

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00187 vom 21. Oktober 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-10-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2004.00187](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00187)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00187 du 21 octobre 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00187 del 21 ottobre 2005

## Erwägungen

### E. 2

2.1 In medizinischer Hinsicht stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ hielten im Austrittsbericht vom 14. Mai 2001 fest, sechseinhalb Monate nach der konservativ behandelten BWK12-Vorderkanten-Impressionsfraktur, bestehe ein therapierefraktes thoraco-lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit mässiggradiger schmerzhafter Wirbelsäulenbeweglichkeitseinschränkung ohne klinische Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Die vom Patienten beschriebene Symptomausstrahlung ins linke Bein sei mÄglicherweise auf die im MRI vom 14. Dezember 2000 diagnostizierten nicht neurokompressive Discushernie HÄhe L5/S1 zurÄckzufÄhren. Radiologisch sei die BWK12-Fraktur ohne weitere HÄhenminderung konsolidiert. Aus psychosomatischer Sicht bestehe sodann eine posttraumatische AnpassungsstÄrung mit Akzentuierung eines vorbestehenden (biographisch bedingten) depressiven Aspektes sowie Ängsten und einer deutlichen Somatisierungstendenz. Nicht unfallbedingt bestehe ein operativ sanierungsbedÄrftiger pigmentierter Tumor am lateralen Augenwinkel rechts (Urk. 9/21 S. 3). Unter dem Titel "Behinderungen/FÄhigkeitsstÄrungen" fÄhrten die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ aus, das Heben und Tragen auch von leichten Gewichten speziell repetitiv und Äber SchulterhÄhe sei beeintrÄchtigt und beschwerlich. Das Einhalten von Zwangspositionen mit nach vorne Äbergeneigtem OberkÄrper oder AusÄhren von TÄrtigkeiten in kniender, hockender oder kauender Stellung sei beschwerlich und limitiert. Zu den beruflichen Auswirkungen hielten die Ärzte fest, dass dem Patienten aufgrund der Unfallfolgen die von ihm bisher ausgeÄbte TÄrtigkeit als Maurer noch nicht zumutbar sei. Zum Zeitpunkt des Austrittes habe noch keine ArbeitsFÄhigkeit bestanden, auch nicht fÄr eine angepasste TÄrtigkeit. Es sei fraglich, ob der Patient je wieder seine bisherige kÄrperlich schwere TÄrtigkeit ausÄben kÄnne (Urk. 9/21 S. 4).

2.2 SUVA-Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄr Chirurgie, fÄhrte in seinem Bericht vom 16. Juli 2001 Folgendes aus: Der Patient sei am 23. Mai 1985 von einem Ziegel am Kopf getroffen worden. Es sei eine kurze Benommenheit und eine Rissquetschwunde parieto-occipital rechts beschrieben worden. Am 7. Juni 1999 sei der Patient von Schutt am Kopf getroffen worden. Wiederum sei es zu einer Rissquetschwunde und einer Benommenheit gekommen. Von Seiten dieser Verletzungen sollten die Unfallfolgen abgeklungen sein. Gelegentlich auftretender Schwindel oder Tinnitus rechts mÄssten als Folge einer vorbestehenden arteriellen Hypertonie gesehen werden. DiesbezÄglich sei der Patient bereits in Behandlung. Ein Zusammenhang mit den beiden geschilderten Unfallereignissen sei nicht mehr gegeben. Bei der arteriellen Hypertonie

können es durchaus zu den noch geschilderten Symptomen kommen. Diese Fälle seien bereits abgeschlossen worden.

Am 26. Oktober 2000 sei der Patient in einen Graben gestürzt. Es sei zu einer BWK 12-Vorderkanten-Kompressionsfraktur gekommen, die konservativ behandelt worden sei. Diese Fraktur sei nun in einer 12° Keilwirbelbildung verheilt. Die Paravertebralmuskulatur sei in diesem Bereich noch etwas schwächer ausgebildet. Beim Patienten hätten bereits degenerative Veränderungen vorbestanden, vor allem im oberen LWS-Bereich mit ventralen ossären Ausziehungen der ganzen Wirbelkörper. Im Weiteren Verlauf sei es zu Lumbalgien gekommen. Es sei ein mediolateraler Bandscheibenvorfall L5/S1 ohne Kompression der Nervenwurzeln gefunden worden. Diese Veränderungen könnten nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis gesehen werden. Es sei lediglich zu einer BWK 12-Fraktur gekommen. Die Beschwerden von Seiten L5/S1 seien erst im weiteren Verlauf aufgetreten. Es müsse hier von degenerativen Veränderungen ausgegangen werden. Der Sturz sei nicht geeignet gewesen, derartige Veränderungen an der Wirbelsäule im unteren LWS-Bereich auszulösen. Bei den aktuell erhobenen klinischen Befunden habe man den Eindruck, dass hier eine deutliche Überbewertung der Befunde vorliege. Sicherlich bestehe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit zum Teil radikulären Zeichen, die Beschwerden von Seiten der BWK 12-Fraktur sollten nun aber rückläufig sein. Auch eine stationäre Rehabilitation habe keine Befundänderung gezeigt. Es sei bereits bei dieser stationären Behandlung eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden. Depressionen hätten bereits vorbestanden. Diese traten auch aktuell wieder deutlich hervor. Allein aufgrund der Unfallfolgen könne der Fall heute abgeschlossen werden, da abgesehen von Rückenturnen, Entspannungsübungen und der lokalen Applikation von Heublumenwickeln sowie antirheumatischen Salben oder der Auflage eines Flector-Pflasters kein weiteres Vorgehen mehr empfohlen werden könne. In Bezug auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen, die durch das Unfallereignis nicht verschlimmert worden seien, seien sicherlich noch weiterhin physiotherapeutische Betreuungen erforderlich und die Eingliederung in eine Rückenschule. Bei der Inguinalhernie handle es sich um ein unfallfremdes, krankhaftes Geschehen. Bezüglich des Status nach BWK 12-Fraktur werde der Fall, da nun kein weiteres Vorgehen mehr empfohlen werden könne, abgeschlossen.

Unter dem Titel "Zumutbarkeitsbeurteilung" führte Dr. H. \_\_\_ aus, dem Patienten sei kein voller Arbeitseinsatz als Bauarbeiter mehr zuzumuten. So sei das längere Verharren in gleichbleibender Haltung ungünstig, das Tragen von Lasten über 10-15 kg, alle Arbeiten, die mit häufigen Rotationsbewegungen des Oberkörpers einhergingen und Überkopfarbeiten. Auch Schläge auf die Wirbelsäule seien ungünstig. Unter Berücksichtigung dieser Behinderung sei dem Patienten bei wechselbelastender Tätigkeit ein ganztägiger Arbeitseinsatz zuzumuten. Diese Beurteilung beziehe sich lediglich auf die Unfallfolgen am BWK 12. Aufgrund der vorbestehenden degenerativen Veränderung mit einem chronischen Lumbovertebral- und lumboradikulären Syndrom werde diese Arbeitsfähigkeit noch erheblich eingeschränkt, so dass zusammen mit der Depression wohl keine Arbeitsfähigkeit mehr erreicht werde (Urk. 9/31 S. 2 f.).

Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Beurteilung am 28. März 2002 eine Panikstörung mit massig ausgeprägter

Agoraphobie sowie eine Somatisierungsstörung (Urk. 9/42 S. 1). Im Weiteren führte er aus, im Vordergrund des Zustandsbildes stünden aus psychiatrischer Sicht Symptome, die sich in drei Gruppen einteilen liessen. Einerseits eine Angststörung mit Anfällen von maximal fünf Minuten Dauer, die mit einer kurzen Bewusstseinsübung einhergingen, vom Patient als Schwindelanfälle bezeichnet und die wahrscheinlich Panikanfälle entsprächen. Ferner bestehe eine Teilkomponente von Depressivität am ganzen Zustandsbild, wobei die Depressivität höchstens den Grad einer sogenannten leichten Major Depression erreiche und eindrucksmässig gegenüber dem ängstlichen Zustandsbild in der Intensität zurücktrete. Ferner bestehe ein weites Spektrum von relativ bunten, somatisch nicht erklärbaren Störungen (Tinnitus, Brennen am Kopf, Schmerzen im Steissbein und weitere Schmerzsyndrome, die wahrscheinlich nicht alle vollumfänglich somatisch erklärbar seien), sowie dissoziativ anmutende Gefühlsstörungen in beiden Unterschenkeln, die in der Intensität auch wechselten, ferner gesundheitsbezogene Ängste (der Patient habe seinerzeit Ängste vor einer Krebserkrankung gehabt), Miktionsprobleme, Nausea und Magenprobleme, Durchfall, Tinnitus und Sehstörungen. Dieses Spektrum entspreche eigentlich demjenigen, welches man bei Patienten mit einer sogenannten Somatisierungsstörung finde, als die Kombination von mehreren somatisch nicht erklärbaren funktionellen Symptomen. Der Begriff einer Anpassungsstörung (als reaktive, zeitlich limitierte Störung konzeptualisiert) sei nun 1 ½ Jahre nach dem Unfall wahrscheinlich nicht mehr angebracht, so dass man schon rein gemäss den Regeln der Operationalisierung von psychiatrischen Diagnosen nicht mehr von einer Anpassungsstörung reden sollte, sondern die Störung in syndromaler Weise (wie jetzt oben ausgeführt) benennen und klassifizieren sollte. Zu solchen Störungen könne es an sich auch ohne einen Unfall kommen, doch dürfte hier dem Unfall mit den nachfolgenden Schmerzen und der Arbeitsunfähigkeit doch die Rolle eines entscheidenden destabilisierenden Faktors zugefallen sein. Nicht vergessen werden dürfte jedoch die Rolle der früheren Verluste (Bruder und insbesondere Sohn), die der Patient wahrscheinlich nur halbwegs bewältigt habe. Betreffend zumutbare Tätigkeit führte Dr. E. \_\_\_ aus, er halte den Patienten angesichts des nun mehrfach dokumentierten Zustandes für gänzlich arbeitsunfähig. Die Kombination der drei erwähnten psychiatrischen Störungen/Syndrome (Ängstliches Syndrom, Depression, Somatisierungsstörung) resultiere doch in einer erheblichen psychischen Alteration (Urk. 9/42 S. 4 ff.).

2.4 Dr. F. \_\_\_ diagnostizierte am 28. August 2002 eine Angststörung mit Panikattacken, eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen) sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Des Weiteren hielt er fest, der Patient habe jegliche psychische Störungen vor dem Unfall negiert. Unfallfremde psychisch belastende Faktoren seien in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu suchen. Der Patient müsse infolge der psychischen Störungen für voll arbeitsunfähig betrachtet werden. Er könne in diesem psychischen Zustand auch keine anderen Tätigkeiten verrichten. Den Anteil, den unfallfremde Faktoren am heutigen psychischen Beschwerdebild einnehmen, schätzte Dr. F. \_\_\_ auf 50 % (Urk. 9/56 S. 3 ff.).

2.5 Dr. G. \_\_\_ hielt in seinen Berichten vom 4. November und 31. Dezember 2003 fest, der Patient sei aus physischen und psychischen Gründen in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus den gleichen Gründen und zusätzlich wegen des Alters des Patienten sei eine Umschulung auf eine der Behinderung angepasste

Tätigkeit schwer zu realisieren. Aufgrund der deutlichen Beschwerdensymptomatik bei Status nach HWS-Distorsion betrage der unfallbedingte Anteil der Arbeitsunfähigkeit aus physischen (St. n. HWS-Distorsion, St. n. BWK 12-Kompressionsfraktur) und psychischen (posttraumatische Anpassungsstörung) Gründen 50 % (Urk. 9/90, 9/91).

### E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer unfallbedingt in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist, wobei vorab zu präzisieren ist, ob die SUVA - ausgehend von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten (Urk. 2 S. 4 ff.) - zu Recht die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der psychischen Symptomatik verneint hat, oder ob die Adäquanz mit dem Beschwerdeführer - ausgehend von einem mittelschweren bis schweren Unfallereignis (Urk. 1 S. 2) - zu bejahen ist.

3.2 Die bisherige Rechtsprechung zur Qualifikation von Unfallereignissen, welche mit einem Sturz aus einer gewissen Höhe verbunden sind, zeigt folgendes Bild (vgl. RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449 Erw. 3a mit Hinweisen): Als schwere Unfälle wurden gewichtet der Absturz eines Kranführers mit einem an der Decke eines Bahntunnels montierten Kran aus mindestens acht Metern Höhe sowie der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von vier bis fünf Metern auf einen Gehsteig mit verschiedenen gravierenden Knochenbrüchen. Den Sturz in einen rund acht Meter tiefen Kaminschacht ordnete das Eidgenössische Versicherungsgericht dem Grenzbereich zwischen mittelschweren und schweren Unfällen zu. Als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den schweren Fällen stufte es den Sturz aus mehreren Metern Höhe auf Rädern und Gesäss mit Frakturen an diversen Metatarsalen und Kontusionen im Bereich des Rückens ein. Derselben Kategorie wurde der Sturz aus einer Höhe von etwa fünf Metern von einer Leiter auf den Boden zugeordnet, bei welchem sich der Versicherte eine Commotio cerebri, eine Beckenschäufelfraktur rechts, eine distale Radiusradiusfraktur rechts mit Abriss des Processus styloideus ulnae, eine traumatische Bursitis olecrani sowie eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge zuzog. Als Ereignis im mittleren Bereich betrachtete das Gericht einen Unfall, bei dem der Versicherte aus einer Höhe von 2,5 bis 3 Meter von einer Leiter stürzte und diverse Prellungen erlitt. Ausserdem wurde ein Sturz von einer Leiter aus 4 - 5 Metern Höhe als mittelschwer qualifiziert, welcher zu einer Schnittwunde am Kinn mit Schleimhautbeteiligung, einer Radiuskarpalfraktur, multiplen Zahnverletzungen und insbesondere einer Ellbogenluxation mit als Dauerschaden verbleibender verminderter Belastbarkeit des Ellenbogens führte (nicht veröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 27. Januar 2000, U 308/98). Dieselbe Einstufung erfuhr der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von etwa zwei Metern auf den rechten Ellenbogen, welcher eine proximale Radius- und Ulnarfraktur zur Folge hatte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen I. vom 14. Februar 2002, U 410/00). Ausserdem wurden auch der Sturz rückwärts aus einer Höhe von ca. 3.5 Metern auf das Gesäss mit Deckplattenimpressionsfraktur (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 30. November 2004, U 342/03) sowie der Sturz aus 3 bis 4 Metern Höhe vom Heuboden in das Futtertenn mit Lendenwirbelkörper-Kompressionsfraktur (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 4. September 2003, U 3/03) als mittelschwer qualifiziert. Als innerhalb des mittelschweren Bereichs eher leichten Vorfall stufte das Gericht einen Sturz von einer kippenden Bockleiter ein, bei welchem der

Versicherte mit Becken und Kopf auf den Boden prallte und sich Kontusionen an Gesäss und Ellenbogen mit Exkorationen sowie multiple Prellungen zuzog (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen J. vom 27. Juli 2005, U 164/05).

3.3. Im Lichte dieser Rechtsprechung ist das zur Diskussion stehende Ereignis aufgrund des Herganges (Sturz rücklings auf einen harten Grabenrand aus einer Höhe von 1.5 bis 1.8 Metern [vgl. Urk. 9/23]) und der erlittenen Verletzungen mit der SUVA den Unfällen im mittleren Bereich zuzuordnen, wobei er innerhalb dieser Kategorie eher als leicht zu gelten hat. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist demzufolge zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa) in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise vorliegen (BGE 115 V 141 Erw. 6c/bb). Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile, deren (hinreichender) Zusammenhang mit dem Unfall den Gegenstand der Prüfung bildet, ausgeklammert bleiben.

3.4. Der Unfall vom 26. Oktober 2000 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet. Das Ausrutschen auf einem nassen Gerüstbrett und der damit verbundene Sturz mögen allenfalls eine gewisse subjektive Eindringlichkeit aufweisen; diese ist jedoch nicht in der erforderlichen, im Vergleich mit anderen Unfällen auffälligen Weise gegeben. Bei der erlittenen BWK-12-Fraktur handelt es sich sodann nicht um eine Verletzung, die aufgrund ihrer Schwere oder besonderen Art erfahrungsgemäss geeignet wäre, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer den angestammten Beruf auf Dauer nicht mehr ausüben kann, ist das Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen physisch begründeten Arbeitsunfähigkeit erfüllt, aber nicht in einem Ausmass, welches für sich allein die Bejahung der Adäquanz zur Folge hätte. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, kann nicht gesprochen werden. Ebenso wenig kann von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ausgegangen werden. Damit ist nur eines der praxisgemäss zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt, ohne dass eine spezielle Intensität gegeben wäre. Dies reicht nicht aus, um dem Unfall vom 26. Oktober 2000 eine rechtlich massgebende Bedeutung für die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beizumessen.

3.5. Die Ablehnung der Leistungspflicht für die psychischen Gesundheitsstörungen durch die SUVA ist nach dem Gesagten aufgrund mangelnder Adäquanz des Kausalzusammenhangs rechtmässig, woran die Vorbringen in der Beschwerde nichts zu ändern vermögen.

#### **E. 4**

4.1. Zu prüfen ist sodann, welche somatischen Beschwerden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind beziehungsweise wie sich die zu berücksichtigenden Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

Die SUVA vertritt die Ansicht, dem Beschwerdeführer sei aufgrund der somatischen Unfallfolgen in einer leidensangepassten wechselbelastenden Tätigkeit ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar. SUVA-Kreisarzt Dr. H. \_\_\_ hat für die Beurteilung der unfallbedingt noch in Betracht fallenden erwerblichen Tätigkeiten jedoch

nur die Unfallfolgen am BWK 12 berücksichtigen, nicht aber die Einschränkungen, die nach seinem Dauerhalten auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen mit einem chronischen Lumbovertebral- und lumboradikulären Syndrom zurückzuführen sind (Urk. 9/31 S. 2 f.).

4.2.4.4 Dieser Beurteilung kann nicht gefolgt werden. Im vorliegenden Fall lassen sich die auf den Unfall zurückzuführenden Beeinträchtigungen des BWK 12 und die krankheitsbedingten Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers - degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule - nicht klar trennen und sie sind nicht unabhängig voneinander. Die einzelnen Krankheitsbilder betreffen den gleichen Körperteil, nämlich den Rücken, und können somit nicht klar auseinander gehalten werden. Mithin kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie sich gegenseitig beeinflussen. Die SUVA hat demzufolge die Invaliditätsbemessung des Beschwerdeführers zu Unrecht ausschliesslich und allein nach Massgabe der durch die BWK-12-Fraktur im Rücken bewirkten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bemessen und die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ausser Acht gelassen. Da im übrigen Hinweise in den Akten fehlen, dass vor dem Unfall die Erwerbsfähigkeit wegen Affektionen im Rückenbereich erheblich vermindert war, ist die Behinderung im Gebrauch dieses Körperteils bei der Invaliditätsbemessung selbst dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen unfallfremden (degenerativen) Vorzustand oder eine spätere Erkrankung zurückzuführen wäre (Art. 36 Abs. 2 zweiter Satz UVG).

#### **E. 4.3**

Nachdem auch in den übrigen medizinischen Stellungnahmen schlüssige Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bezüglich der somatischen Beschwerden fehlen, ist die Sache an die SUVA zurückzuweisen, damit sie das Ausmass der im Rückenbereich bestehenden Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abkläre. Notwendig ist alsdann eine differenzierte Stellungnahme zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen in den in Betracht fallenden Erwerbstätigkeiten. Danach wird die SUVA über den Rentenanspruch neu verfahren.

#### **E. 5**

5.1.4.4 Streitig ist schliesslich die Bemessung der Integritätsschädigung.

4.4.4.4 Kreisarzt Dr. H. \_\_\_ hat der Bemessung des Integritätsschadens die Tabelle 7 der von der SUVA unter dem Titel "Integritätsschädigung gemäss UVG" veröffentlichten Richtwerte zu Grunde gelegt und die Höhe der Entschädigung auf 10 % festgesetzt. Dabei hat er jedoch nur die Folgen der BWK-12-Fraktur berücksichtigt (Urk. 9/30).

5.2.4.4 Diese Vorgehensweise wird den vorliegenden Umständen nicht gerecht. Verursachen mehrere, teils versicherte, teils nicht versicherte Ereignisse, worunter ausser nicht versicherten Unfällen auch ein Vorzustand oder eine nach dem Unfall aufgetretene Erkrankung fallen, einen Integritätsschaden, das heisst besteht ein Beschwerdebild, das medizinisch-diagnostisch - wie im vorliegenden Fall (vgl. Erw. 4.2 hiervor) - nicht klar in einzelne, voneinander unterscheidbare Beeinträchtigungen aufgeteilt werden kann, so ist der Integritätsschaden zunächst gesamthaft nach Anhang 3 zur UVV oder nötigenfalls nach den Richtlinien gemäss den Tabellen der medizinischen Abteilung der SUVA einzuschätzen. In einem zweiten Schritt ist diesfalls aber die Entschädigung nach Massgabe von Art. 36 Abs. 2 UVG entsprechend dem Kausalanteil der nicht versicherten

Ereignisse am gesamten Integrit tschaden zu kürzen (BGE 116 V 157 f. Erw. 3c).

5.3       Die Sache ist nach dem Gesagten auch betreffend Integritätsentschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Integrit tschaden gesamthaft unter Mitberücksichtigung der degenerativen Veränderungen im Rückenbereich einschätze und anschliessend - nach einer allfälligen Kürzung im Sinne von Art. 36 Abs. 2 UVG - neu verfüge.

6.         Da die Rückweisung der Sache als vollständiges Obsiegen gilt (ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf   34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG zu verpflichten, dem vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Entsprechend der Bedeutung der Streitsache und dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses ist diese mit Fr. 600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1.         Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 20. April 2004 aufgehoben und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wird, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erw rgungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung neu verfüge

2.         Das Verfahren ist kostenlos.

3.         Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit

5.         Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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