

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/51 vom 23. Juni 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_51

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/51 du 23 juin 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/51 del 23 giugno 2011

Regeste

Art. 6, 18 und 24 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden. Prüfung des Anspruchs auf Rente und Integritätsentschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Juni 2011, UV 2010/51).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, ob dem Beschwerdeführer für die Restfolgen des Unfallereignisses vom 4. August 2006 eine Unfallrente auszurichten ist und in welcher Höhe er Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (Erwägungen 1, 3a, 4a) die rechtlichen Grundlagen der Unfallkausalität sowie der Bemessung von Rentenleistungen und Integritätsentschädigung zutreffend dar; darauf kann verwiesen werden.

1.2 Gestützt auf eine kreisärztliche Untersuchung hielt Dr. med. E.____ im Bericht vom 8. März 2007 unter anderem fest, nach dem Fahrradunfall hätten sich im Verlauf persistierende Beschwerden im Bereich des Beckens sowie der distalen LWS gezeigt. Die Symptomatik mit dem Verdacht auf ein CTS der rechten Hand habe sich gebessert. Im Bereich der Ellbeuge links sei ein Verdacht auf Epikondylopathie gestellt worden. Eine neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik gezeigt. Im Bereich der linken oberen Extremität finde sich eine abgeschwächte schmerzhaft Aussenrotation der Schulter sowie klinisch eine Epikondylitis radialis. Der vom Beschwerdeführer beschriebene Tinnitus könne aufgrund des Kopfanpralls durch den Unfall ausgelöst worden sein. Eine Commotio cerebri sei aufgrund der fehlenden Amnesie und Bewusstlosigkeit weitgehend ausgeschlossen. Um den Tinnitus abzuklären, sei der Beschwerdeführer einem ORL-Arzt zuzuweisen. Bezüglich der LWS-Symptomatik finde sich eine muskuläre Symptomatik. Klinisch finde sich zudem eine Coccygodynie, welche durch den Aufprall ausgelöst worden sei. Dies sei wahrscheinlich, da der Beschwerdeführer ebenfalls im Bereich des linken Gesässes posttraumatisch ein grosses Hämatom entwickelt habe, welches operativ habe ausgeräumt werden müssen. Aufgrund der Schürfwunden und der anamnestisch angegebenen hämatösen Veränderungen am linken Oberarm müsse davon ausgegangen werden, dass es beim Sturz zu einem Schlag im Bereich des lateralen Ellbogens gekommen sei. Insofern müsse auch die Epikondylopathie links als unfallkausal betrachtet werden. Ebenfalls müsse aufgrund des Unfallmechanismus eine Traumatisierung der Schulter in Betracht gezogen werden (UV-act. 33). Im Nachgang zu einer teilstationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 16. April bis 11. Mai 2007 stellte der Rheumatologe Dr. F.____, Klinik Valens, im Bericht vom 18. Mai 2007 die Diagnosen eines thorako-lumbovertebralen Syndroms, einer Coccygodynie, einer Periarthropathia humeroscapularis tendinotica links, einer koronaren

Herzkrankheit und eines Diabetes mellitus Typ II. Angesichts der langsamen, aber doch deutlichen Tendenz zur Verbesserung seien weitere physiotherapeutische Massnahmen im ambulanten Rahmen sicher angezeigt. Eine arbeitsspezifische Untersuchung habe im Rahmen der teilstationären Behandlung aktuell nicht durchgeführt werden können. Medizinisch-theoretisch müsse davon ausgegangen werden, dass die gelernte Tätigkeit als Metzger dem Patienten auf Dauer nicht mehr zugemutet werden könne. Eine Verweistätigkeit könne durchaus im Rahmen einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit liegen. Aufgrund der subjektiv stark störenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der LWS sei eine genauere funktionelle Bestimmung sinnvoll. Hierzu werde in einem späteren Zeitpunkt eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vorgeschlagen (UV-act. 44). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, stellte im Bericht vom 23. Mai 2007 die Diagnose eines knapp kompensierten Tinnitus bei leichtgradiger Hochtonschwerhörigkeit (C5-Senke). Der Tinnitus dürfte unfallbedingt sein, allenfalls verstärkt durch eine Rücken-Nackenproblematik (UV-act. 47). Kreisarzt Dr. E.____ empfahl im Bericht vom 9. Juli 2007 weitere Abklärungen bezüglich der Schulter- und Handbeschwerden (UV-act. 49). 1.3 Ein Arthro-MR der linken Schulter ergab gemäss Bericht des Spitals Lachen vom 19. Juli 2007 eine Tendinose der ventralen Hälfte der Supraspinatussehne über eine Breite von 2 cm ohne transmuralen Defekt und eine mässige hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit kleinem nach caudal gerichteten Osteophyten (UV-act. 57). Dr. med. H.____, Neurologie FMH, Spital Linth, berichtete am 24. August 2007 unter anderem, eine neurogene Schmerzkomponente liege nicht vor. Betreffend die Parästhesien der linken Hand Dig I-III lasse sich ein leichtgradiges sensibles Karpaltunnelsyndrom verifizieren. Eine Schädigung des Plexus brachialis oder eine zervikale Nervenwurzelaffektion lasse sich nicht nachweisen (UV-act. 61). Kreisarzt Dr. E.____ kam gestützt hierauf am 10. September 2007 zum Schluss, das Karpaltunnelsyndrom sei nicht als unfallkausal zu beurteilen. Im Weiteren sei im Bereich der Schulter keine somatisch-strukturelle Läsion, welche auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnte, nachweisbar. Die Rotatorenmanschette zeige tendinotische Veränderungen ohne Nachweis einer Ruptur (UV-act. 63). Ein stationärer Aufenthalt vom 29. Oktober bis 15. November 2007 in der Rehaklinik Bellikon brachte keine wesentlichen Veränderungen bei den geklagten Beschwerden. Der Patient werde auf seinen Wunsch nach einer stationären Behandlung in einer Schmerzlinik vorzeitig entlassen. Infolge Selbstlimitierung im Behandlungsprogramm hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Leistungsbereitschaft in den Tests und in den Therapien werde als fraglich beurteilt. Da der Patient auf eine Schmerztherapie fixiert gewesen sei und sich von therapeutischen Massnahmen keinen Erfolg versprochen habe, hätten keine wesentlichen Fortschritte erzielt werden können. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die berufliche Tätigkeit als Agenturleiter sei ganztags zumutbar. Eine mindestens leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde vorgeneigte Position sei ebenfalls ganztags zumutbar. Der Patient stufe sich derzeit für jegliche Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als arbeitsunfähig ein (UV-act. 72, 74). Im Bericht des Spitals Linth über eine

ambulante Schmerztherapie vom 18. Februar 2008 wurde unter anderem festgehalten, wegen der höhergradigen Chronifizierung der Schmerzen sei eine multimodale Schmerztherapie nötig. Sowohl aufgrund der belastenden psychosozialen Situation als auch aufgrund der in der Anamnese sich zeigenden Schmerzfixierung werde die Exploration durch einen Psychotherapeuten bzw. Psychiater empfohlen (UV-act. 82). Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, kam im Bericht vom 19. Februar 2008 zuhause des Haftpflichtversicherers - ohne Untersuchung des Beschwerdeführers - zum Schluss, als Unfallfolgen vom 4. August 2006 müssten das thorakolumbovertebrale Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz sowie der Tinnitus gesehen werden. Trotz dieser Unfallfolgen werde der Patient für eine Bürotätigkeit und auch für leichtere Arbeiten sowie die in Aussicht gestellte Tätigkeit als Chef in einem Kühlhaus als ganztags arbeitsfähig angesehen. Die eingeschränkte Gehleistung sei vor allem auf den Vorzustand der ausgeprägten posttraumatischen OSG-Arthrose rechts zurückzuführen. Auch dürfe eine gewisse verminderte Belastbarkeit der LWS im Sinn des thorakolumbovertebralen Schmerzsyndroms den schon vor dem Unfall vom 4. August 2006 festgestellten degenerativen osteochondralen Veränderungen angelastet werden. Diesbezüglich müsse er (der Arzt) jedoch noch die Röntgenbilder einsehen können (UV-act. 83).

1.4 Gemäss Bericht der RehaClinic Braunwald vom 7. August 2008 absolvierte der Beschwerdeführer vom 2. bis 30. Juni 2008 ein interdisziplinäres Schmerzprogramm. Die Berichtersteller kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer weiterhin 50 % arbeitsfähig für leichte körperliche Arbeiten in Wechselschicht (Sitzen, Stehen, Gehen) sei (UV-act. 96). Im Bericht der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 2. Oktober 2008 hielt Kreisarzt Dr. E.____ unter anderem fest, insgesamt sei der aktuelle Verlauf somatisch/strukturell nur partiell erklärbar. Es sei zu einer deutlichen Beschwerdeprogredienz gekommen. Alle Therapien hätten keinen Erfolg gebracht. Eine aktive Therapie werde aktuell nicht mehr durchgeführt. Solange der Beschwerdeführer das Dreipunkte-Korsett getragen habe, sei er beschwerdearm gewesen. Seit er ohne das Korsett die Wirbelsäule stabilisieren müsse, hätten die Beschwerden kontinuierlich zugenommen. Anamnestisch bestehe kein Anhaltspunkt für eine MTBI Grad I; er sei nicht bewusstlos gewesen und könne sich an alles erinnern. Dennoch werde ein zerbrochener Helm und ein Zahnschaden beschrieben, so dass ein Schädel-MRI sinnvoll erscheine. Der Tinnitus sei weiter abzuklären (UV-act. 99). Eine radiologische Abklärung im Spital Lachen ergab gemäss Bericht vom 22. Oktober 2008 keine Hinweise für eine frische Fraktur im Bereich von BWK und LWK. Ein MRI der HWS zeigte eine Diskusherniation in Höhe C5/6 ohne Hinweis für eine Myelopathie (UV-act. 104). Gemäss Bericht des Spitals Lachen vom 6. November 2008 ergab ein MRI des Schädels keinen Hinweis für einen posttraumatischen Defekt bzw. keinen Hinweis für eine Hämosiderinablagerung (UV-act. 106). Nach einer weiteren radiologischen Abklärung der HWS im Spital Linth (UV-act. 113) und nach Beizug der Röntgenbilder aus den Jahren 2006 bis 2008 hielt Dr. E.____ am 5. März 2009 als Nachtrag zum Bericht vom 2. Oktober 2008 unter anderem fest, die Frakturen seien am 11. Mai 2007 verheilt. Die Beckenübersichtsaufnahme vom 21. Oktober 2008 zeige bezüglich wesentlicher Unfallfolgen eine unauffällige Darstellung. Eine Instabilität finde sich in den Funktionsaufnahmen der HWS vom 22. Oktober 2008 nicht. Leider sei ein Vergleich zu den Unfallbildern nicht möglich, da diese Aufnahmen nicht auffindbar seien. Der Befund des Schädel-MRI vom 21. Oktober 2008 sei altersentsprechend unauffällig. Posttraumatische Veränderungen im Bereich der HWS seien nicht anzunehmen. Es fänden sich keine Instabilitäten, wie dies nach einem Trauma zu erwarten wäre. Entsprechend sei

der klinische Untersuchung unauffällig gewesen. Insgesamt zeige die Bildgebung einen stationären Befund im Wirbelsäulenbereich. Die Beschwerdezunahme sei seit über einem Jahr unveränderter radiologischer Darstellung der verheilten Frakturen trotz diverser Therapieversuche nicht vollumfänglich strukturell nachvollziehbar. Weiterhin sei ein aktivierendes Therapieregime notwendig, um die Muskulatur zu stärken. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar. Die Arbeitsposition sollte frei wählbar sein. Vorübergeneigte Arbeiten sowie häufige Oberkörperrotationen seien zu meiden (UV-act. 121). Dr. med. B.____ berichtete am 14. April 2009, beim Beschwerdeführer liege eine mittel- bis schwergradige Arthrose des oberen und auch reaktiv des unteren Sprunggelenkes vor mit deutlich objektivierbaren Bewegungseinschränkungen, die glaubhaft auch belastungsabhängig zu erheblichen Beschwerden führe. Mit einer weiteren Verschlechterung müsse gerechnet werden (UV-act. 123). Dr. E.____ hielt am 23. April 2009 als weiteren Nachtrag zum Bericht vom 2. Oktober 2008 unter anderem fest, es gehe um die Beurteilung, inwiefern eine Verschlimmerung der OSG-Arthrose rechts eingetreten sei. Bei den diversen ärztlichen Kontrollen seien vom Beschwerdeführer keine spezifischen OSG-Beschwerden angegeben worden. Auch in der kreisärztlichen Untersuchung vom 2. Oktober 2008 sei keine spezifische Schmerzhaftigkeit im OSG festzustellen gewesen. Insgesamt zeige sich im Vergleich zu den Voraufnahmen von 1984 radiologisch eine leichte Progredienz. Da beim Beschwerdeführer sowohl in Bellikon als auch bei ihm (dem Kreisarzt) ein Zehenspitzen- und Fersengang möglich gewesen sei, müsse auch ohne spezifisches Ausmessen eine Extension über Neutralstellung möglich sein. Dies bestätige ebenfalls Dr. B.____ mit einer Flexion von 10° und einer Deflexion von 50°. Der sitzende Anteil der Tätigkeit sollte wegen der OSG-Arthrose nicht vernachlässigt werden. Insofern sei eine freie Arbeitspositionswahl (Sitzen, Stehen, Gehen) vorzuziehen. Aufgrund der OSG-Arthrose sei zudem das Gehen auf unebenem Gelände sowie das häufige Treppen- und Leiternsteigen nicht geeignet. Auch das Einnehmen von Zwangshaltungen wie knien und kauern sei eher als ungeeignet zu beurteilen. Bei einer angepassten Tätigkeit sei ein vollschichtiger Einsatz möglich (UV-act. 125). 1.5 Dr. B.____ hielt zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 9. Juli 2009 unter anderem fest, nach seinem Dafürhalten seien die beim Beschwerdeführer vorliegenden Gesundheitsschäden und deren Beeinträchtigungen unzureichend beurteilt und bewertet. Möglicherweise sei eine vollschichtige Belastbarkeit auch in Tagesschicht für den Beschwerdeführer erreichbar, wenn folgende Einschränkungen recht strikt beachtet würden: häufig wechselnde Körperhaltungen; keine körperlichen Zwangshaltungen; kein häufiges Heben und Tragen von Lasten über 5-6 kg; Tätigkeit in temperierten Räumen ohne Witterungseinflüsse; keine Arbeiten auf Leitern, Gerüsten, unebenem Boden; keine regelmässigen Gehstrecken über 1-1.5 km; regelmässige Arbeitspausen seien zu gewähren (UV-act. 137). In den Karteiunterlagen von 1982 sei bis zum Velounfall lediglich ein einziger Eintrag über Rückenschmerzen und Behandlung vermerkt; zahlreiche Einträge gebe es hingegen über Schmerzsymptome im rechten Sprunggelenk bei zunehmender Arthrose und entsprechende analgetische Therapie. Bei der entwicklungsbedingten seitlichen Verkrümmung der Lenden- und Brustwirbelsäule und den 1978 beschriebenen Bandscheibenveränderungen sei durch die Fraktur der Wirbelkörper LWK3 und BWK beim Velounfall 1986 (richtig: 2006) eine entscheidende Verschlechterung der WS-Belastbarkeit in diesem Bereich hinzugekommen. Es sei mit einer raschen Verschlechterung der WS-Funktion zu rechnen, was sich in den letzten Monaten in zunehmend häufigen Schmerzsyndromen geäußert habe. Der Tinnitus führe zu Schlafstörungen. Eine durchaus

mögliche Persistenz oder Progredienz könne depressive Verstimmungen auslösen. Die Arthrose im Schultergelenk werde sicher auch weiter fortschreiten. Es lägen gravierende Gesundheitsstörungen und Krankheiten vor die eine bleibende, eher sich über Jahre verschlechternde Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bedingen würden (UV-act. 136). In der Stellungnahme vom 23. Juli 2009 legte Dr. E.____ unter anderem dar, bei der regelmässigen Einnahme der von Dr. B.____ erwähnten Medikamente sei von einer Medikamentenübergebrauchssymptomatik auszugehen. Das von Dr. B.____ angeführte "arbeitsmedizinische Leistungsbild" entspreche weitestgehend dem von ihm (Dr. E.____) festgestellten Zumutbarkeitsprofil. Die Aggravierung sei nicht von Gutachtern, sondern von Ärzten während der Rehabilitationsphase festgestellt worden. Aufgrund der MRI-Untersuchung sei entsprechend von einer Schulterkontusion auszugehen, welche innerhalb von wenigen Wochen abheile. Er finde keinen Grund, das Zumutbarkeitsprofil anzupassen. Eine muskuläre Dysbalance müsse aktiv angegangen werden, um die Beschwerden im Griff zu halten. Da es zu keiner weiterführenden Degeneration gekommen sei, sei keine Zunahme der Beschwerden zu erwarten (UV-act. 141). Eine interdisziplinäre Begutachtung

(internistisch/rheumatologisch/neurologisch/psychiatrisch/neuropsychologisch) ergab gemäss Bericht der asim (Academy of Swiss Insurance Medicine), Basel, vom 8. Februar 2011 die Diagnosen eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms, von rotatorenmaschettentendopathie-bedingten Schulterbeschwerden links, von leichtgradigen belastungsabhängigen Knöchelschmerzen rechts, eines leichtgradigen sensiblen Karpaltunnelsyndroms links, einer zervikalen Diskushernie C5/6, von maximal leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionseinbussen, einer koronaren Herzkrankheit und eines Diabetes mellitus Typ II. Die Gutachter bescheinigten aufgrund der (unfallkausalen) Rückenprobleme eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit für rückenadaptierte körperlich leichte Tätigkeiten. Im Bereich des Rückens sei (im Gutachtenszeitpunkt) der Endzustand erreicht und die Restbeschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Fahrradunfall zurückzuführen. Durch eine Therapie könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Verbesserung mehr erwartet werden (act. G 9.1 S. 41-44).

E. 2

2.1 Vorab zu klären ist, ob die vom Beschwerdeführer erstmals anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. März 2007 (UV-act. 33) geklagten Schulterbeschwerden links adäquat-kausal auf den Unfall vom 4. August 2006 zurückzuführen sind. Dr. E.____ hielt diesbezüglich im Bericht vom 23. Juli 2009 fest, der Schulter-MRI-Befund sei unauffällig gewesen, so dass auch keine posttraumatische Veränderung habe nachgewiesen werden können. Eine AC-Gelenksarthrose in dieser Ausprägung sei im Alter des Beschwerdeführers häufig zu finden. Ebenfalls sei die Tendinose nicht unfallbedingt, sondern dem Alter entsprechend. Es sei sowohl klinisch als auch mit dem MRI-Befund nicht erklärbar, dass eine aktive Flexion von 150° erreicht und bei passiver Mobilisation 95° nur knapp erreicht werden könnten. Aufgrund der MRI-Untersuchung sei entsprechend von einer Schulterkontusion auszugehen, welche innerhalb von wenigen Wochen abheile (UV-act. 141). Dr. B.____ räumte in der Stellungnahme vom 22. Februar 2010 ein, dass unmittelbar nach dem Unfall vom 4. August 2006 Schulterschmerzen nicht zur Diskussion standen. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer auch über zunehmende Schmerzen im Bereich der linken Schulter geklagt, die "besonders auch von 2007 bis heute" therapeutische Massnahmen erforderlich gemacht hätten. Ein typisches Unfalltrauma (Bruch oder Zerrung der Kapsel des

Bandapparates, Riss oder Abrissverletzung der Schultermuskulatur) habe nicht nachgewiesen werden können. Dennoch erachtete es Dr. B. ___ als "sehr wahrscheinlich", dass die Schulterbeschwerden links auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Zwar würden die festgestellten Schultergelenksveränderungen (Periarthropatica Humeruscapularis tendinosa und Schultergelenksarthrose = AC) keine typischen Unfallfolgen darstellen und hätten möglicherweise auch schon zuvor als Abnutzung bestanden. Jedoch hätten sie dem Beschwerdeführer offensichtlich keine Beschwerden verursacht, aber unfallbedingt zu jetzt erheblichen Bewegungseinschränkungen und einem Schmerzsyndrom des Schultergelenks geführt (UV-act. 153). In der Beurteilung vom 25. März 2010 legte Dr. E. ___ in nachvollziehbarer Weise und in Bestätigung seiner bisherigen Ausführungen dar, dass ohne strukturelle Läsion eine Zunahme der Schulterbeschwerden, mehrere Monate nach dem Unfallereignis, nicht erklärt werden könne. Auch die weiteren Abklärungen hätten keine Unfallfolge ergeben, wie auch Dr. B. ___ bestätige. Ohne strukturellen Schaden sei die Schmerzzunahme im Verlauf höchstens möglich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis erklärbar. Eine Tendinose sowie AC-Gelenkspathologie ohne Nachweis einer Luxation bzw. Instabilität im Bereich des AC-Gelenkes sei nicht zumindest wahrscheinlich mit dem Unfall zu erklären (UV-act. 157). Diese überzeugend begründete Schlussfolgerung basiert auf denselben medizinischen Feststellungen, wie sie auch von Dr. B. ___ gemacht wurden. Wenn Dr. B. ___ dennoch - entgegen der Aktenlage - zu einer abweichenden Würdigung gelangt und eine sehr wahrscheinliche Unfallkausalität bestätigt, so fehlt es hierfür an einer Begründung. Der Hinweis des Beschwerdeführers, dass er die Schulterbeschwerden in den ersten Monaten nach dem Unfall wegen der Konzentration auf die Wirbelsäulenverletzung, wegen des Korsetts und wegen der starken Schmerzmittel nicht wahrgenommen habe (act. G 1 S. 5), überzeugt nicht. Zum einen konnte er das Korsett rund drei Monate nach dem Unfall ablegen. Zum anderen verspürte er offenbar trotz des Schmerzmittelkonsums Ellbogenschmerzen links und Beschwerden an der rechten Hand (vgl. UV-act. 24). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G 3 S. 4) ist deshalb festzuhalten, dass der Beschwerdeführer auch die Schulterschmerzen hätte wahrnehmen müssen, wenn er trotz Medikamenteneinnahme Hand- und Ellbogenschmerzen verspürte. Sodann bestätigten die Gutachter des asim, dass zwar das Unfallereignis vom 4. August 2006 an der Schulter zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt haben dürfte, dass jedoch dort nunmehr in erster Linie degenerative Veränderungen für die Beschwerden verantwortlich seien und eine Unfallkausalität bezüglich Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht mehr gegeben anzusehen sei (act. G 9.1 S. 41). Wenn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sich auf den Standpunkt stellt, die Schulterproblematik sei bis zum 14. April 2010 (Datum der asim-Untersuchung) unfallkausal gewesen (act. G 11 S. 2), so ist festzuhalten, dass sich die asim-Gutachter lediglich zu den Verhältnissen im Untersuchungszeitpunkt äusserten. Dr. E. ___ hatte demgegenüber am 23. Juli 2009 wie erwähnt vermerkt, dass aufgrund der MRI-Untersuchung von einer Schulterkontusion auszugehen sei, welche innerhalb von wenigen Wochen abheile (UV-act. 141). Im Zeitpunkt der hier streitigen Leistungseinstellung (3. August 2009; UV-act. 130) war somit auf jeden Fall eine Abheilung anzunehmen. Allein der Hinweis, dass der Beschwerdeführer an der linken Schulter vor dem Unfall vom 4. August 2006 absolut beschwerdefrei gewesen sei, vermag keinen anderen Schluss zu begründen. Weitere konkrete Anhaltspunkte, aufgrund welcher die Beurteilung von Dr. E. ___ hinsichtlich der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden

links in Frage zu stellen wäre, werden weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich. 2.2 Aufgrund der medizinischen Akten ist beim Beschwerdeführer unbestrittenermassen von Restfolgen des Unfalls vom 4. August 2006 mit Bezug auf die BWK12- und LWK3-Frakturen auszugehen (UV-act. 83, 107a, 141). Die asim-Gutachter bejahten einen Endzustand hinsichtlich der Rückenbeschwerden und kamen ebenfalls zum Schluss, dass die Restbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die unfallbedingte (Ereignis vom 4. August 2006) Veränderung der Anatomie der Wirbelsäule bei Wirbelkörperfrakturen zurückzuführen seien (act. G 9.1 S 41). Die dieser Schlussfolgerung zugrunde liegende rheumatologische Beurteilung wurde - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (act. G 12 S. 2) - nachvollziehbar begründet. Sie bezog insbesondere auch den Vorzustand am Rücken in die Wertung ein (act. G 9.1 S. 19-22). Zum Einwand der Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin, wonach der Rheumatologe den Anteil der nicht biomechanischen und nicht-muskuloskelettären Faktoren von knapp 50 % ausser Acht gelassen habe, ist festzuhalten, dass der Rheumatologe die erwähnten (gutachterlich nur schwer fassbaren) Faktoren berücksichtigte und schliesslich eine überwiegend unfallbedingte Verursachung (mit 2/3 der Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 20 %) bestätigte (vgl. act. G 9.1 S. 21 Mitte und S. 22). Hingegen verneinten die Gutachter einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der beim Beschwerdeführer bestehenden neuropsychologischen Funktionseinbussen und dem Ereignis vom 4. August 2006, da eine milde traumatische Hirnverletzung bei fehlender gesicherter Bewusstlosigkeit anlässlich des Unfalls höchstens möglich sei (act. G 9.1 S. 42). Diese Schlussfolgerung steht mit den übrigen Akten in Einklang (vgl. UV-act. 33 S. 4, 99 S. 6; UV-act. 106). Sodann wurden die Tinnitus-Beschwerden in den medizinischen Berichten - insbesondere auch von Suva-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten - auf das Ereignis vom 4. August 2006 zurückgeführt (UV-act. 47, 83, 107). Hiervon ist nachstehend ebenfalls auszugehen. Mit der medizinischen Aktenlage in Einklang steht sodann die Feststellung der asim-Gutachter, dass für das Karpaltunnelsyndrom sowie für die asymptomatische zervikale Diskushernie und auch für die leichtgradigen belastungsabhängigen Knöchelschmerzen rechts nach Skiunfällen 1967 und 1969 keine Kausalität zum Unfall vom 4. August 2006 bestehe (act. G 9.1 S. 42; UV-act. 63, 83, 125). Eine psychische Fehlverarbeitung des Unfalls vom 4. August 2006 verneinten die asim-Gutachter (act. G 9.1 S. 38, 44). 2.3 Zu beantworten ist im Weiteren die Frage, ob - und wenn ja, in welchem Umfang - die unfallkausalen Restbeschwerden eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer zumutbaren Tätigkeit haben. Während die Berichterstatter der Rehaclinic Braunwald eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für leichte körperliche Arbeiten in Wechselschicht bescheinigten (UV-act. 96), erachteten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon sowie Dr. E.____ eine leichte wechselbelastende Tätigkeit unter Beachtung gewisser qualitativer Einschränkungen (keine vorgeneigten Positionen und häufigen Oberkörperrotationen, kein Gehen auf unebenem Gelände, kein häufiges Treppen- und Leiternsteigen, keine Zwangshaltungen) als ganztags (vollschichtig) zumutbar (UV-act. 72, 74, 121, 125). Dr. B.____ gab am 9. Juli 2009 eine im Wesentlichen mit der letztgenannten Einschätzung übereinstimmende Zumutbarkeitsbeurteilung ab, wobei er zusätzlich einen regelmässigen Pausenbedarf vermerkte (UV-act. 137). Dr. E.____ führte hierzu aus, es habe keine zunehmende Degeneration im Verlauf der Rehabilitationsphase nachgewiesen werden können und die Beschwerden hätten unabhängig davon zugenommen, was aufgrund der objektiven Befunde nur schwer erklärt werden könne. Entsprechend könne er die Vorgabe

von Dr. B. ___ betreffend regelmässige Pausen nicht nachvollziehen (UV-act. 141). Die asim-Gutachter hielten fest, für die Arbeitsfähigkeit sei einerseits die - nicht unfallkausale - neuropsychologische Einschränkung massgebend, andererseits die - unfallkausale - Rückenproblematik. Insgesamt ergebe sich aufgrund der Rückenprobleme eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für rückenadaptierte körperlich leichte Tätigkeiten, wie für die bisherigen Tätigkeiten als Leiter einer Versicherungsagentur und verwandte kaufmännische Tätigkeiten. Zumutbare Tätigkeiten (rein unter Beachtung der Unfallfolgen) seien körperlich leicht, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten über 2-3 kg, nicht häufig gebückt oder über Kopf zu verrichten, ohne fixe Körperpositionen, ohne gebückte, kniende oder kauernde Anteile, ohne wiederholtes Gehen auf unebenem Gelände oder mit Gerüst- und Leiterbenützung. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei mit einer schmerzbedingt verlangsamten Motilität zu begründen, mit schmerzbedingt vermehrter Pausennotwendigkeit und mit vermehrtem Bedarf an Erholungszeiten. An der Arbeitsfähigkeitsreduktion um 20 % dürfte die - unfallkausale (Ereignis vom 4. August 2006) - Rückenproblematik wohl 2/3 ausmachen (13.3 %); die übrigen 1/3 seien auf die arthrotischen Fussveränderungen, auf die degenerativen Schulterprobleme sowie auf das Karpaltunnelsyndrom zurückzuführen. Für körperlich mittelschwere oder schwere Tätigkeit sowie für ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten bestehe eine bleibende Arbeitsunfähigkeit (act. G 9.1 S. 41-47). Die Einschätzung der asim-Gutachter beruht auf umfassenden interdisziplinären Abklärungen. Die Gutachter würdigten die gesamte medizinische Situation des Beschwerdeführers in differenzierter Weise und begründeten ihre Schlussfolgerungen überzeugend. Wenn der Beschwerdeführer sich auf den Standpunkt stellt, eine Präsenzzeit von mehr als vier Stunden könne unter keinen Umständen erreicht werden und gleichzeitig auf den "enormen Tablettenkonsum" und die daraus resultierende Übelkeit verweist (act. G 1 S. 5), so ist festzuhalten, dass diese Umstände nicht den Unfallfolgen angelastet werden können. Dr. E. ___ ging denn auch bereits in der Stellungnahme vom 23. Juli 2009 vom Vorliegen einer Medikamentenübergebrauchssymptomatik aus (UV-act. 141). Die asim-Gutachter führten sodann aus, auch wenn beim Beschwerdeführer exekutive Funktionseinbussen bestehen würden, seien diese bei weitgehend intakten Aufmerksamkeitsfunktionen dennoch schwer mit dem erlittenen Trauma bzw. den chronifizierten Schmerzen oder der Tinnitusbelastung zu erklären (act. G 9.1 S. 39f). Dementsprechend bescheinigten die asim-Gutachter auch keine Arbeitsfähigkeits-Einschränkung aufgrund der Tinnitus-Beschwerden (vgl. act. G 9.1 S. 45). Für eine "Aufrundung" des Arbeitsunfähigkeitsgrades von 13.3 auf 20 % (act. G 11 S. 2) besteht dementsprechend kein Anlass. Im Weiteren konnten in der psychiatrischen Untersuchung vom 15. April 2010 keine Anhaltspunkte für eine psychische Störung (insbesondere affektive Störung, Depression) gefunden werden (act. G 9.1 S. 38). Auch hieraus lässt sich somit keine Erhöhung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit ableiten. Ein Beizug der Akten der Invalidenversicherung (diese hatte einen Invaliditätsgrad von 20 % festgestellt; UV-act. 147) drängt sich nicht auf, nachdem vorliegend ausschliesslich unfallkausale Restfolgen zur Diskussion stehen und die asim-Gutachter hierzu umfassend Stellung nahmen.

2.4 Abzuklären bleibt die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers angesprochene Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Hierbei darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer zumutbaren Tätigkeit dort nicht gesprochen werden, wo diese nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines Arbeitgebers möglich wäre und das

Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum vornherein als ausgeschlossen erscheint. Allerdings beinhaltet der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes nicht nur ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen, sondern bezeichnet einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. Dezember 2003 i/S E.H. [I 349/01], mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung darf aber auf eine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 50% nicht abgestellt werden, wenn sie praktisch nicht ausgenützt werden kann (vgl. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, S. 115 und 116, mit Hinweisen; zur Frage der sozialpraktischen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 12. Oktober 2004 i/S D. [I 299/04], Erw. 4.3.1 mit Hinweisen). Die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit kann vorliegend aus medizinischen Gründen nicht in Frage gestellt werden, zumal der allgemeine Arbeitsmarkt wechselbelastende Tätigkeiten mit dem erwähnten Anforderungsprofil zur Verfügung stellt. Auch das Alter des Beschwerdeführers (59 Jahre im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids) stellt keinen Umstand dar, der die Verwertbarkeit ausschliesst. So bejahte das Bundesgericht in einem Urteil vom 22. Januar 2007 i/S S. [I 304/06], Erw. 4.2) bei einem 60jährigen, aus psychischer und rheumatologischer Sicht eingeschränkten Versicherten die Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit (70 % in einer leichten Tätigkeit), da die zumutbare Tätigkeit nicht so vielen Einschränkungen unterliege, dass eine Anstellung nicht mehr als realistisch zu bezeichnen wäre.

2.5 Die Festlegung des IV-Grads bildete nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids oder der ihm zugrunde liegenden Verfügung und die Parteien äusserten sich auch im vorliegenden Verfahren höchstens punktuell zu einzelnen Fragen (zum Valideneinkommen vgl. act. G 1 und G 11). Eine abschliessende Diskussion der einzelnen Aspekte (Festlegung der beiden Vergleichseinkommen gemäss Art. 16 ATSG, allfälliger leidensbedingter Abzug beim Invalideneinkommen usw.) fand nicht statt. Die Invaliditätsbemessung könnte aufgrund der dem Gericht vorliegenden Akten (ohne Beizug weiterer Informationen) nicht erfolgen und ist auch vom Verfahrensablauf her erstinstanzlich von der Beschwerdegegnerin vorzunehmen. Daher ist die Angelegenheit, ausgehend von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von 13.3 %, zur Invaliditätsbemessung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

3.1 Zu prüfen bleibt der unfallbedingte Integritätsschaden. Suva-Arzt Dr. J.____ berichtete am 19. November 2008, aufgrund des Verlaufs und der Untersuchungsergebnisse handle es sich um einen schweren bis sehr schweren Tinnitus, der mit Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. August 2006 stehe und einem unfallbedingten Integritätsschaden von 7.5 % (Suva-Tabelle 13) entspreche (UV-act. 107). Dr. E.____ begründete den von ihm insgesamt auf 20 % geschätzten Integritätsschaden einerseits mit Hinweis auf die Beurteilung von Dr. J.____. Andererseits hielt er fest, bei der LWK3-Fraktur zeige sich eine Keilwirbelbildung mit einem Kyphosewinkel von 6°. Im Bereich von BWK12 sei der Kyphosewinkel 14°. Aufgrund der zweietagigen Fraktur könne bei Kyphosewinkel von LWK3 unter 10° die Zeile 10-20° unter "Frakturen" der Feinrastertabelle 7 angewandt werden. Im Normalfall seien die Beschwerden bei dieser Veränderung im Bereich von "+" als belastungsabhängige Schmerzen einzuordnen. Die

Beschwerden würden durch die Rehabilitationsärzte als nicht vollumfänglich organisch erklärbar und als demonstrativ beschrieben. Aufgrund der zwei Frakturen könne der Übergang zwischen der Schmerztabelle "+" und "++" gerechtfertigt werden. Die Referenzwerte würden bei 5-10 bzw. 10-20 % liegen. Falls der oberste Anteil der Zeile 10-20° angenommen werde, könne somit ein Integritätsschaden von 10 % als korrekt eingestuft werden. Aufgrund der Beschwerden im Steissbeinbereich bei Status nach Hämatomevakuierung sei auch bei nicht nachgewiesener Fraktur ein Integritätsschaden von 2.5 % gerechtfertigt (UV-act. 107a). Dr. E.____ ergänzte im Bericht vom 23. Juli 2009, dass die Schmerzskala +++ anzuwenden sei, wenn die Beschwerden organisch erklärbar seien. Dies sei konkret nicht ausreichend der Fall. Es sei sogar festzuhalten, dass beim Kyphosewinkel wie bei LWK3 von unter 10° an sich für diese Etage kein Integritätsschaden geschuldet sei. Gemäss Feinrastertabelle 7 sei eine Integritätsentschädigung ab einem Kyphosewinkel von 10° geschuldet. Da bezüglich der Periarthrosis humero scapularis kein organisches Korrelat vorliege, habe er sie nicht in die Integritätsschadenschätzung einbezogen. Des Weiteren sei aufgrund der organisch objektivierbaren Befunde von einer leichten Periarthropathia humero scapularis auszugehen (UV-act. 141). 3.2 Dr. E.____ berücksichtigte in der vorerwähnten Beurteilung das Vorliegen von zwei Frakturen, wobei er sich auf die objektivierbaren Unfallfolgen stützen musste. Die Schmerzangabe bildet dabei ebenfalls einen Beurteilungsgesichtspunkt; sie kann jedoch für sich allein (ohne Objektivierung) zu keiner Erhöhung des Integritätsschadens führen. Das Vorliegen von mehreren unfallbedingten Gesundheitsschäden machte eine gesamthafte Schätzung notwendig, wobei bei der Schadensfestsetzung naturgemäss ein Ermessensspielraum zur Verfügung stand. Es bestehen in diesem Zusammenhang keine Anhaltspunkte für eine Rechtsverletzung bzw. eine Über- oder Unterschreitung des Ermessens. Die Überlegungen, aufgrund welcher er die Schmerzskala +++ nicht anwendete, legte Dr. E.____ nachvollziehbar dar. Der Umstand der "hochgradigen Medikation" bzw. des "enormen Tablettenkonsums" mit daraus resultierender Übelkeit (act. G 1 S. 5 und 7), für welche Dr. E.____ von einer Medikamentenübergebrauchssymptomatik ausging (UV-act. 141), kann wie dargelegt (Erw. 2.3) nicht als Unfallfolge gelten. Eine Berücksichtigung als Integritätsschaden fällt damit ausser Betracht. Mangels Unfallkausalität war sodann der Gesundheitsschaden an der linken Schulter (Periarthrosis humeroscapularis) nicht zu berücksichtigen. Die Integritätsschadenschätzung mit einem detailliert begründeten Wert von 20 % lässt sich somit nicht beanstanden.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Sache zur Prüfung des Invalidenrentenanspruchs auf der Basis einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von 13.3 % an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist; in diesem Umfang ist der Einspracheentscheid vom 7. Juni 2010 aufzuheben. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese auf Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird dahingehend teilweise gutgeheissen, dass die Sache zur Prüfung des Invalidenrentenanspruchs des Beschwerdeführers auf der Basis einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von 13.3 % an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird; in diesem

Umfang wird der Einspracheentscheid vom 7. Juni 2010 aufgehoben. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 2'000.-- zu entschädigen.

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