

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00107 vom 20. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00107

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00107 du 20 juin 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00107 del 20 giugno 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. S. ____, geboren 1961, arbeitete seit 7. September 1998 als Monteur bei der A. ____, AG und war über diese bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Am 6. Oktober 1998 stürzte er bei der Arbeit von einem etwa drei Meter hohen Podest (Urk. 10/1) und zog sich neben einer Gehirnerschütterung eine Scapulafraktur, Rippenfrakturen und eine Rissquetschwunde am Kopf zu (Urk. 10/2-3). Er war vom Unfalltag bis am 12. Oktober 1998 im Kantonsspital B. ____ hospitalisiert (Urk. 10/2) und wurde nach seiner Entlassung im Universitätsklinikum Zürich konservativ weiterbehandelt (Urk. 10/3).

Die Arbeitsfähigkeit konnte wegen der anhaltenden Beschwerden nicht wiedererlangt werden.

1.2. Am 14. Mai 2000 wurde der Beschwerdeführer sodann Opfer eines Auffahrunfalls und erlitt dabei ein HWS-Distorsionstrauma (Urk. 11/1).

1.3. Mit Verfügung vom 9. November 2000 stellte die SUVA ihre Leistungen aus dem Arbeitsunfall vom 6. August 1998 per 12. November 2000 ein (Urk. 10/56). Auf Einsprache von S. ____ vom 8. Dezember 2000 (Urk. 10/60) anerkannte die SUVA im Rahmen einer Vereinbarung, weiterhin bis am 31. Januar 2001 Leistungen zu erbringen (Urk. 10/60a).

In Bezug auf den Auffahrunfall vom 14. Mai 2000 stellte die SUVA ihre Leistungen mit Verfügung vom 27. April 2001 ein (Urk. 11/14). Dagegen erhoben der Versicherte am 3. Mai 2001 (Urk. 11/15) und dessen Krankenversicherer am 2. Mai 2001 Einsprache (Urk. 11/17).

Aufgrund eines Berichts von Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 2. April 2001 (Urk. 10/87) zog die SUVA ihre Verfügung vom 9. November 2000 am 14. Juni 2001 in Wiedererwägung, übernahm die Kosten der Schulterarthroskopie vom 12. Juni 2001 (vgl. Urk. 10/91, Urk. 10/100) und stellte weiterhin Versicherungsleistungen in Aussicht (Urk. 10/94). Das Verfahren betreffend den Autounfall wurde gleichzeitig bis zum Abschluss der Schulterbehandlung sistiert (Urk. 10/94).

1.4. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 6. Juni 2001 bei einem Invaliditätsgrad von 70 % mit Wirkung ab 1. Oktober 1999 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 10/89). Im Rahmen einer Rentenrevision bestätigte sie diesen Rentenanspruch am 23. April 2002 (Urk. 10/136).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Verfassung vom 30. Januar 2006 sprach die IV-Stelle dem Versicherten sodann mit Wirkung ab 1. Februar 2004 eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit mittleren Grades zu (Urk. 10/256).

1.5 Ä Ä Ä Die SUVA sprach ihrerseits dem Versicherten mit Verfassung vom 26. April 2004 gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 100 % eine Invalidenrente zu. Weiter gewährte sie eine Integritätsentschädigung von 30 %, und zwar 25 % für die Schulterverletzung (Endoprothese mit schlechtem Erfolg) und 5 % für die HWS-Beschwerden (Urk. 10/210). Die Einsprache vom 22. Mai 2004 (Urk. 10/214/1) wies die SUVA mit Entscheid vom 6. Dezember 2005 ab (Urk. 10/253 = Urk. 2).

E. 2

2.1 Ä Ä Ä Der Entscheid der Beschwerdegegnerin betreffend die Zusprache einer Invalidenrente gestützt auf eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit blieb unbeanstandet, weshalb er insoweit in Teilrechtskraft erwachsen ist. Streitig und zu prägen ist hingegen die Höhe des Integritätsschadens aus den verschiedenen Leiden, die sich der Beschwerdeführer bei den zwei Unfällen zugezogen hat.

2.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. E. ____, Facharzt für Chirurgie, vom 15. April 2005 (Urk. 10/207). Dieser sei zum Schluss gelangt, die Situation an der rechten Schulter habe sich auch nach Einsetzen der Schulterprothese gegenüber seiner früheren Untersuchung (vgl. Bericht vom 10. Oktober 2002, Urk. 10/156) nicht verbessert. Der Integritätsschaden betrage angesichts der verminderten Beweglichkeit und eingeschränkten Gebrauchsfähigkeit der Schulter 25 %. Die HWS- und Nackenbeschwerden seien zwischenzeitlich etwas günstiger, während sich die Schultern verschlechtert hätten, so dass insoweit die Einschränkung 5 % und insgesamt 30 % betrage (Urk. 2 S. 2). Diese Einschränkung habe im übrigen auch der behandelnde Dr. C. ____, bestätigt (vgl. Urk. 10/149, Urk. 2 S. 2-3). Für die Rückenschmerzen seien keine objektivierbaren Befunde erhoben worden. Die Verspannungen seien nicht unfallkausal, weshalb sie für diesen Schaden nicht einzustehen habe (Urk. 9 S. 3 unten). Schliesslich sei von einer neuropsychologischen Untersuchung abzusehen (Urk. 2 S. 3). Die Commotio cerebri sei als äusserst leicht anzusehen und daher nicht geeignet, einen erheblichen, dauerhaften Hirnschaden zu verursachen (Urk. 9 S. 4). In neuropsychologischer Hinsicht seien keine organischen Schädigungen nachgewiesen. Ferner seien die psychischen Beeinträchtigungen nicht kausal zu den Unfallereignissen, welche höchstens als mittelschwer zu bezeichnen seien (Urk. 9 S. 5-6).

2.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während der Beschwerdeführer die für die Schulterbeschwerden veranschlagte Einschränkung von 25 % anerkannte (Urk. 1 S. 4 Ziff. 11), stellte er sich im Weiteren auf den Standpunkt, der Unfallversicherer müsse für die Unfallfolgen aufkommen, selbst wenn der Unfall lediglich eine Teilursache der Beschwerden gesetzt habe. Das HWS- wie auch das LWS-Syndrom seien durch die erhobenen Verspannungen teilweise objektivierbar. Die Wirbelsäulenerkrankungen seien anhand der Funktionseinschränkung zu entschädigen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Funktionsstörung lediglich 5 % betrage solle. Aufgrund der HWS-, BWS- und LWS-Funktionseinschränkungen sei die Integritätsentschädigung um 25-35 % zu erhöhen, so dass der gesamte Integritätsschaden mindestens 60 % betrage (Urk. 1 S. 3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem leide er an neuropsychologischen Auffälligkeiten, an Depression und eventuell an einer Schmerzverarbeitungsstörung. Diese Beschwerden können der Chirurg Dr. E. ___ nicht kompetent beurteilen, weshalb sie interdisziplinär abzuklären seien (Urk. 1 S. 4-5).

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Vom 2. bis 16. August 2000 war der Beschwerdeführer in der Rehaklinik F. ___ hospitalisiert (Urk. 10/48).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht vom 16. August 2000 wurden - neben den internistischen Untersuchungen auch gestützt auf das psychosomatische Konsilium von Dr. med. G. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt in der Rehaklinik F. ___, vom 8. August 2000 (Urk. 10/46/1) sowie auf den neuropsychologischen Bericht von lic. phil. H. ___, Fachpsychologin Neuropsychologin FSP, und Dr. med. I. ___, FMH Neurologie, Leitender Arzt Neurorehabilitation der Rehaklinik F. ___, vom 10. August 2000 (Urk. 10/47) - folgende funktionellen Diagnosen und Probleme genannt (Urk. 10/48 S. 2 oben):

- Angststörung (Agoraphobie, ICD-10 F40.0) mit depressiver Begleitsymptomatik und Hinweisen auf mögliche Konversions Symptome
- chronisches Panvertebralsyndrom (psychogen verstärkt)
- leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung
- Dekonditionierung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Rehabilitation wurde abgebrochen, nachdem unter verschiedenen Therapieansätzen kein Zugang zum Beschwerdeführer hatte gefunden werden können. Letzterer reagierte auf die leichtesten Belastungen mit Schmerzexazerbation (Urk. 10/48 S. 3). Die Ärzte gaben an, das Panvertebralsyndrom sei einerseits Ausdruck der Angststörung und habe andererseits eine gewisse demonstrative Komponente. Auffällig sei eine Diskrepanz im Funktionsniveau beim Autofahren zu jenem in der Therapie. Wahrscheinlich spiele eine Hirnfunktionsstörung eine zusätzliche Rolle (Urk. 10/48 S. 4 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die neuropsychologische Abklärung brachte widersprüchliche Ergebnisse zu Tage, so dass die wirkliche Leistungsfähigkeit nicht sicher beurteilt werden konnte. Die Ärzte erachteten die Beurteilung, ob eine hirnorganisch bedingte Einschränkung der Hirnfunktion vorliege oder ob das Störungsbild eine Folge des Schmerzsyndroms, der Angststörung und der dysfunktionalen Selbstüberzeugung darstelle, als schwierig (Urk. 10/48 S. 4 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die erhobene psychische Störung stehe im ganzen Beschwerdebild deutlich im Vordergrund (Urk. 10/48 S. 4 oben, Urk. 10/46 S. 5). Der erste Unfall bilde sicher mindestens eine Teilursache für die Angststörung. Aus medizinischer Sicht empfahl Dr. G. ___ eine medikamentöse Therapie sowie eine Verhaltenstherapie, wobei im gegenwärtigen Umfeld die Grundlage für eine solche Behandlung nicht gegeben sei (Urk. 10/46 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht wurde festgehalten, aus psychischen und körperlichen Gründen bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/48 S. 4 unten).

3.2 Aufgrund der vorhandenen Akten und namentlich des vorstehend dargestellten Austrittsberichts der Rehaklinik F. ___ vom 16. August 2000 (Urk. 10/48) gelangte Dr. med. J. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, am 2. November 2000 zum Schluss, die Schulterfraktur sei längst, ohne Bildung einer Omarthrose abgeheilt. Es gebe keinen Grund für die Einschränkung der Schulterbeweglichkeit (Urk. 10/53 = Urk. 11/13).

Ein dauernder Hirnschaden sei bei einer höchstens leichten Commotio unwahrscheinlich (vgl. auch Urk. 10/52 Ziff. 2 lit. b).

Neurologisch hätten keine Ausfälle bestanden. Die Schmerzen seien auf körperlicher Ebene schon lange nicht mehr erklärbar, weshalb selbst für das Panvertebralsyndrom, wofür keine organische Grundlage gegeben sei, kein dauernder, erheblicher Integritätsschaden vorliege. Die diffuse Symptomatik sei Ausdruck eines psychischen Leidens. Ebenso wenig habe die HWS-Distorsion vom 14. Mai 2000 zu einem dauerhaften Schaden geführt, zumal radiologisch keine Läsionen und klinisch weiterhin keine neurologischen Ausfälle nachweisbar seien. Das typische Beschwerdebild liege nicht vor, vielmehr stehe die Psyche klar im Vordergrund (Urk. 10/53; Urk. 10/52 Ziff. 5).

Wohl Bezug nehmend auf Kreisarzt Dr. med. K. ___, der am 19. September 2000 von der fehlenden Kooperation des Beschwerdeführers bei der Untersuchung mit an den Körper gepresstem Arm berichtete (Urk. 10/51), hielt Dr. J. ___ sowohl deswegen, aber auch wegen mangelndem medizinischem Substrat weitere Behandlungen nicht mehr für angezeigt. Aus somatischer Sicht attestierte er eine volle Arbeitsfähigkeit, während er für die übrigen Beschwerden die Adäquanzprüfung nahe legte (Urk. 10/53, Urk. 10/52 Ziff. 6-7 und Ziff. 10). Weder die körperliche noch die geistige Integrität seien dauerhaft beeinträchtigt (Urk. 10/52 Ziff. 9).

Gestützt auf diese medizinischen Akten verfügte die Beschwerdegegnerin am 9. November 2000 (Arbeitsunfall vom 6. Oktober 1998) beziehungsweise am 27. April 2001 (Auffahrunfall vom 14. Mai 2000) zunächst die Fallabschlussse, welche Entscheide sie am 14. Juni 2001 in Wiedererwägung zog und eine weitere Leistungspflicht sowie zusätzliche Abklärungen anerkannte (Urk. 10/94).

3.3 Nach der Arthroskopie, AC-Gelenkresektion, Döfilö-Erweiterung und Akromioplastik an der rechten Schulter hielt Dr. C. ___ im Operationsbericht vom 13. Juni 2001 fest, es bestehe keine Omarthrose. Die erhobene Entknorpelung könne nicht verantwortlich sein für die angegebenen Beschwerden. Hingegen sei das AC-Gelenk subluxiert (teilweise ausgerenkt), weshalb es reseziert (entfernt) worden sei; die verschobene Clavicula (Schlüsselbein) - wohl zur Hauptsache für die Beschwerden verantwortlich - sei gut fixiert worden (Urk. 10/99). Am 23. Oktober 2001 attestierte Dr. C. ___ eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen Verspannung der Paravertebral- sowie der Rückenmuskulatur (Urk. 10/112).

Am 5. Dezember 2001 berichtete Dr. C. ___ von einer Verbesserung des Schultergelenkes. Die cervico-scapulare Muskulatur sei weiterhin verspannt. Die Paravertebralmuskulatur sei sehr schmerzhaft. Weiter klage der Beschwerdeführer über plötzlich einschliessende Schmerzen vom Hinterkopf ins Schulterblatt und von zeitenweisen, kurzen Bewusstseinsverlusten, weshalb er eine epilepsieähnliche

Symptomatik annahm (Urk. 10/119). Im Bericht vom 11. Februar 2002 attestierte er unverändert ein volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/121 = Urk. 10/128).

3.4 Kreisarzt Dr. med. L., FMH für Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 19. Februar 2002. Im Bericht vom 26. Februar 2002 führte er aus, der Beschwerdeführer beschreibe eine regelmässig auftretenden Amnesie mit Sturztendenzen; diese Beschwerden würden medikamentös behandelt. Zur Dehnung und Detonisierung der Nacken-Schulter-Muskulatur sowie zur Förderung der Beweglichkeit im Schultergelenk und der Beweglichkeit der hochstehenden Schulter sei der Beschwerdeführer weiterhin therapiebedürftig. Unverkennbar sei auch eine psychosoziale Komponente. Eine Arbeitsaufnahme sei zur Zeit nicht denkbar (Urk. 10/122 S. 5).

3.5 Der behandelnde Dr. C. berichtete am 11. April 2002 von Fortschritten und Schmerzreduktion unter chiropraktischer Behandlung (vgl. auch Urk. 10/138, Urk. 10/135).

Dr. med. M., FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, schloss im Bericht vom 24. Mai 2002 eine eigene Therapie aus, da die Schmerzen nicht erklärt werden könnten, und empfahl eine kognitive Schmerztherapie (Urk. 10/140).

Am 26. Juni 2002 führte Dr. C. wegen der weiterhin starken Schulterschmerzen eine Infiltration durch (Urk. 10/144), welche bloss für einige Tage zu einer Verbesserung der Beweglichkeit führte (Urk. 10/149). Auf das von ihm angeordnete MRI hin (Urk. 10/149, Beilage zu Urk. 10/150) wurde eine neue Operation diskutiert (vgl. Angaben gegenüber Kreisarzt Dr. E., Urk. 10/156 S. 1 und S. 3).

3.6 Kreisarzt Dr. med. E., Facharzt für Chirurgie, erhob gemäss Bericht vom 10. Oktober 2002 folgende Restfolgen (Urk. 10/156 S. 4 oben):

- ausgeprägtes Schulter-Arm-Syndrom mit praktisch vollständiger Funktionseinbusse der Schulterbeweglichkeit rechts und grotesker Fehlhaltung im Schulterbereich,
- ausgeprägte glenohumerale Arthrose sowie erhebliche PHS rechts,
- ausgeprägtes zervikovertebrales Syndrom mit Kopfschmerzen, psychischen Folgen, Bewegungs- und Belastungsintoleranz im HWS-Bereich und Ausstrahlung caudalwärts sowie in die linke Schulter, enormer Gewichtsverlust.

Dr. E. bezeichnete die somatisch erhobenen Befunde als häufig psychisch überlagert und einschränkend beeinflusst, so dass ein rein somatisches Beschwerdebild schwierig zu erheben sei. Das ganze Bild sei sehr komplex (Urk. 10/156 S. 4 oben).

Den Integritätsschaden schätzte er folgendermassen (Urk. 10/156 S. 4 Mitte):

- in Bezug auf die Schulter sei von einem erheblichen Schaden auszugehen, wenn auch nicht im vollen Umfang von 25 % gemäss Tabelle; der entsprechende Schaden betrage 20 %
- bezüglich Nacken und HWS sei eine Schmerzfunktion ++ bis +++ anzunehmen, so dass der Schaden 10 % betrage.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt sei die Integritätsentschädigung damit auf 30 % festzusetzen.

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 5. Februar 2003 schlug Dr. C.____ den Einbau einer Schulter-Totalendoprothese vor (Urk. 10/166). Diese Operation nahm er am 8. Juli 2003 vor (Urk. 10/179).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ berichtete am 17. September und 5. November 2003 von einer guten Abheilung und deutlich weniger Schmerzen; die rechte Schulter sei jetzt nicht mehr hochgezogen. Die Arbeitsunfähigkeit sei noch 100 % (Urk. 10/183-184).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 9. März 2004 war von zunehmender Schmerzhaftigkeit nunmehr der linken Schulter die Rede, wobei das MRI keinen Befund ergab, sowie von einer Muskelschmerzhaftigkeit rechts und cervico-brachialer Schmerzhaftigkeit. Dr. C.____ Äusserte einen Verdacht auf eine tendomyalgische Problematik, welche er medikamentös behandelte (Urk. 10/200).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 14. April 2004 hielt Dr. C.____ fest, er glaube, eine 100%ige Rente sei gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer habe schwerste Depressionen entwickelt. Er legte den Integritätsschaden wie folgt fest (Urk. 10/206):

- rechtes Schultergelenk 30 %

- die starken Behinderungen an Hals-, Lumbal- und Brustwirbelsäule seien mit einer Einschränkung von 30-40 % zu bewerten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt betrage der Integritätsschaden etwa 80 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Abweichung zu dieser eigenen Einschätzung Äusserte sich Dr. C.____ am 30. August 2005 dahingehend, die verhängungsweise zugesprochene Integritätsentschädigung von 30 % schein ihm korrekt (Urk. 10/249).

3.8 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. E.____ sprach nach einer neuen Untersuchung im Bericht vom 15. April 2005 von einer insgesamt noch schwierigeren und inkonsistenteren Situation (Urk. 10/207 S. 6). Er beschrieb eine desolante Entwicklung in der rechten Schulter nach mehreren Operationen. Die Nacken-Hals-Region sei seit der letzten Untersuchung eher günstiger zu bewerten; insoweit erhob er diskrete muskuläre Verspannungen und Druckdolenz entlang der HWS. Während der Untersuchung seien keine kognitiven Defizite erkennbar. Die eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter sei aufgrund der erhobenen degenerativen Veränderungen nachvollziehbar. Die Wirbelsäule zeige neben den degenerativen Veränderungen eine Fehllage/Fehlstellung, muskuläre Dysbalance und Bewegungseinschränkung, wobei die degenerativen Veränderungen die erhobenen Befunde durchaus erklärten. Die allgemein geklagte Beschwerdesituation werde rheumatologisch abgeklärt. Die chronifizierte somatische Schmerzproblematik sei auf die Adäquanz zum Unfallereignis hin zu prägen (Urk. 10/207 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Blick auf die Integritätsentschädigung hielt Dr. E.____ fest, die Situation im Nacken und in der HWS sei im Untersuchungszeitpunkt eher günstiger; ein massiver Vorzustand erkläre die aktuelle Situation mindestens zur Hälfte. Unter Berücksichtigung bloss der unfallkausalen Beschwerden betrage der entsprechende Integritätsschaden 5 %. Die rechte Schulter habe sich auch mit dem Einsetzen der Endoprothese nicht gebessert; allerdings sei der Schaden erheblich geringer als bei einem Verlust eines ganzen Armes - welcher Schaden auf 50 % veranschlagt sei -, weshalb hier 25

% gerechtfertigt erscheine. Damit bleibe insgesamt eine Entschädigung von 30 % bestehen (Urk. 10/207 S. 8).

3.9. Dr. med. O.____, Arzt für Allgemeine Medizin, legte am 10. Mai 2004 dar, die Einschränkung der rechten Schulter betrage 30 %, diejenige der Wirbelsäule, insbesondere der HWS, betrage 40 % und jene der rechten Schulter 10 %. Somit liege die Integritätsbeeinträchtigung insgesamt bei 80 % (Urk. 10/214/3).

3.10. Dr. D.____ führte gemäss Bericht vom 23. September 2006 audio-neuro-otometrische und aequilibrimetrische Untersuchungen durch und erhob peripher-zentrale vestibuläre, visuo-oculomotorische und cervico-proprio-nociceptive Funktionsstörungen (Urk. 19 S. 8 und S. 11 unten). Er schlug eine Radiofrequenz-Neurotomie vor, mithin eine invasive Durchtrennung des Nervs zur Schmerzausschaltung, wobei er dafür hielt, eigentlich sei der günstigste Zeitpunkt für therapeutische Massnahmen längst verpasst, weshalb die Erfolgsaussichten deutlich gesunken seien (Urk. 19 S. 12).

Er veranschlagte den neuro-otologischen Schaden aufgrund der SUVA-Tabellen auf 15 % (Urk. 19 S. 12 in fine).

E. 4

Status nach Laminektomie und Spondylodese

E. 4.2

4.2.1. Strittig und zu präferieren ist zunächst, wie es sich bezüglich des Schadens für die Restbeschwerden am Rücken, mithin der Wirbelsäule und insbesondere der HWS, verhält. Festzuhalten ist, dass dabei die psychische Überlagerung der somatischen Beschwerden wie auch die degenerativen Veränderungen mangels Kausalität für die Bemessung des Schadens ausser Acht zu bleiben haben.

Die Beschwerdegegnerin anerkannte für die somatisch begründeten Wirbelsäulenbeschwerden einen Integritätsschaden von 5 % und bejahte insoweit die Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis. Der Beschwerdeführer postulierte wegen der Funktionseinschränkung der Wirbelsäule einen Schaden von 23-35 %, was aufgrund der Tabelle 7 der Schmerzfunktionsskala +++ entspricht (starke Dauerschmerzen auch nachts und in Ruhe, Zusatzbelastung unmöglich; bei Verstärkung lange Erholungszeit).

4.2.2. Die Tabelle 7.2 der Medizinischen Abteilung der SUVA listet die Richtwerte Integritätsschäden bei Wirbelsäulenaffektionen auf. Danach bemisst sich die Entschädigung nach dem Grad der Funktionseinschränkung und der Intensität der Schmerzen, wobei hinsichtlich der Funktionseinschränkung drei Stufen und bezüglich der Schmerzen vier Schweregrade unterschieden werden. Eine sehr starke schmerzhaft funktionseinschränkung der Wirbelsäule wird mit 50 % gewichtet. Die Schmerzfunktionsskala wird von 0 (keine nennenswerten Schmerzen) bis +++ (starke Dauerschmerzen) bewertet.

Im Weiteren wird im Feinraster die Schmerzfunktionsskala zu den nachfolgenden fünf Wirbelsäulenaffektionen in Beziehung gesetzt (Tabelle 7.2):

1. Frakturen

2. Osteochondrose

3. Diskushernie

E. 4.3

4.3.1.1.1 Strittig ist im Weiteren, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Integritätsentschädigung für die psychischen Beschwerden aufzukommen hat. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob deren Adäquanz zu bejahen ist.

4.3.2.1.1 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu

den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem bleibt zu beachten, dass bei Auftreten einer psychischen Fehlentwicklung im Anschluss an zwei oder mehrere Unfälle, die Adäquanz des Kausalzusammenhangs grundsätzlich für jeden Unfall gesondert gemäss der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 138 ff. Erw. 6) zu beurteilen ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn die verschiedenen Unfälle wie hier verschiedene Körperteile (rechte Schulter, HWS) betreffen und zu unterschiedlichen Verletzungen führen (RKUV 1996 Nr. U 248 S. 177 Erw. 4b mit Hinweis).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die zum Erfordernis des adäquaten Kausalzusammenhangs bei psychischen Unfallfolgen entwickelten Grundsätze sind mit Ausrichtung auf ein Unfallereignis definiert worden. Sowohl die Einteilung in banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und den dazwischen liegenden mittleren Bereich, als auch die einzelnen Kriterien beziehen sich auf einen einzigen Vorfall. Denn die einzelnen Kriterien wären praktisch immer erfüllt, wenn eine ganze Reihe zeitlich zurückliegender Unfälle einer gesamtheitlichen Adäquanzbeurteilung unterzogen würden. Zudem würde bei einer solchen Betrachtungsweise nur untersucht, welche Folgen die Unfälle insgesamt haben, ohne die physischen und psychischen Regenerationsmöglichkeiten nach den einzelnen Ereignissen berücksichtigen zu können. Ein mehrere Unfälle umfassendes Geschehen mit entsprechender Zuordnung im Präzisionsraster fällt somit ausser Betracht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 22. Februar 2002 in Sachen D., U 300/00, besprochen in HAVE 2002 S. 220, SVR 2007 UV Nr. 1 S. 2 Erw. 3.2.2).

4.3.3 Ä Ä Die Beschwerdegegnerin hat nach der psychiatrischen Abklärung durch Dr. G. in der Rehaklinik F. (Urk. 10/46/12) keine weiteren fachärztlichen Erhebungen mehr veranlasst, obwohl später alle mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzte die psychischen Beschwerden erwähnten. Die im Folgenden aufgrund der Rechtsprechung (BGE 115 V 133) im Rahmen der Adäquanzbeurteilung zu prüfenden Kriterien bringen jedoch zu Tage, dass der adäquate Kausalzusammenhang der psychischen Probleme mit den Unfallereignissen jedenfalls zu verneinen ist, weshalb von weiteren medizinischen Abklärungen abgesehen werden kann.

4.3.4 Ä Ä Sowohl der Sturz des Beschwerdeführers von einem drei Meter hohen Podest als auch dem nach Vollbremsung erfolgte Auffahrunfall auf sein vor dem Fussgängerstreifen stehendes Fahrzeug (vgl. Polizeirapport S. 6 in der Beilage zu Urk. 11/2) sind als mittelschwere Ereignisse einzustufen, wie die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die Kasuistik des Bundesgerichts zu Recht festgehalten hat (Urk. 9 S. 5 f.) und was im Übrigen seitens des Beschwerdeführers unbestritten geblieben ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssen daher entweder mehrere der als massgeblich bezeichneten unfallbezogenen Merkmale oder ein

einziges in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb).

4.3.5.1 Dem Sturz vom Podest kann angesichts der Fallhöhe von drei Metern eine gewisse Eindringlichkeit nicht abgesprochen werden, doch war der Sturz weder von dramatischen Umständen begleitet noch kann das Ereignis als besonders eindringlich betrachtet werden, war doch mit dem Sturz weder (beispielsweise) ein Einklemmen verbunden noch fielen Gegenstände auf ihn herunter.

1.1.1.1 Die erlittenen Verletzungen (commotio cerebri, Schulter- und Rippenfrakturen sowie Rissquetschwunden) sind zwar erheblich, doch sind sie weder als besonders schwer noch als erfahrungsgemäss geeignet einzustufen, um psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

1.1.1.2 Die ärztlichen Behandlungen mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen und zwei operativen Eingriffen am 13. Juni 2001 (Urk. 10/99) und am 8. Juli 2003 (Versorgung mit der Endoprothese; Urk. 10/179) können nicht mehr als kurz bezeichnet werden, zumal keine der Behandlungen in Bezug auf die Schmerzen eine wirkliche Besserung brachte (vgl. Urk. 10/207 S. 8 oben). Doch sind die Behandlungen in Anbetracht der Schulterfraktur noch nicht als ungewöhnlich lange zu bezeichnen. Denn es ist nachvollziehbar, dass zunächst mit einem weniger invasiven Eingriff versucht wurde zu heilen. Erst dessen Ergebnislosigkeit führte zu einem weiteren Versuch mit dem Einsatz der Prothese. Insofern erweist sich der zeitliche Verlauf der Behandlungen noch nicht als ungewöhnlich lang. Es kann daher nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf gesprochen werden und Hinweise auf erhebliche Komplikationen sind ebenso wenig ersichtlich wie solche auf eine ärztliche Fehlbehandlung. Namentlich kann im Umstand, dass auch das Einsetzen der Prothese zu keiner wesentlichen Beschwerdebesserung geführt hat, keine Fehlbehandlung erblickt werden, sondern widerspiegelt sich darin das jedem Eingriff innewohnende Risiko eines (teilweisen) Misserfolgs.

1.1.1.3 Das Kriterium des körperlichen Dauerschmerzes dürfte zu bejahen sein, führte doch selbst die Versorgung mit der Prothese noch immer nicht zu einer wesentlichen Beschwerdeverbesserung. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass im Zeitverlauf gerade auch die psychische Fehlentwicklung selber zur Aufrechterhaltung der Situation beigetragen haben könnte.

1.1.1.4 Schliesslich ist auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu bejahen, obwohl Dr. J. ___ am 2. November 2000 aus somatischer Sicht zunächst eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte (Urk. 10/53). Aufgrund der im Folgenden durchgeführten Operationen ist - auch gestützt auf die Beurteilung von Dr. L. ___ vom 26. Februar 2002 (Urk. 10/122 S. 5) - jedoch zu schliessen, dass eine Arbeitsaufnahme noch immer nicht zumutbar war.

4.3.6.1 Zusammenfassend sind zwei der massgebenden Kriterien als erfüllt zu betrachten, was jedoch in einer Gesamtwürdigung für ein Bejahen der Adäquanz nicht ausreicht.

E. 4.4

4.4.1.1 Es bleibt zu prüfen, wie es sich mit der Adäquanz der psychogenen Fehlentwicklung zum Auffahrunfall vom 14. Mai 2000 verhält.

1.1.1.1 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, wo die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden

Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

Der Beschwerdeführer stand schon am 25. Januar 1999 wegen einer depressiven Verstimmung und einer Verunsicherung der Persönlichkeit in psychotherapeutischer Therapie (vgl. Bericht von lic. phil. P., Psychologin FSP, vom 25. Januar 1999; Urk. 10/25, Urk. 10/33, Urk. 10/44), als er sich am 14. Mai 2000 die HWS-Verletzung zuzog. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass es dadurch zu einer Verschlimmerung der vorbestehenden psychischen Beschwerden gekommen ist. Darüber hinaus sprach Dr. G. bereits im Rahmen der Abklärungen in der Rehaklinik F. am 16. August 2000 davon, die psychische Störung stehe im ganzen Beschwerdebild deutlich im Vordergrund (Urk. 10/48 S. 4 oben). Diese Einschätzung bestätigten Dr. J. am 2. November 2000 (Urk. 10/53) und Dr. E. am 10. Oktober 2002 (Urk. 10/156 S. 4), während Dr. M. am 24. Mai 2002 nicht eine somatische Behandlung, sondern eine kognitive Schmerztherapie empfahl (Urk. 10/140).

Obwohl die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen (Verspannungen der Nackenmuskulatur, Schwindel, neuropsychologische Defizite) zwar teilweise vorliegen, sind sie im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten. Unter diesen Umständen hat die Beurteilung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen zu erfolgen (BGE 123 V 98).

4.4.2 Beim Verkehrsunfall vom 14. Mai 2000 fuhr bei einer Geschwindigkeitslimite von 60 km/h (vgl. Polizeirapport in der Beilage zu Urk. 11/3 S. 1 unten) nach einer Vollbremsung ein Drittwagen ins Heck des vor einem Fussgängerstreifen stehenden Fahrzeuges des Beschwerdeführers (vgl. Polizeirapport in der Beilage zu Urk. 11/3 S. 6-7). Der Mercedes des Beschwerdeführers wurde stark eingedrückt und musste abgeschleppt werden, während die auffahrende Unfallverursacherin selbst in die Garage fahren konnte (vgl. Polizeirapport in der Beilage zu Urk. 11/3 S. 2 Mitte und S. 3 oben).

Dieser Unfall ist weder besonders schwer noch besonders leicht, sondern als mittelschweres Ereignis einzustufen. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssen daher entweder mehrere der als massgeblich bezeichneten unfallbezogenen Merkmale oder ein einziges in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140).

4.4.3 Bei objektiver Betrachtung des Unfallereignisses sind weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit ersichtlich.

Die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen sind im Weiteren nicht als derart schwer oder besonders zu qualifizieren, als dass sie erfahrungsgemäss geeignet gewesen wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zumal bei der Adäquanzbeurteilung nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140 die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein die Schwere oder besondere Art der

erlittenen Verletzung nicht zu begründen vermag (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2006 in Sachen S., U 393/05, Erw. 8.2.1). Der Beschwerdeführer war zudem in der Lage, der Polizei noch auf der Unfallstelle Auskunft zu erteilen (vgl. Polizeirapport in der Beilage zu Urk. 11/3 S. 6 f.). Weiter wurde er im Stadtspital Q., wo das HWS-Distorsionstrauma diagnostiziert wurde, am Unfalltag lediglich ambulant behandelt (Urk. 11/1), was nicht auf besonders schwere Verletzungen schliessen lässt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann kann keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung bezüglich der somatischen Unfallfolgen angenommen werden, denn die Behandlungen von Dr. C. konzentrierten sich zur Hauptsache auf die Schulter- und nicht auf die Nackenbeschwerden. Auch der Chiropraktor nannte am 2. Mai 2002 als grosses Problem die Defizite im rechten Schultergelenk, während die HWS- und LWS-Beschwerden unter seiner Behandlung nachgelassen hatten (Urk. 10/138 S. 2; vgl. auch Urk. 10/135). Zwar berichteten die Ärzte auch nach Abschluss der Behandlung durch den Chiropraktor weiterhin von Zervikal- und Lumbalbeschwerden, doch ist nicht ersichtlich, dass diese über die medikamentöse Schmerzbehandlung hinaus weiter therapiert worden wären. Anzuführen bleibt, dass den verschiedenen Abklärungsmassnahmen und den blossen Kontrollen beim Hausarzt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2006 in Sachen S., U 373/05, Erw. 8.2.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als erfüllt zu betrachten ist wohl das Kriterium des körperlichen Dauerschmerzens, denn es ist ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer nach einer vorübergehenden Besserung unter chiropraktischer Therapie weiterhin über Nackenschmerzen berichtete. Allerdings kann nicht gesagt werden, dass das Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen nicht. Ebenso kann nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen gesprochen werden, so dass diese beiden Kriterien eindeutig nicht erfüllt sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit fällt wiederum ins Gewicht, dass die Arbeitsunfähigkeit im Zeitverlauf im Wesentlichen den Schulterbeschwerden zuzuschreiben war. Bereits die Ärzte der Rehaklinik F. gingen im August 2000 davon aus, dass die psychische Störung im Vordergrund stehe, so dass die Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Ausmass davon und von den Schulterbeschwerden unterhalten wurde.

4.4.4 Ä Ä Somit ist allein das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt. Die Gesamtwürdigung führt daher zur Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, was die Zusprechung einer Integritätsentschädigung für die psychogene Fehlverarbeitung der Unfallfolgen ausschliesst.

E. 4.5

4.5.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abschliessend bleibt zu prüfen, ob die von Dr. D. genannten neuropsychologischen beziehungsweise neuro-otologischen Beschwerden einen Anspruch auf eine Entschädigung begründen. Dr. D. bejahte dies und legte die Entschädigung gestützt auf Tabelle 14 (Schaden bei Störungen des Gleichgewichtssystems) auf 15 % fest (Urk. 19 S. 12), ohne sich jedoch im Detail zum bei

der Schadensbemessung von Störungen des Gleichgewichtssystems erforderlichen Ausmass der Objektivierbarkeit der Beschwerden zu äussern oder die subjektiven Beschwerden zu beurteilen (vgl. Tabelle 14 S. 2 unten).

Die Einschätzung des Integritätsschadens erweist sich daher für den Rechtsanwender nicht als nachvollziehbar, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

Im übrigen hat Dr. D. ___ ausgeführt, dass die neurootologischen Befunde der Zervicozephalgien und Schwindel operativ mit einer guten Aussicht auf Erfolg behandelt werden könnten (Urk. 19), weshalb nicht von einem entschädigungspflichtigen dauerhaften Schaden gesprochen werden kann.

E. 4.6

4.6.1 Schliesslich ist auch die Frage zu verneinen, ob die beim Sturz vom Podest zugezogene commotio cerebri zu entschädigungspflichtigen Hirnfunktionsstörungen geführt habe.

4.6.2 Das Vorliegen eines Schädels-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädels und Kopfschwarte subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis bei der Adäquanzprüfung nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. Juni 2005 in Sachen S. vom 6. Mai 2003, U 276/04, Erw. 2.2.1).

Die Schwere eines Schädels-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl., Berlin/New York 2004).

4.6.3 Die Ärzte im Kantonsspital B. ___ gaben bei der Spitalentlassung im Bericht vom 20. Oktober 1998 (Urk. 10/2) nach der Commotio-Überwachung einen Punktwert nach GCS von 15 an. Das erlittene Trauma ist damit als leicht einzustufen, zumal kein Anlass besteht, an der entsprechenden Feststellung der Ärzte im Kantonsspital zu zweifeln. Damit können ernsthafte Schädigungen der Hirnfunktionen von vornherein ausgeschlossen werden.

Deren Adäquanz zum Unfallereignis ist nicht in Anwendung der so genannten Schleudertraumapraxis zu prüfen, sondern - wie bereits ausgeführt - nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien zu beurteilen, was nach den in Erw. 4.3 Gesagten zur Verneinung der Adäquanz zu führen hat.

4.7 Gemäss Absatz 2 von UVV, Anhang 3 Ziff. 1 ist bei einer Mehrheit von Integritätsschäden die Entschädigung ebenfalls nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abzuleiten. Zunächst sind die einzelnen Schäden gesondert zu beurteilen, anschliessend ist anhand dieser Einzelwerte der Gesamtwert zu ermitteln. Dieser Vorgang

stellt nicht immer eine einfache Addition der Einzelwerte dar. Um zu einem sachgerechten Resultat zu kommen, kann sich aber eine solche aufdrängen, insbesondere wenn es sich um voneinander völlig unabhängige Schäden ohne gegenseitigen Einfluss handelt. In anderen Fällen kann der Gesamtwert weniger als die Summe betragen, so wenn sich die verschiedenen Beeinträchtigungen überlagern, so dass ein Teil der Beeinträchtigung doppelt entschädigt würde, wenn die Leistung nach der Summe berechnet würde (Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1997, S. 45).

Der auf die Schulter bezogene Schaden beträgt 25 % (Erw. 4.1) und die auf die Wirbelsäule zurückzuführende Einbusse ist auf 20 % zu veranschlagen (Erw. 4.2.5), während die übrigen geltend gemachten Beschwerden keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründen.

Hier rechtfertigt sich eine additive Berücksichtigung dieser Einbussen, handelt es sich doch dabei um weitgehend voneinander unabhängige Schäden ohne gegenseitigen Einfluss (vorstehend Erw. 5.1). Demnach ist der Gesamtschaden auf 45 % festzusetzen, was zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde führt.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten. (Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit Art. 7 f. der Verordnung über die sozialversicherungsrechtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen). Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses wird diese auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgelegt.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherung vom 6. Dezember 2005 dahin abgeändert, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 45 % hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

E. 5

Kyphosen und Skoliosen (ohne Frakturen).

Die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers können hier unter Ziff. 3 eingeordnet werden, zumal die Ärzte der Uniklinik N., Team Wirbelsäule, mittels MRI vom 20. August 2004 am 2. November 2004 verschiedene Diskusprotrusionen erhoben (Urk. 10/232). Dagegen nannte Dr. E. sowohl im Bericht vom 10. Oktober 2002 als auch in jenem vom 15. April 2005 die Brustkyphose und die BWS-Skoliose, ohne jedoch in Anlehnung an Tabelle 7.2 die Grade der Abweichung zu beziffern (Urk. 10/156 S. 2, Urk. 10/207 S. 5 unten), während die Ärzte der Uniklinik N. von einer unauffälligen BWS, jedoch auch von einer leicht linkskonvexen cervicothorakalen Kurve, mithin einer Skoliose sprachen (Urk. 10/232).

Aufgrund der fachärztlichen, rheumatologischen Abklärung darf indes angenommen werden, dass die Beschwerden aufgrund der Hernien im Vordergrund stehen, zumal Kreisarzt Dr. E. am 10. Oktober 2002 selbst festhielt, der Schaden richte sich nach Punkt 3 (Urk. 10/156 S. 4 unten). Doch kann - wie im Folgenden zu zeigen sein wird - letztendlich offen bleiben, ob die Einschränkung aufgrund von Ziff. 3 oder von Ziff. 5 der Tabelle 7.2 zu entschädigen ist.

Kreisarzt Dr. E. bezifferte am 10. Oktober 2002 den Schaden bezüglich Nacken und HWS bei einer Schmerzfunktion ++ bis +++ auf 10 % (Urk. 10/156 S. 4 Mitte) und beschrieb eine Belastungs- und Bewegungsintoleranz mittleren Grades im HWS-Nackebereich mit Beeinträchtigung der unterhalb liegenden Wirbelsäule und der linken Schulter (Urk. 10/156 S. 3 Mitte). Dagegen bewertete Dr. C. am 14. April 2004 die Einschränkung an Hals-, Lumbal- und Brustwirbelsäule mit 30-40 % (Urk. 10/206), welche Aussage er jedoch in der Folge relativierte und am 30. August 2005 dafür hielt, die Integritätsschädigung von 30 % für den gesamten Schaden scheine ihm korrekt (Urk. 10/249). Dr. O. schätzte am 10. Mai 2004 den auf die Wirbelsäule, insbesondere die HWS bezogenen Schaden auf 40 % (Urk. 10/214/3).

Nach der auf die Schulterendoprothese folgenden Untersuchung gelangte Dr. E. am 15. April 2005 zum Schluss, die Situation im Nacken und in der HWS sei gegenüber seiner letzten Untersuchung eher günstiger. Zur Hälfte seien die Beschwerde auf den massiven Vorzustand zurückzuführen, weshalb der Integritätsschaden für die unfallkausalen Leiden nur noch auf 5 % zu veranschlagen sei (Urk. 10/207 S. 8).

Dr. E. schätzte den Schaden in Bezug auf den Rücken zunächst auf 10 % (Urk. 10/156) und reduzierte diesen in Folge der nach der Operation verbesserten Schulterverhältnisse auf 5 %, nunmehr mit der Begründung, die Hälfte der Beschwerden sei durch den erheblichen Vorzustand erklärbar (Urk. 10/207 S. 6 und S. 8).

Allerdings ist nicht nachvollziehbar, weshalb nach der jüngeren Untersuchung der Schaden - angeblich wegen den degenerativen Veränderungen - geringer sein soll als nach der ersten Abklärung, denn der Vorzustand präsentierte sich derweil wohl unverändert. Der von Dr. E. ___ postulierten Einschränkung von lediglich 5 % kann daher nicht gefolgt werden.

Allerdings kann gestützt auf Dr. C. ___ auch nicht die von ihm angegebene Einschränkung von 30-40 % (Urk. 10/206) angenommen werden. Denn seiner Einschätzung ist weder zu entnehmen, dass er die auf degenerative Veränderungen zurückzuführende Schmerzhaftigkeit berücksichtigt hätte, noch setzte sich Dr. C. ___ mit der erheblichen Diskrepanz zwischen den subjektiv vorgetragenen Beschwerden und den objektiven Befunden auseinander. Schliesslich lässt sein Hinweis, er erachte eine 100%ige Rente als gerechtfertigt (Urk. 10/206) - welche Beurteilung allein den rechtsanwendenden Behörden, nicht jedoch dem Arzt obliegt - auf eine gewisse Fürsorglichkeit zum Beschwerdeführer schliessen, weshalb die Einschätzung des behandelnden Arztes rechtsprechungsgemäss mit Zurückhaltung zu wärdigen ist. Im übrigen hat Dr. C. ___ am 30. August 2005 mit Blick auf die Schmerzhaftigkeit des linken Schultergelenkes, des mit der Endoprothese versorgten rechten Schultergelenkes und der unveränderten Verhältnisse von Seiten des Rückens die zugesprochene Integritätsentschädigung von 30 % als korrekt bezeichnet (Urk. 10/249).

Hinsichtlich der Beurteilung durch Hausarzt Dr. O. ___ (vgl. Urk. 10/247/3 Ziff. 1.2)

vom 10. Mai 2004, der in Anbetracht der erhobenen massiven Schmerzen die Einschränkung von Seiten der Wirbelsäule auf 40 % veranschlagte (Urk. 10/214/3), sind die bereits gegenüber Dr. C. ___ geäusserten Vorbehalte angebracht. Auch Dr. O. ___ berücksichtigt nicht, dass die objektiven Befunde die subjektiven Angaben nicht vollumfänglich zu erklären vermögen und dass von den weiteren, mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzten auch aggravatorisches Verhalten festgehalten wurde, welches Dr. O. ___ aufgrund seiner Ausführungen offenbar ebenso ausser Acht liess wie die nicht unfallkausalen Beschwerden aufgrund degenerativer Veränderungen.

4.2.5 Was die Einschätzung der Befunde an der (Hals-)Wirbelsäule anbelangt, eröffnet die massgebende Schmerzfunktionsskala, von der Natur der Sache her, dem spezialisierten Gutachter einen ganz beträchtlichen Beurteilungsspielraum, weil es keine klassifikatorische Grenzziehung zwischen mässigen Beanspruchungsschmerzen, geringen und starken Dauerschmerzen gibt. Die Schätzung des Integritätsschadens ist daher stets auch im Lichte der klinischen Untersuchung zu wärdigen.

Mit der vom Kreisarzt Dr. E. ___ im Bereich der Wirbelsäule am 10. Oktober 2002 anerkannten funktionellen Abweichung von 10 % stuft er die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers mit + bis ++ (mässige Beanspruchungs- bis geringe Dauerschmerzen) ein, bezeichnete die Schmerzfunktion jedoch gleichzeitig mit ++ bis +++ (geringe bis starke Dauerschmerzen; Urk. 10/156 S. 4 Mitte). In Abweichung zur Feststellung von Dr. E. ___ beträgt die Entschädigung bei einer Funktionseinschränkung ++ bis +++ gemäss Tabelle 7.2 bei Diskushernien 10-20 respektive 20-40 (-50) %.

Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der Ermittlung der bloss somatisch begründeten Schmerzen (Dr. E. ___; Urk. 10/156 S. 4) sowie der Tatsache,

dass von den nicht behandelnden Ärzten von demonstrativem Verhalten berichtet (Austrittsbericht Rehaklinik F.____; Urk. 10/48 S. 4 oben) beziehungsweise auf mangelnde organische Befunde - denen für die Bemessung der Integritätsschadens zentrales Gewicht zukommt (BGE 113 V 218) - hingewiesen wurde (Dr. J.____, Urk. 10/53), rechtfertigt sich, die Entschädigung für die Einschränkungen an der Wirbelsäule im mittleren Bereich anzusiedeln und auf 20 % festzusetzen.

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