worden. Er sei in ein multimodales Therapieprogramm integriert worden, bestehend aus Ergotherapie und Physiotherapie mit funktioneller Handgruppe und Trainingstherapie. Der Beschwerdeführer habe alle Therapien sehr motiviert wahrgenommen (S. 3).

Durch die schwer beeinträchtigte Handfunktion rechts bestünden für den Beschwerdeführer noch erhebliche Einschränkungen. Derzeit sei er funktionell nahezu als Einhänder zu betrachten. Die rechte Hand könne trotz guter Kraftzunahme im Verlauf lediglich für Tätigkeiten, die einen geringen Kraftaufwand erforderten, als Hilfs hand eingesetzt werden. Zusätzlich bestünden in Koordination und Kraft auch der linken Hand Einschränkungen, so dass die Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag derzeit nicht gegeben sei. Das Erledigen von Einkäufen sei bei erhöhter Ermüdbarkeit und Kraftverlust in den Beinen nach Belastung mit öffentlichen Verkehrsmitteln noch nicht vollumfänglich möglich. Haushaltstätigkeiten wie Kochen könnten mit der eingeschränkten Handfunktion nicht in ausreichendem Masse vom Beschwerdeführer allein bewältigt werden, hierbei sei er auf die Unterstützung einer Hilfsperson angewiesen. Trotz der kognitiven Defizite habe sich der Beschwerdeführer im klinischen Alltag weitgehend selbständig und wenig eingeschränkt gezeigt. Der Beschwerdeführer sei über die Gefahren von Alkoholkonsum aufgeklärt worden, bei vorbestehendem langjährigem Alkoholkonsum bestehe bei Rückkehr in das gewohnte Umfeld eine hohe Rückfallgefahr (S. 6).

Die Rückkehr zur beruflichen Tätigkeit als Möbelpacker sei derzeit aufgrund der Einschränkungen der Arm- und Handfunktion rechts sowie der Handkraft links und der noch nicht ausreichenden Bein kraft als unrealistisch einzuschätzen (S. 7). 3. 3

In seiner Beurteilung vom 7. Juli 2016 (Urk. 8/105) führte Kreisarzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, bei bekannten Diagnosen (S. 9) aus, zwischen der Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_, des Berichts der Neurochirurgie Z.\_\_\_\_ und der aktuellen

Untersuchung sei es zu objektivierbaren neurologischen und neuropsychologischen Verbesserungen gekommen. Der Beschwerdeführer schein aktuell im Bereich der alltäglichen Routine wenig eingeschränkt. Die rechte Hand sei zwar kraftloser als die linke, sie könne jedoch eingesetzt werden. Formal bestehe damit keine Einhändigkeit mehr (S. 9 unten).

Im Bereich der Halswirbelsäule zeige der Beschwerdeführer die üblichen Einschränkungen nach Fixateur interne. Ob es dort zu einer erneuten Intervention kommen werde, werde im November 2016 bei der Verlaufskontrolle in der Neurochirurgie Z.\_\_\_\_ entschieden. Im Bereich des rechten Sprunggelenkes habe sich der Beschwerdeführer vollständig erholt, ebenso im Bereich des rechten Fusses. Ein Thoraxkompressionsschmerz bestehe nach Rippenserienfraktur nicht mehr, es sei also überwiegend wahrscheinlich zu einer Frakturheilung der betroffenen Rippen gekommen. Neuropsychologisch erscheine der Beschwerdeführer gemäss Untersuchung kaum handicapiert. Der Fall könne noch nicht abgeschlossen werden, der Beschwerdeführer sei knapp sieben Monate nach dem Unfall ereignis immer noch in der medizinischen Phase. Es sei von einer weiteren Erholung der neurologischen Problematik auf der rechten Seite auszugehen. Es könne daher lediglich ein provisorisches Zumutbarkeitsprofil erstellt werden. Eine zeitliche Einschränkung bestehe angesichts der nun regredienten neurologischen Befunde noch zu 50 %. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne aber bereits jetzt dargelegt werden, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr für die Tätigkeit eines Zügelmannes eignen werde. Eine restitutio ad integrum sei kaum anzunehmen (S. 10). 3. 4

In ihrem Bericht vom 18. November 2016 (Urk. 8/148/2-4) nannten die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie, Z.\_\_\_\_, folgende Diagnosen (S. 1): - verheilte dorsale Fusion HWK 3-7 bei Hyperextensionsverletzung C4/5 mit Spaltfraktur HWK 5 und dislozierter Laminafraktur HWK 4/5 sowie rechtsbetonter inkompletter Tetraplegie ASIA D am 17. November 2015 - Rotatorenmanschettenläsion rechts, Erstdiagnose 13. September 2016 - konsolidierte Avulsionsfraktur IPG mediale distale Grundphalanx rechts sowie laterale Malleolarfraktur Typ Weber A rechts m 17. November 2015 - mutmassliches Alkoholentzugs-Delir mit respiratorischer Dekompensation im Rahmen eines SIRS sowie Nachweis von Lungen embolien Unterlappen rechts am 21. und 22. November 2015

Der Beschwerdeführer berichte, dass es ihm mittlerweile deutlich besser gehe. Im Vordergrund stünden vor allem die Abduktionsschwäche in der rechten Schulter sowie die Schwäche in der rechten Hand, teils bestehe noch ein schwankendes Gangbild (S. 1). Die HWS- und Fussverletzungen seien ausgeheilt. Bezüglich der rechtsseitigen Schultersymptomatik bestehe ein Mischbild aus zentral-neurologischen Ausfällen sowie funktionellen Defiziten bei erkennbaren Läsionen im Bereich des Schultergelenks. Ihrer Ansicht nach rührten die Hauptbeschwerden von Seiten der neurologischen Ausfallssymptomatik her. Auch wenn es zu einer deutlichen Besserung gekommen sei, sei eine dauerhafte Rückkehr in den angestammten Beruf äusserst unwahrscheinlich. Bezüglich der HWS sei ossär die Ausheilung erfolgt, so dass keine weiteren Verlaufskontrollen geplant seien. Die Physiotherapie sowie Ergotherapie würde weiterhin empfohlen (S. 2). 3.5

Nach einer neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik für Neurologie des Z.\_\_\_\_ nannten die Ärzte in ihrem Bericht vom 3. März 2017 folgende Diagnosen (Urk. 8/168 S. 1): - leichtes Schädel-Hirn-Trauma ohne intrazerebrale Traumafolgen am 17. November 2015 - Hyperextensionsverletzung C4/5 mit Spaltfraktur HWK 5 und dislozierter

Laminafraktur HWK 4/5 sowie rechtsbetonter inkompletter Tetraplegie ASIA D am 17. November 2015 - konsolidierte Avulsionsfraktur IPG mediale distale Grundphalanx rechts sowie laterale Malleolarfraktur Typ Weber A rechts am 17. November 2015 - Rippenseitenfraktur rechts und Fraktur der dritten Rippe links mit minim zentralen Pneumothorax rechts und kleinflächigen Lungenkontusionen am 17. November 2015 - mutmassliches Alkoholentzugs-Delir mit respiratorischer Dekompensation im Rahmen eines SIRS sowie Nachweis von Lungen embolien Unterlappen rechts 2 1. und 22. November 2015

Der Beschwerdeführer berichte spontan von Gleichgewichtsproblemen sowie vor allem rechtsseitigen Schmerzen. Er habe das Gefühl, die rechte Hand werde nicht richtig durchblutet (S. 1 f). Insbesondere im Bereich der Visuokonstruktion, des Lernens und Abrufens von neuen Inhalten sowie bezüglich der psychomotorischen Geschwindigkeit und kognitiven Umstellfähigkeit würden einige deutliche neuropsychologische Defizite vorliegen. Ein Teil dieser Defizite sei wahrscheinlich erklärbar mit der eher tiefen Schulbildung des Beschwerdeführers. Weiter sei von einem vorbestehenden, eher geringen Niveau der kognitiven Leistungsfähigkeit auszugehen. Es sei nicht auszuschliessen, dass gewisse Defizite in Zusammenhang mit dem Unfall vom November 2015 stünden oder vorbestehende Schwächen durch das traumatische Ereignis verstärkt worden seien. Eine an sämtliche körperliche Einschränkungen angepasste berufliche Tätigkeit müsse unbedingt die kognitiven Fähigkeiten berücksichtigen. Insbesondere dürfe die Tätigkeit keine visuokonstruktiven Leistungen oder die Verarbeitung von figuralen Informationen erfordern oder hohe Ansprüche an die kognitive Flexibilität stellen. Weiter dürfe sie nicht geschwindigkeitssensitiv sein und müsse eine gewisse Fehlertoleranz zulassen. Empfohlen würden einfache Routinetätigkeiten, welche nicht das Aneignen neuen Wissens erforderten. Bei intakter kurzfristiger Erfassungsspanne aber reduziertem Aufmerksamkeitsfokus über längere Zeit dürfte neben der reduzierten Leistungskomponente auch die zeitliche Komponente der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein. Bezüglich einer allfälligen Umschulung sei zu beachten, dass der Beschwerdeführer über reduzierte Lernfähigkeiten verfüge (S. 3 f.). 3.

## **E. 6**

In seiner Beurteilung vom 13. Juli 2018 (Urk. 8/250) hielt Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen (S. 12) fest, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Untersuchung angegeben, die Schmerzen im Halsbereich seien besser, er verspüre aber immer noch ein gewisses Taubheitsgefühl und ein Jucken zwischen den Fingern der rechten Hand. Er leide vor allem noch unter postoperativen Schmerzen an der rechten Schulter (S. 9). Der Gang sei praktisch flüssig, es bestünden keine Gleichgewichtsprobleme mehr (S. 10). Gegenüber der letzten Untersuchung von vor zwei Jahren habe der Beschwerdeführer deutliche Fortschritte gemacht. Das Hinken sei praktisch vollständig verschwunden, das Treppengehen gehe deutlich besser und für das Auskleiden würden beide Hände verwendet. Bezüglich der rechten Schulter habe sich nach der Operation eine bessere Beweglichkeit eingestellt, welche aber immer noch klinisch eingeschränkt sei. Diesbezüglich mache der Beschwerdeführer immer noch glaubhaft Fortschritte, die Frozen shoulder schein nun in Remission zu sein. Ein Endzustand sei damit noch nicht erreicht. Bezüglich der Verletzungen an der Hand sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Endzustand erreicht, ebenso bezüglich des rechten Fusses, des Thoraxtraumas und der Wirbelsäulenverletzung im Halsbereich (S. 13).

Bezüglich allfälliger neurologischer Einschränkungen sei momentan bezüglich Reflexe und allfälliger segmentaler Problematik nichts Konkretes nachweisbar. Das leicht hinkende beziehungsweise wiegende Gangbild könne auf allfällige Residuen hindeuten, dies gelte ebenso für die aktenkundigen neuropsychologischen Störungen, welche in der aktuellen Untersuchung kaum nachweisbar seien. Er könne dazu jedoch als fachfremder Somatiker keine abschliessende Stellung nehmen. Sowohl bezüglich Endzustand der neurologischen Folgen als auch der neuropsychologischen Folgen empfehle er eine Beurteilung durch den Neurologen im Haus (S. 13).

Es werde daher ein rein somatisches, noch provisorisches Zumutbarkeitsprofil erstellt: Der Beschwerdeführer solle nur leichte Lasten heben, welche auf der rechten Seite 5 kg nicht übersteigen dürften. Es dürften keine körperfernen Lasten rechts gehoben werden. Das Heben von Lasten links sei frei. Der Gebrauch von Werkzeugen auf der rechten Seite dürfe nur feinmotorisch erfolgen, auf der linken Seite sei er ebenfalls frei. Der Beschwerdeführer solle eine wechselhafte Tätigkeit zwischen Stehen und Sitzen durchführen. Die Sitzposition könne frei gewählt werden. Vom Gehen auf unebenen Strecken sei abzusehen, längere Strecken sollten nur manchmal begangen werden. Treppengehen sei möglich, auf das Besteigen von Leitern sei aber zu verzichten. Arbeiten, welche Schläge und/oder Vibrationen auf die rechte Hand, die rechte Schulter oder den Hals generierten, dürften nicht durchgeführt werden. Ebenfalls sei von Arbeiten abzusehen, welche Zwangshaltungen in diesen Körperbereichen generierten. Arbeiten, welche ein Balancieren erforderten, dürften nicht durchgeführt werden (S. 13 f.). Aufgrund der somatischen Einschränkungen ergebe sich unter Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils keine Einschränkung für die Tätigkeit, diese könne ganztags ausgeübt werden. In drei Monaten könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Entscheidung über den Endzustand im Bereich der rechten Schulter gefällt werden, allenfalls erwache dann dem Zumutbarkeitsprofil eine definitive Kraft (S. 14).

### **E. 7**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Beurteilung vom 11. April 2019 (Urk. 8/292) aus, aus neurologischer Sicht sei die Symptomatik aufgrund der Rückenmarksverletzung mit einer inkompletten Tetraparese Asia D deutlich rückläufig gewesen. Gestützt werde dies durch die kreisärztliche Untersuchung vom 7. Juli 2018, bei der für die rechte Körperhälfte Kraftgrade 4+/- festgestellt worden seien. Im Rahmen der Sensibilitätsprüfung hätten dumpfe Gefühlsstörungen in den Fingern bestanden. In einer detaillierten neurologischen Untersuchung vom 29. August 2017 des Z.\_\_\_\_ seien keine höhergradigen Paresen detektierbar gewesen für Armabduktion und Ellenbogenflexion, ansonsten Kraftgrade rechts zwischen 4 und 5. Im Bereich des rechten Arms habe eine schmerzbedingt geringere Kraftausübung bestanden. An der unteren Extremität rechts hätten ebenfalls Kraftgrade 4 bis 5 bestanden. Die Reflexe seien diskret rechtsbetont. Neurographisch als auch elektromyographisch habe eine traumatische Mononeuropathie als auch Radikulopathie ausgeschlossen werden können. Der Schmerz werde am ehesten myofaszial beurteilt. Bei Beschwerdepersistenz sei eine Anschlusssegmentinstabilität nach dekompressiver Laminektomie C4 bis 6 mit « referred pain » als Beschwerdeursache nicht auszuschliessen.

Aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht manifestiere sich insgesamt ein Residualzustand nach traumatischer Rückenmarksverletzung bei einer Myelomeningocele und Atrophie auf Höhe HWK 5 bis 6 rechts. Klinisch neurologisch imponiere eine rechts betonte Tetrasymptomatik mit ulnarseitig ausstrahlenden Schmerzen, Atrophien im Bereich des ulnaris -versorgten intrinsischen Handmuskels rechts und Paresen im Bereich der rechten Körperhälfte bei zusätzlicher schmerzbedingter Minderinnervation. Bei vollständiger Mobilität, jedoch Störung der Koordination und Ermüdbarkeit, bestehe für die Schätzung eines Integritätsschadens ein nachhaltiger und dauerhafter Gesundheitsschaden. Aus neurologischer Sicht bestehe nach über drei Jahren ein medizinischer Endzustand hinsichtlich der Rückenmarksverletzung und es bestehe ein ASIA D-E bei ansonsten vollständiger Mobilität (S. 7).

Neurologisch bestehe eine multifaktorielle Harnblasenfunktionsstörung bei für den Beschwerdeführer zufriedenstellender Situation mit Dranginkontinenz sowie Nachtröpfeln ohne notwendige medizinische Behandlung. Bei bekannter struktureller Rückenmarksverletzung sei die bestehende unfallbedingte Teilkausalität aus neurologischer Sicht nachvollziehbar. Ohne Nachweis einer substanzialen Hirnverletzung und einer gemäss Echtzeitdokumentation fehlenden Bewusstlosigkeit sowie einem Score von 14/15 Punkten in der Glasgow Coma Skala in der weiteren Überwachung sei von neurologischer Seite von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen. Diese gelte nach spätestens sechs Monaten als abgeheilt. Für die in der neuropsychologischen Untersuchung in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ festgestellten mittelschweren kognitiven Störungen habe kein organisches Korrelat bestanden, bei fehlender struktureller Hirnverletzung entsprechend der kranialen MRT. Die neuropsychologische Schlussfolgerung, dass ätiologisch die neuropsychologischen Defizite primär der Suchterkrankung und den organischen Folgen daraus zuzuordnen seien, sei nachvollziehbar und werde von neurologischer und medizinischer Seite ebenfalls bestätigt.

Die mittelschwere kognitive Funktionsstörung mit ausgeprägter Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und exekutiver Funktionsstörung sei aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht bei fehlendem bilddiagnostischen Nachweis substanzialer Hirnverletzungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Eine initial komplette Tetraparese ASIA D sei deutlich rückläufig gemäss der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Juli 2018 beziehungsweise einer neurologischen Untersuchung vom 29. August 2018. Aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht bestehe eine ASIA D bis E. Ein medizinischer Endzustand werde in Zusammenhang mit der Rückenmarksverletzung bestätigt. Eine Arbeit in der angestammten Tätigkeit als Zügelmann sei nicht mehr zumutbar. Ansonsten werde auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 13. Juli 2018 verwiesen (S. 8).

Bei der neuropsychologisch festgestellten mittelschweren kognitiven Funktionsstörung handle es sich unfallfremd um eine Erscheinung im Rahmen eines langwierigen Alkoholmissbrauchs als Alkoholfolgeerkrankung. Residuelle Hirnverletzungsfolgen seien bilddiagnostisch nicht nachweisbar. Bei bestehender struktureller gliotischer Rückenmarksverletzung und klinisch bestehender inkompletter Tetraparese bestehe überwiegend wahrscheinlich ein natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfallgeschehen (S. 9 Ziff. 1). Hinsichtlich der traumatischen Rückenmarksverletzung bestehe ein medizinischer Endzustand, von weiteren Massnahmen sei keine Verbesserung zu erwarten (S. 9 Ziff. 2). Die angestammte Tätigkeit als Zügelmann sei dem

Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 9 Ziff. 8). 3.

#### **E. 8**

Im Rahmen der Beurteilung des Gesamtintegritätsschadens vom 11. April 2019 schätzte Dr. D.\_\_\_\_ diesen auf 60 % und verwies dazu auf die Tabelle 21 Integritätsentschädigung UVG «Integritätsschaden bei Rückenmarksverletzung». Bei einer vollständigen Mobilität und eingeschränkter Handfunktion rechts mit Atrophie entsprechend N. ulnaris -versorgter Muskulatur ,

Hypästhesien

ulnarseitig (Hand und Unterarm) sowie einem Kraftgrad von 4 in 75 % der Muskeln gelte ein Integritäts schaden von 60 % als angemessen (Urk. 8/293). 3.

#### **E. 9**

In seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2019 (Urk. 8/299) hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein stabiler Gesundheitszustand erreicht (S. 2 Ziff. 1). Das damals noch provisorische Zumutbarkeitsprofil vom Juli 2018 könne n u n definitiv werden. Bezüglich der Schulter seien die Einschränkungen bereits angemessen formuliert. Die Tätigkeit könne weiterhin ganztags ausgeübt werden. Dr. D.\_\_\_\_ verweise in seiner Beurteilung darauf, dass von seiner Seite her auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 13. Juli 2018 abgestützt werden könne (S. 2 Ziff. 3). Der Integritätsschaden von 60 % könne durch eine eingeschränkte Schulter-Beweglichkeit nicht weiter erhöht werden (S. 2 Ziff. 4). 3.10

Die zahlreichen weiteren, bei den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine für die Beurteilung de r vorliegend strittigen Fragen

zusätzlich relevanten Beurteilungen, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 4. 4.1

Aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen und von beiden Parteien unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Zügel mann nicht mehr arbeitsfähig ist (E. 2.1-2, E. 3.4, E. 3.7). Bezüglich der Leistungsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils gemäss der kreisärztlichen Beurteilung (vgl. E. 3.6 f.) vollständig arbeitsfähig ist (E. 2.1), wohingegen dieser geltend macht, die Ausübung einer ganztägigen Tätigkeit sei nicht zumutbar (E. 2.2). 4.2

Sowohl die kreisärztliche n Beurteilung en vom 13. Juli 2018

(E. 3.6) und 3. Juni 2019 (E. 3.9) als auch diejenige durch den Neurologen der Beschwerdegegnerin, Dr. D.\_\_\_\_ , vom 11. April 2019 (E. 3.7) erfüllen die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich, so dass darauf abgestellt werden kann. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, bei der Beurteilung der noch zumutbaren angepassten Tätigkeiten seien der Schwindel, der Kraftverlust in den Beinen und die Beschwerden der rechten Hand sowie die neurokognitiven Beschwerden ungenügend gewürdigt worden (E. 2.2), verweist er insbesondere auf den Bericht der Klinik für Neurologie des Z.\_\_\_\_ vom 3. März 2017 (E. 3.5). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die damals berichteten Gleichgewichtsprobleme anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2018 nicht mehr festgestellt werden konnten und der Beschwerdeführer keine diesbezüglichen Probleme mehr an gab

(vgl. E. 3.6). Auch der in der Beschwerde geltend gemachte Kraftverlust in den Beinen wurde vom Beschwerdeführer selber nicht mehr erwähnt und konnte auch nicht mehr befundet werden (vgl. E. 3.4-6). Schliesslich verneinten sowohl der Beschwerdeführer selber als auch dessen Ehefrau Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit nach dem Unfall. Gemäss eigenen Aussagen hatte der Beschwerdeführer bereits während der Schulzeit Schwierigkeiten in gewissen Fächern (Urk. 8/168 S. 2 oben). Die Beurteilung durch die Ärzte des Z.\_\_\_\_, wonach ein Zusammenhang gewisser Defizite mit dem Unfall nicht auszuschliessen sei (E. 3.5), vermag damit insgesamt die Ausführungen der Versicherungsmediziner Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

#### 4.3

Gestützt auf das von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil ist der medizinische Sachverhalt demnach als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit aufgrund der Beschwerden dahingehend eingeschränkt ist, dass er nur noch leichte Lasten heben darf, welche auf der rechten Seite 5 kg nicht übersteigen dürfen. Ebenso dürfen rechts keine körperfernen Lasten gehoben werden und der Gebrauch von Werkzeugen auf der rechten Seite darf nur feinmotorisch erfolgen. Das Heben von Lasten links wie auch der Gebrauch von Werkzeugen ist frei. Weiter ist lediglich noch eine wechselbelastende Tätigkeit mit Stehen und Sitzen zumutbar, ohne Gehen auf unebenen Strecken, nur gelegentlichem Gehen von längeren Strecken sowie ohne Besteigen von Leitern. Arbeiten, welche Schläge und/oder Vibrationen auf die rechte Hand, die rechte Schulter oder den Hals generieren oder in diesen Bereichen Zwangshaltungen erforderlich machen, sind zu vermeiden, ebenso wie Arbeiten, die ein Balancieren erfordern. Eine diesem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit kann dem Beschwerdeführer in einem Pensum von 100 % zugemutet werden kann.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, angesichts der multiplen Verletzungsfolgen, welche zur Zusprache einer Integritätsentschädigung von 60 % geführt hätten, sei eine ganztägige Tätigkeit nicht zumutbar (E. 2.2), ist festzuhalten, dass die Integritätsentschädigung aufgrund der Einschränkungen der Handfunktion rechts zugesprochen wurde (vgl. Urk. 2 S. 13 Ziff. 6.b) und damit entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers nicht angesichts multipler Verletzungsfolgen. Die Höhe der Integritätsentschädigung steht damit der Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht entgegen. 5. 5.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs);

BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Bezog 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 Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohn einbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxismässig 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 realistisch 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. 3.4.3 in fine ).

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

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

Der Beschwerdeführer verfügt mit Ausnahme eines Diploms der amerikanischen Armee aus dem Jahre 1978 über keine abgeschlossene Ausbildung. Seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahre 1986 verrichtete er verschiedene Tätigkeiten, zuletzt war er als Bauhandwerker sowie als Zügelmann tätig (Urk. 1 S. 2 f. Rz 3-4, Urk. 8/1 Ziff. 3). Gemäss Einsatzvertrag vom 10. März 2015 betrug der Grundlohn Fr. 20.70 zuzüglich Feiertagsentschädigung von Fr. 0.66, Ferienentschädigung von Fr. 1.72 sowie Anteil am 13. Monatslohn von Fr. 1.92. Damit ergibt sich ein AHV-pflichtiger Bruttolohn von Fr. 25.-- pro Stunde. Aus dem Einsatzvertrag ergibt sich sodann weiter, dass die Einsatzfirma dem aveGAV Personalverleih untersteht (Urk. 8/11 S. 4), welcher im Jahre 2016 für Angelernte über 50 Jahre einen Bruttolohn von Fr. 26.27 vorsah. Der Mindestverdienst gemäss GAV bildet das branchenübliche Einkommen in einer Branche präziser ab als der entsprechende LSE-Lohn, weshalb gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein Valideneinkommen, welches dem Mindestlohn gemäss GAV entspricht, nicht als unterdurchschnittlich bezeichnet werden kann, auch wenn es erheblich unter dem LSE-Lohnniveau (Kompetenzniveau 1, Männer) liegt, so dass für eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen kein Anlass besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_607/2018 vom 20. Februar 2019, E. 2.3).

Mit Fr. 25.-- liegt der Bruttolohn des Beschwerdeführers 4.83 % unter dem als Vergleichslohn massgebenden Einkommen gemäss aveGAV. Somit fällt eine Parallelisierung entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ausser Betracht.

Bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 45 Wochenstunden hätte der Beschwerdeführer damit im Jahre 2015 beziehungsweise 2016 ein Jahres Einkommen in der Höhe von Fr. 52'930.80 erzielen können ((Fr. 20.70 + Fr. 1.92) x 45 x 52). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt, Stand 2016: 2'239, Stand 2019: 2'279; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt sich für das Jahr 2019 ein Valideneinkommen

in der Höhe von rund Fr. 53'876.-- (Fr. 52'930.80 : 2'239 x 2'279).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er habe seit Jahren ein sehr viel tieferes Einkommen generiert, ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass sich aus der bei den Akten liegenden Aufstellung der Ehefrau des Beschwerdeführers ergibt, dass der Beschwerdeführer im Jahre 2015 bis zum Unfall durchschnittlich 14 Stunden pro Woche gearbeitet hat (Urk. 8/27 S. 1). Diese führte denn auch aus, der Beschwerdeführer könne aufgrund der körperlichen Belastung nicht mehr in einem vollen Pensum arbeiten (Urk. 8/28 S. 1). Das sehr tiefe Einkommen des Beschwerdeführers in den vergangenen Jahren ist demnach insbesondere auf sein niedriges Arbeitspensum zurückzuführen und nicht auf die geringe Schulbildung oder die fehlende Berufsausbildung und Sprachkenntnisse. 5.3

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht.

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Nachdem der Beschwerdeführer seit dem Unfall am 17. November 2015 nicht mehr arbeitstätig ist, ihm jedoch trotz bestehender Beeinträchtigung eine leidens angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zugemutet werden kann, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die statistischen Löhne gemäss LSE zu ermitteln. Im Jahre 2018 belief sich der mittlere Lohn für Männer, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, auf Fr. 5'417.-- monatlich (LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mithin Fr. 65'004.-- im Jahr (Fr. 5'417.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer, Stand 2018: 2'260, Stand 2019: 2'279, vgl. vorstehend E. 5.2) ergibt sich für das Jahr 2019 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 68'336.-- (Fr. 65'004.-- : 40 x 41.7 : 2'260 x 2'279). 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder

Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer ist in seiner Arbeitsfähigkeit aufgrund der Beschwerden dahingehend eingeschränkt, dass er nur noch leichte Lasten heben darf, welche auf der rechten Seite 5 kg nicht übersteigen dürfen. Ebenso dürfen rechts keine körperfernen Lasten gehoben werden und der Gebrauch von Werkzeugen auf der rechten Seite darf nur feinmotorisch erfolgen. Das Heben von Lasten links wie auch der Gebrauch von Werkzeugen ist frei. Weiter ist lediglich noch eine wechselbelastende Tätigkeit mit Stehen und Sitzen zumutbar, ohne Gehen auf unebenen Strecken, nur gelegentlichem Gehen von längeren Strecken sowie ohne Besteigen von Leitern. Arbeiten, welche Schläge und/oder Vibrationen auf die rechte Hand, die rechte Schulter oder den Hals generieren oder in diesen Bereichen Zwangshaltungen erforderlich machen, sind zu vermeiden, ebenso wie Arbeiten, die ein Balancieren erfordern (vgl. vorstehend E. 4.3).

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts vermag eine faktische Einhändigkeit oder Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand einen Abzug von 20 bis 25 % zu rechtfertigen. Zu bedenken ist allerdings, dass das Bundesgericht bei funktioneller Einarmigkeit oder Einhändigkeit auch schon Abzüge von 10 % als angemessen bezeichnet hat. Entscheidend sind die gesamten Umstände des konkreten Falles (Urteile 8C\_58/2018 vom 7. August 2018, E. 5.3; 8C\_800/2017 vom 21. Juni 2018, E. 6; 8C\_744/2017, E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin nahm einen Abzug von 20 % vor (Urk. 2 S. 11), was angesichts der gesamten Umstände als angemessen erscheint. 5.5

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 20 % (vorstehend E. 5.4) beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 54'669.-- (Fr. 68'336.-- x 0.8) und liegt damit höher als das Valideneinkommen mit Fr. 53'876.-- (vorstehend E. 5.2). Damit liegt keine Invalidität vor und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Maximalabzug von 25 % (Urk. 1 S. 6 Rz 22) zu einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 51'252.-- (Fr. 68'336.-- x 0.75) führen würde. Dies entspricht einer Einkommenseinbusse von Fr. 2'624.-- und damit einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 4.87 %.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2019 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christian Jaeggi - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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