

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/33 vom 7. Dezember 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-12-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2010\\_33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_33)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/33 du 7 décembre 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/33 del 7 dicembre 2010

## **Regeste**

Art. 6, 18, 24 f. UVG, Art. 11 UVV: Verneinung eines Rückfalls. Zwischen dem Gleitschirmunfall und den Augenbeschwerden links sowie den Jahre später eingetretenen psychischen Beschwerden ist die Kausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Weiter konnte keine erhebliche Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit festgestellt und die Integritätsschadensbeurteilung nicht beanstandet werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Dezember 2010, UV 2010/33).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht (Heilbehandlung und Taggelder) für die infolge des Gleitschirmunfalls vom 23. Juli 2002 erlittenen Verletzungen im Rücken und rechten Fuss und erhöhte nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands in diesen Bereichen den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 10% auf 20%. Streitig und zu prüfen ist, ob gemäss Rückfallmeldung vom 28. Juni 2005 eine Rente auf Grund einer dauernden erheblichen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geschuldet, die geltend gemachte Sehstörung im linken Auge sowie die psychischen Beschwerden unfallkausal sind und, ob eine höhere Integritätsentschädigung als diejenige gestützt auf eine Integritätseinbusse von insgesamt 20% auszurichten ist.

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und den Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und gesundheitlicher Schädigung (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen (vgl. Erwägungen 1). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30). Anzufügen bleibt, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG dann entsteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) geworden ist. 2.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die

Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast liegt insofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt. Selbstverständlich greift diese obgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 22. Februar 2007 i/S C. [U 445/06] E. 3.1). 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind ( BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 3**

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektiviert wird eine solche Läsion durch einen entsprechenden radiologisch erhobenen Untersuchungsbefund. Die Röntgenaufnahmen nach dem Unfallereignis zeigten eine LWK-2-Berstungsfraktur, eine LWK-1-Impressionsfraktur sowie eine Pilon-tibiale Fraktur rechts (Suva-act. 3). Nach der Versorgung von LWK1-3 mit Fixateur interne konnte den Röntgenbildern der LWS vom 9. September 2002 eine gute Stellung und normale Verhältnisse entnommen werden. Die gleichentags erstellten Bilder nach Osteosyntheseoperation im rechten Fuss zeigten eine stabile Stellung mit fortschreitender Konsolidierung (Suva-act. 8 S. 2). Nach Entfernung des Fixateur interne im April 2003 hielt der operierende Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, stv. Leitender Arzt Orthopädie des Rätischen Kantons- und Regionalspitals Chur, in Bezug auf die LWS ein radiologisch befriedigendes Resultat fest, wobei aber die Wirbelsäulenbeweglichkeit funktionell trotz

intensiver Physiotherapie noch deutlich eingeschränkt sei (Suva-act. 28). Im Abschlussbericht vom 28. November 2003 bezeichnete Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_ nach der Metallentfernung im rechten Fussgelenk vom September 2003 das Behandlungsergebnis als hervorragend. Das Gangbild sei ungestört und das Sprunggelenk reizlos, es zeige sich allerdings eine noch recht deutliche Einschränkung der Extension. Der funktionelle Befund an der Wirbelsäule sei ebenfalls günstig bis auf die zu erwartende segmentale Steifhaltung im Frakturgebiet und im LWS-Bereich (Suva-act. 46). Nach erfolgter Rückfallmeldung durch die Beschwerdeführerin hielt der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. J. \_\_\_ mit Bericht vom 8. November 2005 bezüglich der somatischen Problematik fest, dass sowohl im Bereich der LWS als auch des rechten OSG dauernde und erhebliche Unfallfolgen bestünden. Der Zustand sei seit ca. einem Jahr stationär. Eine wesentliche Verbesserung werde wahrscheinlich weder spontan erfolgen noch könne sie gegenwärtig durch zusätzliche Behandlung herbeigeführt werden. Eine Prognose des weiteren Verlaufs sei nicht voraussehbar (Suva-act. 116 S. 5). Nach kreisärztlicher Untersuchung vom 30. März 2007 (vgl. Suva-act. 147) und röntgenologischen Untersuchungen vom 5. April 2007 (Suva-act. 150) hielt Kreisarzt Dr. D. \_\_\_ eine ausgeprägte knöcherne Konsolidierung im Bereich LWK1/LWK2 fest, allerdings ohne erkennbare komplette Fusion von LWK1/2. Im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks bestehe eine zunehmende Arthrosedehformität mit vermehrter Sklerosierung, Gelenkspaltinkongruenz und beginnender Gelenkspaltverschmälerung (Suva-act. 151). In einer weiteren Stellungnahme vom 14. Mai 2007 befand Kreisarzt Dr. D. \_\_\_, dass sich die Unfallfolgen seit der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 26. November 2003 erheblich verschlechtert hätten. Insbesondere hätten sich die Verletzungsfolgen am rechten Unterschenkel im Sinn einer OSG-Arthrosedehformität progredient verschlechtert. Diese Schadenszunahme sei radiologisch aktualisiert und strukturell fassbar. Im Bereich der Wirbelsäulenverletzung bestehe ebenfalls eine strukturell fassbare und organisch zuordnungsbar Verschlechterung sowie dies gestützt auf die Befundsangaben vom 26. November 2003 und 30. März 2007 einschätzbar sei (Suva-act. 154). Infolge der Untersuchung vom 19. Mai 2008 beurteilte der Kreisarzt die Ergebnisse seit der letzten Untersuchung vom 30. März 2007 als ohne wesentliche bzw. erhebliche Zunahme der Schadensbefunde im Bereich des rechten Sprunggelenks und des Rückens. Die medizinische Behandlung im Rückenbereich sei abhängig von der Beschwerdesymptomatik und den klinischen Befunden. Diesbezüglich seien gegebenenfalls muskuläre lockernde und stabilitätsverbessernde Physiotherapie-Serien medizinisch ausgewiesen und sinnvoll (Suva-act. 205).

3.2 In Bezug auf die Zumutbarkeitsbeurteilung befand Kreisarzt Dr. I. \_\_\_ am 28. November 2003 das Behandlungsergebnis für so gut, dass für den massgeblichen Arbeitsmarkt der Beschwerdeführerin keine invalidisierenden Folgen resultierten (Suva-act. 46 S. 2). Gemäss Dr. J. \_\_\_ war der Beschwerdeführerin auch im November 2005 eine vorwiegend sitzende Erwerbstätigkeit, abwechselnd mit stehender und gehender Bewegung noch zumutbar. Sie könne keine länger dauernden Zwangshaltungen des Körpers einnehmen und sollte auf ebener Unterlage nicht länger als eine Stunde am Stück gehen. Sie sei in unebenem Gelände praktisch nicht einsetzbar, ebenso wenig wie auch auf Leitern und Gerüsten. Auch sollte sie nicht regelmässig und häufig Treppen steigen müssen. Knien und kauern könne sie, sich bücken jedoch nicht. Regelmässiges Tragen von Lasten über 5kg sollte vermieden werden, Lasten von über 10kg seien ihr gänzlich unzumutbar. Hinsichtlich des zumutbaren Zeitepensums wollte sich Dr. J. \_\_\_ nicht festlegen. Sofern am Arbeitsplatz keine häufigen oder regelmässigen körperlich bedingten Begrenzungen festgestellt worden seien, sei

anzunehmen, dass das zumutbare Zeitpensum höher als 80%, möglicherweise sogar bis 100% betrage (Suva-act. 116 S. 5). Kreisarzt Dr. D. \_\_\_ befand mit Stellungnahme vom 14. Mai 2007 gestützt auf die Angaben anlässlich der Suva-Besprechung im Betrieb der Beschwerdeführerin vom 4. April 2006 (vgl. Suva-act. 128) gantztägige wechselbelastende Beschäftigungen in ausgeglichenem und angepasstem Rahmen vorwiegend in sitzender Stellung für die Beschwerdeführerin zumutbar. Es bestehe eine Hebe- und Tragelimiten entsprechend den DOT-Kategorien hinsichtlich Arbeitsschwere und für leichte Beschäftigungen von 5 – 10 kg. Arbeiten am Bildschirm-Arbeitsplatz, vorwiegend sitzend, mit kurzstreckigen gehenden und kurzzeitig stehenden Beschäftigungen, wie dies bei administrativen Verwaltungsaufgaben zutrefte, sei der Beschwerdeführerin auf Grund der ausschliesslich unfallkausalen, strukturell zuordnungsbaeren Verletzungsbefunde weiterhin vollumfänglich zumutbar (Suva-act. 154). Am 19. Mai 2008 hielt der Kreisarzt noch fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschäftigung im bekannten bisherigen Pensum weiterhin voll umsetze (Suva-act. 205).

3.3 Gestützt auf diese medizinischen Untersuchungsergebnisse und kreisärztlichen Beurteilungen beurteilte die Beschwerdegegnerin die Einschränkungen der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht nicht als rentenauslösend im Sinn von Art. 18 Abs. 1 UVG. Dagegen machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sie auf Grund der Unfallrestfolgen in erheblicher Weise beeinträchtigt sei. Sie habe bereits während der Anstellung als Versicherungssachbearbeiterin lediglich ein arbeitsvertragliches Arbeitspensum von 80% angenommen, infolge des Arbeitsanfalls jedoch regelmässig mehr gearbeitet und sei abends jeweils beschwerdebedingt nudelfertig gewesen (vgl. Suva-act. 127, 128). Schliesslich habe sie die Stelle aus gesundheitlichen Gründen gewechselt, da die sitzende Tätigkeit mit einem Anstellungsverhältnis von 80% für ihren Gesundheitszustand unzumutbar geworden sei. Seit August 2008 sei sie im Grand Hotel K. \_\_\_ als Rezeptionistin tätig mit einem Arbeitspensum von 70% (act. G 1). Dass die Beschwerdeführerin ihre Stelle lediglich wegen körperlicher Überforderung gewechselt habe, steht jedoch im Widerspruch zu ihren Angaben anlässlich der Besprechung mit der Suva vom 6. April 2006. Denn bereits damals habe sie sich nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern weil sie beispielsweise das Gastgewerbe interessierte, nach einer Job-Alternative umgesehen, und dies, obgleich sie ihren aktuellen (Büro-)Job für o.k. befand (Suva-act. 128 S. 2). Ebenfalls gegen den Stellenwechsel aus rein somatischen Gründen sprechen die medizinischen Akten in Bezug auf die psychischen Probleme der Beschwerdeführerin. So hielt bereits der Psychiater Dr. C. \_\_\_ im Bericht vom 10. Juni 2007 fest, dass sie an ihrer Arbeit zweifle und ihr der Kontakt zu Kunden fehle. Zudem würde sie gerne eine Zusatzausbildung absolvieren, habe aber keinen Antrieb dazu; sie leide unter Konzentrationsstörungen beim Arbeiten und habe Mühe mit dem Gedächtnis (Suva-act. 163). Am 19. Februar 2008 berichtete Dr. C. \_\_\_, dass Umstrukturierungen und ein Personalmangel am Arbeitsplatz zusammen mit einem grippalen Infekt zur Weihnachtszeit 2007 bei der Beschwerdeführerin zu einer Überlastung geführt hätten (Suva-act. 196). Vor diesem Hintergrund, insbesondere gestützt auf die lückenlosen und in sich schlüssigen und nachvollziehbaren Verlaufskontrollen, die Röntgenergebnisse und ärztlichen Beurteilungen kann nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Unfallrestfolgen im Bereich der LWS und des rechten oberen Sprunggelenks bis zum vorliegend zu berücksichtigenden Zeitpunkt des Einspracheentscheids (25. März 2010; vgl. BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen) zu einer erheblichen Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Damit entfällt ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf

Invalidenrente.

#### **E. 4**

Die Beschwerdeführerin rügt weiter die Verneinung der Kausalität zwischen ihrer Augenproblematik und dem Gleitschirmunfall. Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 15. Oktober 2002 wurde ein uneingeschränktes Gesichtsfeld, ein (seit Kindheit) deutlich reduzierter Visus am rechten Auge, eine normale Optomotorik und eine gute Pupillomotorik festgehalten (Suva-act. 8 S. 5). Erstmals mit Bericht vom 26. Mai 2003 dokumentierte Dr. med. L.\_\_\_\_, Augenarzt FMH, eine rezidivierende Sehstörung bei Verdacht auf eine posttraumatische Kreislaufregulationsstörung des linken Auges. Der Verdacht auf eine hintere Glaskörperabhebung habe sich demgegenüber nicht objektivieren lassen (Suva-act. 23). Der Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, beurteilte die Augenproblematik mit Stellungnahme vom 23. Dezember 2003 dahingehend, dass die Diagnose der posttraumatischen Kreislaufregulationsstörung bei einer 33jährigen sehr weit hergeholt erscheine. Es sei vielmehr anzunehmen, dass das linke Auge ebenfalls einen Sehfehler habe und nicht emmetrop sei. Im Bericht (von Dr. L.\_\_\_\_) fehlten sowohl skioskopische Befunde sowie eine Nahrefraktion. Es sei zu vermuten, dass links eine Hyperopie vorliege, allenfalls auch ein hyperoper Astigmatismus, welcher nun dekompenziere. Insgesamt sei eher nicht wahrscheinlich, dass die Sehstörungen links mit dem Unfall vom 23. Juli 2002 zusammenhängen würden (Suva-act. 50). Aus diesem Grund lehnte die Beschwerdegegnerin eine Übernahme der augenärztlichen Untersuchungskosten anfänglich ab und übernahm sie später lediglich unter dem Titel der "Abklärungskosten", weil die Untersuchungen primär wegen Verdachts auf eine unfallbedingte Affektion (Glaskörperabhebung) erfolgt waren (Suva-act. 67, 73). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie sei hinsichtlich des linken Auges bis zum besagten Ereignis beschwerdefrei gewesen, ist festzuhalten, dass gemäss Rechtsprechung eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. zur unzulässigen Formel "post hoc ergo propter hoc": BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Daran vermag auch die Beurteilung von Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, Innere Medizin, - einer im Bereich der Augendiagnostik nicht spezialisierten Ärztin - vom 2. Oktober 2009 nichts zu ändern, welche in ihrem Bericht (Suva-act. 236) zwar seit 2003 rezidivierende Augenentzündungen links als wahrscheinliche Unfallfolge aufführte, diese Schlussfolgerung jedoch nicht weiter begründete. Damit ist die Problematik im linken Auge der Beschwerdeführerin zwar als mögliche, jedoch nicht - wie erforderlich - als überwiegend wahrscheinliche Folge des Gleitschirmunfalls zu werten. Eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfällt somit.

#### **E. 5**

5.1 Schliesslich ist die Kausalität zwischen den psychischen Beschwerden und dem Gleitschirmunfall vom 23. Juli 2002 zu prüfen. Hausarzt Dr. N.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 31. Mai 2003 eine weitere Besserung des Allgemeinzustands auch in psychischer Hinsicht fest. Die Beschwerdeführerin fühle sich aber immer noch schlecht, klage über Schweissausbrüche, Frieren und allgemein über Schwäche. Immerhin würden sich diese psychasthenischen Beschwerden aber allmählich bessern (Suva-act. 24). Der nachfolgend behandelnde Hausarzt Dr. med. O.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 7. Juni 2005 eine Depression, worunter die Beschwerdeführerin schon seit längerer Zeit leide. Er verwies sie an den Psychiater Dr. B.\_\_\_\_, welcher im Bericht vom 28. Juni 2005 von einer

Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei Persönlichkeit mit Borderline-Zügen (ICD-10 F 43.22, F 60.31) ausging. Offensichtlich habe die Beschwerdeführerin den Unfall noch nicht verarbeitet (Suva-act. 111). Psychiater Dr. C.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin seit dem 26. Januar 2007 behandelte, schätzte die Höhe ihrer Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht und gestützt auf eine diagnostizierte Neurasthenie (ICD-10 F 48.0) mit depressiven Einbrüchen nach schwerem Gleitschirmunfall auf 60%. Die bisherige 80%ige Tätigkeit habe sie nur Dank der Unterstützung durch Teamkolleginnen mit vielen Tagesabsenzen wegen Schmerzen und Erschöpfung durchhalten können. Mit der Umstrukturierung im Betrieb könne sie nun aber nicht mehr mithalten und suche sich ihrer Belastbarkeit entsprechend eine Anstellung mit einem maximal 60%-Pensum (ausführlicher Bericht vom 19. Februar 2008; Suva-act. 196).

5.2 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für psychische Beeinträchtigungen würde voraussetzen, dass zwischen dem Unfall und der eingetretenen Gesundheitsschädigung sowohl ein natürlicher als auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestünde (BGE 122 V 416 E. 2a mit Hinweis). Nachdem Dr. P.\_\_\_\_ vom Versicherungspsychiatrischen Dienst der Beschwerdegegnerin am 21. Dezember 2005 die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden zwar zumindest mit der nötigen Wahrscheinlichkeit für gegeben erachtete, jegliche Begründung dazu aber vermissen liess (vgl. Suva-act. 122), braucht die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang vorliegend nicht abschliessend beantwortet zu werden, sondern kann offen bleiben, weil - wie nachfolgende Ausführungen zeigen - ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Störungen und dem Unfallereignis ohnehin verneint werden muss (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67).

5.3 Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 138 ff. E. 6, bestätigt unter anderem in SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31) vom Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektiver Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden mittleren Bereich der mittelschweren Unfälle. Während die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, in der Regel bei banalen Unfällen ohne weiteres verneint und bei schweren Unfällen bejaht werden kann, lässt sie sich bei Unfällen im mittleren Bereich nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 115 V 139 E. 6a-c). Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 32, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als wichtigste Kriterien gelten dabei: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, die ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger

Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. 5.4 In seinem nicht veröffentlichten Urteil vom 28. Oktober 1994 i/S B. (U 60/94, zitiert in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91) stufte das Eidgenössische Versicherungsgericht zwar einmal einen Gleitschirmabsturz mit multiplen, schwersten und lebensgefährlichen Verletzungen als schweren Unfall ein. Angesichts des vorliegenden Geschehensablaufs, bei welchem die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Start zum Gleitschirmflug aus rund 15 m abstürzte (Suva-act. 1, 4, 8 S. 4), liegen jedoch keine Umstände vor, welche eine solche Einstufung rechtfertigen würden. Zwar waren die erlittenen Verletzungen doch von einer gewissen Erheblichkeit. Dies ist aber im Rahmen des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzungen zu berücksichtigen. Das Unfallereignis vom 23. Juli 2002 ist somit nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohendes Geschehen zu qualifizieren. Es besteht aber auch kein Anlass das Ereignis wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort geltend macht - im Grenzbereich zu den leichteren Fällen einzuordnen. Vielmehr ist es im Sinn der Praxis als mittelschwerer Unfall einzustufen. 5.4.1

Das Ereignis vom 23. Juli 2002 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen abgespielt. So erfolgte der Start bei guten Wind- und Wetterbedingungen und wurde vom Fluglehrer der Beschwerdeführerin mittels Funk überwacht. Dass die Möglichkeit des Zusammenklappens des Gleitschirms grundsätzlich besteht (Suva-act. 4), ist als inhärentes Risiko beim Gleitschirmfliegen bekannt (vgl. Abfrage vom 15. November 2010: <http://de.wikipedia.org/wiki/Gleitschirmfliegen>). Zwar kann dem Ereignis eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden, es kann aber nicht gesagt werden, der Unfall sei von besonderer Eindrücklichkeit gewesen. Das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; Urteil vom 25. Januar 2008 i/S A. [U 56/07] E. 6.1). Denn nicht was im Betroffenen psychisch vorgeht, ist entscheidend, sondern die objektive Eignung der Begleitumstände, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit allein noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreicht (Urteil vom 11. Februar 2009 i/S S. [8C\_799/2008] E. 3.2.3 mit Hinweis). Vorliegend sind keine Begleitumstände ersichtlich, die objektiv geeignet waren, zu einer psychischen Fehlentwicklung zu führen. Im Nachhinein konnte sich die Beschwerdeführerin zwar daran erinnern, dass der Schirm kurz nach dem Start zusammengeklappt und sie gestürzt war, in Bezug auf den Aufschlag fehlte ihr jedoch die Erinnerung (Suva-act. 8 S. 4). Allein der Umstand, dass der Unfall zu relativ schweren Verletzungen namentlich an der Wirbelsäule führte, genügt nicht zur Annahme einer besonderen Eindrücklichkeit, sondern ist im Rahmen des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzungen zu berücksichtigen. 5.4.2

Auf Grund der LWK-Frakturen, der Pilon-tibale Fraktur rechts und der milden traumatischen Hirnverletzung muss mit der Beschwerdegegnerin von doch erheblichen Verletzungen ausgegangen werden. Demzufolge ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu bejahen, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. 5.4.3

Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung wird auf die kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des somatischen Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung abgestellt. Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des bestehenden

Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008 i/S D. [U 11/07] E. 5.3.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin war vom 23. Juli bis 14. August 2002 im Rätischen Kantons- und Regionalspital Chur hospitalisiert, wo sie sich einer Rücken- sowie einer Fussoperation rechts unterzog (Suva-act. 9). Im Anschluss bis am 4. Oktober 2002 fand eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon statt. Danach wurde die Weiterbehandlung durch den Hausarzt sowie mit ambulanter Physiotherapie 2-3 Mal pro Woche durchgeführt (Suva-act. 8, 13). Anfang Jahr 2003 betrug der wöchentliche Therapierhythmus noch 1-2 Mal, für den Knochenaufbau nahm die Beschwerdeführerin Medikamente ein (Suva-act. 14). Am 23. April 2003 wurde infolge einer kompletten Konsolidation am Rätischen Kantons- und Regionalspital Chur eine operative Metallentfernung USS-Fixateur interne LWK1-3 (Suva-act. 21) und am 4. September 2003 eine Metallentfernung am rechten Fuss durchgeführt (Suva-act. 30). In der Folge ging die Beschwerdeführerin weiterhin zur Physiotherapie. Die Behandlung wurde Ende Oktober 2003 abgeschlossen (Suva-act. 37, vgl. auch Suva-act. 46 S. 2). Danach fanden lediglich noch Physiotherapiesitzungen und Abklärungskontrollen statt (vgl. u.a. Suva-act. 50, 67, 91, 116, 135, 147, 150). Damit ist von einer rund 15 Monate dauernden Behandlung auszugehen. Bei dieser Zeitspanne kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) gesprochen werden. Zudem beschränkte sich die Behandlung durch die Hausärzte auf Kontrollen, Verschreibung von Physiotherapie und Medikamenten sowie auf die Anordnung weiterer Abklärungsmassnahmen. Diese ärztliche Behandlung erfüllt die Anforderung an das entsprechende Adäquanzkriterium nicht, weshalb es zu verneinen ist. Im gleichen Sinn liegt auch keine ununterbrochene, konsequent fortgeführte Behandlungsfolge vor und kann damit objektiv nicht von einer spezifischen, die Beschwerdeführerin speziell belastenden ärztlichen Behandlung ausgegangen werden.

5.4.4 Schliesslich ist auch nicht von erheblichen Dauerschmerzen auszugehen bzw. liegen Schmerzen nicht in besonders ausgeprägter Weise vor. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. November 2005 sei der Fuss zwar oft druckdolent und das Gehen in unebenem Gelände verursache sofortige Schmerzen im OSG, von einem Dauerschmerz ist dabei jedoch nicht auszugehen. Auch bezüglich der Rückenschmerzen sei es mal besser mal schlechter, am Morgen erwache sie meist mit einem Gefühl der Steife im Rücken, aber nach Durchführung ihrer Rückenübungen gehe es relativ gut. Im Verlaufe des Tages müsse sie jeweils Bewegungseinsätze und Stehpausen einlegen (Suva-act. 116). Diese Beschwerden blieben laut den kreisärztlichen Berichten unverändert (vgl. Suva-act. 147 S. 2, 205 S. 2, 225 S. 2). Die weiter erwähnten Beschwerden im Zusammenhang mit der psychischen Stressbewältigung sind demgegenüber für die vorliegende Adäquanzprüfung unerheblich.

5.4.5 Anzeichen einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, eines schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen sind vorliegend nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht.

5.4.6 Zu beachten ist, dass die Beschwerdeführerin ab dem Unfall bis Anfang November 2003 von den behandelnden Ärzten zu 100% arbeitsunfähig geschrieben wurde (Suva-act. 37, 46). Zwar deutete bereits Dr. N.\_\_\_\_ mit ärztlichem Zeugnis vom 31. Mai 2003 auf eine gesundheitliche Einschränkung in psychischer Hinsicht hin, jedoch wurde die psychische Problematik durch die Diagnose einer Depression bzw. eine Behandlungsaufnahme durch

den Psychiater erst im Jahr 2005 offensichtlich (Suva-act. 111). Damit ist während rund fünfzehn Monaten von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht auszugehen, nach welcher dann jedoch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit resultierte. Deshalb kann das Kriterium eines erheblichen Grads und einer erheblichen Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vorliegend nicht als erfüllt betrachtet werden (vgl. dazu Praxis des EVG in: RKUV 2001 Nr. U 443 S. 544, insbesondere Bejahung des Kriteriums bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit während eineinhalb Jahren: BGE 123 V 141 E. 3d/MVG = Pra 87 195 E. 3d). 5.4.7 Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, noch die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind, ist die Unfalladäquanz der psychischen Beeinträchtigungen zu verneinen (BGE 115 V 139 E. 6c).

## **E. 6**

6.1 Erleidet eine versicherte Person durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Entschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Als dauernd gilt ein Integritätsschaden, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehen wird, und als erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität unabhängig von der Erwerbsfähigkeit augenfällig oder stark beeinträchtigt ist (Art. 36 UVV); vgl. RKUV 1998 Nr. U 303 S. 354). 6.2 Die Entschädigung ist nach der Schwere des Integritätsschadens abzustufen (Art. 25 Abs. 1 UVG). Für ihre Bemessung gelten die Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV (Art. 36 Abs. 2 UVV). Der Anhang 3 zur UVV enthält eine Skala der Integritätsschäden. Dadurch, dass ein Integritätsschaden in der Liste steht, ist dessen Erheblichkeit bejaht, nicht dagegen in jedem Fall die Dauer, d.h. der voraussichtlich lebenslange Charakter (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung, Bern 1984, S. 49 f.). Die Skala ist verbindlich, als Grobraster indessen nicht abschliessend. Sie enthält lediglich richtunggebende, in der Praxis häufig vorkommende Schäden mit den entsprechenden Werten. Teilschäden, andere Schäden oder Kombinationen derartiger Ganz- oder Teilschäden müssen mit den Listenfällen verglichen und nach der Schwere der durchschnittlichen Auswirkungen taxiert werden (Art. 36 Abs. 3 UVV; Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV). Die Schätzung des Integritätsschadens ist eine ausschliesslich ärztliche Angelegenheit. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt oder der Ärztin, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 bis 16). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 113 V 218; RKUV 1987 Nr. U 21 S. 328 und Nr. U 31 S. 438). 6.3 Bei der Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität hat der Arzt oder die Ärztin festzustellen, in welcher Hinsicht die versicherte Person durch den Unfall noch körperlich oder geistig/psychisch

geschädigt ist. Sie haben sich im Weiteren dazu zu äussern, welche dieser Schäden als dauernd zu betrachten sind, d.h. voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang bestehen bleiben. Bei geringfügigen Verletzungsfolgen hat sich der Arzt oder die Ärztin zur Frage zu äussern, ob die Schädigung im Hinblick auf die im Anhang 3 zur UVV enthaltenen Listenpositionen als erheblich, d.h. augenfällig oder stark zu gelten hat. Gegebenenfalls haben sie zudem auf voraussehbare Verschlimmerungen aufmerksam zu machen. Anschliessend ist es Sache der Verwaltung bzw. des Sozialversicherungsgerichts, die ärztlichen Schlussfolgerungen daraufhin zu prüfen, ob sie den gesetzlichen Anforderungen gerecht werden.

6.4 In der Beurteilung vom 28. November 2003 schätzte Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ den gesamtunfallbedingten Integritätsschaden auf 10%, wobei sich dieser gestützt auf die Feinrastertabelle 7.2 aus einem Integritätsschaden von 5% hinsichtlich des Zustands nach Wirbelfraktur und gestützt auf die Feinrastertabelle 5.2 aus einem solchen von 5% bezüglich einer beginnenden Arthrose im rechten Sprunggelenk zusammensetzte (Suva-act. 48). Bildgebende Abklärungen im Röntgeninstitut E.\_\_\_\_ vom 5. April 2007 zeigten sowohl eine beginnende Arthrose im OSG als auch arthrotische Veränderungen leichten Grades im lumbo-sakralen Übergang (Suva-act. 150). Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ hielt als Befund seiner Integritätsschadensbeurteilung vom 14. Mai 2007 eine unfallkausale OSG-Arthrosedeformitätszunahme mit entsprechender Beschwerdesymptomatik und funktioneller Einschränkung fest. Am Rücken sei die Befundszunahme nach LWK1 Berstungsfraktur ebenfalls erheblich und progredient. Gestützt auf die Suva-Tabelle 5 mit mässig ausgeprägter OSG-Arthrose ergebe sich aktuell gesamthaft ein Integritätsschaden von 10%. Die Wirbelsäulen-Affektion gestützt auf Tabelle 7 nach erheblichem Frakturbefund von LWK1 und Spondylodese LWK1/LWK2 unter Berücksichtigung der Schmerzfunktionsskala (geringe Dauerschmerzen, bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe) ergebe ebenfalls einen Integritätsschaden von 10% (Suva-act. 155). Laut kreisärztlichem Untersuchungsbericht vom 19. Mai 2008 zeigte sich seit der Untersuchung vom 30. März 2007 aus somatischer unfallkausaler Sicht keine wesentliche bzw. erhebliche Zunahme der Schadensbefunde im Bereich des rechten Sprunggelenks und des Rückens (Suva-act. 205 S. 4). Die infolge der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juni 2009 (Suva-act. 225 S. 4) veranlasste vergleichende Röntgen- und CT-Untersuchung des rechten Sprunggelenks vom 23. Juni 2009 ergab nach E.\_\_\_\_ gegenüber der Voruntersuchung im Jahr 2007 eine leicht progrediente OSG-Arthrose rechts (Suva-act. 229). Gestützt darauf befand Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2009, dass sich im Vergleich zu den Aufnahmen des rechten OSG vom 5. April 2007 keine wesentliche bzw. keine erhebliche strukturelle Befundänderung im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks bei Status nach Pilon-tibial-Fraktur ergeben habe. Der radiologische Deformitätsbefund habe nur unwesentlich zugenommen (Suva-act. 231). Angesichts dieser schlüssigen und nachvollziehbaren Integritätsschadensbeurteilung von Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_, welche sich auf lückenlose Verlaufsdokumentationen abstützt, besteht somit kein Grund für ein Abweichen. Insbesondere liegen keine Berichte oder Röntgenbefunde mit anderslautenden Ergebnissen vor. Damit ist die von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 25. März 2010 bestätigte Zunahme des Integritätsschadens um 10% nicht zu beanstanden.

## **E. 7**

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. März 2010 lässt sich somit nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat

das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden:

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

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