



**Fall-Nr.:** UV 2012/79  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.08.2019  
**Entscheiddatum:** 23.04.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.04.2013**

**Art. 18 Abs. 1 UVG. Art. 21 UVG. Art. 28 Abs. 3 UVV Würdigung medizinische Gutachten. Invalidenrente. Invaliditätsbemessung bei vorbestehender Gesundheitsbeeinträchtigung. Pflegeleistungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. April 2013, UV 2012/79). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2013.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Marc Giger

#### **Entscheid vom 23. April 2013**

in Sachen

**A.\_\_\_\_,**

#### **Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Michael Weissberg, Plänkestrasse 32, Postfach,  
2501 Biel/Bienne,

gegen

**Zürich Versicherungs-Gesellschaft,** Mythenquai 2, Postfach, 8002 Zürich,

#### **Beschwerdegegnerin,**

vertreten durch Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich



betreffend

### Versicherungsleistungen

#### Sachverhalt:

##### A.

**A.a** A.\_\_\_\_ war seit Januar 2005 bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Zürich Versicherung) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 17. August 2005 einen Unfall mit dem Mountain-Bike erlitt. Nach der Erstbehandlung im Spital C.\_\_\_\_ erfolgte am 18. August 2005 die Überführung in das Kantonsspital D.\_\_\_\_, wo der Versicherte bis 26. August 2005 stationiert war. Im Austrittsbericht vom 29. August 2005 werden als Diagnosen genannt: Diskoligamentäre Verletzung C4/5, C5/6, Osteochondrose mit Spinalkanalstenose C3/4, Myelopathie bei vorbestehender HWS-Spinalkanalstenose; Fraktur Processus spinosi II und IV (act. G 5.1 / Zm5). Vom 26. August 2005 bis 17. Februar 2006 war der Versicherte im Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil (nachfolgend: SPZ) hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. März 2006 werden folgende Diagnosen aufgeführt: Sensomotorisch inkomplette Tetraplegie sub C4 ASIA D bei [Velosturz am 17.08.2005; Spinalkanalstenose der HWS mit Osteochondrose C3/4 und konsekutiver Myelopathie; diskoligamentäre Verletzung C4/5, C5/6; Fraktur Processus spinosi II-IV; Fraktur kaudale Hinterkante C5; Hämatombildung ventral C2 bis C4; ventrale Spondylose mit Dekompression C3 bis C6 am 18.08.2005; dorsale Spondylodese C3 bis C6 am 23.08.2005; Waller-Degeneration]; autonome Dysregulation mit Herz-/Kreislauf-, Blasen- und Mastdarmlähmungen [Dauerkatheterträger]; Status nach C7-Kompressionsfraktur mit Spinalkanalstenose und Myelopathie [bei Verkehrsunfall 06.04.1986; leichte Wurzelkompression C8 mit sensorischen rechtsbetonten Ausfällen]. Bedingt durch den Unfall weise der Versicherte eine Hypersensibilität der Arme (auf Berührung und durch die Kleidung) auf. Das Hauptproblem seien die feinen koordinierten Bewegungen in den Armen. Bei Austritt sei der Versicherte jedoch in allen alltäglichen Lebensverrichtungen vollkommen selbständig gewesen, er habe das SPZ als Fussgänger verlassen. Während eines Monats bestehe noch eine volle Arbeitsunfähigkeit, danach sei von einer Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30% auszu-



gehen; nach einem weiteren Monat lasse sie sich auf 40 bis 50% steigern (act. G 5.1 / Zm8, Seiten 1 f., 6f.).

**A.b** Anlässlich einer ambulanten Kontrolle beim SPZ vom 3. Mai 2006 schilderte der Versicherte, dass sich der brennende Schmerz in beiden Armen dorsolateral seit dem stationären Austritt verstärkt habe. Die Schmerzen beständen tags und nachts, der Nachtschlaf sei gestört. Beim morgendlichen Aufstehen habe er Krämpfe im Bereich des Schultergürtels, der Flanken und der Finger beidseits (Bericht vom 15. Mai 2006; act. G 5.1 / Zm9). Mit Bericht vom 7. Juni 2006 hielt das SPZ fest, beim Versicherten habe sich im Rahmen einer weiteren Untersuchung vom 19. Mai 2006 wieder eine aktive Schultergelenkbeweglichkeit gezeigt, wie sie beim stationären Austritt bestanden habe. Die zwischenzeitliche Verschlechterung könne zurzeit nicht erklärt werden. Im MRI der Halswirbelsäule habe sich keine Progredienz der Myelopathie gezeigt (act. G 5.1 / Zm10f.).

**A.c** Am 11. August 2006 wurde im Kantonsspital D.\_\_\_\_ eine cranio-cerebrale Kernspintomographie durchgeführt. Die Beurteilung ergab ein normales (cranio-cerebrales) Kernspintogramm. Als Nebenbefund habe sich eine Schleimhautschwellung akzentuiert im Ethmoidalzellsystem beidseits sowie dem Infundibulumbereich beider Sinus frontales gezeigt (act. G 5.1 / Zm12). Eine ambulante Untersuchung vom 4. September 2006 im Kantonsspital D.\_\_\_\_ ergab folgende Diagnosen: Inkomplette Halsmarkläsion nach Velosturz 08.2005 mit: zentralem neuropathischem Schmerz an den oberen Extremitäten; Tetraspastik; Muskelkrämpfen; unklare Sprech- und Schluckproblematik; Verdacht auf reflektorische vaskuläre Dysregulation laut Szintigramm der Knochen in beiden Händen (act. G 5.1 / Zm13).

**A.d** Am 11. Oktober 2006 berichtete das SPZ über eine weitere ambulante Untersuchung vom 4. September 2006. Demnach seien das Hauptproblem des Versicherten derzeit Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks, welche seit dem Unfall beständen und bisher nur unzureichend abgeklärt worden seien. Die vom Kantonsspital D.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer reflektorischen vaskulären Dysregulation im Sinn eines Chronic regional pain-Syndroms sei fragwürdig. Gegen ein solches Syndrom sprächen klinisch die fehlende Schmerzhaftigkeit in Ruhe sowie fehlende äusserliche trophische Defizite (act. G 5.1 / Zm14). Am 26. Oktober 2006 wurde am Kantonsspital



## St.Galler Gerichte

D.\_\_\_\_ eine Kernspintomographie des rechten Handgelenks durchgeführt. Dabei hätten sich keine Kriterien für das Vorliegen eines Morbus Sudeck gezeigt. Initial hätten sich degenerative Veränderungen des Diskus triangularis ohne Nachweis eines Diskuseinrisses gezeigt. Die übrigen Handwurzelknochen sowie das angrenzende Knorpelprofil hätten sich normal dargestellt. Es bestehe eine leicht vermehrte lipomatöse Weichteilstruktur im Bereich des Carpaltunnels zwischen Handwurzelknochen und Verlauf der Flexorensehne. Das übrige Kernspintogramm sei normal (act. G 5.1 / Zm15). Ein weiteres MRI der HWS durch das SPZ vom 1. Mai 2007 ergab einen im Vergleich mit der Voruntersuchung ein Jahr zuvor weitgehend stationären Befund. Es bestehe kein Nachweis einer Syrinx (act. G 5.1 / Zm16).

**A.e** Vom 28. bis 31. Januar 2008 war der Versicherte im Spital G.\_\_\_\_ stationiert. Im Austrittsbericht vom 31. Januar 2008 sind folgende Diagnosen aufgeführt: Chronifiziertes Schmerzsyndrom beider Arme mit Punctum maximum im Bereich der dorsalen Handflächen und dorsalen Unterarmflächen; St. n. HWK-7-Kompressionsfraktur mit Spinalkanalstenose und Myelopathie bei St. n. Verkehrsunfall am 6. Februar 1986 (gemeint wohl: 5. oder 6. April 1986) sowie leichte Wurzelkompression rechts mit sensorischen Ausfällen. Aufgrund der Allodynie zuckte der Versicherte nur schon bei geringster Berührung zusammen. Leichter Druck auf die Unterarme werde als angenehm empfunden, weshalb er Druckhandschuhe trage. Seit einem Monat bestehe eine Verschlechterung der Allodynie. Ausserdem träten Krämpfe am ganzen Körper auf. Der Versicherte könne nicht mehr schlafen und es sei ihm die ganze Zeit unterschwellig übel (act. G 5.1 / Zm19).

**A.f** Am 5. August 2008 gab die Zürich Versicherung beim Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist ein fachneurologisches Gutachten in Auftrag (act. G 5.2 / Z217). Die gutachterliche Untersuchung fand am 15. Oktober 2008 statt. Das Gutachten vom 17. Oktober 2010 stellt neurologischerseits folgende Diagnosen: Sensomotorische Tetraparese ASIA D sub C3, weitgehend regredient, nach diskoligamentärer Instabilität C4/5 und C5/6 mit multisegmentaler leichter Nervenwurzelschädigung infolge eines Velounfalls am 17.08.2005 bei vorbestehend degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule infolge einer C7-Fraktur durch Verkehrsunfall am 12. Mai 1986 (gemeint wohl: 5. oder 6. April 1986). Die Residuen der Tetraparese wurden als eher mild beurteilt. Der Versicherte habe in der Untersuchung gesteigerte Muskel-



eigenreflexe aufgewiesen, sonstige Symptome wie Spastizität und Gefühlsstörung hätten während den Untersuchungen stark fluktuiert. Die natürliche Kausalität zwischen gesundheitlicher Beeinträchtigung und dem Unfall vom 17. August 2005 wurde bejaht. Der Unfall vom 21. April 1986 (gemeint wohl: 5. oder 6. April 1986) wurde zu 20% als am Beschwerdebild mitbeteiligt eingestuft. Eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands durch ärztliche Behandlungsmassnahmen sei nicht zu erwarten. Zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten nimmt das Gutachten dahingehend Stellung, dass bezüglich der kaufmännisch-administrativen Tätigkeit in einer Garage eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 50% vorliege (act. G 5.1 / Zm26). Dem ebenfalls von der Universitätsklinik Balgrist erstatteten wirbelsäulenchirurgischen Zusatzgutachten vom 2. Februar 2009, welches auf einer Untersuchung des Versicherten vom 30. Januar 2009 basiert, ist zu entnehmen, aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bestehe ein sehr gutes postoperatives Ergebnis sowohl radiologisch wie auch klinisch knapp dreieinhalb Jahre nach der schweren HWS-Verletzung. Die Restbeschwerden seien wohl vollständig auf das Unfallereignis vom 17. August 2005 zurückzuführen und kaum auf die vorangegangene Verletzung und Operation aus dem Jahr 1986. Dies, da aktuell sowohl klinisch wie auch MR-tomographisch Zeichen einer Myelopathie ohne Rückenmarkskompression bestehen würden. Für eine radikuläre Symptomatik lägen keine Anhaltspunkte vor (act. G 5.1 / Zm25). Der Versicherte führte in einem Schreiben vom 7. April 2009 an die Zürich Versicherung einzelne Sachverhalte auf, die in den beiden Gutachten falsch wiedergegeben worden seien (act. G 5.1 / Zm27).

**A.g** In einem Verlaufsbericht vom 1. Dezember 2009 zuhanden der Zürich Versicherung hielt das SPZ fest, seit der letzten Vorstellung im August 2008 sei das Schmerzsyndrom im Wesentlichen unverändert. Der Versicherte klagte jedoch seit ca. einem halben Jahr über Kopfschmerzen, welche täglich über mehrere Stunden aufträten. Dieser neu aufgetretene Spannungskopfschmerz sei möglicherweise Ausdruck einer weiteren Schmerzchronifizierung (act. G 5.1 / Zm28).

**A.h** Vom 29. März bis 26. April 2010 befand sich der Versicherte in stationärer schmerztherapeutischer Behandlung im Zentrum für Schmerzmedizin des SPZ. Der Bericht vom 10. Mai 2010 hält fest, durch die durchgeführten medizinischen Massnahmen habe keine wesentliche Beeinflussung der Symptomatik erreicht werden können (act. G 5.1 / Zm31). Sodann wurde beim Zentrum für Schmerzmedizin vom 25.



## St.Galler Gerichte

bis 27. Mai 2010 eine transkranielle Magnetstimulation durchgeführt. Die Auswertung der NRS über einen Zeitraum von 14 Tagen vorher und nachher anhand des durchgeführten Schmerzprotokolls habe keinerlei Änderung der neuropathischen Schmerzen im Bereich der beiden Hände ergeben (act. G 5.1 / Zm32).

**A.i** Die Zürich Versicherung veranlasste am 16. Juni 2011 eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit des Versicherten durch das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (nachfolgend: AEH). Die Untersuchungen wurden am 8./9. August 2011 sowie am 26./27. September 2011 mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) durchgeführt. Die Abklärung umfasste ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung, eine angepasste Form der Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit EFL (verteilt auf zwei Tage) sowie die Beurteilung der bildgebenden Untersuchungen und Akten. Aufgrund der Testergebnisse wurde dem Versicherten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit attestiert, reduziert um 25% unter Einbezug der subjektiv angegebenen und zum Teil nachvollziehbaren Schmerzen und der leichtgradigen neurologischen Dysfunktion (act. G 5.1 / Zm39).

**A.j** Am 27. November 2011 erstattete Dr. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ihren Zwischenbericht betreffend die psychotherapeutische Behandlung des Versicherten. Der Bericht erwähnt als Diagnose den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (act. G 5.1 / Zm40).

**A.k** Mit Verfügung vom 7. Februar 2012 teilte die Zürich Versicherung dem Versicherten mit, die Leistungen für Heilbehandlungen, welche sie bisher erbracht habe, würden per 29. Februar 2011, die Leistungen für Taggelder per 30. November 2011 eingestellt. Weiter verneinte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente, sprach dem Versicherten indes gestützt auf eine Integritätseinbusse von 50% eine Integritätsentschädigung von Fr. 53'400.-- zu (act. G 5.1 / Z356). Der Versicherte erhob am 8. März 2012, vertreten durch Dr. iur. Michael Weissberg, Biel, Einsprache (act. G 5.1/ Z370). Diese wurde von der Zürich Versicherung insoweit gutgeheissen, als sie für die Berechnung der Integritätsentschädigung nunmehr von einer Integritätseinbusse von 60% ausging. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (act. G 1.2).

**B.**



**B.a** Gegen diesen Entscheid richtet sich die von Rechtsanwalt Weissberg im Namen des Versicherten eingereichte Beschwerde vom 12. Oktober 2012. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge wird beantragt, der Einspracheentscheid vom 17. September 2012 sei, insoweit er nicht die Integritätsentschädigung betreffe, aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente sowie Pflegeleistungen nach der Gesetzgebung über die Unfallversicherung auszurichten. Eventualiter sei der angefochtene Entscheid, insofern nicht die Integritätsentschädigung betroffen sei, zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird ausgeführt, das Gutachten des AEH, auf welches die Zürich Versicherung ihren Entscheid stütze, sei nicht beweistauglich. Die Einschätzung, beim Versicherten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75%, sei nicht nachvollziehbar. Das neurologisch-paraplegiologische Gutachten der Universitätsklinik Balgrist mit dem wirbelsäulenchirurgischen Zusatzgutachten habe die Arbeitsfähigkeit auf 50% beziffert. Die Beschwerdegegnerin gehe auch von einem nicht realistischen Invalideneinkommen aus. Für die Berechnung des Invaliditätsgrads könne im Übrigen ohne weiteres auf die Beurteilung der IV-Stelle des Kantons F.\_\_\_\_ abgestellt werden, welche bei einem Invaliditätsgrad von 89% ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 7'800.-- errechnet habe (act. G 1).

**B.b** Am 20. November 2012 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Beschwerdeantwort ein, mit dem Antrag, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, die Beurteilung des AEH erfülle sämtliche Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens. Es werde nachvollziehbar dargelegt, weshalb beim Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 75% und nicht nur von 50% vorliege. Was die Beurteilung der Invalidenversicherung betreffe, sei diese einerseits für die Unfallversicherung nicht bindend, andererseits würden dort auch unfallfremde Kriterien in die Invaliditätsbemessung miteinbezogen (act. G 5).

**B.c** In der Replik vom 4. Januar 2013 (act. G 7) und der Duplik vom 9. Januar 2013 (act. G 9) halten beide Parteien an ihren Standpunkten fest.

**B.d** Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften wird - soweit erforderlich - in den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen eingegangen.

### Erwägungen:



### 1.

Zwischen den Parteien ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente bzw. der damit zusammenhängende Anspruch auf weitere Pflegeleistungen nach Festsetzung der Rente streitig.

### 2.

**2.1** Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschreibt Invalidität als die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird wiederum als der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt bezeichnet (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads sind die Art. 18 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Art. 20 Abs. 1 UVG zufolge beträgt die Invalidenrente bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes, bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt. Art. 21 UVG sieht sodann vor, dass dem Bezüger nach Festsetzung der Rente unter bestimmten Voraussetzungen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gewährt werden.

**2.2** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfüg-



baren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweismwürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

**2.3** Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Rentenentscheid auf das Gutachten des AEH vom 30. September 2011. Darin werden folgende Diagnosen aufgeführt: Subjektiv chronische, therapieresistente Schmerzen beider Arme und Hände, geringer der Beine bds. mit/bei nicht klarer Aetiologie; Status nach ventraler Spondylodese mit Dekompression C3-C6 am 18.8.2005; Status nach dorsaler Spondylodese C3-C7 am 23.8.2005; infolge diskoligamentärer Verletzung C4/5-C5/6, Fraktur kaudale Hinterkante C5, Hämatom ventral C2-C4, nach Velosturz am 17.8.2005 mit inkomplettem Querschnitt, sensomotorisch inkompletter Tetraplegie mit traumatischer Spinalkanalstenose und Osteochondrose C3/C4, beschriebener, vorbestehender konsekutiver Myelopathie (nach Unfall 1986); Fraktur Processus spinosi II und IV; anamnestisch V.a. autonome Dysregulation (Sexualfunktionsstörung, gemäss Akten); Status nach C7-Kompressionsfraktur mit Status nach Spondylektomie C7 und ventraler, interkorporeller Spondylodese C6-Th1, Spinalkanalstenose und Myelopathie bei Status nach Verkehrsunfall 5. (oder 6.) April 1986, später vermuteter (strukturell nicht nachgewiesener) leichter Wurzelkompression C8 mit sensomotorischen rechtsbetonten Ausfällen. In der zuletzt ausgeführten kaufmännisch-administrativen Tätigkeit sei der Versicherte aus rein funktionell-somatischer, beobachteter, objektiver Sicht ganztags arbeitsfähig. Als einschränkend seien jedoch die subjektiv angegebenen und zum Teil nachvollziehbaren Schmerzen sowie die leichtgradige neurologische Dysfunktion zu qualifizieren. Daraus könnten allenfalls eine schnellere muskuläre Ermüdung, ein erhöhter Regenerationsbedarf der Muskulatur und eine schmerzbedingt verminderte Belastbarkeit resultieren. Gesamthaft bestehe für die Tätigkeit als kaufmännischer



Mitarbeiter aus rein somatischer Sicht eine Einschränkung von 25% im Sinn vermehrter Pausen über den Tag verteilt. Unter den gleichen Voraussetzungen sei dem Versicherten auch eine angepasste Tätigkeit zumutbar (act. G 5.1 / ZM39).

**2.4** Es fragt sich, inwieweit vorliegend auf das Gutachten des AEH abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer hält dieses nicht für beweiskräftig. Er bringt vor, zunächst sei auffallend, dass die medizinischen Einschränkungen orthopädischer bzw. neurologisch-paraplegiologischer Natur seien und zusätzlich eine erhebliche Schmerzsymptomatik zu verzeichnen sei. Die Ärztin, welche das Gutachten erstellt habe, verfüge über keine entsprechenden Fachkenntnisse. Im Rahmen einer umfassenden Begutachtung sei es auch unzulässig, dass nur eine einzige Arztperson die Untersuchung vornehme. Sodann sei zu beachten, dass das Gutachten der Universitätsklinik Balgrist mit dem entsprechenden Zusatzgutachten zu anderen Schlüssen gekommen sei als das AEH. Weder das AEH-Gutachten selbst, wie auch nicht der Einspracheentscheid, würden sich mit diesen Widersprüchen auseinandersetzen. Die begutachtende Ärztin sei aufgrund ihrer fehlenden Ausbildung mit der Untersuchung überfordert gewesen. Dies habe dazu geführt, dass sie von einer Aggravation ausgehe. Die Behauptung, die gezeigten Einschränkungen seien teilweise demonstrativ, nicht glaubhaft und sehr variabel, sei unwahr. Die Gutachterin ziehe zur Untermauerung ihrer offenbar vorgefassten Meinung völlig unhaltbare Argumente bei, wie beispielsweise die Fähigkeit, rasch zu schreiben. Vom AEH nicht gewürdigt worden seien hingegen die starke Medikation und deren Auswirkungen.

**2.5** Zunächst ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach das Gutachten, auf welchem die Verfügung der Beschwerdegegnerin basiert, von einer Arztperson erstellt wurde, welche nicht über die erforderlichen fachlichen Qualifikationen verfüge. Der Beschwerdeführer befand sich von August 2005 bis Februar 2006 in einem stationären Aufenthalt im SPZ. Danach folgten regelmässige ambulante Behandlungen. Die Beschwerdegegnerin hatte das SPZ im Januar 2011 um eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ersucht (act. G 5.2 / Z282). Das SPZ sah sich dannzumal nicht im Stand, eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit abzugeben und empfahl eine erneute Abklärung durch die Klinik Balgrist (act. G 5.1 / ZM33). Zu einer weiteren entsprechende Anfrage durch die Beschwerdegegnerin äusserte sich das SPZ in derselben Weise (act. G 5.2 / Z287; act. G 5.1 / ZM34). Die Beschwerdegegnerin



hatte sich sodann mit ihrem Anliegen an das Zentrum für Schmerzmedizin des SPZ gewandt, wo sich der Beschwerdeführer im März/April 2010 in einem stationären Aufenthalt befunden hatte (act. G 5.2 / Z291). Das Zentrum für Schmerzmedizin gab zur Antwort, um eine mögliche Arbeitsfähigkeit bei chronischen Schmerzen beurteilen zu können, müssten Beobachtungen, welche nicht auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers resp. auf den Angaben der behandelnden Ärzte/Therapeuten beruhen würden und nicht schmerz-bezogene medizinische Daten herangezogen werden. Zusätzlich müssten gegebenenfalls Fakten berücksichtigt werden, die dem Zentrum für Schmerzmedizin als Spezialklinik nicht vorlägen. Für eine solche Beurteilung eigne sich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. Als Beispiel für eine Abklärungsstelle wurde vom Zentrum für Schmerzmedizin ausdrücklich das AEH genannt (act. G 5.1 / ZM36). Vorliegend geht es um die Frage, in welchem Umfang beim Beschwerdeführer noch eine Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Diesbezüglich macht die Stellungnahme des Zentrums für Schmerzmedizin deutlich, dass eine rein schmerzbezogene bzw. neurologische Beurteilung nicht weiter hilft, sondern eben eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit erforderlich ist, wie sie vom AEH durchgeführt wurde. Für die Zuverlässigkeit dieser Einschätzung spricht, dass sie von Spezialisten der Schmerzmedizin selber stammt, so dass ohne weiteres darauf abzustellen ist. Im Ergebnis kann damit keine Rede sein, dass die AEH-Gutachterin aufgrund des fehlenden neurologischen Facharzttitels zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ungeeignet gewesen war.

**2.6** Damit stellt sich nun die Frage, inwieweit auf die oben (E. 2.3) dargelegte Arbeitsfähigkeitsschätzung des AEH abgestellt werden kann. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Gutachten ausführlich und anschaulich beschreibt, es liege gesamthaft kein nachvollziehbares, neurologisches Funktionsdefizit vor, welches der Aufnahme einer Arbeit im Umfang von 75 % entgegenstehe. Die gezeigten und behaupteten objektiven funktionellen Einschränkungen seien nicht glaubhaft. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei als fraglich zu beurteilen. Die Gutachterin erwähnt einige Inkonsistenzen. Beispielsweise habe der Beschwerdeführer bei den durchgeführten Hebe- und Tragetests bei der Behändigung der Kisten normale Griffe gezeigt, und ein allfällig hinzukommender Betrachter, der von einer medizinischen Problematik nichts wisse, hätte keine Pathologie vermutet. Weiter habe der Beschwerdeführer während den klinischen Tests wiederholt einen starken Flexor-Tonus im Bereich der Faust sowie



eine Fausthaltung gezeigt. In Momenten, in denen er sich unbeobachtet wähnte, sei hingegen eine normale Handstellung festzustellen gewesen. Bei der Aufforderung zu kriechen, habe er, recht demonstrativ wirkend, die Faust gemacht, statt die flache Hand auf den Boden aufzusetzen. Weiter habe er angegeben, infolge aktueller starker Verspannungen im Bereich der Schultergürtelmuskulatur einen verkürzten M. Pectoralis zu haben. Hierdurch sei eine Protraktionshaltung der Schulter bedingt. In einem Moment, als der Beschwerdeführer aus dem Gleichgewicht gekommen sei und sich hinter sich kurz habe abstützen müssen, sei indes ersichtlich gewesen, dass er eine normale Schulterbeweglichkeit habe und auch eine normale Muskellänge des M. Pectoralis. Ebenso wird im Gutachten ausgeführt, der Beschwerdeführer habe im Sitzen problemlos und ohne Tremor und sichtbaren Rigor eine Streckung im Kniegelenk rechts und links durchführen können. Bei der Flexion habe sich ein fragliches Zahnradphänomen gezeigt. In Bauchlage, beim Anziehen der Ferse zum Gesäss - was der Flexion-Streckbewegung des Knies im Sitzen entspreche - sei bei der Kniebeugung hingegen kein Zahnradphänomen weder rechts noch links feststellbar gewesen; der Beschwerdeführer habe in dieser Lage nicht realisiert, dass die Rigor-, Zahnrad- und Tremorphänomene geprüft würden. Schliesslich weist die Gutachterin darauf hin, die EFL-Untersuchung sei zunächst auf den 8./9. August 2011 geplant gewesen. Der Beschwerdeführer sei indes am zweiten Tag den Testungen fern geblieben, woraufhin er auf den 26./27. September 2011 erneut aufgeboten worden sei. Hier hätten die Tests an zwei Untersuchungstagen in regulärer Abfolge stattgefunden. Das Gutachten erwähnt ein E-Mail vom 10. August 2010 (act. G 5.1 / 319), wo der Beschwerdeführer gegenüber der Zürich Versicherung angegeben hatte, die Tests am 8. August 2011 hätten ihn so sehr angestrengt, dass er zuhause zweimal habe erbrechen müssen; ausserdem habe er starke Krämpfe sowie ein erhöhtes Brennen der Arme gehabt und er habe in der Nacht praktisch nicht schlafen können. Diesbezüglich hält das Gutachten fest, das Fernbleiben des Beschwerdeführers von den Testungen vom 9. August 2011 sei nicht nachvollziehbar gewesen. Dem Beschwerdeführer sei am ersten Tag mitgeteilt worden, dass eine Untersuchung am zweiten Tag erfolgen müsse, um Beschwerden, Ermüdungserscheinungen und belastungsbedingte Symptome erkennen zu können. Zu beachten sei auch, dass er anlässlich der Testungen vom 26./27. September 2011 das Fernbleiben vom 9. August 2011 anders begründet habe; hier sei neu ein Erbrechen auf der Heimfahrt, Verspannungen



des Nackens und der Schultern, aber keine Krämpfe angegeben worden. Im Übrigen erklärt die Gutachterin, es hätten sich im Rahmen des zweiten Testtermins vom 26./27. September 2011 - abgesehen von etwas weniger gehobenen Gewichten - dieselben Verhältnisse/Resultate gezeigt wie anlässlich der Tests vom 8. August 2011.

**2.7** Immerhin fällt auf, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss AEH-Gutachten von früheren Beurteilungen abweicht. Das fachneurologische Gutachten vom 17. Oktober 2008 der Klinik Balgrist in Verbindung mit dem wirbelsäulenchirurgischen Zusatzgutachten vom 2. Februar 2009 äusserte sich dahingehend, in der angestammten kaufmännisch-administrativen Tätigkeit sei das Arbeitspensum um 50% reduziert. Der Beschwerdeführer sei grundsätzlich in der Lage, Tätigkeiten dieser Art in sitzender Position zu verrichten. Einschränkungen entstünden durch die Sensibilitätsstörungen der Arme, welche mit bei Berührung stärker werdenden Schmerzen einhergingen. Schwere körperliche Arbeit sei ebenso wenig möglich wie häufiges Stehen und Gehen über längere Distanzen. Die Schmerzen würden auch häufigere Arbeitspausen erforderlich machen. Was die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betreffe, sei schwere körperliche Arbeit nicht möglich. Ebenso seien Überkopparbeiten zu vermeiden. Der Beschwerdeführer sollte möglichst leichte oder wechselbelastende Tätigkeiten ausüben und beim Arbeiten häufige Pausen einlegen können. Der grösste Teil der Arbeitszeit sollte sitzend verbracht werden. Der Beschwerdeführer könne beidhändige Tätigkeiten ausüben (act. G 5.1 / ZM26, S. 14). In Bezug auf den Beweiswert des Gutachtens der Klinik Balgrist ist zu beachten, dass der Schwerpunkt der Beurteilung aus neurologischer Sicht erfolgte bzw. weitgehend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basierte. Gemäss der oben dargelegten Stellungnahme des Zentrums für Schmerzmedizin des SPZ vom 3. Mai 2011 (act. G 5.1 / ZM36) muss jedoch die Zuverlässigkeit einer Arbeitsfähigkeitsschätzung gestützt auf eine solche Begutachtung als fraglich erachtet werden. Der Beweiswert des Gutachtens erscheint sodann auch deshalb eingeschränkt, weil der Zeitpunkt der Untersuchung schon relativ weit zurückliegt. Im Übrigen ist der Vorwurf unzutreffend, das AEH-Gutachten setze sich mit den Einschätzungen der Klinik Balgrist unzureichend auseinander. Es wird namentlich auf die damals festgestellten Sensibilitätsbefunde Bezug genommen und dabei betont, diese würden auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basieren, womit sie nicht klinisch-objektiv bzw. nicht konsistent seien und nicht eindeutig verifiziert werden könnten. Ebenfalls werden



Unterschiede in Bezug auf die Ergebnisse einzelner Testübungen wiedergegeben. So seien Zehen- und Fersengang sowie Einbeinhüpfen im Balgrist regelrecht durchgeführt worden, während im Rahmen der Begutachtung im AEH ein Zehengang nicht möglich gewesen sei. Das AEH-Gutachten gelangt letztlich auch klar zum Ergebnis, dass sich die frühere Beurteilung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit nach der Durchführung von wiederholten Abklärungen bzw. von funktionellen Leistungstests nicht begründen lasse.

**2.8** Gesamthaft ist nicht ersichtlich, inwieweit das AEH-Gutachten rechtsfehlerhaft sein soll. Die Beurteilung findet im Übrigen im Gutachten der Klinik Balgrist sogar ihre Stütze. Das fachneurologische Gutachten vom 17. Oktober 2008 hält fest, es sei von milden Residuen der Tetraparese auszugehen. Zwar weise der Beschwerdeführer gesteigerte Muskeleigenreflexe auf, Spastizität der Extremitäten und das dadurch gestörte Gangbild würden jedoch stark fluktuieren, ebenso die angegebenen Gefühlsstörungen. Dem Zusatzgutachten vom 2. Februar 2009 ist zu entnehmen, aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht liege ein sehr gutes postoperatives Ergebnis vor, sowohl radiologisch wie auch klinisch. Aktuell bestünden sowohl klinisch wie auch MR-tomographisch Anzeichen für eine Myelopathie ohne Rückenmarkskompression. Für eine radikuläre Symptomatik lägen keine Anhaltspunkte vor.

**2.9** Im Ergebnis besteht somit kein Anlass, von den Erkenntnissen des Gutachtens abzuweichen. Es ist mithin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten kaufmännisch-administrativen Tätigkeit wie auch in einer anderen leidensadaptierten Tätigkeit aus somatischer Sicht zu 75% arbeitsfähig ist. Im Übrigen ist aufgrund der Akten nicht erstellt, dass der Unfall vom 17. August 2005 beim Beschwerdeführer eine psychische Problematik mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hervorrief; folglich ist unter diesem Gesichtspunkt keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen.

### **3.**

**3.1** Ausgehend von einer 25%igen Erwerbsunfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen des Unfallereignisses vom 17. August 2005 zu prüfen.



**3.2** Der Beschwerdeführer hatte im April 1986 einen Autounfall erlitten. Den Akten ist zu entnehmen, dass er damals aufgrund einer Gehirnerschütterung sowie des Verdachts auf eine Wirbelsäulenverletzung im Spital H.\_\_\_\_ behandelt worden war. Röntgenaufnahmen hätten zunächst keine Anhaltspunkte für Knochenbrüche im Bereich Halswirbelsäule geliefert. Bei persistierender Beweglichkeitseinschränkung seien in der Folge im Spital I.\_\_\_\_ neuerliche Abklärungen durchgeführt worden. Dabei sei eine C7-Kompressionsfraktur festgestellt worden. Am 12. Mai 1986 sei im Kantonsspital D.\_\_\_\_ eine Spondylektomie C7 mit ventraler interkorporeller Spondylodese C6-Th1 erfolgt. Die radikuläre Symptomatik rechts habe sich daraufhin zurückgebildet. Das Unfallereignis habe zu degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit multisegmentalen Stenosen der Neuroforamina geführt (act. G 5.1 / ZM26). Der Beschwerdeführer habe aufgrund seiner HWS-Beschwerden seine ursprünglich erlernte Tätigkeit als Postbeamter im September 1990 aufgeben müssen. Er meldete sich erstmals im Mai 1993 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Die kantonale IV-Stelle sprach dem Beschwerdeführer eine Umschulung zum technischen Kaufmann zu. Diese wurde vom Beschwerdeführer im Oktober 1996 erfolgreich abgeschlossen. Nach einer erneuten IV-Anmeldung im Oktober 1999 wurden dem Beschwerdeführer von der IV-Stelle ein Praktikum und eine Einarbeitung als Verkaufssachbearbeiter gewährt. Nach Abschluss der Massnahme im März 2000 teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit, er sei rentenausschliessend eingegliedert. Im Juli 2004 meldete sich der Beschwerdeführer wiederum zum Bezug von IV-Leistungen an. Am 10. September 2004 sei beim Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode und eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. In einer Tätigkeit mit einem klar umrissenen Arbeitsbereich wurde er zu 60 bis 70% arbeitsfähig erachtet (act. G 1.4). Mit Verfügung vom 4. Februar 2005 sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer basierend auf einem Rentegrad von 44% eine Viertelsrente zu (act. G 1.3). Die hiegegen erhobene Einsprache wurde von der IV-Stelle am 11. Mai 2005 abgewiesen, wobei hier jedoch von einem Invaliditätsgrad von 47% ausgegangen wurde (act. G 1.4). Mit Revisionsentscheid vom 2. März 2007 verfügte die IV-Stelle rückwirkend auf den 1. November 2005 eine Erhöhung der Viertelsrente auf eine ganze Rente. Die IV-Stelle erläuterte, die Abklärungen hätten eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit August 2005



ergeben. Die Arbeitsfähigkeit betrage nur noch rund 20%. Es errechne sich ein Invaliditätsgrad von 89% (act. G 1.5; act. G 5.1 / Z146).

**3.3** Der Beschwerdeführer lässt vortragen, die Tatsache, dass ihm nach dem Unfall im August 2005 von der Invalidenversicherung eine ganze Rente zugesprochen worden sei, werde vom AEH-Gutachten und vom angefochtenen Einspracheentscheid gänzlich ausser Acht gelassen. Dem zuerst ergehenden Entscheid eines Sozialversicherungsträgers über die Invaliditätsbemessung komme eine besondere Bedeutung zu und sei bei späteren Invaliditätsbemessungen mitzubersichtigen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) hat in BGE 126 V 288 die Tragweite der Bindungswirkung rechtskräftiger Invaliditätsschätzungen der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung für den jeweils anderen Sozialversicherungsbereich umschrieben. Gemäss BGE 131 V 362 E. 2.2.1 hat diese Rechtsprechung auch nach In-Kraft-Treten des ATSG weiterhin Gültigkeit. Demnach ist danach zu trachten, unterschiedliche Invaliditätsannahmen verschiedener, mit demselben Fall befasster Versicherer zu vermeiden. Die Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffes entbindet die verschiedenen Sozialversicherungsträger zwar nicht davon, die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig durchzuführen. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des von einem andern Versicherer festgelegten Invaliditätsgrades begnügen. Eine derart weitgehende Bindungswirkung wäre nicht zu rechtfertigen. Es geht indessen auch nicht an, dass die Invalidität in den einzelnen Sozialversicherungszweigen völlig unabhängig von allenfalls schon getroffenen Entscheiden anderer Versicherer festgelegt wird. Vorliegend stellt sich die Frage nach dem Anspruch auf eine Invalidenrente nur für gesundheitliche Beeinträchtigungen, die adäquat-kausal auf das Unfallereignis vom 17. August 2005 zurückzuführen sind. Aufgrund der Akten ist nicht klar, wie die IV-Stelle zum Ergebnis einer Arbeitsunfähigkeit von 80% bzw. einem Invaliditätsgrad von 89% gelangte. Wie oben ausgeführt, basierte die ursprüngliche Rentenverfügung indes auf psychischen Beschwerden, welche dem Beschwerdeführer von ärztlicher Seite attestiert worden waren. Diese standen offensichtlich in keinem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. August 2005. Es muss davon ausgegangen werden, dass der IV-Revisionsverfügung vom 2. März 2007 zu einem wesentlichen Teil ebenfalls solche unfallfremden Beschwerden zugrunde liegen. Folglich bestehen triftige Gründe, um von der Beurtei-



lung der IV-Stelle abzuweichen. Im Ergebnis entfaltet der Entscheid der Invalidenversicherung gegenüber der Unfallversicherung keine Bindungswirkung.

**3.4** Gemäss vorstehenden Ausführungen lag beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis vom 17. August 2005 eine gesundheitliche Einschränkung vor. Diesem Umstand ist bei der Invaliditätsbemessung Rechnung zu tragen. Art. 28 Abs. 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) bestimmt für den Fall, dass die Leistungsfähigkeit des Versicherten aufgrund einer nicht versicherten Gesundheitsschädigung vor dem Unfall dauernd herabgesetzt war, für die Bestimmung des Invaliditätsgrades der Lohn, den der Versicherte aufgrund der vorbestehenden verminderten Leistungsfähigkeit zu erzielen imstande wäre, dem Einkommen gegenüber zu stellen ist, das er trotz der Unfallfolgen und der vorbestehenden Beeinträchtigung erzielen könnte.

**3.5** Der Beschwerdeführer hatte vor dem Unfallereignis seit Februar 2005 in einem 50%-Pensum für die B.\_\_\_\_ gearbeitet. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin in der Unfallmeldung vom 18. August 2005 erzielte er im Rahmen einer kaufmännisch-administrativen Tätigkeit bei einer Garage einen monatlichen Grundlohn von Fr. 3'000.--. Zudem wurden ihm Lohnzulagen in der Höhe von Fr. 480.-- ausgerichtet (act. G 5.2 / Z1). Hochgerechnet auf ein Jahr errechnet sich ein Gesamteinkommen von Fr. 41'760.-- (12 x Fr. 3'480.--). Die IV-Stelle ging in ihrer Rentenverfügung vom 4. Februar 2005 davon aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung noch zumutbare Erwerbseinkommen betrage Fr. 39'000.-- (act. G 1.3). Es ist unklar, gestützt auf welche Grundlagen die IV-Stelle dieses Einkommen ermittelte. Zu berücksichtigen ist in Bezug auf das vor dem Unfall erzielte Einkommen die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2010; auf der Grundlage dieses Jahres wird auch das nach dem Unfall erzielbare Einkommen bestimmt (vgl. nachfolgend E. 3.6.1). Hinsichtlich des Einkommens von Fr. 41'760.--, welches der Beschwerdeführer gemäss Unfallmeldung im Jahr 2005 erzielt habe, resultiert so ein Betrag von Fr. 45'072.--, hinsichtlich des von der IV-Stelle angerechneten Einkommens von Fr. 39'000.-- ein Betrag von Fr. 42'094.--. Wie sich aufgrund der nachfolgenden Erwägungen ergibt, kann vorliegend offenbleiben, ob auf die Lohnangaben gemäss Unfallmeldung oder auf das von der IV-Stelle ermittelte Einkommen abzustellen ist.

## 3.6



**3.6.1** Der Beschwerdeführer hatte gemäss eigenen Angaben nach dem Unfall seine Tätigkeit bei der Garage nochmals während ca. eines Jahres in einem 20%-Pensum ausgeübt. Dies sei jedoch nicht gegangen. Seither habe er keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt. Zufolge Fehlens einer effektiven Einkommensgrösse ist das Einkommen, welches der Beschwerdeführer nach dem Unfall erzielen könnte, gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festzusetzen (BGE 129 V 475 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer hat eine Umschulung zum Kaufmann absolviert. Die zuletzt ausgeübte kaufmännisch-administrative Tätigkeit in einer Garage ist ihm gemäss AEH-Gutachten, wenn auch mit einer Leistungseinbusse, grundsätzlich ganztags möglich. Um dem zumutbaren Resterwerbspotenzial gerecht zu werden, erscheint nach dem Gesagten das Abstellen auf den Tätigkeitsbereich "Handel, Instandhaltung und Reparatur von Motorfahrzeugen" der Tabelle TA1, Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) angemessen. Im Jahr 2010 lag der Durchschnittslohn für einen Mann bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 5'210.--. Umgerechnet auf ein Jahr und unter Berücksichtigung der im Jahr 2010 betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 65'021.--. Zufolge der 25%igen Arbeitsunfähigkeit reduziert sich dieser Betrag auf Fr. 48'766.-- (0.75 x Fr. 65'021.--).

**3.6.2** Zu prüfen ist, ob das auf diese Weise bestimmte Invalideneinkommen allenfalls zu kürzen ist. Mit Abzügen vom Invalideneinkommen soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (vgl. LSE 94 S. 51) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 323 E. 3b/aa). Vorliegend ist zu beachten, dass das Gutachten grundsätzlich von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit ausgeht. Die Einschränkung von 25% billigt es dem Beschwerdeführer aufgrund der subjektiv angegebenen und zum Teil nachvollziehbaren Schmerzen bzw. der leichtgradigen neurologischen Dysfunktion zu. Der verminderten Belastbarkeit des Beschwerdeführers erscheint somit mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung bereits ausreichend Rechnung getragen. Ein Leidensabzug kann nicht auch noch gewährt werden.



**3.7** Aus der Gegenüberstellung des vor dem Unfall anrechenbaren Einkommens in der Höhe von Fr. 45'072.-- bzw. von Fr. 42'094.-- mit dem nach dem Unfall anrechenbaren Einkommen in der Höhe von Fr. Fr. 48'766.-- ergibt sich, dass das Unfallereignis beim Beschwerdeführer nicht zu einer Erwerbseinbusse führte. Die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch nach Art. 18 Abs. 1 UVG sind somit nicht erfüllt. Entsprechend entfällt auch ein Anspruch auf Übernahme von Pflegeleistungen gemäss Art. 21 UVG.

#### **4.**

Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ein Anspruch auf Parteientschädigung besteht ausgangsgemäss nicht.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.