

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00116 vom 31. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2024.00116](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00116)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00116 du 31 octobre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00116 del 31 ottobre 2025

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1971, war durch seine Arbeitslosigkeit bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am

#### E. 1.1

%) . Dies wird vom Beschwerdeführer ebenfalls nicht bestritten. 5.4

Die Beschwerdegegnerin gewährte sodann einen leidensbedingten Abzug (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3, 142 V 178 E. 1.3, 135 V 297 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b, 124 V 321 E. 3b/ aa ) von 10 % (vgl. Urk. 2 S. 10 ; Urk. 9/249 S. 2; Urk. 9/254 S. 2 f.), wogegen der Beschwerdeführer einen solchen Abzug als ungenügend erachtete (vgl. Urk. 1 S. 7).

Das Belastungsprofil des Beschwerdeführers ist zwar eingeschränkt .

Die Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit anhand des von Dr. B.\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsprofils sind jedoch nicht so ungewöhnlich hoch, dass sich daher die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit stellt, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 7) . Das Bundesgericht stellt für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit , wobei das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln ist, relativ hohe Hürden auf, welche vorliegend jedenfalls nicht erreicht sind, ist doch das unfallbedingte Belastungsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, dass eine zumutbare Verweistätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich wäre, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint ( BGE 138 V 457 E. 3.1, Urteile des Bundesgerichts 9C\_452/2022 vom 10. Januar 2023 E. 5.1, 9C\_21/2022 vom 15. Juni 2022 E. 2.3.1 und 8C\_369/2021 vom 28. Oktober 2021 E. 6.1 ). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte , dass es sich um eine überwiegend sitzende Tätigkeit handeln muss, wobei das linke Bein in der Orthese gestreckt verharren können muss und es sich um eine Tätigkeit ohne Treppensteigen, ohne Knien/Kauern sowie ohne das Besteigen von Gerüsten und Leitern handeln sollte (vgl. Urk. 9/203 S. 2), und gewährte hierfür einen leidensbedingten Abzug von 10 % (vgl. Urk. 2 S. 10). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges 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). Solche Gegebenheiten sind vorliegend nicht gegeben. Soweit der Beschwerdeführer auf einen zusätzlichen Pausenbedarf hinweist (vgl. Urk. 1 S. 7), wird ein solcher in der versicherungsinternen Zumutbarkeitsbeurteilung nicht anerkannt. In diesem Zusammenhang ist ausserdem festzuhalten, dass sich die durch RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_

zunächst zugestandene 20%ige Leistungsminderung infolge der Notwendigkeit häufigerer Ruhepausen (vgl. Urk. 20/84 S. 12 f.) nicht auf die medizinische Aktenlage stützen konnte und einzig aufgrund seiner eigenen Praxiserfahrung erfolgte. Der geltend gemachte Umstand, wonach gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_ im ersten Arbeitsmarkt «keine grossen Auswahlmöglichkeiten» bestünden (vgl. Urk. 1 S. 7), führt ebenfalls nicht zu einem anderen Ergebnis. So begründeten die Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_ diese Einschätzung vor allem mit der geringen beruflichen Qualifikation und dem relativ hohen Alter des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 9/187/2- 3 S. 2). Weder das fortgeschrittene Alter noch mangelnde Sprachkenntnisse oder eine fehlende berufliche Ausbildung rechtfertigen jedoch bei Annahme einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 einen Tabellenabzug (BGE 146 V 16 E. 7.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2023 vom 4. Juni 2024 E. 4.3 und 8C\_215/2023 vom 1.

Februar 2024 E. 5.2.2.2).

Nach dem Gesagten erscheint ein Abzug von 10 % aufgrund der verbliebenen, unfallkausalen Beeinträchtigungen als angemessen. Gründe, welche einen höheren Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich. Damit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 59'466.-- (Fr.

66'073.-- x 0.9). Im Übrigen resultierte auch bei Gewährung eines maximalen Abzugs von 25 % und damit bei einem Invalideneinkommen von rund Fr.

49'555.-- kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad. 5.5

Wird das Valideneinkommen von Fr. 51'910.-- dem Invalideneinkommen von Fr.

59'466.-- gegenübergestellt, resultiert keine Erwerbseinbusse und somit ein Invaliditätsgrad von 0 %. Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit zu Recht (vorstehend E. 1.2). 6.

## **E. 1.2**

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 in der bis Dezember 2023 geltenden Fassung). 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).

### E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1. 4

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer 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). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 1. 6

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 Versicherer 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 Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzu-

nehmen (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). 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid im Wesentlichen damit, dass dem Beschwerdeführer gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung durch Dr. med. B. \_\_\_ eine Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils ganztags zumutbar sei. Die in Kenntnis sämtlicher Vorakten erfolgte Aktenbeurteilung sei zulässig und eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers nicht notwendig gewesen. Die durch die behandelnden Ärzte erstellten Berichte vermöchten keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung aufkommen zu lassen. Der Hinweis des Beschwerdeführers auf die abweichende Beurteilung durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle sei unbehelflich, berücksichtige diese insbesondere auch die unfallfremden Beschwerden. Weitere Abklärungen würden sich erübrigen. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs, wobei die Vergleichseinkommen anhand unterschiedlicher Tabellenlöhne zu bestimmen seien und sich ein leidensbedingter Abzug von 10 % rechtfertige, resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Eine Unverwertbarkeit der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit liege nicht vor. Gestützt auf die ebenfalls zulässige und beweiskräftige Aktenbeurteilung durch Dr. B. \_\_\_ habe der Beschwerdeführer indessen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 18.5 % (vgl. Urk. 2

S. 6 ff.; Urk. 8 S. 1 ). 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, es seien ausschliesslich versicherungsinterne Aktenbeurteilungen erfolgt. Weder der Beurteilung des Integritätsschadens noch der Zumutbarkeitsbeurteilung könne dabei eine Zusammenfassung der medizinischen Akten entnommen werden, womit es an einer rechtsgenügenden Feststellung des Sachverhaltes fehle. Abgesehen von den formellen Mängeln bestünden zudem erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen. Der RAD habe hinsichtlich der Unfallfolgen die Arbeitsfähigkeit wiederholt anders beurteilt als die Ärztin der Beschwerdegegnerin. Es sei nicht ersichtlich, dass dies Folge einer Berücksichtigung nicht unfallkausaler Beschwerden sei. Damit bestünden hinreichend Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung. Der rechtserhebliche Sachverhalt sei ungenügend festgestellt worden, weshalb eine Begutachtung zu veranlassen sei. Schliesslich sei der beim Invalideneinkommen vorgenommene Leidensabzug in der Höhe von 10

% ungenügend. Es stelle sich die Frage der Verwertbarkeit einer allfälligen Arbeitsfähigkeit sowie eines zusätzlichen Pausenbedarfs. Die erlittene Erwerbseinbusse sei rentenrelevant. Zuletzt bestünden angesichts der formellen und materiellen Mängel auch an der Beurteilung des Integritätsschadens erhebliche Zweifel (vgl. Urk. 1 S. 4 ff.; Urk. 13 S. 2 f.). 2. 3

Strittig und zu prüfen sind die verbliebene Arbeitsfähigkeit und deren Verwertbarkeit, die Höhe des Invaliditätsgrades sowie die zugesprochene Integritätsentschädigung. 3. 3.1

Am 6. Juni 2020 stolperte der Beschwerdeführer laut Unfallmeldung vom 2. Juli 2020 (Urk. 9/3) bei der Bahnstufunterführung und verletzte sich dabei am linken Knie (Ziff. 6, Ziff. 9). 3.2

Die Erstbehandlung erfolgte am 7. Juni 2020 im Spital Z. \_\_\_, wobei die Ärzte eine Kniekontusion/-distorsion des linken Knies vom 6. Juni 2020 sowie eine Poliomyelitis in der Kindheit mit isolierter Lähmung des linken Beins bei vorzeitigem

Wachstumsfugenverschluss und Status nach Verlängerungsosteotomien Ober- und Unterschenkel links zirka 1995 diagnostizierten. Aufgrund der bekannten Lähmung des linken Beins habe der Streckapparat nicht konklusiv beurteilt werden können. Bei ausgeprägtem Hämarthros und unklarem Sturzmechanismus könne eine Knieinnenverletzung nicht ausgeschlossen werden. Es werde

eine Magnetresonanztomographie (MRT) veranlasst. Der Beschwerdeführer sei vom 6. bis 14. Juni 2020 vollständig arbeitsunfähig (vgl. Bericht vom 7. Juni 2020, Urk. 9/155/2- 4 S. 1 ff.). 3.3

Mit Bericht vom 17. Juni 2020 (Urk. 9/146/2-3) diagnostizierten die Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ einen traumatischen ossären Quadrizepssehnenriss links vom 6.

Juni 2020 mit seit dem 7. Juni 2020 erfolgter Ruhigstellung in Knieklettschiene

sowie eine Poliomyelitis in der Kindheit mit isolierter Lähmung des linken Beins bei vorzeitigem Wachstumsfugenverschluss und Status nach Verlängerungsosteotomien Ober- und Unterschenkel links zirka 1995. Die Indikation zur Quadrizepssehnen-Reinsertion zur ventralen Stabilisierung des bis her ohne Gehstöcke mobilen Beschwerdeführers sei gegeben (S. 1). 3. 4

Am 22. Juni 2020 erfolgte in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine transossäre Refixation der Quadrizepssehne links bei diagnostizierter Quadrizepssehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz bei Status nach Verlängerungsosteotomie n Ober- und Unterschenkel links 1995 bei vorzeitigem Wachstumsfugenverschluss bei Poliomyelitis in der Kindheit. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Der Beschwerdeführer sei vom 22. bis 26. Juni 2020 stationär hospitalisiert gewesen (vgl. Austrittsbericht vom 29. Juni 2020, Urk. 9/1/2- 3 S. 1; vgl. auch Operationsbericht vom 22. Juni 2020, Urk. 9/2/2-3 S. 1). 3. 5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab mit Bericht vom 16. Juli 2020 (Urk. 9/19) an, dass der Beschwerdeführer auf einer nassen Rampe ausgerutscht und auf das linke Knie sowie durch eine Drehung auch auf die rechte Achsel gestürzt sei. Er sei am 7. Juni 2020 auf den Notfall gegangen (S. 1 Ziff. 2). Als Diagnosen nannte sie eine Quadrizepssehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz sowie Schmerzen im AC-Schultergelenk rechts (S. 1 Ziff. 5). Ausserdem erwähnte sie eine Poliomyelitis in der Kindheit mit isolierter Lähmung des linken Beins bei Status nach Verlängerungsosteotomie n Ober- und Unterschenkel links zirka 1995 (S. 1 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer sei seit dem 6. Juni 2020 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 8). 3. 6

Mit Bericht vom 24. September 2020 (Urk. 9/41/2-3) informierten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_

über die Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ. Im Rahmen des restriktiven Nachbehandlungsschemas bei Status nach Poliomyelitis zeige sich ein soweit akzeptabler Verlauf. Die Beugefähigkeit sei sicherlich eingeschränkt, allerdings sei im Rahmen der vorbestehenden Erkrankung möglicherweise keine Restitutio ad integrum möglich. Ziel sei das Erreichen einer suffizient belastbaren unteren Extremität für das normale Gehen. Zur Evaluation des Rehabilitationspotentials bei unklarem präoperativen Muskelstatus werde der Beschwerdeführer an die Neurophysiologie überwiesen. Die nächste Verlaufskontrolle erfolge in sechs Wochen. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit werde bis dahin verlängert

(S. 2). 3. 7

Vom 27. August bis 8. Oktober 2020 war der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 16. Oktober 2020 (Urk. 9/70/2-9) nannten die Ärzte – hier gekürzt aufgeführt – als Diagnosen eine Quadrizepssehnenruptur links nach Sturz vom 6. Juni 2020, einen Status nach zirka im Jahr 2018 erlittenem Sturz und Rückenverletzung lumbal sowie einen Status nach Polio in der Kindheit bei Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995 (S. 1). Die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe sei aktuell nicht zumutbar. Die Zumutbarkeit für eine andere berufliche Tätigkeit könne aktuell noch nicht festgelegt werden. Der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig (S. 2). Im Vordergrund stünden die eingeschränkte Beweglichkeit des gesamten linken Beins sowie belastungsabhängige Schmerzen, so dass der Beschwerdeführer aktuell nur mit zwei Gehstöcken gehen könne. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden vollumfänglich erklären. Die intensive Therapie sei ambulant weiterzuführen. Es sei aktuell nicht ohne weiteres vorstellbar, dass der Beschwerdeführer in eine gehende/stehende Tätigkeit zurückkehren könne. Limitierend könnte der Status nach Polio beziehungsweise die Kombination mit den Unfallfolgen sein (S. 3). 3. 8

Am 3. November 2020 erfolgte in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. Bericht vom 4. November 2020, Urk. 9/61/2-5). Die Ärzte diagnostizierten dabei – hier gekürzt aufgeführt – einen Status nach transossärer Quadrizepssehnen-Refixation links am 22. Juni 2020 sowie einen Status nach Polio in der Kindheit und erklärten, dass die Zuweisung zur Klärung des Anteils der Poliomyelitis an der linksseitigen Quadrizepschwäche erfolgt sei (S. 1). Die Untersuchung mittels Elektromyographie (EMG) sei leider nicht zielführend gewesen, nachdem die Einzelpotenzialableitung nicht gelungen sei. In der Ableitung der motorisch evozierten Potentiale sei jedoch eine seitengleiche Ableitung des M. musculus quadriceps möglich gewesen, was gegen eine erhebliche Vorschädigung des Muskels spreche und prognostisch günstig sei. Bei Rückenschmerzen und reduzierter

Pallästhesie sei ein somatosensorisch evoziertes Potentiale (SEP) des Nervus tibialis durchgeführt worden, welches beidseits verlängerte Werte zeige (S. 2). 3. 9

Ein am 3. Dezember 2020 erfolgtes MRT des linken Knies zeigte eine intakte Quadrizepssehnenrekonstruktion sowie Ligamentum patellae mit jedoch narbigen Alterationen. Zudem ergab sich eine schwere fettige Atrophie der Oberschenkel- und weniger ausgeprägt der Unterschenkelmuskulatur, in erster Linie im Rahmen der Grunderkrankung. Ausserdem zeigten sich leicht progrediente gonarthrotische Veränderungen betont im lateralen Kompartiment (vgl. Bericht vom 3.

Dezember 2020, Urk. 9/65/3). 3.1 0

Die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ informierten mit Bericht vom 15. Dezember 2020 (Urk. 9/131) über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers und nannten dabei folgende Diagnosen (S. 1): - multifaktorielle Gangstörung im Rahmen der Diagnosen 2-4 - moderate zentrale Spinalkanalstenose Lendenwirbelkörper (LWK) 2/3 - Status nach transossärer Quadrizepssehnenrefixation links am 22. Juni 2020 bei kompletter Quadrizepssehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz und Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995

- Status nach Polio in der Kindheit bei betroffenem linken Bein und bis zum Sturz Vollbelastung und Gehen ohne Hilfsmittel möglich

Es bestehe eine symptomatische moderate spinale Stenose, welche sehr gut zur multifaktoriellen Einschränkung des Gangbildes beitrage (S. 2). 3. 1 1

Am 4. Januar 2021 erfolgte in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine Narkose mobilisation des linken Knies, wobei unter Schmerzausschaltung mittels kurzer Vollnarkose eine Range Of Motion ( ROM ) von Flexion/Extension 85-0-0° habe erzielt werden können. Der Verlauf sei komplikationslos mit stets schmerzkom pensiertem Beschwerdeführer ge wesen . Er sei vom 4. bis 9. Januar 2021 stationär hospitalisiert gewesen (vgl. Austrittsbericht vom 9. Januar 2021, Urk. 9/76/2- 3

S.

1; vgl. auch Operationsbericht vom 4. Januar 2021, Urk. 9/77/2). 3. 1 2

Mit Bericht vom 16. Februar 2021 (Urk. 9/86/2-3) informierten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ über die Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ. Der Bewegungsumfang habe durch die Narkosemobilisation um 20° gesteigert werden können. Die Quadrizepsmuskulatur

könne dennoch weiterhin nicht aktiv angesteuert werden. N eb st einer orthopädischen Schuhanpassung sei deshalb eine Orthese notwendig. Chirurgische Optionen bestünden derzeit nicht (S. 2). 3.1 3

Dem Bericht der Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2021 (Urk. 9/118) sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - Status nach Sturzgeschehen vom 6. Juni 2020 mit/bei: - transossärer Quadrizepssehnenrefixation links am 22. Juni 2020 bei bekannter Muskelatrophie und Verfettung bei Status nach Polio myelitis in der Kindheit - Status nach Narkosemobilisation bei Beugedefizit am 4. Januar 2021 - Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995

Als Nebendiagnose erwähnten sie eine Lisfranc-1-Arthrose bei Fallfuss und Status nach Poliomyelitis sowie multiplen Voroperationen wie beispielsweise Achillessehnen-Verlängerung und Femurverlängerung (S. 1). Eine operative Intervention werde nicht empfohlen. Bei einer derzeitigen fortgeschrittenen Muskelschwäche vor allem im Bereich des Musculus Quadriceps links bestehe eine gute Prognose bezüglich des Muskelaufbaus. Dieser sei weiterhin zu forcieren (S. 2). 3.1 4

Die Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ informierten mit Bericht vom 20. Juli 2021 (Urk.

9/125) über die neurologische Beurteilung der Funktionseinschränkung des linken Beins nach im Juni 2020 erlittene n Unfall. Dabei nannten sie die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1 f.): - Poliomyelitis in der Kindheit - Status nach transossärer Quadrizepssehnenrefi x ation links am 22. Juni 2020 bei Status nach kompletter Quadrizepssehnenruptur links vom 6.

Juni 2020 nach Stolpersturz - Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995 - höhergradige lumbale Spinalkanalstenose L2/3

De r im Vordergrund stehende Funktionsverlust des linken Beins in Folge eines Unfalles mit Quadrizepssehnenruptur sei im Rahmen der Poliomyelitis zu interpretieren. Nadelymyographisch habe im M usculus quadri c eps links keine Willküraktivität

nachgewiesen werden können, was gut zu den Resultaten der MR-Neurographie des linken Oberschenkels passe. Dort habe sich ein nahezu vollständiger bindegewebiger Umbau der Oberschenkelmuskulatur bei atrophem Nervus

femoralis gezeigt, der in seiner Kontinuität erhalten sei. Auch dieser Befund passe gut zu einem Status nach Polio. Durch die fehlende Nutzung des Beines über mehrere Wochen bis Monate dürfte es auch zu einer Sehnenverkürzung gekommen sei, welche die Funktion zusätzlich eingeschränkt habe. Eine Claudicatio-Symptomatik als Folge der zentralen Spinalkanalstenose LWK

2/3 habe sich nicht eruieren lassen. Die Physiotherapie sei fortzuführen (S.

2). 3.1 5

Am 10. November 2021 erfolgte eine versicherungsinterne Beurteilung durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin. Diese kam zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit als Casserolier keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Die Stabilität des linken Beines sei mittlerweile nur noch durch die Orthese/Gehhilfe gegeben. Vor dem Ereignis sei sie durch den Sehnen- und Bandapparat einigermaßen vorhanden gewesen, aber nicht durch die muskuläre Funktion der kniegelenksstabilisierenden Muskulatur. Dies werde sich zukünftig aufgrund der stattgehabten richtungsgebenden Verschlimmerung nicht mehr ändern. Eine Patellectomie würde keine namhafte Besserung mehr erzielen. Die bereits vorhandene Orthese bei atrophem Oberschenkel habe nicht den gewünschten stabilisierenden Effekt gezeigt. Es sei überwiegend wahrscheinlich nicht mehr mit einer namhaften Besserung zu rechnen. Knapp eineinhalb Jahre nach Zuzug sei der medizinische Endzustand erreicht. Der Vorschaden im Sinne einer Polio führe nicht zu einer überholenden Kausalität. Die neurologische Situation bleibe bei statischem Krankheitsverlauf der Polio bestehen und sei in die Beurteilung somit nicht miteinzubeziehen. Die Quadrizepssehnenruptur sei sicherlich dafür verantwortlich, dass die Funktion nicht wieder hergestellt werden könne in Kombination mit der Polio, da es nicht gelinge, die Muskulatur wieder anzusteuern. Das erhöhte Risiko der ausbleibenden Heilung durch die Grunderkrankung müsse akzeptiert werden. Im Rahmen des noch zu erstellenden Belastungsprofils sei zukünftig nur noch eine rein sitzende Tätigkeit zumutbar (vgl. Bericht vom 10. November 2021, Urk. 9/164 S. 1 f.). 3.1 6

Am 2. Dezember 2021 erfolgte in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl.

Bericht vom 2. Dezember 2021, Urk. 9/173/2-4). Die Ärzte nannten dabei die folgenden Diagnosen (S. 1): - neuromuskuläre Störung Musculus quadriceps und Mm. adductores links postoperativ im Rahmen Poliomyelitis mit/bei: - Status nach Narkosemobilisation Knie links am 4. Januar 2021 bei Beugedefizit (40°) im Rahmen der Polio bei Status nach transossärer Quadrizepssehnen-Refixation links am 22. Juni 2020 bei kompletter Quadrizepssehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz - Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995 - Status nach Polio in der Kindheit

bei betroffenem linken Bein und bis zum Sturz Vollbelastung und Gehen ohne Hilfe möglich - Adipositas - Nikotin

Klinisch-neurologisch würden sich hochgradige Paresen der Hüftbeuger- und Kniestrecker-muskulatur zeigen. Die Defizite würden über die Polioerkrankung hinausgehen

und stünden in Zusammenhang mit dem im Juni 2020 erlittenen Unfall. In der nadelmyographischen Zusatzuntersuchung lasse sich nicht sicher Willküraktivität im Quadriceps nachweisen, sodass hier funktionell eine Plegie bestehe. Umso wichtiger sei die Kompensation durch die benachbarte Muskulatur. Aufgrund des schleppenden Verlaufs trotz intensiver ambulanter Physiotherapie werde eine Re-Rehabilitation empfohlen (S. 2).  
3.1 7

Mit Austrittsbericht vom 2. Februar 2022 (Urk. 9/187/2-13) informierten die Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_ über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 28. Dezember 2021 bis 1. Februar 2022 und nannten dabei die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - Quadrizepssehnenruptur links nach Stolpersturz vom 6. Juni 2020 - Status nach Polio in der Kindheit - leichte bis mittelgradige depressive Episode

Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungs minderung. Die bisherige Tätigkeit als Küchengehilfe sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Tätigkeit in der Hocke und/oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und Leiternsteigen sei dem Beschwerdeführer indessen ganztags zumutbar. Aufgrund der

unfallbedingten aber auch unfallfremden Voraussetzungen (geringe berufliche Qualifikation und relativ hohes Alter) sei davon auszugehen, dass er im ersten Arbeitsmarkt bezüglich neuer Tätigkeit keine grosse Auswahlmöglichkeit habe (S. 2). Im Vordergrund stünden eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der linken unteren Extremität mit Flexionsdefizit im Knie, Fallfuss und bewegungs- und belastungsabhängige n Schmerzen im vorderen Kniekompartiment links. Die Kniebeschwerden dürften auf eine sekundäre, weit fortgeschrittene Gonarthrose zurückzuführen sein. Im Rahmen des Unfallereignisses vom 6. Juni 2020 sei es zu einer namhaften Verschlechterung der im Rahmen der Polio vorbestandene n muskulären Defizite gekommen . Während der Rehabilitation sei ein vorüber gehend auch linksseitige Schulterschmerzen aufgetreten . Konventionell-radiologisch würden sich die artikulären Verhältnisse jedoch unauffällig präsentieren (S.

3). 3. 18

Der versicherungsinternen Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_

vom 21. März 2022 (Urk.

9/203) ist zu entnehmen, dass der medizinische Endzustand erreicht und mit keiner namhaften Verbesserung mehr zu rechnen sei . Eine Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiter Gastronomie sei nicht mehr gegeben, da die Anforderungen zu hoch seien. Eine überwiegend sitzend zu verrichtende Arbeitstätigkeit (Verhältnis 8:1) mit gelegentlichem Gehen (in kniestabilisierender- und Fuss-Orthese links) ohne Treppensteigen, ohne Knien/Kauern, ohne Gerüste und Leitern sowie mit lediglich Eigenbelastung ohne Zusatzgewicht sei dem Beschwerdeführer indessen ganztags zumutbar. Bei der sitzend zu verrichtenden Tätigkeit müsse das Bein in der Orthese gestreckt verharren können. Ein Hochsitz wäre ideal oder eine Sitzposition, in welcher das linke Bein hochgelagert werden könne (S. 1 f.). 3.19

Am 22. März 2022 erfolgte durch Dr. B.\_\_\_\_ eine Beurteilung des Integritätsschadens (Urk. 9/204). Dabei gab sie an, dass der Beschwerdeführer mit Schadenereignis vom 6. Juni 2020 eine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren habe. Hierbei sei es im Rahmen eines Sturzereignisses zu einer trans ossären Quadrizepssehnenruptur links gekommen bei

vorbestehender Muskel atrophie und Verfettung infolge Poliomyelitis seit Kindheit. Nach am 22.

Juni 2020 erfolgter Quadrizepssehnenrefixation habe sich eine dauerhafte Bewegungseinschränkung am linken Kniegelenk eingestellt mit maximaler Beugefähigkeit von 30°. Die Narkosemobilisation vom 4. Januar 2021 habe das bestehende Flexionsdefizit unwesentlich beheben können. Auch der stationäre Rehabilitationsaufenthalt habe keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielen können. Es resultiere somit eine verbliebene Bewegungseinschränkung und Belastungsschmerzhaftigkeit am linken Kniegelenk mit maximaler Knie flexion von 30°. Die Mobilität an zwei Unterarmgehilfen sei bei angelegter Orthese in Streckfunktion des linken Kniegelenks

gegeben. Unfallfremd bestehe eine Poliomyelitis seit Kindheit mit Paresen der Knieextensoren sowie Kontraktur des linken Fusses mit deutlicher Tibialis anterior und - posterior Schwäche sowie ausserdem ein Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995. Bei fehlender überholender Kausalität bezüglich der Polio sei diese in die Integritätsentschädigung nicht miteinzubeziehen. Die Gesundheitsschädigung sei erheblich, andauernd und unfallkausal (S. 1 Ziff. 1). Es sei auf die Tabelle 2 «Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten» abzustellen. Gemäss Rubrik Knie, Zeile 1, gebühre der versicherten Person bei einer Beweglichkeit zwischen 10° und 60° eine 15%ige Entschädigung. Eine 10%ige Entschädigung bestehe gemäss Zeile 2 bei einer Beweglichkeit zwischen 0° und 90°. Die Beweglichkeit des Kniegelenks liege bei 0° bis 30°. Die Beugefähigkeit sei somit schlechter als in beiden Zeilen hinterlegt. Für die erste Zeile würde somit ein Zuschlag von 5 % resultieren. Würde man die zweite Zeile nehmen, sei ein Zuschlag von 10 % zu wählen. In der Zwischenbilanz bestehe demnach je nach Zeilenwahl eine Integritätsentschädigung von 20 %. In Abzug gebracht werden müsse das nicht ausgewiesene Streckdefizit, welches mit 1.5 % berechnet werde. Somit resultiere eine Integritätsentschädigung von 18.5 %. Im Vergleich zu einer Femoralislähmung, bei welcher das Bein gar nicht mehr bewegt werden könne und mit 25 % entschädigt werde, scheine eine Entschädigung von 18.5 % bei noch ausgewiesener Kniegelenksbeweglichkeit von 30° angemessen (S. 1 f. Ziff. 2-3). 3. 20

Mit Bericht vom 25. April 2022 (Urk. 9/212/2-3) nannten die Ärzte der Uni versitätsklinik A.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - retropatelläre Arthrose mit Patella baja links mit neuromuskulärer Störung M. quadriceps und Mm. adductores links postoperativ im Rahmen der Poliomyelitis mit/bei: - Status nach Narkosemobilisation Knie links am 4. Januar 2021 bei Beugedefizit (40°) im Rahmen der Polio bei Status nach transossärer Quadrizepssehnen- Refixation links am 22. Juni 2020 bei kompletter Quadrizepssehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz - Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995 - Status nach Polio in der Kindheit mit betroffenem linken Bein und bis zum Sturz Vollbelastung und Gehen ohne Hilfe möglich - Adipositas - Nikotin

Beim Beschwerdeführer bestehe ein Funktionsdefizit des M. quadriceps, welcher nicht mehr aktiviert werden könne. Bei einem entsprechenden Schmerzsyndrom retropatellär sei eine Patellektomie als operative Massnahme ohne Konsequenz für den Streckapparat möglich. Funktionell vermutlich besser wäre indessen eine Kniegelenksarthrodese, nach welcher der Beschwerdeführer ohne Schiene gehen könne. Eine Versteifung komme für ihn allerdings nicht in Frage. Eine Regredienz der Beschwerden sowie eine verbesserte

Beweglichkeit im Kniegelenk seien die Vorteile der Patellectomie . Damit werde jedoch weder die Gehfähigkeit noch die Muskelkraft am linken Bein verbessert. Eine aktive Streckung oder gar Erholung des Streckapparates sei nicht möglich (S. 2). 3.2 1

Den beigezogenen Akten der IV-Stelle lässt sich eine RAD- Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. respektive 7. Juli 2022 entnehmen, wonach beim Beschwerdeführer ein somatischer Gesundheitsschaden des linken Beines ausgewiesen sei einschliesslich der sich daraus ableitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Dieser Gesundheitsschaden sei inzwischen auf niedrigem Niveau weitgehend stabil. Zusätzlich liege aus psychischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) vor, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche, längerdauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründe. Die aktenkundigen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit betreffen in erster Linie die bisherige Tätigkeit und seien plausibel. In der bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch sei der Beschwerdeführer seit dem 6. Juni 2020 vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten körperlich leichten, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne häufiges Treppensteigen, Gehen auf unebenem Untergrund oder Besteigen von Leitern bestehe gemäss der Beurteilung der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom Februar 2022 eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Dieser Beurteilung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht zu folgen, wobei aus mehr als 30-jähriger orthopädischer Praxiserfahrung medizinischtheoretisch eine gewisse Leistungsminderung von etwa 20 % zugestanden werden sollte, begründet mit der Notwendigkeit häufigerer Ruhepausen. Diese Einschätzung gelte spätestens ab der Entlassung aus der Rehaklinik D.\_\_\_\_ am 1. Februar 2022 (vgl. Urk. 20/84 S. 12 f.). 3. 2 2

Eine weitere versicherungsinterne Beurteilung erfolgte am 25. August 2022 durch med. pract. H.\_\_\_\_ , Fachärztin für Anästhesiologie (Urk. 9/239). Diese gab an, dass dem Beschwerdeführer operativ

eine Patellectomie oder eine Kniegelenksarthrodese angeboten würden. Diese Massnahmen würden die funktionelle Leistungsfähigkeit allerdings nicht verbessern. Bezüglich der funktionellen Leistungsfähigkeit ohne Massnahme werde auf die Beurteilung von Dr.

B.\_\_\_\_ vom März 2022 verwiesen. Nach einer erfolgreich durchgeführten Patellectomie oder Kniegelenksarthrodese

bleibe das durch Dr. B.\_\_\_\_ formulierte Belastbarkeitsprofil entweder gleich oder verschlechtert sich. Eine Verbesserung des Zumutbarkeitsprofils sei nicht zu erwarten. Dem Beschwerdeführer könnten keine anderen Behandlungsmöglichkeiten ausser den erwähnten operativen Versorgungen oder die Fortführung der bisherigen konservativen Therapie mit einer Knieorthese angeboten werden (S. 1 f.). 3. 2 3

Mit Bericht vom 8. November 2022 (Urk. 9/276/2-3) bestätigten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ die von ihnen im April 2022 gestellten Diagnosen und gaben an, dass eine stabile unerfreuliche Situation bestehe. Der Beschwerdeführer habe immer Schmerzen und eine Schwellung. Er könne deshalb nicht lange stehen und auch nicht lange sitzen. Es sei nicht möglich, dass der Beschwerdeführer in einer sitzenden Tätigkeit zu 100 % arbeiten könne wegen der eintretenden Schmerzen und Schwellung (S. 1 f.). 3. 2 4

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Universitätsklinik A.\_\_\_\_, bestätigte mit Bericht vom 17. Januar 2023 (Urk. 9/291/2-3) die von den Ärzten der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ bereits im November 2022 gestellten Diagnosen und erwähnte zusätzlich im Zusammenhang mit dem Status nach Polio in der Kindheit eine Fussheberparese links mit isolierter Ansteuerung der lateralen Fussrandheber (S.

1). Es bestehe unverändert eine nicht zufriedenstellende Situation. Es sei weiterhin klar, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Knieschmerzen bei längerer sitzender Position auch in einer Bürotätigkeit nur sehr reduziert einsetzbar bleibe. Ein Weiterführen der Physiotherapie sei dringend indiziert (S.

2). 3. 2 5

Mit Bericht vom 23. Mai 2023 (Urk. 9/296/2-4) erwähnte Dr. I.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - retropatelläre Arthrose mit Patella baja links mit neuromuskulärer Störung M. quadriceps und Mm. adductores links postoperativ im Rahmen der Poliomyelitis mit/bei: - Status nach Narkosemobilisation Knie links am 4. Januar 2021 bei Beugedefizit (40°) im Rahmen der Polio bei Status nach transossärer Quadrizepssehnen-Refixation links am 22. Juni 2020 bei kompletter Quadrizepssehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz - Status nach Verlängerungsosteotomie Ober- und Unterschenkel links 1995 - Status nach Poliomyelitis in der Kindheit mit/bei: - generalisierter Atrophie Bein links und neurogener Fussdeformität ( Pes

equinovalgus et abductus ) links - Beinlängendifferenz links<rechts 2.1 cm - Paresen Bein links: Hüftbeugung M0-1, Kniestreckung M0-1, Kniebeugung M2, Adduktoren M2, Fusshebung M4- mit isolierter lateraler Fussrandhebung - bis zum Sturz Vollbelastung und Gehen ohne Hilfe möglich - fortgeschrittene Osteochondrose L2/3 mit konsekutiver rechtskonvexer thorakolumbalen Skoliose - moderate zentrale Spinalkanalstenose LWK2/3

Insgesamt bestehe eine unverändert schwierige Situation. Es bestünden klar objektivierbare funktionelle Einschränkungen mit massiven degenerativen beziehungsweise posttraumatischen Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks sowie vorbestehenden massiven Einschränkungen bei Status nach Poliomyelitis (Beinlängendifferenz, Fussdeformität, hochgradige Paresen auch der proximalen Muskelgruppen). Zudem seien auch deutliche degenerative Veränderungen der LWS nachgewiesen. Es sei zu einer objektivierbaren deutlichen Verschlechterung der Situation im Rahmen von degenerativen beziehungsweise posttraumatischen Veränderungen gekommen, welche die Kompensationsmechanismen des Beschwerdeführers bei vorbestehender starker funktioneller Einschränkung aufgrund der Paresen und Deformitäten nach Poliomyelitis in der Kindheit zum Dekompensieren gebracht hätten (S. 2). 3.2 6

Den beigezogenen Akten der IV-Stelle lässt sich eine durch Dr. G.\_\_\_\_ verfasste RAD-Stellungnahme aus psychiatrischer Sicht vom 11. Juli 2023 entnehmen. Dieser kommt zum Schluss, dass die Berichte der J.\_\_\_\_ betreffend das psychische Leiden des Beschwerdeführers diagnostisch kaum plausibel seien und ein gewisser Verdacht bestehe, dass das Kontinuum Verdeutlichungstendenz – Aggravation – Simulation dem behandelnden Arzt nicht bekannt sei. Psychosoziale Faktoren seien leider kaum berücksichtigt. Die Berichte seien nicht geeignet, eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (vgl. Urk. 20/126 S. 5). 3.2 7

Der sich in den beigezogenen Akten der IV-Stelle befindlichen, durch Dr. F.\_\_\_\_ verfassten RAD-Stellungnahme aus orthopädischer Sicht vom 25. Juli 2023 ist zu entnehmen, dass sich seit der RAD-Stellungnahme vom 6. Juli 2022 aus orthopädischer Sicht zwar nichts Wesentliches am linken Bein/Kniegelenk des Beschwerdeführers geändert habe. Allerdings sei seitens der Uniklinik A.\_\_\_\_ nun ein schon seit Dezember 2020 bekannter MRI-Befund der LWS mit Nachweis ausgeprägter, degenerativer Veränderungen im Segment L2/3 in den Fokus gerückt, da hierdurch ebenfalls ein Teil der Beschwerden im Sinne einer radiikulären Nervenwurzelreizsymptomatik erklärbar wäre. Hinsichtlich der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gebe es

– abgesehen von der vagen Aussage der Uniklinik A.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer auch in einer Bürotätigkeit nur sehr reduziert einsetzbar bleibe aufgrund von Knie schmerzen bei länger sitzender Position

- keine aktuellen, konkreten Angaben. Aus rein versicherungsmedizinischer Sicht bedeute dies, dass die seitens der Rehaklinik D.\_\_\_\_ ab Februar 2022 für möglich erachtete vollschichtige Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich nicht realisierbar sei, selbst wenn man die in der RAD-Stellungnahme vom 6. Juli 2022 angenommene Leistungs - minderung von 20 % berücksichtige. Zumindest sei retrospektiv seit Februar 2022 überwiegend wahrscheinlich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit möglich. Dabei sollte es sich um eine körperlich leichte, wechselbelastende und dabei vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne gebeugte Zwangshaltung des linken Kniegelenks, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Gehen auf unebenem Untergrund oder Besteigen von Leitern handeln (vgl. Urk. 20/126 S. 5 ff.). 4. 4.1

Die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung des Rentenanspruchs per 1. Oktober 2022 vorgenommen hat (vgl. Schreiben vom 29. August 2022, Urk. 9/ 245), ist im Hinblick darauf, dass der medizinische Endzustand aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar als erreicht erachtet wurde, wobei die angebotenen operativen Eingriffe – welche der Beschwerdeführer ohnehin ablehnt - die funktionelle Leistungsfähigkeit nicht verbessern würden (vgl. Urk. 9/164 S. 1; Urk.

9/203 S. 2; Urk. 9/215/2-3 S. 2; Urk. 9/233/2-3 S. 2; Urk. 9/239 S. 1), und die Invalidenversicherung die Eingliederung abgeschlossen hat (vgl. Urk. 9/104 = Urk. 20/46; 9/196 = Urk. 20/67), nicht zu beanstanden (vorstehend E. 1.2). 4.2

In medizinischer Hinsicht erweisen sich die durch Dr. B.\_\_\_\_ vorgenommenen

versicherungsinternen Beurteilungen (vorstehend E. 3.15, E. 3.18-3.19) als für die streitigen Belange umfassend. Dr. B.\_\_\_\_

hielt in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise

fest, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Sturzereignisses vom 6. Juni 2020 eine transossäre Quadrizepssehnenruptur links bei vorbestehender Muskelatrophie und Verfettung infolge einer Poliomyelitis seit der Kindheit erlitt und sich trotz am 22. Juni 2020 erfolgter Quadrizepssehnenrefixation und anschliessender stationärer Rehabilitation sowie im Januar 2021 erfolgter Narkosemobilisation am linken Kniegelenk eine dauerhafte Bewegungseinschränkung einstellte (vgl. Urk. 9/204 S. 1).

Ausserdem legte Dr. B.\_\_\_\_

überzeugend

dar , dass die Stabilität des linken Beines vor dem Ereignis durch den Sehnen- und Bandapparat - nicht aber durch die muskuläre Funktion der kniegelenksstabilisierenden Muskulatur - einigermassen vorhanden gewesen und mittlerweile nur noch durch die Orthese/Gehhilfe gegeben sei und sich dies zukünftig aufgrund der stattgehabten richtungsgebenden Verschlimmerung nicht mehr ändern werde . Der Vorschaden im Sinne einer Polio führe nicht zu einer überholenden Kausalität, die neurologische Situation bleibe bei statischem Krankheitsverlauf der Polio bestehen und sei in die Beurteilung nicht mitein zubeziehen. Die Quadrizepssehnenruptur sei sicherlich dafür verantwortlich, dass die Funktion nicht wieder hergestellt werden könne in Kombination mit der Polio, da es nicht gelinge, die Muskulatur wieder anzusteuern (vgl. Urk. 9/164 S. 1 f.). Die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ , wonach die angebotene Patellektomie keine namhafte Besserung mehr erzielen würde, vertrat auch Dr. H.\_\_\_\_ , welche überdies zum Schluss kam, dass auch eine Kniegelenksarthrodese die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verbessern würde (vgl. Urk. 9/239 S. 1 ). 4.3

Infolge der unfallbedingten Beschwerden ging Dr. B.\_\_\_\_

s chliesslich

davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Gastronomie mitarbeiter nicht mehr zumutbar sei ( vorstehend E. 3.15, E. 3.18 ), was in Kenntnis der erhobenen Befunde sowie des entsprechenden beruflichen Anforderungsprofils nachvollziehbar ist.

Im Hinblick auf die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit erweist sich die durch Dr. B.\_\_\_\_ vorgenommene versicherungsinterne Beurteilung (vorstehend E. 3.18), welche einzig die Auswirkungen der unfallbedingten Befunde zu berücksichtigen hat,

ebenfalls als schlüssig und nachvollziehbar, so dass darauf abgestellt werden kann . Dr. B.\_\_\_\_ hat sämtliche geklagten unfallbedingten Beschwerden und erhobenen Befunde bei der Erstellung des Belastungsprofils für eine angepasste Tätigkeit angemessen berücksichtigt . Das durch Dr. B.\_\_\_\_ erstellte versicherungsinterne Zumutbarkeitsprofil und die darin attestierte voll ständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit deck en sich im Übrigen mit der durch die Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vorgenommenen Einschätzung , wonach dem Beschwerdeführer eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Tätigkeit in der Hocke und/oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und Leiternsteigen ganztags zumutbar ist (vgl. Urk. 9/187/2-

## **E. 6**

Juni 2020 bei der Bahnhofs unterführung in Y.\_\_\_\_ stolperte und sich am linken Knie verletzte ( Urk.

9/3 ). Die Erstbehandlung erfolgte am

### **E. 6.1**

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer schliesslich aufgrund einer richtungsgebenden Verschlimmerung eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 27'417.-- bei einer Integritätseinbusse von 18.5 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 148'200.-- zu (vgl. Urk. 2 S. 12 ff.; Urk. 9/251; Urk. 9/ 254 S. 3 ). Der Beschwerdeführer machte dagegen pauschal geltend, dass an d er versicherungsmedizinischen Beurteilung des Integritätsschadens erheb liche Zweifel bestünden und er zu begutachten sei (vgl. Urk. 1 S.

8).

### **E. 6.2**

Nach

Art.

24

Abs.

1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet.

Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art.

24

Abs.

2 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).

Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen.

Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund

(vgl. zur Aufgabe der Arztperson auch BGE

140 V 193 E.

3.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_809/2021 vom 24.

Mai 2022 E.

5.4).

### **E. 6.3**

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust

und teilweiser Gebrauchs unfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundes rätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Fein raster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2022 vom 31. Januar 2023 E. 6.1.1 mit Hinweisen ) .

#### **E. 6.4**

Zur Beurteilung des Integritätsschadens stellte die Beschwerdegegnerin auf die durch Dr. B.\_\_\_\_ am 22. März 2022 erstellte Beurteilung ( vorstehend E. 3.19 ) a b. Diese erweist sich als schlüssig und nachvollziehbar begründet, ist in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit. So liegen insbesondere keine abweichenden ärztlichen Einschätzungen vor, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf abstellen durfte. Inwiefern an dieser Beurteilung in Bezug auf den Integritätsschaden formelle und materielle Mängel bestehen (vgl. Urk. 1 S. 8 oben), ist nicht ersichtlich und wurde auch nicht eingehend begründet. Damit besteht keine Veranlassung, die Höhe der Integritätsentschädigung im Rahmen eines Gutachtens überprüfen zu lassen.

#### **E. 6.5**

Nach dem Gesagten steht somit fest, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf die überzeugende Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ von einer Integritätsentschädigung auf der Grundlage einer Integritätseinbusse von 18.5 % ausging. 7.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid demnach 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 Dominique Chopard - Suva unter Beilage einer Kopie von Urk. 25 - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

46

BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Gerichtsschreiberin  
Grieder-Martens Meierhans

#### **E. 7**

Juni 2020 im Spital Z.\_\_\_\_, wobei im Wesentlichen eine Kniekontusion/-distorsion links vom 6. Juni 2020 sowie eine Poliomyelitis in der Kindheit mit isolierter Lähmung des linken Beins diagnostiziert wurde (Urk. 9/155/2- 4 S. 1). Bei schliesslich diagnostizierter Quadrizeps sehnenruptur links vom 6. Juni 2020 nach Stolpersturz wurde am 22. Juni 2020 in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine transossäre Refixation der Quadrizepssehne links durchgeführt (Urk. 9/1-2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 9/10-12).

Mit Schreiben vom 29. August 2025 (Urk. 9/245) stellte die Suva die kurzfristigen Leistungen per 30. September 2022 ein. Sodann sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 13. September 2022 (Urk. 9/25 2) eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 18.5 % zu und verneinte mangels einer erheblichen unfallbedingten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 9/267) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 2

#### **E. 9**

April 2024 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten, namentlich eine Invalidenrente sowie eine höhere Integritätsentschädigung

(Urk. 1 S. 2).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2024 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Mit Schreiben vom 12. Juli 2024 (Urk. 11) zog der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S.

8) zurück. Am 11. September 2024 reichte er die Replik (Urk. 13) ein. Die Duplik der Beschwerdegegnerin vom 15. Oktober 2024 (Urk. 16) wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Oktober 2024 (Urk. 17) zur Kenntnis gebracht.

Mit Verfügung vom 25. März 2025 (Urk. 18) wurden die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung in Sachen des Beschwerdeführers beigezogen. Diese gingen am

#### **E. 10**

April 2025 ein (Urk. 19; Urk. 20/1-157). Mit Schreiben vom 2. September 2025 (Urk. 23) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Stellungnahme zu den beigezogenen Akten. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. September 2025 (Urk. 24) zur Kenntnis gebracht. Mit Schreiben vom 22. September 2025 (Urk. 25) verzichtete der Beschwerdeführer auf eine Stellungnahme und hielt an den bisherigen Ausführungen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 13**

S. 2). 4. 4

Konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieser versicherungsinternen Beurteilung bestehen nicht. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass keine Zusammenfassung der medizinischen Akten erfolgt sei und damit eine nachvollziehbare und transparent gemachte Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie der Nachweis deren Kenntnisnahme fehle (vgl. Urk. 1 S. 5), ist ihm entgegen zu halten, dass Dr. B.\_\_\_\_ den Verlauf seit dem Unfallereignis ausführlich geschildert

und auf die vorbestehenden sowie die seither erhobenen Befunde Bezug genommen hat und keine Anhaltspunkte vorliegen, wonach etwaige Befunde nicht berücksichtigt worden wären (vgl. Urk. 9/164 S. 1 f.; Urk.

9/204 S. 1). Der Beurteilung schadet sodann nicht, dass Dr. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, da auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommt, sofern – wie im konkreten Fall – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4).

Die abweichende Einschätzung der Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer in einer sitzenden Tätigkeit wegen der Schmerzen und Schwellung nicht zu 100 % arbeiten könne respektive bei länger sitzender Position auch in einer Bürotätigkeit nur sehr reduziert einsetzbar bleibe (vgl. Urk. 9/276/2-3 S. 2; Urk. 9/291/2-3 S. 2), stützt sie vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und vermag demnach keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung aufkommen zu lassen. Mit Bericht vom Mai 2023 wies Dr. I.\_\_\_\_, Universitätsklinik A.\_\_\_\_, sodann unter anderem auf die ebenfalls vorhandenen unfallfremden, degenerative Veränderungen hin (vgl.

Urk. 9/296/2-4 S. 1 f.), welche bei der Beurteilung der unfallkausalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich keine Beachtung finden dürfen.

Soweit sich der Beschwerdeführer zuletzt auf die abweichende RAD-Beurteilung

beruft (vgl. Urk. 1 S. 6 f.), vermag diese ebenfalls keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung aufkommen zu lassen. So ist zunächst daran zu erinnern, dass im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung keine absolute Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig besteht (vgl.

BGE 133 V 549 E. 6, 126 V 388 E. 2d sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_429/2021 vom 17.

Mai 2022 E.

5.1). Ausserdem ergibt sich anhand der Akten, dass RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ zunächst selbst der Beurteilung der Rehaklinik D.\_\_\_\_ einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit gefolgt ist und dem Beschwerdeführer lediglich aufgrund seiner eigenen Praxiserfahrung eine Leistungsminderung von etwa 20 % zugestanden hat, wobei er dies mit der Notwendigkeit häufigerer Ruhepausen begründete (vgl. Urk. 20/84 S. 12 f.). In der

nachfolgenden RAD-Stellungnahme vom Juli 2023 hielt Dr. F.\_\_\_\_ sodann ausdrücklich fest, dass sich aus orthopädischer Sicht nichts Wesentliches am linken Bein/Kniegelenk des Beschwerdeführers geändert habe, und verwies auf die nunmehr in den Fokus gerückten ausgeprägten, degenerativen und damit unfallfremden

LWS-Veränderungen, die ebenfalls einen Teil der Beschwerden im Sinne einer radikulären Nervenwurzelreizsymptomatik erklärbar machen. In der Folge kam Dr. F. \_\_\_ daher zum Schluss, dass die seitens der Rehaklinik D. \_\_\_ für möglich erachtete vollschichtige Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich nicht realisierbar sei und retrospektiv zumindest seit Februar 2022 überwiegend wahrscheinlich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil möglich sei (vgl. Urk. 20/126 S. 5 ff.). Gestützt hierauf lässt sich demnach zweifellos feststellen, dass die vom RAD nunmehr lediglich attestierte Teilarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht einzig aufgrund der unfallbedingten

Beschwerden am linken Knie, sondern unter Einbezug der unfallfremden LWS-Symptomatik erfolgte.

Gesamthaft besteht somit kein Anlass, an der überzeugenden versicherungsinternen Beurteilung zu zweifeln. Auf die beantragte Begutachtung (vgl. Urk. 1 S. 5, S. 7) kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d) verzichtet werden. 4. 5

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten Beschwerden am linken Knie in der bisherigen Tätigkeit als Gastronomiemitarbeiter zwar nicht mehr arbeitsfähig ist. Gestützt auf die beweiskräftige versicherungsinterne Beurteilung ist er indessen in einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils vollschichtig arbeitsfähig. 5. 5.1

Es bleibt demnach der Invaliditätsgrad zu bestimmen. 5.2

Das hypothetische Valideneinkommen (vgl. BGE

145 V 141 E.

5.2.1, 139 V 28 E.

3.3.2, 135 V 58 E.

3.1, 134 V 322 E.

4.1) berechnete die Beschwerdegegnerin anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und dabei gestützt auf den Zentralwert der Löhne für Männer im untersten Kompetenzniveau im Wirtschaftszweig «Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie» (vgl. Urk. 2 S. 8 f.; Urk. 9/249 S. 1; Urk. 9/254 S. 2). Dieses Vorgehen ist insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfallereignisses arbeitslos und zuvor über 17 Jahre als Mitarbeiter Gastronomie erwerbstätig war (vgl. Urk. 9/3 Ziff. 8; Urk. 9/59 S. 1; Urk. 9/130; Urk. 9/169), nicht zu beanstanden. Der besagte Zentralwert betrug im Jahr 2020 Fr. 4'039.-- (LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 55-56, Kompetenzniveau 1). Der in diesem Bereich geltenden durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2022 von 42.5 Stunden (www.bfs.admin.ch, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen) sowie der entsprechenden Nominallohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2021 von 0.1 % sowie im Jahr 2022 von 0.7 % (www.bfs.admin.ch

, Tabelle T1. 1. 20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2024) angepasst, ergibt dies im Jahr 2022 ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 51'910.-- (Fr. 4'039.-- x 12 : 40 x 42.5 + 0.1 % + 0.7 %). Dies wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. 5.3

Für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens ( vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1 ) stellte die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf die LSE-Tabellenlöhne und dabei auf den Zentralwert der Löhne für Männer i m untersten Kompetenzniveau in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors ab (vgl. Urk. 2 S. 9 ; Urk. 9/249 S. 2; Urk. 9/254 S. 3), was nicht zu beanstanden ist . D er Beschwerdeführer geht aktuell keiner Erwerbstätigkeit nach, schloss keine Berufsausbildung ab und arbeitete - abgesehen von vereinzelt befristeten Arbeitseinsätzen im Zwischenverdienst - seit der Einreise in die Schweiz im Jahr 2001 einzig als Mitarbeiter Gastronomie (vgl. Urk. 9/59 S. 1 f.; Urk. 9/169). D er besagte Zentralwert betrug im Jahr 2020 Fr. 5'261.-- (LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung im Jahr 2021 von -0.7 % sowie im Jahr 2022 von

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