

GR_GERICHTE S 2017 124 vom 17. Dezember 2019

GR Gerichte, 2019-12-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2017 124](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_124)

FR: GR_GERICHTE S 2017 124 du 17 décembre 2019

IT: GR_GERICHTE S 2017 124 del 17 dicembre 2019

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Anlässlich der Nachkontrollen im KSGR zeigte sich ein guter Verlauf, so dass A._____ seine Arbeit am 1. Februar 2016 in einem 50%-Pensum aufnahm. Bereits nach wenigen Tagen brach er den Arbeitsversuch aber wegen starker Rückenschmerzen wieder ab. Der Arzt, welcher A._____ operiert hatte (Dr. med. C._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH), verordnete Physiotherapie und Schmerzmittel und empfahl Ende Februar 2016 einen erneuten Arbeitsversuch. Auch diesen brach A._____ nach kurzer Zeit ab und in der Folge nahm er keine berufliche Tätigkeit mehr auf.

E. 3

Auf Empfehlung von Dr. med. C._____ hielt sich A._____ vom 25. April bis zum 31. Mai 2016 in der Rehaklinik D._____ auf. Mit Austrittsbericht vom 2. Juni 2016 wurde neben der aus dem Unfall resultierenden orthopädischen Problematik neu eine mittelgradige depressive Episode und eine spezifische Phobie diagnostiziert und ausgeführt, die psychische Proble-

-matik beeinträchtigte die Schmerzbewältigung erheblich. Es habe im Rahmen der stationären Rehabilitation keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Aus unfallkausaler Sicht sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine adaptierte leichte, wechselbelastende und rüchenschonende Tätigkeit sei ganztags zumutbar.

E. 4

Am 10. Juni 2016 meldete sich A._____ zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an.

E. 5

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 14. Juli 2016 stellte Dr. med. C._____ persistierende Lumbalgien trotz entsprechender Therapien fest, welche er rein klinisch und radiologisch nicht erklären konnte. Im entsprechenden Bericht führte er aus, sicherlich spiele neben der physischen Komponente mittlerweile auch die psychosomatische Komponente eine deutliche Rolle. Er veranlasste eine MRI-Untersuchung. Diese ergab einen unauffälligen Befund und kein pathologisches Korrelat für die Restbeschwerden.

E. 6

Am 10. August 2016 wurde A._____ kreisärztlich untersucht. In seinem Bericht hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, dazu fest, es zeige sich eine deutliche Schmerzüberlagerung, die mit dem rein radiologischen und klinischen Verlauf nicht vollumfänglich in Einklang zu bringen sei. Persönlich habe er das Gefühl einer Schmerzausweitung.

E. 7

Am 22. August und am 5. September 2016 unterzog sich A._____ im KSGR Facettengelenksinfiltrationen Th11/12 und L2/3. Diese brachten keine Besserung. Daraufhin wurde A._____ durch Dr. med. F._____, Fachärztin für Anästhesiologie und Leiterin der Schmerztherapie am KSGR, behandelt. Nachdem eine medikamentöse Optimierung und eine körperlich-aktive Therapie keine Besserung gebracht hatten, hielt Dr. med. F._____ mit Bericht vom 26. Januar 2017 an den Hausarzt Dr. med. G._____ fest, ein Grossteil der somatischen Probleme stelle eine Somatisierung von - 4 - Ängsten und Befürchtungen dar. Sie schliesse den Fall ab, da A._____ keiner psychosomatischen Therapie zugänglich sei.

E. 8

Am 17. Januar 2017 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt. In seinem Bericht hielt Dr. med. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, dazu fest, die persistierenden Beschwerden seien medizinisch nicht erklärbar und insbesondere das fehlende Ansprechen auf die zuletzt durchgeführte spezialisierte Schmerztherapie beweise eine deutliche psychogene Überlagerung. Da A._____ eine psychologische Betreuung ablehne, seien die therapeutischen Optionen ausgeschöpft und sei der medizinisch-therapeutische Endzustand erreicht. Es könne die Zutunbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik D._____ übernommen werden. Gestützt auf diesen kreisärztlichen Bericht teilte die SUVA A._____ mit Schreiben vom 20. Januar 2017 mit, sie werde die Leistungen für Heilbehandlung und Taggeld per 28. Februar 2017 einstellen und die Rentenfrage prüfen.

E. 9

Mit Bericht vom 27. Januar 2017 legte der Kreisarzt Dr. med. H._____ den Integritätsschaden auf 15 % fest.

E. 9.1

Mit der beim Beschwerdeführer diagnostizierten chronischen Schmerzstörung und der depressiven Episode stehen psychische, mithin organisch nicht objektiv ausgewiesene Gesundheitsschäden in Frage. Der adäquate Kausalzusammenhang deckt sich deshalb nicht mit dem natürlichen und ist nachfolgend vorneweg zu prüfen (vgl. vorne E.6). Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet dabei das objektiv erfassbare Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E.5.1, 115 V 133 E.6). Nicht zu berücksichtigen sind das subjektive Erleben des Unfalls durch die verunfallte Person und die Folgen, welche sich im Lauf der Zeit

- 17 - als Reaktion auf den Unfall entwickeln (BGE 140 V 356 E.5.3, 115 V 133 E.6). Vorliegend stufte die SUVA den Unfall im angefochtenen Einspracheentscheid als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ein. Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Ansicht, der Unfall sei als schwer einzustufen. Wie nachfolgend gezeigt wird, treffen diese Einstufungen beide nicht zu.

E. 9.2

Der Beschwerdeführer verunfallte am 17. Oktober 2015 in den Ferien in O.2. _____. Im Rapport der Polizeiwache wurde dazu festgehalten, der Unfall habe sich um 21:05 Uhr ereignet. Der Beschwerdeführer sei von O.3. _____ in Richtung O.4. _____ gefahren, als ein Tier auf die Fahrbahn gesprungen sei. Beim Ausweichversuch sei er gegen einen Baum gefahren. Die Beifahrerin sei leichtverletzt ins Spital von O.5. _____ transportiert worden (SUVA-act. 15 [Original] und SUVA-act. 20 [Übersetzung]). Im Austrittsbericht des KSGR vom 28. Oktober 2015 wurde ausgeführt, bei einem Ausweichmanöver wegen einem Tier auf der Strasse sei es zu einer Frontalkollision mit zirka 60 km/h gegen einen Baum gekommen. Beide Insassen, der Beschwerdeführer und seine Ehefrau, seien angegurtert gewesen und der Airbag habe bei beiden ausgelöst, es habe keine Bewusstlosigkeit bestanden (SUVA-act. 17 S. 1 f.). Anlässlich des Patientenbesuchs am 8. Januar 2016 gab der Beschwerdeführer an, es habe leicht geregnet, die Strasse sei nass gewesen und als plötzlich ein Tier auf die Strasse gelaufen sei, habe er diesem ausweichen müssen und sei folglich frontal in einen Baum geknallt. Seine Ehefrau und er seien ca. 70 km/h gefahren (SUVA-act. 32). Am ausführlichsten wurde der Unfallhergang im MEDAS Gutachten vom 19. April 2018 wie folgt geschildert. Der Beschwerdeführer habe als angeschnallter Fahrer plötzlich einen Schatten auf der Strasse gesehen, sei ausgewichen und von der Strasse abgekommen und gegen einen Baum gefahren. Nach dem Aufprall habe er der Polizei und der Ambulanz telefonieren wollen, habe dies nicht gekonnt, sei wie blockiert gewesen. Andere Leute hätten dann die Ambulanz und die Polizei gerufen. Er selber

- 18 - habe sich zu diesem Zeitpunkt gesund gefühlt. Seine Frau sei mit der Ambulanz ins Spital gekommen und dort ambulant behandelt worden, dies wegen verschiedener Prellungen. Er habe im Spital auf seine Frau gewartet und dabei zunehmende Rückenschmerzen verspürt und sich unwohl gefühlt, er habe das Spital dann aber ohne weitere Behandlung für sich selber verlassen (Beilage des Beschwerdeführers [Bf-act.] Nr. 6 S. 20). Offensichtlich war sich der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall nicht über das Ausmass seiner Verletzungen bewusst. Seine ernsthafte Rückenverletzung und die Verletzungen im Bereich des Brustkorbs wurden erst zwei Tage nach dem Unfall im KSGR diagnostiziert (Berstungsspaltfraktur LWK1, undislozierte Sternumfraktur, Thoraxkontusion; SUVA-act. 17 S. 1).

E. 9.3

Vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Kasuistik hat die SUVA den Unfall des Beschwerdeführers zu Unrecht als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft. Das offensichtlich heftige und mit relativ grosser Krafteinwirkung auf den Beschwerdeführer verbundene Unfallereignis ist als mittelschwer im engeren Sinne zu qualifizieren. Vergleichbar sind vor allem folgende, vom Bundesgericht als mittelschwer im engeren Sinne taxierten Fälle: - Ein Autofahrer verlor in einer Kurve die Kontrolle über sein Fahrzeug, kollidierte zuerst mit einem Randleitpfosten und dann mit einem Baum (Urteil des Bundesgerichts 8C_885/2011 vom 18. Januar 2012). - Ein Autofahrer kollidierte

frontal mit einem entgegenkommenden Personenwagen, wobei die Wucht des Aufpralls die Fahrzeuge ins angrenzende Wiesland schleuderte (Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2019 vom 21. August 2019). - Eine Autofahrerin geriet bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h auf die Gegenfahrbahn, wo es zunächst zu einer Streifkollision mit dem ersten entgegenkommenden und anschliessend zu einer Frontalkollision mit dem diesem folgenden Auto kam. Daraufhin wurde das Fahrzeug der Versicherten ins angrenzende Wiesland geschleudert; die Airbags wurden ausgelöst (Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2017 vom 12. März 2018). - Ein Autofahrer prallte frontal in die Seite eines Linienbusses (Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2012 vom 21. November 2012).

- 19 -

E. 9.3.1

Dass der Unfall des Beschwerdeführers maximal als mittelschwer im engeren Sinn und, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, nicht als schwer einzustufen ist, zeigt sich anhand der Praxisübersicht zu mittelschweren Autounfällen im engeren Sinn im Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2012 vom 21. November 2012 E.7.2.2. Die in dieser Praxisübersicht erwähnten und nachfolgend aufgeführten Fälle zeigen alle ein Unfallgeschehen, bei welchem die einwirkenden Kräfte noch heftiger waren als beim Unfall des Beschwerdeführers: - Ein Autofahrer kollidierte frontal mit einem anderen Personenwagen, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 bis 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 bis 80 km/h geschätzt wurde. - Ein Autofahrer kollidierte bei einer Fahrgeschwindigkeit von ca. 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse. - Ein Autofahrer prallte mit einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h frontal in einen stehenden Personenwagen.

E. 9.3.2

Die SUVA ist der Ansicht, der vorliegende Unfall sei vom Unfallgeschehen her mit den Unfällen zu vergleichen, welche den bundesgerichtlichen Urteilen U 242/06 und 8C_352/2012 zugrunde lagen und welche als mittelschwer im Grenzbereich zu leicht eingestuft wurden. Dies trifft nicht zu. In den beiden Vergleichsfällen ging es zwar ebenfalls um ein Abkommen eines Autofahrers von der Fahrbahn mit anschliessender Kollision mit einem Baum. Die Geschwindigkeit beim Aufprall auf den Baum war jedoch in beiden Vergleichsfällen deutlich geringer als im vorliegenden Fall, wo sie bei 60 bis 70 km/h lag. Im einen Fall betrug die Geschwindigkeit bei der Kollision nur noch rund 20 bis 25 km/h (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 242/06 vom 18. September 2006 Sachverhalt A.), im anderen Fall war der Wagen vor der Kollision mit dem Baum vom Unterholz stark abgebremst worden (Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2012 vom 27. Dezember 2012 E.6.2).

- 20 -

E. 9.4

Während der adäquate Kausalzusammenhang nach der Rechtsprechung bei schweren Unfällen in der Regel ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon

erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E.10.1). Solche - unfallbezogenen - Umstände dienen als Beurteilungs-kriterien, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem mittelschweren Unfall sind die Adäquanzkriterien von BGE 115 V 133 E.6c/aa anzuwenden. Diese Kriterien lauten wie folgt (BGE 129 V 177 E.4.1, 115 V 133 E.6c/aa, Urteil des Bundesgerichts 8C_473 vom 11. November 2019 E.5.1): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung - körperliche Dauerschmerzen - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit Ist ein Unfall - wie der vorliegend zu beurteilende - als mittelschwerer Unfall im engeren Sinn einzustufen, so kann die adäquate Unfallkausalität des psychischen Gesundheitsschadens nur bejaht werden, wenn drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 115 V 133 E.6c/aa, Urteile des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.8.3 und 8C_34/2012 vom 30. April 2012 E.8).

- 21 -

E. 9.5

Es werden nun die einzelnen Adäquanzkriterien geprüft. Dabei sind die psychischen Aspekte nicht mit einzubeziehen, sondern nur die körperlichen beziehungsweise somatischen Aspekte zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 2.1 und 6.1). Diese somatischen Aspekte lassen sich nach der Rechtsprechung ab dem Zeitpunkt zuverlässig beurteilen, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E.6.1). Im vorliegenden Fall war dieser somatische Endzustand bereits am 18. Januar 2017 erreicht. Im kreisärztlichen Abschlussbericht dieses Datums gab Dr. med. H._____ an, die persistierenden Beschwerden seien medizinisch nicht erklärbar und insbesondere das fehlende Ansprechen auf die zuletzt durchgeführte spezialisierte Schmerztherapie beweise eine deutliche psychogene Überlagerung. Die Behandlung (medikamentös, physiotherapeutisch, stationär rehabilitativ) sei nicht erfolgreich gewesen und es bestünden ausser einer psychologischen Betreuung keine therapeutischen Optionen mehr (SUVA-act. 172 S. 5). Bereits zuvor hatte Dr. med. C._____ mit Bericht vom 28. September 2016 ausgeführt, die Genese der persistierenden Lumbalgien sei ihm nicht klar. Sämtliche Abklärungen hätten keine somatischen Pathologien darstellen können. Somit müsse eigentlich von einem chronifizierten Schmerzsyndrom gesprochen werden (SUVA-act. 129 S. 3).

E. 9.6

Die SUVA verneinte das Adäquanzkriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls. Der Beschwerdeführer beanstandete dies zu Recht nicht. Besonders dramatische Begleitumstände liegen nicht vor, und die Eindrücklichkeit des Aufpralls auf den Baum mit 60 bis 70 km/h unter Auslösung des Airbags geht nicht über die Eindrücklichkeit hinaus, welche jedem mittelschweren Unfall

im enge- ren Sinn ohnehin eigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_114/2018 vom

E. 9.7

Das Adäquanzkriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen somatischen Verletzungen, insbesondere ihrer erfahrungsgemässen Eig- nung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, wurde von der SUVA ebenfalls verneint. Der Beschwerdeführer äusserte sich nicht explizit zu diesem Kriterium, machte aber allgemein geltend, seine Verletzungen seien schwer gewesen. Der Beschwerdeführer erlitt eine Berstungsspalt- fraktur LWK1, eine undislozierte Sternumfraktur und eine Thoraxkontusion (SUVA-act. 17 S. 1). Die Fraktur des Brustbeins und die Prellung des Brust- korbs stellen offensichtlich keine besonders schweren Verletzungen im Sinne des hier zu beurteilenden Kriteriums dar. Dem Bruch eines Lenden- wirbelkörpers hingegen kommt eine gewisse Ernsthaftigkeit zu, entstand doch dadurch eine Instabilität der Wirbelsäule, welche operativ mit einer Versteifung über drei Wirbel und einem Wirbelkörperersatz versorgt wer- den musste. Die SUVA machte aber zu Recht geltend, eine Berstungsfrak- tur an der LWS sei per se nicht als «schwer» im Sinne dieses Kriteriums anzusehen. Dabei stützte sie sich auf das Urteil 8C_352/2012, wo eine un- komplette craniale Berstungsfraktur BWK12 vorlag und das Kriterium nicht als erfüllt angesehen wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2012 vom

E. 9.8

Beim Adäquanzkriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung sind im Rahmen der vorliegend anwendbaren Psycho-Praxis nur diejenigen ärztlichen Massnahmen relevant, welche zur Behandlung somatisch bedingter Beschwerden getroffen wurden. Dieses Kriterium be- dingt eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Ver- besserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von - 23 - ungewöhnlich langer Dauer oder mit einer zusätzlichen Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Ab- klärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Kriterium nicht zu erfüllen (Urteile des Bun- desgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E.8.3 und 8C_209/2008 vom 2. Dezember 2008 E.5.4). Vorliegend zu berücksichtigen sind dem- nach die Operation vom 20. Oktober 2015, der Aufenthalt im KSGR vom 19. bis am 28. Oktober 2015 und die stationäre Rehabilitation in der Reha- klinik D._____ vom 25. April bis zum 31. Mai 2016. Aus den aktenkundigen Arztberichten wird deutlich, dass bereits während des Aufenthalts in der Rehaklinik D._____ eine psychische Problematik vorlag, welche die Schmerzbewältigung erheblich beeinträchtigte, und dass in der Folge die somatische Problematik gegenüber der psychiatrischen zunehmend in den Hintergrund trat (vgl. vorne E.8; Austrittsbericht der Rehaklinik D._____ vom 2. Juni 2016 [SUVA-act 86 S. 1 und 11], MRI vom 20. Juli 2016 [SUVA- act. 109], Bericht von Dr. med. C._____ vom 3. August 2016 [SUVA-act. 113], Bericht des Kreisarztes Dr. med. E._____ vom 11. August 2016 [SUVA-act. 122 S. 5], Bericht von Dr. med. C._____ vom 28. September 2016 [SUVA-act. 129 S. 3], Bericht des Kreisarztes Dr. med. H._____ vom 18. Januar 2017 [SUVA-act. 172 S. 5], Bericht von Dr. med. F._____ vom 26. Januar 2017 [SUVA-act. 180 S. 1], Bericht von Dr. med. I._____ vom 15. Juni 2017 [SUVA-act. 226 S. 3 ff.] und Gutachten der MEDAS vom 19. April 2018 [Bf-act. 6 S. 28]). Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Behandlung aus somatischer Sicht mit dem Aufenthalt in der Rehaklinik D._____ rund ein halbes Jahr nach

dem Unfall im Wesentlichen abgeschlossen war, und dass die schmerztherapeutische Behandlung bei Dr. med. F. _____ von November 2016 bis Januar 2017 unberücksichtigt bleibt, weil sie sich auf psychisch bedingte Beschwerden bezog. Damit dauerte die Behandlung des Beschwerdeführers vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Praxis nicht ungewöhnlich lange (vgl. dazu die Urteile des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E.4.2.3,

- 24 - 8C_629/2012 vom 20. Februar 2013 E.5.4 und 8C_749/2010 vom 6. Januar 2011 E.6.3.2, in welchen das Kriterium bei vergleichbaren Situationen ebenfalls nicht bejaht wurde).

E. 9.9

Das Adäquanzkriterium der körperlichen Dauerschmerzen liess die SUVA offen. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, dieses Kriterium sei zweifelsfrei zu bejahen. Darin kann ihm nicht gefolgt werden. Bei diesem Kriterium sind im Rahmen der Psycho-Praxis nur somatisch bedingte Schmerzen relevant, psychogen bedingte Körperschmerzen können nicht berücksichtigt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_29/2007 vom 1. Februar 2008 E.2.4 und U 492/06 vom 16. Mai 2007 E.4.3.2). Vorliegend war der Verlauf nach der Operation vom 20. Oktober 2015 im KSGR so gut, dass der Beschwerdeführer bereits bei der ersten Nachkontrolle bei Dr. med. C. _____ am 2. Dezember 2015 nicht mehr auf eine analgetische Therapie angewiesen war (SUVA-act. 27). Eine Schmerzmitteleinnahme wurde erst wieder nach der Schmerzexazerbation beim ersten Arbeitsversuch am 8. Februar 2016 nötig (Bericht von Dr. med. C. _____ vom 12. Februar 2016 [SUVA-act. 44]). Danach begann, wie gerade gezeigt (vgl. vorne E.9.8), eine psychisch bedingte Schmerzüberlagerung, so dass die Schmerzen, unter welchen der Beschwerdeführer nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik D. _____ litt, weitgehend als psychogen zu betrachten sind. Im Rahmen des vorliegenden Kriteriums sind somit nur die Schmerzen relevant, unter welchen der Beschwerdeführer während ein paar weniger Wochen nach der Operation und dann wieder vom ersten Arbeitsversuch anfangs Februar 2016 bis zum Austritt aus der Rehaklinik D. _____ Ende Mai 2016 litt. Nach diesem Zeitpunkt können die Schmerzen nicht berücksichtigt werden, weil sie in zunehmendem Masse psychisch bedingt waren. Damit ist das Kriterium entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht erfüllt.

E. 9.10

Das Adäquanzkriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, wurde von der SUVA verneint. Der Be-

- 25 - schwerdeführer machte dazu geltend, er habe sich durch den Orthopäden K. _____ aus O.2. _____ untersuchen lassen, und dieser habe ihm gesagt, das Schlimmste, was er habe machen können, sei die Operation im KSGR gewesen. Diese Operation habe alles nur noch verschlimmert. Der Beschwerdeführer reichte einen Bericht von K. _____ vom 9. September 2017 ein, in welchem ausgeführt wurde, die Resektion der Wirbel hätte eine Notlösung und nicht eine erste chirurgische Option sein sollen. Der Beschwerdeführer sei jung gewesen, und eine Stabilisierung ohne prothetischen Ersatz hätte ihm eine intensivere körperliche Aktivität erlaubt (Original [Bf-act. 3], Übersetzung auf Deutsch [Bf-act. 4]). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt aufgrund dieses Berichtes nichts auf eine Fehlbehandlung schliessen. Diesem Bericht kann nur eine sehr beschränkte Beweiskraft beigemessen werden. Der Arzt aus O.2. _____ behauptet nur, die Operation

sei falsch gewesen, eine nachvollziehbare Begründung liefert er nicht. Aus dem Bericht geht sodann nicht hervor, auf welche Quellen er sich stützt. Entscheidend für die Frage, welche Massnahmen damals nach dem Unfall indiziert waren, war der Befund bei Eintritt ins KSGR, wie er vor allem aus dem dort durchgeführten CT hervorging. Dieses CT stand dem Orthopäden K._____ allem Anschein nach nicht zur Verfügung, er stützte sich mutmasslich nur auf die Aussagen des Beschwerdeführers und auf seine eigenen Untersuchungsbefunde. Aber selbst wenn dem Orthopäden K._____ das voroperative CT des KSGR zur Verfügung gestanden hätte, könnte nicht auf seinen Bericht abgestellt werden. Dies weil die Kreisärzte Dr. med. E._____ und Dr. med. H._____ in ihren Berichten keinerlei Hinweis auf eine Fehlbehandlung machten. Offensichtlich kamen diese beiden vom KSGR unabhängigen Fachärzte nach eingehender Auseinandersetzung mit dem Fall und nach Einsicht in sämtliche medizinischen Akten zum Schluss, der operative Eingriff sei angesichts der Schädigung von LWK1 und angesichts der Instabilität des betroffenen Wirbelsäulenschnitts indiziert gewesen. Auf diese Einschätzung kann abgestellt werden.

- 26 - Damit liegt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keine ärztliche Fehlbehandlung vor und das Kriterium ist zu verneinen.

E. 9.11

Die SUVA hat sodann das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen zu Recht verneint. Aus somatischer Sicht war der Heilungsverlauf gut. Dr. med. C._____ berichtete anlässlich der ersten Verlaufskontrolle am 2. Dezember 2015, der Verlauf sechs Wochen postoperativ sei regelrecht und der Beschwerdeführer sei erfreulich beschwerdearm und auf keine analgetische Therapie mehr angewiesen (SUVA-act. 27). Anlässlich der zweiten Verlaufskontrolle am 14. Januar 2016 hielt Dr. med. C._____ fest, drei Monate postoperativ zeige sich ein hervorragender Verlauf (SUVA-act. 33). Für die Schmerzexazerbation anlässlich des Arbeitsversuchs anfangs Februar 2016 und für die danach persistierenden Rückenschmerzen fand sich kein somatisches Korrelat, insbesondere nicht im MRI vom 20. Juli 2016 (SUVA-act. 109), so dass alle involvierten Ärzte übereinstimmend von einer psychischen Überlagerung ausgingen (vgl. vorne E.8, E.9.8 und E.9.9). Aus rein somatischer Sicht war der Heilungsverlauf somit gut und komplikationslos.

E. 9.12

Als letztes Adäquanzkriterium ist dasjenige des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu prüfen. Dabei geht es nicht nur um die Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf, sondern in einem umfassenderen Sinn auch um die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Erfüllt ist das Kriterium nach der Rechtsprechung erst dann, wenn die Arbeitsfähigkeit auch in einer leidensangepassten Tätigkeit über einen längeren Zeitraum stark eingeschränkt ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E.5.2.2.3 und 8C_803/2017 vom 14. Juni 2018 E.3.7). Vorliegend hat die SUVA dieses Kriterium zu Recht verneint. Sie hat richtigerweise auf den Bericht ihres Kreisarztes Dr. med. H._____ vom 18. Januar 2017 abgestellt, in welchem auf das Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik D._____ verwiesen wurde (SUVA-act. 172 S. 5).

- 27 - Die Rehaklinik D._____ hatte die Zumutbarkeit aus unfallkausaler Sicht beurteilt und die bisherige körperlich schwere und rückenbelastende Tätigkeit als Bauarbeiter als unzumutbar bezeichnet. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten leichten

wechselbelastenden und rüchenschonenden Tätigkeit hatte die Rehaklinik D._____ ab dem 1. Juni 2016 auf 100 % festgelegt (SUVA-act. 86 S. 2). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kommt dieser Zumutbarkeitsbeurteilung volle Beweiskraft zu. Der Beschwerdeführer machte geltend, die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik D._____ sei ungenügend und mangelhaft, weil er sich während seinem Aufenthalt in der Rehaklinik D._____ nicht wohl gefühlt habe. Er habe starke Schmerzen gehabt und er habe die vorgeschlagenen Therapien schmerzbedingt nicht machen können. Deshalb sei er auch nicht kooperativ gewesen. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, wie die Ärzte der Rehaklinik D._____ überhaupt eine seriöse und aussagekräftige Zumutbarkeitsbeurteilung hätten vornehmen können. Die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik D._____ sei unbrauchbar und untauglich. Dem Beschwerdeführer kann nicht gefolgt werden. Für einen Arzt in einer Rehabilitationsklinik entspricht es der normalen Arbeitssituation, dass die Patienten durch ihre Schmerzen behindert werden und dass sie nicht immer alle Therapieangebote nutzen können. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat dies entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keinen verzerrenden Einfluss. Vielmehr ist es für die Ärzte in einer Rehabilitationsklinik bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hilfreich zu erfahren, welche körperlichen Anforderungen einem Patienten Schmerzen bereiten und welche Therapien nicht durchführbar sind. In den Akten finden sich sodann, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, keine ärztlichen Unterlagen, welche die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht anders als Dr. med. H._____ und die Ärzte der Rehaklinik D._____ beurteilen würden. Der Orthopäde K._____ aus O.2._____ gab an, der Beschwerdeführer könne den Beruf als Maurer oder ähnliche Berufe nicht mehr ausüben, Aussagen zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit machte er nicht (Bf-act. 3 und 4). Der Psychiater Dr. med. I._____

- 28 - beurteilte die Arbeitsfähigkeit seiner fachärztlichen Spezialisierung entsprechend aus psychiatrischer Sicht (SUVA-act. 226 S. 9), was im Rahmen des vorliegend zu prüfenden Adäquanzkriteriums nicht zu berücksichtigen ist. Und schliesslich vermag auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten vom 19. April 2018 die Beweiskraft der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. H._____ und der Ärzte der Rehaklinik D._____ nicht zu erschüttern. In diesem Gutachten wurde die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht auf 80 % festgelegt, aus psychiatrischer Sicht wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt (Bf-act. 6 S. 23 f.). Die erwähnte orthopädisch-rheumatologische Beurteilung im MEDAS-Gutachten stellt die Beurteilung der Rehaklinik D._____ aber nicht in Frage, weil sie nicht nur die vorliegend relevanten unfallbedingten Rückenbeschwerden berücksichtigte, sondern auch eine Problematik am rechten Knie, welche auf einen Motorradunfall im Jahr 1995 zurückgeht (Bf-act. 6 S. 20 und 23). Hinzu kommt, dass das MEDAS-Gutachten erst rund ein Jahr nach dem vorliegend massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids am 6. Juli 2017 erstellt wurde und somit für diesen Zeitpunkt ohnehin nur beschränkt aussagekräftig ist. Damit war der Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2016, mithin rund siebeneinhalb Monate nach dem Unfall, in einer adaptierten Tätigkeit bereits wieder zu 100 % arbeitsfähig, so dass das Kriterium vor dem Hintergrund der diesbezüglichen bundesgerichtlichen Praxis klarerweise nicht erfüllt ist.

E. 9.13

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vorliegend kein einziges Adäquanzkriterium erfüllt ist. Damit hat die SUVA den adäquaten Kausalzusammenhang

zwischen der psychischen Problematik des Beschwerdeführers und dem Autounfall vom 17. Oktober 2015 zu Recht verneint. Angesichts des fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs kann die Frage der natürlichen Unfallkausalität offenbleiben, sie ist nicht mehr entscheidungsrelevant (vgl. vorne E.6). Es ist deshalb nicht weiter

- 29 - darauf einzugehen, dass Dr. med. I. _____ die natürliche Kausalität der von ihm diagnostizierten psychischen Störungen bejaht (SUVA-act. 226 S. 8), und es sind keine weiteren Abklärungen im Bereich Psychiatrie notwendig. 10. Anspruch auf eine Invalidenrente begründen nur jene gesundheitlichen Einschränkungen, die in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen (Art. 18 Abs. 1 UVG, vgl. vorne E.6). Vorliegend hat die SUVA deshalb bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die psychische Problematik des Beschwerdeführers zu Recht ausser Acht gelassen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der unfallkausalen somatischen Rückenproblematik hat die SUVA gestützt auf den Bericht ihres Kreisarztes Dr. med. H. _____ vom 18. Januar 2017 festgelegt (SUVA-act. 172). Letzterer verwies bezüglich des Zumutbarkeitsprofils wie bereits erwähnt auf den Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 2. Juni 2016, wo die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 0 % und diejenige in einer adaptierten Tätigkeit auf 100 % festgelegt wurde (SUVA-act. 86 S. 2, vgl. vorne E.9.12). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers klärte die SUVA den medizinischen Sachverhalt genügend ab und war nicht verpflichtet, ein externes Gutachten einzuholen. Entsprechend ist auch im vorliegenden Verfahren dem Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines externen Gutachtens in den Bereichen Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie mitsamt einer Leistungsfähigkeitsbeurteilung nicht Folge zu leisten. Dies aus den nachfolgend dargelegten Gründen.

E. 10

Mit Verfügung vom 3. März 2017 sprach die SUVA A. _____ eine Invalidenrente ab dem 1. März 2017 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 13 % sowie eine Integritätsentschädigung im Betrag von Fr. 18'900.00 für eine Integritätseinbusse von 15 % zu. Gegen diese Verfügung erhob A. _____ am 31. März 2017 Einsprache. Er beantragte, er sei interdisziplinär zu begutachten und die Invalidenrente und die Integritätsentschädigung seien zu erhöhen.

E. 10.1

Nach der Rechtsprechung müssen im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung bei streitigen Leistungsansprüchen nicht grundsätzlich versicherungsexterne medizinische Entscheidungsgrundlagen eingeholt werden. Vielmehr ist es im Rahmen der freien Beweiswürdigung zulässig, dass Verwaltung und Sozialversicherungsrichter den Entscheid allein auf versicherungsinterne Entscheidungsgrundlagen stützen. An die Unparteilichkeit

- 30 - und Zuverlässigkeit solcher Grundlagen sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen (BGE 122 V 157 E.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_251/2008 vom 3. Juni 2008 E.3.2). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2, vgl. vorne E.7). Vorliegend vermag der Bericht des Kreisarztes Dr. med. H. _____ vom 18. Januar 2017 (SUVA-act. 172) in Verbindung mit dem Zumutbarkeitsprofil im Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 2. Juni 2016 (SUVA-act. 86 S. 2) diese strengen Anforderungen zu erfüllen. Dr. med. H. _____s Einschätzung erfolgte nach eingehender klinischer und bildgebender Untersuchung und in

Kenntnis aller relevanten früheren medizinischen Unterlagen. Der Kreisarzt berücksichtigte die vom Beschwerdeführer geklagten Symptome und Schmerzen und sein Bericht leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und vermag in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen. In den Akten finden sich – wie bereits vorne in E.9.12 ausgeführt - keine orthopädischen, neurologischen oder rheumatologischen Berichte, welche im Widerspruch zur Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. H._____ stünden.

E. 10.2

Der aus Art. 4 der Bundesverfassung (BV) fliessende Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst auch das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine entscheiderelevanten Ergebnisse herbeizuführen, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E.1d, Urteil des Bundesgerichts 8C_583/2019 vom 12. November 2019 E.5.3). Vorliegend ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Einho-

- 31 - lung eines externen Gutachtens zu verzichten, weil sich gezeigt hat, dass die psychische Problematik mangels adäquatem Kausalzusammenhang bei der Bemessung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt bleiben kann, und dass die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht durch den vollbeweiskräftigen Bericht des Kreisarztes Dr. med. H._____ genügend abgeklärt wurde.

E. 10.3

Der Beschwerdeführer beantragte, er sei durch das Gericht als Partei zu befragen. Auch dieser Antrag ist in antizipierter Beweiswürdigung abzulehnen. Zu den Fragen, die sich im vorliegenden Verfahren stellen, kann der Beschwerdeführer keine Antworten geben, welche einen wesentlichen Einfluss auf den Verfahrensausgang hätten. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist im vorliegenden Verfahren nämlich nicht entscheidend, ob und inwieweit er unter psychogenen Schmerzen und unter einer Depression leidet und ob diese psychische Problematik in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall steht. Entscheidend ist die Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs, mithin eine rechtliche Frage, zu deren Beantwortung – wie sich gezeigt hat - alle nötigen Sachverhaltselemente hinreichend geklärt sind. Entscheidend ist sodann die Frage, ob in Bezug auf die somatische Problematik auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. H._____ abgestellt werden kann. Auch diese Frage kann aufgrund der Akten beantwortet werden. 11. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass Validen- und Invalideneinkommen ziffernmässig möglichst genau er-

- 32 - mittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E.3.4.2). Vorliegend ermittelte die SUVA - ausgehend von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt Dr. med. H. _____ und unter Anwendung der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) aufgrund von fünf körperlich sehr leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten als Hilfs-, Produktions- oder Montearbeiter - ein Invalideneinkommen von Fr. 57'342.00 für das Vergleichsjahr 2016. Dieses stellte sie einem Valideneinkommen von Fr. 65'894.40 gegenüber, so dass sich ein Invaliditätsgrad von 13 % ergab. Der Beschwerdeführer erhebt diesbezüglich keine Einwände und es sind auch keine Aspekte ersichtlich, welche gegen dieses Vorgehen sprechen würden. 12. Somit ergibt sich, dass die SUVA dem Beschwerdeführer zu Recht eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 13 % zusprach. Der angefochtene Einspracheentscheid ist rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 13. Für das vorliegende Verfahren werden keine Gerichtskosten erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten grundsätzlich kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG). 14. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Vorliegend obsiegt der Beschwerdeführer nicht, so dass er die Kosten für seinen Anwalt selber zu tragen hat. Die SUVA hat ebenfalls keinen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Demnach erkennt das Gericht:

- 33 -

E. 11

Mit Bericht vom 31. März 2017 teilte Dr. med. C. _____ mit, eineinhalb Jahre postoperativ habe sich an der Gesamtsituation nichts geändert. Die vom Beschwerdeführer geäusserten Restbeschwerden seien nun ausführlich abgeklärt worden, ohne dass ein Grund hätte eruiert werden können. Zu-

- 5 - dem seien sämtliche Therapieansätze nicht erfolgreich gewesen, sodass persistierende und mittlerweile sicherlich chronische Lumbalgien bestünden, welche eine Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag nicht möglich machten. Er empfehle eine begleitende psychiatrische Betreuung.

E. 12

Mit Schreiben vom 12. April 2017 ersuchte A. _____ um Sistierung des Einspracheverfahrens. Er wolle sich nun einer Psychotherapie unterziehen und es sei sicherlich sinnvoll, diese Behandlung abzuwarten. In der Folge reichte A. _____ einen Bericht vom 15. Juni 2017 ein, in welchem Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine chronische Schmerzstörung schweren Grades mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostizierte und ausführte, die natürliche Unfallkausalität der schweren Depression sei im Rang der sicheren Teilursache gegeben, und allein schon die Depression führe zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

E. 13

Mit Einspracheentscheid vom 6. Juli 2017 bestätigte die SUVA die angefochtene Verfügung und wies die Einsprache ab. Zur Begründung gab sie im Wesentlichen an, es bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen

Beschwerden, so dass letztere bei der Bemessung des Invaliditätsgrades und der Integritätsentschädigung zu Recht ausser Acht gelassen worden seien. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig, die somatische Situation sei durch den Kreisarzt Dr. med. H. _____ und die Ärzte der Rehaklinik D. _____ umfassend und schlüssig beurteilt worden. Das Invalideneinkommen sei korrekt aufgrund der DAP ermittelt worden, bei dieser Methode sei kein Leidensabzug vorzunehmen. Auch die Integritätsentschädigung sei gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung korrekt festgelegt worden.

E. 14

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 7. September 2017 Beschwerde an das Verwaltungs-

- 6 - gericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Invalidenrente sei zu erhöhen. Es sei ein gerichtliches Gutachten in den Bereichen Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie mitsamt einer Leistungsfähigkeitsbeurteilung einzuholen. Eventualiter sei die Sache an die SUVA zurückzuweisen, um ein Gutachten in den Bereichen Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie mitsamt einer Leistungsfähigkeitsbeurteilung einzuholen. Der Beschwerdeführer machte im Wesentlichen geltend, die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik D. _____ und der Abschlussbericht des Kreisarztes Dr. med. H. _____ seien unbrauchbar. Er vertrat die Ansicht, dass sowohl die somatischen als auch die psychogenen Beschwerden mit dem Unfall in Kausalzusammenhang stünden, und stützte sich dabei auf den Bericht des Psychiaters Dr. med. I. _____ und auf Aussagen des Orthopäden K. _____ aus O.2. _____.

E. 15

Mit Schreiben vom 25. September 2017 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von K. _____ vom 9. September 2017 samt deutscher Übersetzung nach. In diesem Bericht wurde im Wesentlichen ausgeführt, die im KSGR vorgenommene Operation hätte eine Notlösung und nicht die erste chirurgische Option sein sollen. Der Zustand des Beschwerdeführers erlaube es nicht, den Beruf als Maurer oder ähnliche Tätigkeiten auszuüben.

E. 16

Die SUVA beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 27. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde. Sie verwies auf die Begründung des angefochtenen Einspracheentscheids und ergänzte, der medizinische Sachverhalt sei richtig und vollständig abgeklärt. Es lägen keine ärztlichen Unterlagen vor, welche auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen aufkommen liessen. Die psychischen Beschwerden stünden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall, so dass die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht weiter geklärt zu werden brauche.

- 7 -

E. 17

S. 1). Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 2. Juni 2016: Der Beschwerdeführer habe sich vom 25. April bis zum 31. Mai 2016 in der Rehaklinik D. _____ aufgehalten. Neben der aus dem Unfall resultierenden orthopädischen Problematik leide der

Beschwerdefüh- rer unter einer mittelgradigen depressiven Episode und einer spezifischen Phobie (SUVA- act. 86 S. 1). Es bestünden kontinuierliche Schmerzen am Rücken. Diese würden bei Be- lastung und Bewegung verstärkt. In der Nacht trete ab und zu ein Taubheitsgefühl an Bei- nen auf (SUVA-act. 86 S. 7). Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkun- gen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersu- chung und der bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (SUVA-act. 86 S. 3). Die psychische Problematik beeinträchtige die Schmerzbewältigung erheblich (SUVA-act. 86 S. 11). Es habe im Rahmen der stationären Rehabilitation keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erzielt werden können (SUVA-act. 86 S. 4). Aus unfallkausaler Sicht sei die bisherige schwere und rü-

- 14 - ckenbelastende Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine adaptierte leichte Tätigkeit sei ganz- tags zumutbar. Diese Tätigkeit müsse wechselbelastend sein und sie dürfe keine Zwangs- haltungen für die Wirbelsäule, keine Tätigkeiten in vorgeneigter Haltung, keine Rumpfro- tationen, kein wiederholtes Bücken und keine Vibrationen und Schläge für die Wirbelsäule mit sich bringen (SUVA-act. 86 S. 2). Im psychosomatischen Konsilium wurde ausgeführt, durch die psychische Symptomatik sei sicherlich die Schmerzbewältigung erheblich be- einträchtigt. Der Beschwerdeführer sei wenig differenziert im Umgang mit seiner Erkan- kung und er wünsche keine psychotherapeutische Betreuung (SUVA-act. 86 S. 11). Bericht des operierenden und behandelnden Spezialarztes des KSGR, Dr. med. C._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 14. Juli 2016: Es zeige sich trotz intensiver Rehabilitation und Therapie keine Besserung der Restbeschwerden. Rein klinisch und radiologisch könne er sich die Restbeschwerden nicht erklären. Sicherlich bestehe neben der physischen Komponente mittlerweile auch eine psychosomatische Komponente (SUVA-act. 102 S. 2). Bericht von Dr. med. C._____ vom 3. August 2016: In der am 19. Juli 2016 gemachten MRI-Untersuchung könne weiterhin kein pathologisches Korrelat für die Restbeschwerden ausgemacht werden (SUVA-act. 113). Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung von Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 11. August 2016: Es liege ein Status nach dem Unfall vom 17. Oktober 2015 und nach der Operation vom 20. Oktober 2015 vor sowie eine mittelgradig depressive Episode unspezifischer Phobie (recte: und eine spezifische Phobie). Sowohl bei der Rehabilitation in der Rehaklinik D._____ als auch bei der heutigen (10. August 2016) Untersuchung zeige sich eine deutliche Schmerzüberlagerung, die mit dem rein ra- diologischen und klinischen Verlauf nicht vollumfänglich in Einklang zu bringen sei (SUVA- act. 122 S. 5). Bericht von Dr. med. C._____ vom 28. September 2016: Ein Jahr postoperativ zeige sich leider ein sehr protrahierter Verlauf mit persistierenden Lumbalgien, deren Genese ihm nicht klar sei. Somit müsse eigentlich von einem chronifizierten Schmerzsyndrom gespro- chen werden (SUVA-act. 129 S. 3). Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung von Dr. med. H._____ vom 18. Januar 2017: Es bestehe ein Status nach dorsaler Aufrichtespondylodese Th12-L2 mit ventraler interkor- poreller Cage-Spondylodese Th12-L2 am 20. Oktober 2015 nach Berstungsspaltfraktur LWK1 und Sternumfraktur am 17. Oktober 2015. Die Röntgenaufnahme vom 28. Septem- ber 2016 zeige gegenüber den postoperativen Aufnahmen unveränderte Stellungsverhält- nisse und der Cage sei stabil in situ. Eine Fehlstellung verursacht durch die LWK1-Fraktur liege nicht vor. Die persistierenden Beschwerden seien medizinisch nicht erklärbar und

- 15 - insbesondere das fehlende Ansprechen auf die zuletzt durchgeführte spezialisierte Schmerztherapie beweise eine deutliche psychogene Überlagerung. Es könne die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik D._____ vom 2. Juni 2016 übernommen werden (SUVA-act. 172 S. 5). Bericht von Dr. med. F._____, Fachärztin für Anästhesiologie und leitende Ärztin der Schmerztherapie des KSGR, vom 26. Januar 2017: Auch mit einer adaptierten medikamentösen Schmerztherapie mit schmerzdistanzierenden und schlafanstossenden Antidepressiva, Opioiden und Muskelentspannungsmedikamenten habe überhaupt keine Verbesserung des Schmerzniveaus und des Funktionszustandes erreicht werden können. Sie schliesse daraus, dass ein Grossteil der somatischen Probleme eine Somatisierung von Ängsten und Befürchtungen darstelle (SUVA-act. 180 S. 1). Sie schliesse den Fall ab, da der Beschwerdeführer keiner psychosomatisch orientierten Therapie zugänglich sei (SUVA-act. 180 S. 2). Bericht von Dr. med. C._____ vom 31. März 2017: Es bestünden Restbeschwerden mit Lumbalgien bei Status nach der Operation vom 20. Oktober 2015. An der Gesamtsituation habe sich weiterhin nichts verändert. Der Beschwerdeführer berichte über persistierende Beschwerden, sobald er sich mobilisiere. Jegliche bis anhin durchgeführten Therapien wie Rehabilitation, Schmerztherapie und regelmässige Physiotherapie hätten keinen Fortschritt in der Schmerzsymptomatik erbracht. Auf der aktuellen Röntgenaufnahme zeige sich weiterhin unverändert eine korrekte Implantatlage ohne Lockerungszeichen bei verheilter Fraktursituation. Der Cage komme unverändert zur Darstellung und es seien keine neuen Anschlussdegenerationen aufgetreten. Die vom Beschwerdeführer geäusserten Restbeschwerden seien nun ausführlich abgeklärt worden, ohne dass ein Grund habe eruiert werden können. Aus orthopädischer Sicht könne er dem Beschwerdeführer keine weitere Therapie zur Verbesserung der Situation anbieten, er empfehle eine begleitende psychiatrische Betreuung (SUVA-act. 204 S. 1 f.). Bericht zum psychiatrischen Konsilium von Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. Juni 2017: Der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Schmerzstörung schweren Grades mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2; SUVA-act. 226 S. 4). Die Schmerzstörung habe zweifellos einen organischen und traumatologischen (unfallkausalen) Kern. Sehr wahrscheinlich lägen der Schmerzempfindung bis in die Gegenwart hineinwirkende somatische Faktoren zu Grunde. Dies könne aus der Art der Schmerzschilderung geschlossen werden, die eine Differenzierung körperlicher (biomechanischer) und seelischer (insbesondere emotionaler) Aspekte erlaube. Insofern bestehe vorliegend kein (rein) psychogener Schmerz. Allerdings unterliege der Schmerz massgeblich psychischen Einflüssen auf die Schmerzemp-

- 16 - findung. Sehr wahrscheinlich handle es sich beim Beschwerdeführer um eine konstitutionell depressiv strukturierte Persönlichkeit. Nach dem Unfall sei es – rehabilitationspsychiatrisch typisch – zunächst zu einer Gefährdung gekommen. Die Rehaklinik D._____ habe entsprechend am 2. Juni 2016 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Später sei es dann zu einer Entgleisung des seelischen Gleichgewichts gekommen. Inzwischen liege nun eine schwerwiegende depressive Erschöpfung vor (SUVA-act. 226 S. 4 f.). Die natürliche Unfallkausalität der schweren Depression sei im Rang der sicheren Teilursache gegeben, die Prognose hinsichtlich der Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung sei ungünstig und allein schon das Ausmass der Depression erkläre hinreichend, dass der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig sei (SUVA-act. 226 S. 8 f.). 9. Aus den zitierten Arztberichten (vgl. vorne

E.8) wird deutlich, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers geprägt war durch eine orthopädische und eine psychische Problematik. Während die SUVA den Kausalzusammenhang zwischen dem Autounfall und der orthopädischen Problematik anerkannte, ist der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Problematik streitig und nachfolgend zu prüfen.

E. 22

August 2018 E.6.3).

- 22 -

E. 27

Dezember 2012 Sachverhalt A und E.6.4). Verwiesen werden kann auch auf das Urteil 8C_15/2013, in welchem das Kriterium ebenfalls nicht bejaht wurde, obwohl eine noch schwerere Verletzung der Wirbelsäule vorlag (Flexionsdistraktionsverletzung HWK6/7 mit kompletter Berstungsfraktur HWK6, Deckplattenimpressionsfraktur BWK1 und BWK2; Urteil des Bundesgerichts 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 Sachverhalt A. und E.6.2).

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