

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00118 vom 9. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00118

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00118 du 9 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00118 del 9 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, war seit Februar 2000 als angelernter Gärtner bei der Y.____ AG in Z.____ angestellt und über diese bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Urk. 8/1 S. 1 Ziff. 1-3). Am 17. November 2017 wurde er bei der Arbeit von einem Personenwagen angefahren und zog sich mehrere Verletzungen zu (Urk. 8/1 S. 1 Ziff. 4-6 und 9, S. 2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 8/4).

Mit Verfügung vom 5. Februar 2021 (Urk. 8/

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 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). 1 .

E. 1.3

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 2

bestehe bei einem unauffälligen, raumgreifenden und sicheren Gangbild nach einer vollständig konsolidierten Fraktur des linken Unterschenkels ebenfalls kein Integritätsschaden. Nach der Suva-Tabelle 8 bestehe auch

für eine minimale Hirnfunktionsstörung kein Integritätsschaden (S. 7 f. E. 3 b). Zu einer vom Beschwerdeführer erwähnten psychischen Belastung fänden sich in den medizinischen Akten keine Hinweise (S. 8 E. 3 b).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2/1) fest, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als Gärtner aufgrund der nach dem Unfall verbliebenen Beschwerden nicht mehr vollumfänglich zumutbar. Suva-Kreisarzt Dr. med. A.____, praktischer Arzt,

sei

im Bericht vom 7. Dezember 2020 davon ausgegangen, dass

leichte und mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten anteilig mit Stehen, Gehen und Sitzen jedoch

mit einem vollen Arbeitspensum zumutbar seien. Zu vermeiden seien das Heben und Tragen schwerer Lasten ohne geeignete Hilfsmittel, häufige Arbeitseinsätze auf unebenem Untergrund sowie anhaltende Zwangshaltungen wie Hocken, Knien, Kauern. Solche Arbeiten seien nach den erlittenen Frakturen und den angegebenen Restbeschwerden des linken Unterschenkels und der linken Hand als ungünstig zu bewerten. In einer angepassten handwerklichen Tätigkeit ohne aussergewöhnliche kognitive Anforderungen seien keine Einschränkungen zu erwarten. Auf die Beurteilung des Kreisarztes könne vollumfänglich abgestellt werden (S. 4 E. 2b).

Die Beschwerdegegnerin stellte für den Einkommensvergleich auf ein Validen einkommen von Fr. 74'100.-- ab (S. 6 E. 2 cc). Diesem stellte sie ein Invaliden einkommen von Fr. 65'802.-- gegenüber, wobei sie einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 % gewährte, und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 11 % . Sie stellte dazu fest, die gesundheitliche Unmöglichkeit, eine schwere Arbeit zu verrichten, führe nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns, da der Tabellenlohn gemäss LSE-Tabelle TA1, Kompetenzniveau eins, bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasse. Die zusätzlichen Einschränkungen beschränkten sich im Wesentlichen darauf, dass anhaltende Zwangsarbeiten nicht mehr zumutbar seien und eine Wechselbelastung notwendig sei (S. 5 f. E. 2 c b).

Dr. A.____ sei davon ausgegangen, dass kein erheblicher Integritätsschaden bestehe. Bezüglich der oberen Extremitäten bestehe unter Hinweis auf die Suva-Tabelle 1 kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, da ein reizloser Lokal- und Funktionsbefund vorliege mit einer seitengleich symmetrischen Beweglichkeit, einem kompletten Faustschluss, einer unauffälligen Muskeltrophik und einem kräftigen Händedruck nach einer stabil ausgeheilten Fraktur des linken Unterarms. Nach der Tabelle

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, er leide in psychischer und physischer Hinsicht erheblich unter den Unfallfolgen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 14). Die erlittene Hirnblutung werde i

m Bericht vom 17. November 2017 über eine Notfall-Computer tomographie (CT)

bildgebend dargestellt. Gemäss dem Bericht handle es sich am ehesten um eine Einblutung bei axonaler Schädigung. Es sei ein MRI zum Ausschluss weiterer axonaler Verletzungen empfohlen worden. Bei axonalen Verletzungen

handle es sich um kleine Verletzungen der Nervenfasern, welche die Verbindung beziehungsweise die Kommunikation zwischen den Nervenzellen einschränken. Zur Therapie sei ein längerer intensivmedizinischer Aufenthalt erforderlich (S. 6 Ziff. 22-23). Ein MRI des Schädels sei von Seiten der Ärzte des Kantonsspitals B.____ erst nach der Sprechstunde vom 13. Juni 2018 in Auftrag gegeben worden. Die Beschwerdegegnerin und die Ärzte des Kantonsspitals B.____ seien der Verpflichtung zur medizinischen Abklärung offensichtlich ungenügend nachgekommen (S. 7 Ziff. 24).

Gemäss dem Notfallbericht vom 17. November 2017 sei neben der festgestellten distalen Radiusfraktur der Verdacht auf eine Scaphoidfraktur (Kahnbeinbruch) gestellt worden. Im Röntgenbild vom 5. Januar 2018 sei die Fraktur bestätigt worden. Den medizinischen Akten seien diesbezüglich aber keine weiteren Massnahmen zu entnehmen. Weder kreisärztlich noch gutachterlich sei abgeklärt worden, was aus dem Kahnbeinbruch im Zeitpunkt des Fallabschlusses geworden sei. Der Beschwerdeführer klagt bis heute über Beschwerden am Handgelenk. Der Sachverhalt sei daher offensichtlich ungenügend abgeklärt worden (S. 7 Ziff. 25). Gemäss dem Arztbericht vom 25. Februar 2018 sei nach der Versorgung der Unterschenkelfraktur

die Metallplatte des Implantatmaterials gebrochen. Am 6. März 2018 sei das Implantatmaterial an der Tibia operativ entfernt worden. Am 15. März 2018 sei das restliche Implantatmaterial an der Tibia entfernt und stattdessen ein Marknagel ins Schienbein eingesetzt worden. Man könne nur mutmassen, weshalb der Beschwerdeführer innert weniger Tage zweimal operiert worden sei. Die Berichte der Ärzte des Kantonsspitals B.____ würden sich darüber ausschweigen (S. 7 Ziff. 28-30). Dr. A.____ äussere sich zudem nicht zu einem anscheinend vorhandenen Kallus (S. 8 Ziff. 34). Dieser verfüge als Allgemeinmediziner offensichtlich nicht über die erforderliche Fachkompetenz zur Beurteilung orthopädischer Beschwerden. Seine Beurteilungen seien daher nicht verwertbar. Der Beschwerdeführer habe nach dem schweren Unfall Anspruch auf ein unabhängiges externes Gutachten. Er sei lediglich von den Ärzten des Kantonsspitals B.____ und einem Allgemeinmediziner gesehen worden. Dies genüge klarerweise nicht (S. 9 Ziff. 35-37).

Die Einschätzung im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik C.____ vom 4. März 2020 sei sodann mit einigen Zweifeln belastet. Es werde davon ausgegangen, dass er vorbestehende kognitive Schwächen aufweise. Dies sei falsch und werde bestritten (S. 10 Ziff. 43). Weiter sei erstaunlich, wenn von einer Arbeitsunfähigkeit von 50-70 % in angepassten Tätigkeiten nach der neuropsychologischen Abklärung in der Rehaklinik C.____

innert eines Jahr es keine Arbeitsunfähigkeit mehr verbleiben solle (S. 10 Ziff. 46). Bei den Berichten der Rehaklinik C.____ handle es sich zudem um versicherungsinterne Stellungnahmen mit parteibehauptendem Charakter (S. 11 Ziff. 47). Hinsichtlich des Beweiswertes von neuropsychologischen Befunden sei so oder so eine psychiatrische Abklärung erforderlich. Die Beschwerdegegnerin habe dies ebenfalls unterlassen (S. 11 Ziff. 51).

Zudem sei offensichtlich die Höhe des Leidensabzuges viel zu tief ausgefallen. Er habe enorme Sprachschwierigkeiten. Auch sei der Ausländerstatus zu berücksichtigen. Es bestünden viele erhebliche Einschränkungen, und zudem sei er über 20 Jahre in ein und demselben Betrieb tätig gewesen, so dass sich der maximale Tabellenlohnabzug von 25 %, mindestens jedoch ein solcher von 20 %, rechtfertige (S. 11 f. Ziff. 53-58).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin führte in der Beschwerdeantwort ergänzend aus, eine Scaphoidfraktur sei in den Röntgenbildern vom 5. Januar 2018 und im weiteren Verlauf nicht diagnostiziert worden. Im Bereich des linken Handgelenks seien aber unbestritten Restbeschwerden vorhanden, die im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung berücksichtigt worden seien (S. 2 f. Ziff. 6). Im Rahmen der ausführlichen medizinischen Abklärungen sei auch keine Pseudarthrose diagnostiziert worden (S. 3 Ziff. 7). Es seien keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen vorhanden. Eine Veranlassung für weitere medizinische Abklärungen bestehe nicht (S. 3 Ziff. 9 unten).

E. 2.4

Streitig und zu prüfen sind die Höhe des Rentenanspruches und ob ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht. Vorab ist zu entscheiden, ob auf die vorliegenden medizinischen Akten abgestellt werden kann oder ob der Sachverhalt insbesondere durch ein medizinisches Gutachten ergänzend abzuklären ist.

E. 3.1

und E.

E. 3.2

Im Rahmen der Erstbehandlung im Kantonsspital W.____ wurden am 17. November 2017 ein Notfall-CT Polytrauma und ein Notfall-CT des linken Unterschenkels durchgeführt. Gemäss Bericht vom 17. November 2017 (Urk. 8/15) wurde eine kleine subkortikale Blutung mit einem geringem perifokalem Ödem im Gyrus frontalis superior links festgestellt, am ehesten bei einer axonalen Schädigung. Eine weiterführende Abklärung mittels MRI im Intervall zum Ausschluss weiterer axonaler Verletzungen werde empfohlen. Weiter bestünden eine distale Radiusfraktur und eine offene, dislozierte, komplette Unterschenkelfraktur. Zusätzlich sei eine nicht dislozierte, schräg von dorsokaudal nach ventrokranial verlaufende proximale Tibiafraktur festgestellt worden. Weiter bestehe eine fragliche Aufhellungslinie im Scaphoid distal. Diese sei bei der gegebenen Bildqualität nicht näher zu beurteilen (S. 2).

E. 3.3

Die Ärzte des Kantonsspitals B.____ attestierten im Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 24. November 2017 (Urk. 8/26) vom 18. November 2017 bis 5. Januar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In den nachfolgenden Arbeitsunfähigkeitszeugnissen vom 5. Januar und 14. Februar 2018 (Urk. 8/27, Urk. 8/31) wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 6. Januar bis 5. April 2018 fortgeschrieben.

E. 3.4

Die Ärzte des Kantonsspitals B.____ stellten im Austrittsbericht vom 11. Dezember 2017 (Urk. 8/14 /2-5) nach der Hospitalisation vom 17. bis 25. November 2017 folgende Diagnosen (S. 1): - zweitgradige

offene, dislozierte, mehrfragmentäre Mehretagen-Unterschenkelfraktur links vom 17. November 2017 - nach dorsal dislozierte, intraartikuläre distale Radiusfraktur links vom 17. November 2017 - kleine subkortikale Blutung mit geringem perifokalem Ödem am Gyrus frontalis superior links vom 17. November 2017

Die Ärzte des Kantonsspitals B.____ führten aus, der Patient sei aufgrund der im CT erkannten subkortikalen kleinen Einblutung links für 72 Stunden überwacht worden. Die Überwachung sei unauffällig verlaufen (S. 1 unten). Der Patient habe bereits früh während der Hospitalisation Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Schlafstörungen und Angstattacken gezeigt. Eine psychiatrische Kontaktaufnahme habe er abgelehnt (S. 2 oben; vgl. auch die Operationsberichte vom 20. und 24. November 2017, Urk. 8/51, Urk. 8/13).

E. 3.5

Gemäss dem

Bericht vom 5. Januar 2018 (Urk. 8/28) über

Röntgenbilder des linken Handgelenks und des linken Unterschenkels wurde am linken Handgelenk neben dem bekannten Befund zusätzlich eine abgrenzbare Ulnastyloid-Avulsionsfraktur festgestellt (S. 1 unten).

E. 3.6

Die Ärzte des Kantonsspitals B.____ stellten im Austrittsbericht vom 13. März 2018 (Urk. 8/43/2-3) nach einem stationären Aufenthalt im Kantonsspital W.____ vom 6. bis 9. März 2018 die Diagnose sekundäres Implantat versagen bei Verdacht auf Low-Grade-Infekt bei zweitgradiger offener, dislozierter, mehrfragmentärer Mehretagen-Unterschenkelfraktur links mit Delayed-Union und Status nach Plattenosteosynthese mit zwei freien Zugschrauben vom 17. November 2017 (S. 1; vgl. auch den Bericht vom 25. Februar 2018 über ein CT des linken Unterschenkels, Urk. 8/45). Die Ärzte des Kantonsspitals B.____ gaben zum Verlauf an, am 6. März 2018 seien bakteriologische Proben entnommen worden. In der angefertigten Bakteriologie habe sich kein Keimwachstum gezeigt (S. 1 unten). Sie attestierten für die Zeit vom 6. März bis 6. Juni 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2).

E. 3.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, Kantonsspital W.____, führte im Bericht vom 20. Juni 2018 (Urk. 8/77) aus, eine zeitweilige Vollbelastung sei schmerzarm möglich. Dies geschehe vor allem in der Wohnung. Auswärts benötige der Patient vorwiegend einen Gehstock. Die für die Tätigkeit als Gärtner attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde bis Ende August 2018 verlängert. Der Patient habe über intermittierende stärkste Kopfschmerzen berichtet. Er habe den Patienten für eine ambulante Untersuchung (MRI) des Schädels angemeldet (S. 2).

E. 3.8

Dr. D.____ gab in einem weiteren Bericht vom 6. September 2018 (Urk. 8/98) zur Untersuchung des linken Unterschenkels als Befunde reizlose Weichteile und eine leichte Klopf- und Druckdolenz im Bereich des gut palpierenden Kallus an. Die Wunden seien allesamt reizlos und trocken. Weiter liege eine uneingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks und des Kniegelenks vor. Zum Verlauf bestehe nach der Wiederaufnahme

der Arbeit eine zunehmende Belastungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer beschreibe aber Tage, an denen er aufgrund der Belastung im Bereich der ehemaligen Fraktur deutliche Schmerzen verspüre. An anderen Tagen sei er praktisch schmerzfrei. Abends bestünde zusätzlich

eine Schwellungstendenz, je nachdem wie lange er auf den Beinen gewesen sei. Einen Kompressionsstrumpf trage er nicht. Die Schwellung sei am nächsten Morgen jeweils wieder regressiv (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer sei für einen Arbeitsversuch ab dem 17. September 2018 zu 50 % arbeitsfähig. Er könne aber keine knienden Tätigkeiten verrichten und in den ersten Wochen seien Lasten von über 10 kg zu vermeiden (S. 2 Mitte).

E. 3.9

Dr. D.____ führte im Bericht vom 5. Dezember 2018 (Urk. 8/107) zur Anamnese aus, der Arbeitsversuch verlaufe mehr oder weniger erfolgreich. Der Patient arbeite seit dem 17. September 2018 zu 50 % als Gärtner und gehe der Arbeit ohne Einschränkungen nach. Er sei jedoch am Mittag fix und fertig und leide unter Schmerzen und an Schwellungszuständen. Er sei froh, wenn er dann pausieren und ruhen könne. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % werde fortgeführt und gelte bis Mitte März 2019. Falls eine Besserung eintrete, werde die Arbeitsfähigkeit gesteigert (S. 2).

E. 3.10

E.____, Fachpsychologin Neuropsychologie, erstattete am 23. Januar 2019 (Urk. 8/118) einen Bericht über die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 18. Januar 2019. Sie führte aus, mit der Untersuchung sei abzuklären, ob in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten noch unfallbedingte Einschränkungen bestünden (S. 1 oben).

Die Untersuchung habe eine mittelgradige neuropsychologische Störung ergeben. Die Hauptschwierigkeiten lägen in den exekutiv-attentionalen Funktionen, der geteilten Aufmerksamkeit, der zeitlich verzögerten räumlich-konstruktiven Abrufleistung und dem psychomotorischen Antrieb (S. 6 Mitte). Der Beschwerdeführer präsentiere sich im Verhalten und in der Auseinandersetzung mit den vorhandenen Schwierigkeiten psychisch belastet und mit emotionalen Einbrüchen (S. 7 oben). Im MRI vom 12. Juli 2018 seien ein Residuum der stattgehabten Blutung im Gyrus frontalis superior links und weitere kleine punktuelle Läsionen ventral davon nachgewiesen worden. Gewisse Störungen seien überwiegend wahrscheinlich durch die Blutung im Gyrus frontalis links bedingt (S. 7 unten).

Es bestehe eine mittelgradige neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.8) mit vorwiegend linksfrontalem Ausfallmuster und Anteilen von affektiv bedingten Leistungsdefiziten. Eine mittelgradige neuropsychologische Störung entspreche einer Arbeitsunfähigkeit von 50-70 %. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % sei somit bereits optimal angepasst. Die Leistungsfähigkeit sei, wenn möglich, auf 80 % anzupassen (S. 8).

E. 3.11

Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, erstattete am 13. März 2019 (Urk. 8/132 = Urk. 8/133/2-3) einen Bericht über die neurologische und neuropsychologische Untersuchung vom 4. März 2019.

Dr. F.____ stellte folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Polytrauma mit Schädelhirntrauma - kleine subkortikale Blutung mit geringem perifokalem Ödem im Gyrus

frontalis superior links - Schädel-MRI vom 12. Juli 2018 mit Residuum der stattgehabten Blutung im Gyrus frontal superior links sowie Nachweis weiterer kleiner punktueller Läsionen ventral davon - Status nach zweitgradig offener, dislozierter, mehrfragmentärer, Mehreta gen- Unterschenkelfraktur links - nach dorsal dislozierte, intraartikuläre distale Radiusfraktur links

Dr. F.____ führte in ihrer Beurteilung aus, in der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich vorwiegend frontale Defizite mit deutlicher linksseitiger Betonung gezeigt. Weiter hätten sich Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit und der Konzentration ergeben. Im Bereich der mnestischen Funktionen habe der Beschwerdeführer ein schlechtes Resultat bei den verbalen im Vergleich zu den figuralen Tests gezeigt. Die Befunde seien gut zu vereinbaren mit dem neuro radiologischen Befund einer stattgehabten Blutung im Gyrus frontalis superior links. Sie stimmten auch weitgehend mit den von Neuropsychologin E.____ erhobenen Befunden überein. Nach einem Schädelhirntrauma könne im Allgemeinen noch innerhalb von zwei Jahren mit einer Verbesserung der posttraumatischen Defizite gerechnet werden. Insofern bestehe weiterhin die Notwendigkeit für ergotherapeutische und neurophysiologische rehabilitative Behandlungsmaßnahmen. Eine definitive Prognose bezüglich Residuen sei zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Es werde eine erneute Beurteilung zwei Jahre nach dem Schädelhirntrauma empfohlen (S. 2 unten).

E. 3.12

Suva-Kreisarzt Dr. A.____ antwortete am 1. April 2019 (Urk. 8/137) auf die Fragen der Beschwerdegegnerin. Er gab an, die berufliche Integration des Beschwerdeführers verlaufe bisher relativ positiv, wobei dieser aus Eigenmotivation bereits eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anstrebe. Aufgrund des langjährigen, vertrauten beruflichen Umfelds könne nicht unmittelbar abgeleitet werden, ob die festgestellten neuropsychologischen Defizite nicht mehr vorhanden seien. Stattdessen könne auch, insbesondere bei einer frontalen Hirnschädigung, eine Selbstüberschätzung bei einer verminderten Kritikfähigkeit eintreten. Der Umgang mit allfälligen gesundheitsgefährdenden Arbeitsmitteln wie Motorsägen sei somit noch kritisch zu sehen. Im Rahmen der Berufsausübung sei sodann eine begleitende Beaufsichtigung sinnvoll (S. 1 Ziff. 1). Zu empfehlen seien weiterhin Massnahmen der Ergotherapie beziehungsweise ein neuropsychologisches Training, einmal wöchentlich (S. 1 Ziff. 2). Es gehe um die Förderung der Konzentration, des Gedächtnisses, der Anpassungsfähigkeit und Problembewältigung, der Selbstwahrnehmung und der Kritikfähigkeit sowie der Selbständigkeit des Beschwerdeführers (S. 1 f. Ziff. 3). Der Endzustand sei noch nicht erreicht. Eine weitere Stabilisierung bleibe abzuwarten. Nach der Schwere der strukturellen und neuropsychologischen Störungen solle zwei Jahre nach dem Unfallereignis eine neuropsychologische Nachuntersuchung erfolgen (S. 2 Ziff. 4).

E. 3.13

Dr. D.____ berichtete am 6. Juni 2019 (Urk. 8/145/1-2), der Beschwerdeführer habe das Arbeitspensum am 1. April 2019 auf 100 % gesteigert, was seinem Wunsch entsprochen habe. Die Steigerung sei initial mehr oder weniger erfolgreich verlaufen. Der Beschwerdeführer habe sich nun aber wegen zunehmender belastungsabhängiger Schmerzen gemeldet. Er habe zuvor bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % genügend Zeit gehabt, um sich zu erholen. Er gebe jetzt an, dass er bei starker Belastung doch hin und wieder unter Schmerzen im Unterschenkel und zeitweilig auch im Handgelenk leide. Bei Überlastung bestünden neu zusätzlich Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk, da er

bei der Arbeit als Landschaftsgärtner das linke Bein schonen. Dr. D.____ habe dem Patient e n vorgeschlagen, weniger zu arbeiten mit einer Arbeitsbelastung von erneut 50 % (S. 2 oben).

E. 3.14

Gemäss einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2019 übte der Beschwerdeführer seit dem 11. Juni 2019 wieder ein Arbeitspensum von 50 % aus (Urk. 8/146).

E. 3.15

Kreisarzt Dr. A.____ schlug in der Stellungnahme vom 10. Dezember 2019 eine neurologische und eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung vor (Urk. 8/171/3). Die Untersuchungen (THV-Assessment) wurden in der Rehaklinik C.____ durchgeführt. Die neuropsychologische Untersuchung erfolgte am 4. März 2020 durch Dr. phil. G.____ , Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP (Urk. 8/202 S. 3 unten). Die neurologische Untersuchung durch Dr. med. H.____ , Fachärztin für Neurologie, erfolgte am 7. Mai 2020 (Urk. 8/202 S. 3 oben).

Dr. G.____ gab im neuropsychologischen Bericht vom 4. März 2020 (Urk. 8/203) an, der Beschwerdeführer habe am 17. November 2017 ein Polytrauma erlitten, wobei er sich unter anderem ein Schädelhirntrauma zugezogen habe. Aufgrund der Lokalisation im Marklager handle es sich am ehesten um eine Einblutung bei axonaler Schädigung (S. 5 oben). Der Beschwerdeführer habe anamnestisch keine kognitiven Defizite angegeben. Die aktuellen Hauptprobleme bestünden in einer Kraftminderung und Schmerzen im linken Unterschenkel , in der linken Hand und im Arm. Als nächstes werde geprüft, ob das Osteosynthesematerial entfernt werden solle. Der Beschwerdeführer arbeite aktuell mit einem Pensum von 50 % als Gärtner. Er könne die Tätigkeiten jedoch nur bedingt oder gar nicht mehr ausführen. Es sei der langjährigen Tätigkeit und der guten Beziehung zum Arbeitgeber zu verdanken, dass er dennoch weiterbeschäftigt werde. Bisherige Arbeitsversuche mit einem Pensum von 75 % beziehungsweise von 100 % seien hauptsächlich aufgrund der Schmerzen gescheitert. Die Belastbarkeit sei für die volle Untersuchungsdauer von 140 Minuten vorhanden gewesen. Während der Zeitspanne sei es nicht zur Abnahme der allgemeinen Konzentrationsfähigkeit gekommen (S. 5 unten).

Im Vergleich mit der neuropsychologischen Untersuchung vom Januar 2019 sei ein deutlich besseres kognitives Leistungsvermögen vorhanden mit mehrheitlich normentsprechenden Leistungen. Die Befunde seien zusammengefasst als minimale kognitive Störung zu bewerten. Die leichten Minderleistungen seien am ehesten im Rahmen vorbestehender Schwächen zu sehen. Eine Akzentuierung durch das Schädelhirntrauma sei jedoch nicht auszuschliessen. Ein direkter Zusammenhang zwischen den leichten Minderleistungen und der hochfrontal gelegenen Läsion erscheine als weniger wahrscheinlich (S. 6 oben). Dr. G.____ nannte als neuropsychologische Diagnose eine minimale kognitive Störung mit grenzwertig reduzierter Sorgfaltsleistung in der selektiven Aufmerksamkeit sowie weiterer Leistungsschwankungen, ätiologisch nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10 F07.8) auf dem Hintergrund vorbestehender kognitiver Schwächen (Bildungsanamnese) . Die kognitiven Fähigkeiten zur Ausübung des Berufes als Gärtner seien grundsätzlich vorhanden. Die Funktionsfähigkeit im Beruf sei primär durch körperliche Faktoren sowie durch die Schmerzen reduziert (S. 6 unten).

E. 3.16

Dr. H.____ führte im neurologischen Bericht vom 8. Mai 2020 (Urk. 8/202) aus, aktuell stünden Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels, in den Hüften rechtsbetont, Kribbelparästhesien linksbetont sowie Schmerzen in den Händen und regelmässig auftretende Kopfschmerzen im Vordergrund. Als Differential diagnose bestünden Spannungskopfschmerzen. Diesbezüglich werde empfohlen, die orale Schmerzmedikation unter Begleitung eines Spezialisten komplett abzusetzen. Betreffend die Beschwerden im linken Unterschenkel sei eine weitere Operation im Kantonsspital W.____ geplant. Bezüglich der Schmerzen in der Hüfte, im Bereich des Iliosakralgelenks links und der Halswirbelsäule empfehle Dr. H.____ eine orthopädische Untersuchung und die Fortsetzung der Physiotherapie mindestens zweimal in der Woche. Bei den Kribbelparästhesien linksbetont in den Händen könne es sich im Sinne einer Differentialdiagnose um ein Karpaltunnelsyndrom beidseits oder eine Reizung des Nervus ulnaris handeln. Der Beschwerdeführer solle sich wegen dieser Beschwerden bei einem Neurologen vorstellen (S. 5 oben).

In Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten seien für die Ausübung des Berufs als Gärtner keine Einschränkungen vorhanden. Die beruflichen Einschränkungen beruhten vorwiegend auf Schmerzen und orthopädischen Problemen. Nach einer orthopädischen Abklärung könne sehr langsam nach Massgabe der Beschwerden und der Belastbarkeit eine Steigerung des Arbeitspensums erfolgen (S. 5 Mitte).

E. 3.17

Dr. D.____ führte im Bericht vom 21. Juli 2020 (Urk. 8/213/2-3) aus, eine Osteomyelitis sei ausgeschlossen worden. Er habe sich mit dem Patienten auf eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % über zwei Wochen geeinigt. Nach den Ferien des Beschwerdeführers solle die Arbeitsfähigkeit auf 100 % gesteigert werden. Falls dies nicht gehe, solle sich dieser wieder melden (S. 2).

E. 3.18.1

Dr. A.____ führte im Bericht vom 7. Dezember 2020 (Urk. 8/242) über die kreis ärztliche Untersuchung vom 2. Dezember 2020 aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass unverändert Restbeschwerden in der linken Hand und vor allem am linken Unterschenkel bestünden. Die Beschwerdesymptomatik sei belastungs abhängig. Er habe die Arbeitsleistung nicht mehr weiter steigern können. Ein erneuter Arbeitsversuch sei bei einem Pensum von 75 % gescheitert. Es habe dann jeweils am nächsten Tag eine verstärkte Schmerzsymptomatik bestanden (S. 9 Mitte). Er nehme Voltaren und Dafalgan ein, zurzeit regelmässig zirka dreimal täglich.

Der Beschwerdeführer verfüge über keine abgeschlossene Berufsausbildung. In I.____ habe er als Maurer gearbeitet. In der Schweiz sei er seit zirka zwanzig Jahren ungelernt im Bereich Gartenbau und Gartenunterhalt tätig. Vor dem Unfall habe er im Gartenbau auch körperlich schwere, robuste Arbeiten vollzeitig ausgeführt. Er arbeite im Freien, regelmässig auf unebenem Gelände und wieder holt auf Leitern (S. 9 unten). Repetitive körperliche Zwangshaltungen wie Knien und Hocken seien aus seiner Sicht belastend. Diese Arbeiten seien ihm kaum möglich (S. 9 f.).

E. 3.18.2

Dr. A.____ stellte folgende Diagnosen (S. 12 oben): Fremdunfall vom 17. November 2017 - mit dorsal dislozierter, intraartikulärer distaler Radiusfraktur links - mit zweitgradig

offener, dislozierter, mehrfragmentärer Mehretagen-Unterschenkelfraktur links vom 17. November 2017 - mit kleiner subkortikaler Blutung mit geringem perifokalem Ödem im Gyrus frontalis superior links vom 17. November 2017 - neuropsychologisch minimale kognitive Störung bei vorbestehenden kognitiven Schwächen (gemäss Bildungsanamnese)

Der Beschwerdeführer sei am 17. November 2017 von einem Auto erfasst worden. Er habe dabei ein schweres Anpralltrauma erlitten mit einer dislozierten, intraartikulären distalen Radiusfraktur links, einer kleinen subkortikalen Blutung im Bereich des Gyrus frontalis superior sowie einer zweitgradig offenen, dislozierten, mehrfragmentären und mehretagigen Unterschenkelfraktur links. Es sei zu einer Amnesie zum Ereignis und einem initialen Glasgow Coma Score (GCS) von 15 gekommen. Nach der Versorgung der Frakturen seien am 6. März 2018 bei einer gestörten Konsolidierung der Unterschenkelfraktur und einem Implantatversagen eine Teilimplantatentfernung von der Tibia und ein lokales Débridement

erfolgt und eine bakteriologische Probe entnommen worden. Am 15. März 2018 seien die Entfernung des restlichen Implantats im Bereich der proximalen Tibia und eine Marknagelosteosynthese erfolgt (S. 12 Mitte).

In den Verlaufskontrollen zum 16. Oktober 2019 und vom 11. März 2020 sei eine vollständige Konsolidation der Unterschenkelbrüche und der Radiusfraktur links festgestellt worden mit regelrechten Artikulationen in den angrenzenden Gelenken. Nach den unter der beruflichen Arbeitsbelastung geklagten belastungsabhängigen Beschwerden seien im Juli 2020 Röntgenbilder und eine MRI-Untersuchung des linken Unterschenkels veranlasst worden. Bei unauffälligen Laboruntersuchungen und der erneuten Entnahme einer Probe sei eine Osteomyelitis ausgeschlossen worden (S. 12 unten). In weiteren klinischen Untersuchungen seien reizlose Lokalbefunde mit unauffälligen Weichteilen, ohne Entzündungszeichen und eine normale Finger-, Knie- und Sprunggelenksbeweglichkeit beschrieben worden. Der Versuch einer weiteren Leistungssteigerung im angestammten Beruf als angelernter Gärtner sei schliesslich trotz einer ergänzenden medizinischen Trainingstherapie bei unveränderten Beschwerden gescheitert (S. 12 f.).

Im Vergleich zu den neuropsychologischen Untersuchungen vom 18. Januar 2019 sei in der letzten Untersuchung

vom 4. März 2020 lediglich eine minimale kognitive Störung mit einer grenzwertig reduzierten Sorgfaltsleistung in der selektiven Aufmerksamkeit und der kurzfristigen verbalen Merkspanne beschrieben worden. Für die Berufsausübung als Gärtner bestünden grundsätzlich keine kognitiven Einschränkungen. Die somatischen Beschwerden seien als vorrangig bewertet worden. Drei Jahre nach dem Unfallereignis und über sechs Monate nach der Entfernung des Osteosynthesematerials sei bei einem reizlosen Lokal- und guten Funktionsbefund der Gelenke ein stabiler medizinischer Endzustand erreicht. Der Beschwerdeführer sei frei und sicher ohne Hilfsmittel beim Gehen mobil. Er demonstriere einen kräftigen, im Seitenvergleich aber geminderten Händedruck. Relevante kognitive Einschränkungen seien nicht auffällig (S. 13 oben).

E. 3.18.3

Der Beschwerdeführer beschreibe für den angestammten, angelernten Beruf als Mitarbeiter im Gartenbau und Gartenunterhalt mit robusten, wiederkehrend schweren körperlichen Belastungen und körperlichen Zwangshaltungen ein Leistungslimit bei einem

Arbeitspensum von 50 % . Dies absehbar ohne die Möglichkeit einer weiteren Steigerung. Eine vollzeitige Arbeitseinsetzung sei insofern unrealistisch. Die Belastungen seien zu hoch (S. 13 Mitte). Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt seien dem Beschwerdeführer aber leichte und mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten, anteilig zum Stehen, Gehen und Sitzen möglich. Dabei sei ihm ein vollzeitiges Pensum zumutbar. Das Heben und Tragen schwerer Lasten ohne geeignete Hilfsmittel, eine häufige Arbeitseinsetzung auf unebenem Untergrund sowie anhaltende Zwangshaltungen wie Hocken, Knien und Kauern seien nach den erlittenen Frakturen und den angegebenen Restbeschwerden des linken Unterschenkels und der linken Hand als ungünstig zu bewerten. Im Rahmen einer angepassten handwerklichen Tätigkeit ohne aussergewöhnliche kognitive Anforderungen seien keine Einschränkungen zu erwarten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe kein unfallbedingter Integritätsschaden, der die Erheblichkeitsgrenze überschreite (S. 13 unten).

E. 3.19

Dr. A. _____

äusserte sich in einer ärztlichen Stellungnahme vom 22. April 2021 (Urk. 2/2 = Urk. 8/278) zum Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Er gab zu allfälligen Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten an, bei einem reizlosen Lokal- und guten Funktionsbefund mit einer seitengleichen Beweglichkeit, einem kompletten Faustschluss, einer unauffälligen Muskelatrophie und einem kräftigen Händedruck nach einer stabil ausgeheilten Fraktur des linken Unterarms bestehe unter Hinweis auf die Suva-Tabelle 1 kein Integritätsschaden. Bezüglich der unteren Extremitäten bestehe ein unauffälliges, raumgreifendes und sicheres Gangbild nach einer vollständig konsolidierten Fraktur des linken Unterschenkels mit einer symmetrisch uneingeschränkten Beweglichkeit der Anschlussgelenke und der Knie- und Sprunggelenke. Nach Tabelle 2 bestehe daher auch kein Integritätsschaden

für Funktionsstörungen der unteren Extremitäten .

Im Hinblick auf eine Hirnfunktionsstörung nach einer Hirnverletzung liege eine minimale Hirnfunktionsstörung vor bei einem bei der persönlichen Untersuchung unauffälligen angepassten Verhalten und Kognition . Nach Tabelle 8 bestehe daher auch insofern kein Integritätsschaden. Dem Beschwerdeführer sei daher durch das Unfallereignis vom 17. November 2017 kein Integritätsschaden entstanden, der die Erheblichkeitsgrenze überschreite (S. 2 unten).

E. 4.1

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).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer

versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 4.1.2

).

E. 4.2

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

E. 4.3

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 Erwerbsfähigkeit, 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).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer war seit Februar 2000 als angelernter Gärtner tätig (Urk. 8/1 Ziff. 3). Beim Unfall vom 17. Februar 2017 zog er sich im Wesentlichen eine zeitgradige offene, dislozierte, mehrfragmentäre Mehrsegment-Unterschenkelfraktur links, eine nach dorsal dislozierte, intraartikuläre distale Radiusfraktur links und ein Schädelhirntrauma beziehungsweise eine kleine subkortikale Blutung mit geringem perifokalem Ödem im Gyrus frontalis superior links zu (E. 3.4 und 3.11 hiervor). Nach den neurologischen und neuropsychologischen Verlaufsuntersuchungen vom 4. März und vom 7. Mai 2020 wurde im Vergleich zur vorherigen Untersuchung von neuropsychologischer Seite noch eine minimale kognitive Störung festgestellt. Dr. H. ___ und Dr. G. ___ verneinten, dass sich die Störung auf die Arbeitsfähigkeit als Gärtner auswirkt (E. 3.15 und 3.16).

Der Beschwerdeführer nahm die angestammte Tätigkeit als Gärtner im September 2018 mit einem Arbeitspensum von 50 % wieder auf (E. 3.8 hiervor). Versuche, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit weiter zu steigern, scheiterten.

E. 5.2

Die Ärzte des Kantonsspitals B. ___ empfahlen im Bericht vom 17. November 2017 über ein Notfall-CT ein MRI zur Abklärung weiterer axonaler Verletzungen. Die Untersuchung wurde im Juni 2018 durchgeführt (E. 3.2 und 3.7).

Da es sich um eine Empfehlung handelte, fiel die Entscheidung über weiterführende medizinische Abklärungen

grundsätzlich in die Kompetenz der behandelnden Ärzte

des Kantonsspitals B. ___. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 23-24) kann aufgrund des erst im Juni 2018 durchgeführten

MRI des Schädels nicht auf ungenügende medizinische Abklärungen geschlossen werden. Nach dem Bericht vom 5. Januar 2018 über Röntgenbilder des linken Handgelenks bestätigte sich der Verdacht auf eine Scaphoidfraktur nicht (E. 3.5 hiervor; vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 25). Anhaltspunkte für eine vom Beschwerdeführer erwähnte Pseudarthrose (Urk. 1 S. 7 Ziff. 25) finden sich in den medizinischen Akten nicht. Für die Beschwerdegegnerin bestand daher keine Veranlassung,

eine mögliche Pseudarthrose näher abzuklären.

Der Bericht des Kreisarztes Dr. A. ___ vom 7. Dezember 2020 und dessen

Stellungnahme vom 22. April 2021 beruhen auf der erforderlichen persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers und erweisen sich für die streitigen Belange als umfassend. Eine fachärztliche orthopädische Untersuchung war entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 9 Ziff. 35) nicht zwingend erforderlich. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit

und die Prüfung eines Anspruches auf eine Integritätsentschädigung war Dr. A. ___ auch aufgrund der Erfahrung als Suva-Kreisarzt

zweifelloso möglich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4), weshalb der Einwand des Beschwerdeführers, wonach auf die Beurteilung des Kreisarztes nicht abgestellt werden könne, weil er nicht über die erforderliche Fachkompetenz zur Beurteilung orthopädischer Beschwerden verfüge (Urk. 1 S. 9 Ziff. 35), fehlt. Des Weiteren liegen keine Anhaltspunkte oder Zweifel vor, die gegen die

Beurteilung durch Dr. A.____ sprechen würden. Der Kreisarzt

berücksichtigte sodann die geklagten Beschwerden und die Einschätzung erfolgte in Auseinandersetzung mit den massgeblichen Vorakten . Dr. A.____ legte mit nachvollziehbarer Begründung dar, dass für die Tätigkeit als Gärtner nicht mehr mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf über 50 % gerechnet werden kann. In einer leichten bis mittelschweren näher umschriebenen Tätigkeit ist dagegen von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Der Bericht vom 7. Dezember 2020 und die Stellungnahme vom 22. April 2021 erfüllen somit die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte . Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen keine, weshalb auf sie abgestellt werden kann (E. 4.1 hiervor).

Der Beschwerdeführer machte geltend, bei den Berichten der Ärzte der Rehaklinik C.____ handle es sich um versicherungsinterne Stellungnahmen mit partei behauptendem Charakter (Urk. 1 S. 11 Ziff. 47). Dieser Einschätzung kann nicht gefolgt werden, auch wenn es sich bei der Rehaklinik C.____ um ein Unternehmen der Suva handelt. Die Berichte von Dr. G.____ und Dr. H.____ erfüllen daher ebenfalls die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte. Die s hat auch für die Einschätzung zu gelten, wonach die bei der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten leichten Minderleistungen unter anderem mit vorbestehenden Schwächen zu erklären sind (E. 3.15 hiervor). Der aus neuropsychologischer Sicht festgestellten Verbesserung zu einer minimalen kognitiven Störung ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Gärtner oder eine vergleichbare körperliche Arbeit kann daher gefolgt werden.

E. 5.3

Der medizinische Sachverhalt ist somit als dahingehend erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer die angestammte körperlich schwere

Tätigkeit als angelernter Gärtner nur noch eingeschränkt möglich ist . Für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit besteht gemäss dem von Dr. A.____

aufgestellten Belastungsprofil jedoch eine zum utbare Arbeitsfähigkeit von 100 % . Dem Beschwerdeführer kann es dabei zugemutet werden, anstelle der angestammten Tätigkeit eine angepasste Tätigkeit zu verrichten, in welcher er ein höheres Erwerbseinkommen zu erzielen vermag.

E. 6

1

Nach den Angaben der Y.____ AG vom 16. Mai 2018 hätte der Beschwerdeführer 2018 mit einem vollen Arbeitspensum ein Einkommen von Fr. 74'100.-- (Fr. 5'700.-- x 13) verdient (Urk. 8/65). Bei einer Nominallohnentwicklung im Jahr 2019 von 0.9 %

und von 0.8 % im Jahr 2020 (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2020, T 39) ergibt sich ein Jahres einkommen von Fr.

E. 6.2

Für die Bestimmung des zumutbaren Invalideneinkommens sind vorliegend unbestrittenermassen Tabellenlöhne heranzuziehen. Gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 TA1_tirage_skill_level hätte der Beschwerde führer

2018 in einer einfachen Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau eins) monatlich Fr. 5'417.-- verdienen können.

Strittig ist hingegen die Höhe des leidensbedingten Abzugs, welcher von der Beschwerdegegnerin auf 5 % festgelegt wurde (E. 2.1), während der Beschwerdeführer einen solchen von mindestens 20 % fordert (E. 2.2).

E. 6.3

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. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflicht gemässigem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-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 (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

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 Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

E. 6.4

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeiten zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst. Auch bei fehlender Berufsausbildung und bisher vorwiegend ausgeübten körperlich schweren Arbeiten können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.2, und 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4).

E. 6.5

Der Blick auf die Kasuistik des Bundesgerichts der letzten Jahre zum leidensbedingten Abzug in ähnlich gelagerten Fällen ergibt folgendes Bild:

E. 6.5.1

Einer Versicherten, welcher nurmehr körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, überwiegend sitzend, ohne Arbeiten mit Überkopfbewegungen, ohne Oberkörpervorneigeposition, ohne Rotationsbewegungen der Lenden- und Halswirbelsäule und mit nur kurzfristigem Zurücklegen von Gehstrecken in einem Pensum von 70 % zumutbar waren, wurde ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt.

Die Voraussetzungen für einen derartigen Abzug erachtete das Bundesgericht in sofern als erfüllt, als die Versicherte selbst bei leichten Arbeiten insbesondere durch die Vorgabe, Rotationsbewegungen der Lenden- und Halswirbelsäule zu vermeiden, eingeschränkt und ihr erwerbliches Leistungsvermögen entsprechend beschränkt war (Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2017 vom 16. März 2018 E. 3 und E. 5).

E. 6.5.2

Einem Versicherten, welcher in einer adaptierten leichten bis kurzfristig mittel schweren Tätigkeit über eine Arbeitsfähigkeit von 70 % verfügte, sofern er keine repetitiven Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und dem Oberkörper sowie monotone vorgebeugte kniende oder kauende Arbeiten ausüben musste, wurde ebenfalls ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt (Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2017 vom 6. Juli 2017 E. 3.1 und E. 3.5).

E. 6.5.3

Einem Versicherten mit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit für jegliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten mit verschiedenen Erfordernissen wie regelmässiges Wechseln der Arbeitsplatzposition, nur kurzzeitigen Sitzen oder Stehen an Ort (20 bis 30 Minuten) und Vermeiden von Rotationsbewegungen der Halswirbelsäule wurde ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt (Urteil des Bundesgerichts 9C_160/2012 vom 6. Juni 2012 E.

E. 6.5.4

Einem Versicherten, welchem körperlich leichtere bis (nur intermittierend) mittel schwere Tätigkeiten, die wechselbelastend (zu vermeiden waren längeres fixiertes Sitzen/Stehen an Ort, repetitives Heben, Ziehen, Stossen und Tragen von Lasten über 15 kg, anhaltende Neigeposition des Oberkörpers sowie stereotype Rotationsbewegungen der Wirbelsäule) zu 100 % zumutbar waren, wurde ein Leidensabzug von 10 % gewährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_259/2011 vom 28. Juni 2011 E. 3.3). 6.5.5

Einer Versicherten mit Knieproblemen, welche in einer perfekt adaptierten Tätigkeit (kein Bücken, kein Niederknien, kein Leitersteigen, Tätigkeit weitgehend sitzend mit der Möglichkeit, das linke Bein leicht gestreckt zu halten und Positionenwechsel vornehmen zu können) zu 90 % arbeitsfähig war, wurde kein leidensbedingter Abzug gewährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2012 vom 25. Januar 2013 E. 4.2). 6.6

Dem Beschwerdeführer sind angepasste leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu 100 % zumutbar, wobei das Heben und Tragen schwerer Lasten ohne geeignete Hilfsmittel, eine häufige Arbeitseinsetzung auf unebenem Untergrund sowie anhaltende Zwangshaltungen wie Hocken, Knien und Kauern zu vermeiden seien

(vgl. E. 3.18.3). Sein Belastungsprofil ist somit deutlich weniger einschränkend als in den soeben aufgelisteten Fällen, in welchen ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt worden war (E. 6 .5.1-4).

Nach dem Gesagten liegt ein leidensbedingter Abzug von 5 %, wie ihn die Beschwerdegegnerin festgelegt hat, durchaus im Rahmen ihres Ermessens. Im Übrigen ist auf die korrekten Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Urk.

E. 6.7

Die Festlegung des leidensbedingten Abzugs auf 5 % durch die Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden, womit es an einem triftigen Grund fehlt, das Ermessen des Gerichts an Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (E. 6 .3).

Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung der Jahre 2019 und 2020 resultiert ein Einkommen von Fr. 6 5 ' 477 .-- (Fr. 5'417.-- x

E. 7

S. 5 f. Ziff. 18-20) hinzuweisen.

E. 12

: $40 \times 41.7 \times 0.95 \times 1.009 \times 1.008$) . Als Invalideneinkommen sind daher Fr. 6 5 ' 477 .-- zu veranschlagen.

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 7 5 ' 365 .-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 6 5 ' 477 .-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'8 88 .--, was einem Invaliditätsgrad von rund 13 % entspricht. Es besteht daher Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 13 % , weshalb die Beschwerde diesbezüglich teilweise gutzuheissen ist. 7 .

Nach der Stellungnahme von Dr. A.____ vom 22. April 2021 (E. 3.19) wird im Hinblick auf allfällige Funktionsstörungen der oberen Extremitäten, der unteren Extremitäten und für Hirnfunktionsstörungen nach einer Hirnverletzung

unter Hinweis auf die Suva-Tabellen 1, 2 und 8 und gestützt auf die vorliegenden medizinischen Untersuchungen

die Erheblichkeitsgrenze für einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung nicht überschritten.

Die Beurteilung durch Dr. A.____ ist schlüssig und nachvollziehbar. Es liegen keine abweichenden ärztlichen Einschätzungen vor. Auf die Beurteilung durch Dr. A.____ kann abgestellt werden. Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ist daher zu verneinen. 8 .

Zusammenfassend besteht in teilweiser Gutheissung der Beschwerde ein Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 13 % . Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 9 .

9.1

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne

Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 9 .2

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 3. Februar 2022 (Urk. 1 3 /1) die Honorarnote (Urk. 1 3 /2) ein. Dabei erweist sich insbesondere ein geltend gemachter Aufwand von 14 Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift als überhöht. Angesichts der zu studierenden vorinstanzlichen Akten, der dreizehn seitigen Beschwerdeschrift und der Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwalt L. Georg Séchy , Zollikon, bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2' 8 0 0.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Da der Beschwerdeführer lediglich in einem geringen Umfang betreffend Invalidenrente obsiegt, ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 70 0.-- zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang von Fr. 2'10 0.-- ist der unentgeltliche Rechtsvertreter aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 16

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Suva vom 2 6. April 2021 dahingehend abgeändert, als festgestellt wird , dass ein Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 13 % besteht. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen .

2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt L. Georg Séchy , Zollikon, eine reduzierte Parteient schädigung von Fr. 70 0.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Im weitergehenden Umfang von Fr. 2'10 0.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt L. Georg Séchy , Zollikon, aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer

wird auf die Nach zahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 5 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt L. Georg Séchy - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 6 .

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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Brugger

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