

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00259 vom 22. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00259)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00259 du 22 juillet 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00259 del 22 luglio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs führt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einem bestimmten Gesundheitsschaden ist nicht erforderlich, dass der Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache des Gesundheitsschadens ist; vielmehr genügt es, dass der Unfall den Gesundheitsschaden zusammen mit unfallfremden Faktoren hervorgerufen hat und somit nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch der Gesundheitsschaden entfielen würde (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1). Die Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der

allgemeinen Lebenserfahrung dazu geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, hängt demgegenüber nach der hÄhchstrichterlichen Rechtsprechung von der Unfallschwere und von weiteren objektiv erfassbaren Umständen ab, welche im Zusammenhang mit dem Unfall stehen (BGE 115 V 133):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Rechtsprechungsgemäss ist der adÄquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher BeeintrÄchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere, von der Rechtsprechung aufgestellte Kriterien einzubeziehen sind. Als solche Kriterien werden genannt:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere EindrÄcklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemÄsse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulÄssen;
- ungewÄhnlich lange Dauer der Ärztlichen Behandlung;
- kÄrperliche Dauerschmerzen;
- Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

1.3 Ä Ä Ä Ä Ist die UnfallkausalitÄt eines bestimmten Gesundheitsschadens einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfÄllt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natÄrliche und adÄquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Ebenso wie der leistungsbegrÄndende natÄrliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der Äberwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, wÄhrenddem die blosser MÄglichkeit nunmehr gÄnzlich fehlender ursÄchlicher Auswirkungen nicht genÄgt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegrÄndender natÄrlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 Erw. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b).

1.4 Ä Ä Ä Ä Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmÄssige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemÄss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie gemÄss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der Ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfÄllige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, wobei mit dem Rentenbeginn die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahinfallen.

1.5. Invalidität ist nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

1.6. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den "Regelfall" gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

1.7. Nach Art. 36 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilfenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist (Abs. 1). Die Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und die Hinterlassenenrenten werden angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung oder der Tod nur teilweise die Folge eines Unfalles ist, wobei Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, nicht berücksichtigt werden (Abs. 2).

## E. 2

2.1.1.1 Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere Rente als eine solche auf der Basis eines 21%igen Invaliditätsgrades hat, ob seine Integritätsentschädigung auf einer höheren als einer 10%igen Integritätseinbusse zu bemessen ist und ob ihm allenfalls über Ende Januar 2006 hinaus statt der Rente weiterhin Taggelder und Leistungen für die Heilungskosten auszurichten sind.

## E. 2.2

2.2.1.1 Vorab stellt sich die Frage, welche der Befunde und der geklagten Beschwerden im massgebenden Zeitraum bis zum Datum des angefochtenen Einspracheentscheids vom 24. April 2007 (noch) auf den Unfall vom 28. Januar 2005 zurückzuführen sind.

2.2.2.1 Einigkeit besteht unter den medizinischen Fachpersonen darin, dass die persistierenden Rückenbeschwerden mit den unfallbedingten Frakturen der Brustwirbel zusammenhängen. An dieser Beurteilung hat sich nach der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. F. \_\_\_ vom 15. Dezember 2005 (Urk. 8/32) nichts geändert. Vielmehr gingen im Frühjahr 2006 die Ärzte der Klinik G. \_\_\_ und im Winter 2006/2007 die Ärzte der Klinik K. \_\_\_ - zumindest implizit - nach wie vor von einer solchen Unfallkausalität aus (Urk. 8/65/3, Urk. 8/67/2, Urk. 20/42), und Dr. J. \_\_\_ führte am 14. Dezember 2006 aus, die Fraktur habe eine muskuläre Dekonditionierung ausgelöst, welche das thorakolumbovertebrale Syndrom unterhalte (Urk. 8/76/1). Des Weiteren ist auch im Gutachten des M. \_\_\_ nichts zu finden, was auf ein Wegfallen der Unfallbedingtheit der betreffenden Beschwerden hindeuten würde, sondern der rheumatologische Teilgutachter führte aus, die Belastbarkeit der Wirbelsäule sei aufgrund des stattgehabten Traumas - neben den bekannten Frakturen der BWK 7 und 8 waren später auch Frakturen der BWK 5 und 7 festgestellt worden (vgl. Urk. 20/55 S. 15) - deutlich eingeschränkt (Urk. 20/55 S. 16).

2.2.3.1 Was die Beschwerden in der rechten Schulter betrifft, so hatte der Beschwerdeführer bereits während seines einwöchigen Aufenthaltes im Spital A. \_\_\_ über Schulterschmerzen geklagt, und die dort angefertigten radiologischen Aufnahmen hatten gemäss dem Austrittsbericht vom 2. Februar 2005 zwar keine ossären Läsionen ergeben, die Ärzte waren aber immerhin davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall eine Schulterkontusion erlitten habe (Urk. 8/4). Bei den radiologischen Abklärungen im Spital E. \_\_\_ vom 25. August 2005 wurde eine Tendinosis der Supraspinatussehne am Humeruskopfansatz und eine leichte Bursitis subacromialis festgestellt, bei im übrigen intakten Sehnen und Muskeln der Rotatorenmanschette (Urk. 8/15), und die Ärzte der Rehaklinik D. \_\_\_ führten diesen Befund im Austrittsbericht vom 14. September 2005 unter den Unfallursachen auf (Urk. 8/16 S. 1). Dr. F. \_\_\_ schliesslich erachtete die rechte Schulter bei der kreisärztlichen Untersuchung vom Dezember 2005 zwar nur noch als geringfügig beeinträchtigt (Urk. 8/32 S. 3 und S. 4), bezeichnete diese geringfügigen Beeinträchtigungen aber doch als "Restfolgen" (vgl. Urk. 8/32 S. 5). Damit ist überwiegend wahrscheinlich, dass der Sturz vom 28. Januar 2005 mindestens eine Teilursache der Schulterbeschwerden war, wie sie bis Dezember 2005 fortbestanden.

Die Untersuchungen, die im weiteren Zeitverlauf durchgeführt wurden, ergaben variierende Befunde und Interpretationen. Eine Sonographie der rechten Schulter, die im März 2006 in der Klinik G. \_\_\_ durchgeführt wurde, zeigte gemäss dem Bericht vom 16. März 2006 eine ventrodistale gelenkseitige nicht transmurale

Partialruptur der Supraspinatussehne links im Sinne einer UnterflÄchenlÄsion (Urk. 8/65/3 S. 2). Dr. J.\_\_\_\_ stellte im Äberweisungsschreiben an die Klinik K.\_\_\_\_ vom 7. November 2006 aufgrund einer Arthro-MRI-Untersuchung vom 1. November 2006 die Diagnose einer ausgeprÄgten retraktilen Kapsulitis (Urk. 8/74), die Klinik K.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 12. Dezember 2006 dann jedoch fest, klinisch bestehe das Bild eines subakromialen Impingements vom Supraspinatustyp, hingegen fehle das typische Bild einer frozen shoulder, obwohl MR-tomographisch Zeichen einer retraktilen Kapsulitis (gemÄss der medizinischen Literatur als Synonym der frozen shoulder verwendet; vgl. auch die Terminologie im Gutachten des M.\_\_\_\_, Urk. 20/55 S. 16) beschrieben wÄrden (Urk. 8/76/2 S. 2 f.). Dr. J.\_\_\_\_ ging daraufhin in seinem Bericht vom 14. Dezember 2006 davon aus, dass keine frozen shoulder, sondern die Supraspinatus-LÄsion fÄr die Schulterbeschwerden verantwortlich sei, und beurteilte die Schulterbeschwerden gleichzeitig als "vollumfÄnglich posttraumatisch" (Urk. 8/76/1). DemgegenÄber sprach sich Dr. L.\_\_\_\_, auf den sich die Beschwerdegegnerin beruft (Urk. 2 S. 4, Urk. 7 S. 3 f., Urk. 26 S. 1), in der Aktenbeurteilung vom 16. Januar 2007 gegen eine UnfallkausalitÄt der Schulterbeschwerden aus, dies mit der BegrÄndung, dass es sich bei der vom Spital E.\_\_\_\_ erhobenen Tendinose um einen allgemeinen, unspezifischen Befund handle, der eher degenerativ als traumatisch sei, und dass die UnterflÄchenlÄsion der Supraspinatussehne aufgrund ihrer Lokalisierung ebenfalls eher degenerativer Natur sei (Urk. 8/81 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass es sich bei Tendinosen um degenerative Erkrankungen handelt, stimmt mit der medizinischen Literatur Äberein (Niethard/Pfeil, OrthopÄdie, 2. Auflage, Stuttgart 1992, S. 200). Zu beachten ist aber, dass Unfallereignisse ohnehin meist nur teilursÄchlich fÄr Sehnenrupturen in der Schulter sind (Niethard/Pfeil, a.a.O., S. 370). Unter diesen UmstÄnden erscheint es bei der dargelegten medizinischen Aktenlage wohl als Äberwiegend wahrscheinlich, dass unfallfremde Faktoren das Beschwerdebild im Bereich der rechten Schulter mitbestimmen, es ist jedoch nicht Äberwiegend wahrscheinlich, sondern lediglich mÄglich, dass der Unfall vom 28. Januar 2005 seine kausale Bedeutung fÄr dieses Beschwerdebild im Beurteilungszeitraum bis zum 24. April 2007 vollstÄndig verloren hat. Dies gilt umso mehr, als der rheumatologische Teilgutachter des M.\_\_\_\_, der ebenfalls von einem Impingement-Syndrom sprach, im Februar 2008 immer noch davon ausging, der chronische Schulterschmerz habe sich aus der erlittenen Schulterkontusion entwickelt (Urk. 20/55 S. 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist die Beschwerdegegnerin, die fÄr das Wegfallen der UnfallkausalitÄt der Schulterbeschwerden die Beweislast trÄgt, fÄr deren Auswirkungen bis zum Datum des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids grundsÄtzlich leistungspflichtig, wobei sie die Rente und die IntegritÄtsentschÄdigung, soweit die Schulterbeschwerden hier leistungsrelevant sind, in Anwendung von Art. 36 Abs. 2 UVG angemessen kÄrzen darf.

2.2.3Ä Ä Äber mehr oder weniger permanente Beschwerden in den unteren ExtremitÄten klagte der BeschwerdefÄhrer erstmals bei der Besprechung an seinem Wohnort von Ende September 2005 (Urk. 8/20 S. 1); in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ hatte er lediglich gelegentliche Schmerzen in den Beinen beziehungsweise in den Knien erwÄhnt (Urk. 8/16 S. 4 und S. 5). In der Folge nannte Dr. F.\_\_\_\_ den Befund von beidseitig hypoplastischen Kniescheiben (Urk. 8/32 S. 4), und der Befund einer Kniescheibenhypo-beziehungsweise -dysplasie wurde spÄter von den Ärzten der Klinik G.\_\_\_\_ und der Klinik K.\_\_\_\_ bestÄtigt (Urk. 8/65/3 S. 2, Urk. 8/67/2, Urk. 8/76/2 S. 2, Urk. 8/42 S. 2).

Zudem zeigte die veranlasste Skelett-Szintigraphie vor allem rechts eine leichte Gonarthrose (Urk. 8/71/3). Der Rheumatologe des M. \_\_\_ liess zusätzlich zu den bestehenden Bildaufnahmen der Knie ein Röntgenbild des Beckens anfertigen, weil der Beschwerdeführer auch über Hüftschmerzen klagte und das linke Bein in Aussenrotation bewegte (Urk. 20/55 S. 13 ff.); dabei wurden ein diskreter Beckenschiefstand, fragliche leichte Sklerosierungen im Iliosakralgelenk, fragliche Osteophyten am Femurkopf beidseits und eine mögliche fehlende Rundung kranial am Übergang vom Femurkopf zum Schenkelhals festgestellt (Urk. 20/55 S. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Kausalität besteht Einigkeit darin, dass die erhobenen Befunde der Hypo- und Dysplasie der Kniescheiben und auch die Arthrose unfallfremd sind. Dr. J. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2006 zudem fest, dass auch die chronischen Schmerzen in den Knien "sicher Krankheit" seien (Urk. 8/76/1). Demgegenüber vermutete Dr. C. \_\_\_ in einem Zeugnis vom 10. Mai 2006 insoweit einen Zusammenhang mit dem Unfall, als es aufgrund des Rückenleidens zu einer Überbelastung der Kniegelenke gekommen sei (Urk. 8/67/3). Ein Hinweis auf die Beteiligung einer solchen Überbelastungs- und Fehlbelastungsreaktion findet sich im Bericht der Klinik K. \_\_\_ vom 16. Februar 2007; es konnten muskuläre Dysbalance-Zeichen im Becken-/Hüftbereich und in den unteren Extremitäten erhoben werden (Urk. 20/42 S. 3). Eine genaue Klärung liess sich indessen auch durch die Begutachtung im M. \_\_\_ nicht herbeiführen. Der Rheumatologe hielt vielmehr fest, sowohl die beidseitigen Knieschmerzen als auch die lateralen Hüftschmerzen links seien aufgrund der klinischen und radiomorphologischen Untersuchungen schwierig konklusiv einzuordnen, die angeborene Patellahypoplasie könne durch eine femoropatelläre Überbelastung durchaus zu lokalen Schmerzen führen und im Bereich der linken Hüfte sei das Vorliegen eines femoroazetabulären Impingements nicht ausgeschlossen, in Frage komme aber auch eine muskuläre Dysbalance bei chronifizierter Fehllhaltung (Urk. 20/55 S. 16). Sodann schlug er zwar weitere Abklärungen vor, um ein allfälliges femoroazetabuläres Impingement oder eine Binnenläsion zu verifizieren und eine allfällige neurogene Ursache der schmerzhaften Bewegungsstörung an den unteren Extremitäten zu erheben sowie Missbildungen in anderen Organen zu erkennen (Urk. 20/55 S. 17). Angesichts dessen, dass die Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten und der Hüfte erst geraume Zeit nach dem Unfall auftraten, ist indessen nicht anzunehmen, dass diese zusätzlichen Abklärungen zum Ergebnis einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität führen würden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist die Beschwerdegegnerin für die Beschwerden in den Beinen und in der Hüfte nicht leistungspflichtig, ohne dass es in dieser Hinsicht - entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2 und S. 7 f.) - einer weiteren Begutachtung bedürfte.

2.2.4 Ä Ä Schliesslich finden sich in den medizinischen Unterlagen auch Anhaltspunkte dafür, dass am gesamten Schmerzbild eine psychische Problematik beteiligt ist. Im Bericht über das psychosomatische Konsilium, das im August 2005 in der Rehaklinik D. \_\_\_ durchgeführt worden war, ist von einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit die Rede, welche die Gefahr einer Schmerzchronifizierung berge (Urk. 8/14 S. 4), Dr. J. \_\_\_ fragte sich im November 2006, ob das Beschwerdebild allein mit den vorhandenen Befunden zu erklären sei oder ob nicht (auch) eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliegen könne (Urk. 8/74), die Ärzte der Klinik K. \_\_\_ empfahlen im Bericht vom 16.

Februar 2007 Schmerz-Coping-Strategien (Urk. 20/42 S. 3), und der psychiatrische Teilgutachter des M.\_\_\_\_ stellte dann neben der Diagnose einer leichten depressiven Episode explizit die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 20/55 S. 10). Noch schwerwiegendere psychische Störungen wurden schliesslich von den Fachpersonen der Psychiatrie erhoben, die nach der Begutachtung durch das M.\_\_\_\_ mit dem Beschwerdeführer befasst waren; Dr. N.\_\_\_\_ und lic. phil. O.\_\_\_\_ nannten eine schwere, lang andauernde Anpassungsstörung, verbunden mit einer schweren Depression vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung (Urk. 20/72), die Psychiatrische Klinik P.\_\_\_\_ diagnostizierte eine schwere agitierte depressive Episode mit psychotischen Symptomen (Urk. 20/76 S. 2), und Dr. Q.\_\_\_\_ bestätigte diese Diagnose und hielt zudem fest, dass sich beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom Januar 2005 ein rasch chronisch werdendes Schmerzverarbeitungssyndrom, verbunden mit depressiven Episoden und aggressiv getragenen Verstimmungszuständen herausgebildet habe (Urk. 20/82 S. 3).

Ob die dargestellte psychische Problematik in einem unfallversicherungsrechtlich relevanten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 28. Januar 2005 steht, hängt nach den vorstehenden Erwägungen von den körperlichen Auswirkungen der unfallkausalen Einschränkungen ab. Deshalb ist darauf erst weiter unten näher einzugehen.

2.3 Nachdem feststeht, welche der organisch bedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu qualifizieren sind, ist für den zur Diskussion stehenden Zeitraum vom 1. Februar 2006 bis zum 24. April 2007 das Ausmass ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen.

Dr. F.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in der kreisärztlichen Beurteilung vom 16. Dezember 2005 unfallbedingt eine volle Arbeitsfähigkeit (vollzeitlich und vollschichtig) für leichte bis mittelschwere wechselbelastende und in freier Arbeitsposition zu verrichtende Tätigkeiten mit vereinzelt Zusatzbelastungen von 5 - 15 kg. Als massgebende Einschränkungen beschrieb er eine leichte Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung der thorakalen Wirbelsäule, wogegen er die Unfallfolgen im Bereich der rechten Schulter als nicht relevant erachtete (Urk. 8/32 S. 5). Dass auch die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers die Zumutbarkeitskriterien von Dr. F.\_\_\_\_ erfüllt, ist entgegen dem kreisärztlichen Hinweis (Urk. 8/32 S. 5) nicht anzunehmen, denn diese Tätigkeit umfasst gemäss einer Notiz der Beschwerdegegnerin über ein Gespräch mit dem zuständigen Betriebsleiter vom 27. September 2005 das Heben von Drahtgittern mit einem Gewicht von bis zu 20 kg (Urk. 8/19). Die Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ muteten dem Beschwerdeführer im Bericht an die IV-Stelle vom 6. April 2006 hingegen selbst unter Berücksichtigung der unfallfremden Kniebeschwerden eine andere, angepasste Tätigkeit zu 100 % zu (Urk. 8/66/2 S. 5). Die Ärzte des M.\_\_\_\_ attestierten ihm demgegenüber anlässlich der Begutachtung vom Februar 2008 auch für angepasste Arbeiten schon rein körperlich bedingt eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30 % und beschrieben diese Arbeiten als leichte Tätigkeiten ohne monoton repetitive Haltungen und ohne Notwendigkeit eines Einsatzes des rechten Armes über der Horizontalen, dafür mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen (Urk. 20/55 S. 17 und S. 19). Dabei hielten sie ausdrücklich fest, die Beurteilung im besagten Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ könne nicht aufrechterhalten werden (Urk. 20/55 S. 21). Zum einen begründeten sie diese Auffassung aber mit der Progredienz der Befunde, was dafür spricht, dass die Einschränkungen im weiter

zurückliegenden Beurteilungszeitraum noch nicht dasselbe Ausmass hatten. Zum andern umfasst die Beurteilung der Ärzte des M.\_\_\_\_ auch die unfallfremden Beeinträchtigungen im Bereich der unteren Extremitäten und der Hände.

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung ihrer Leistungen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging (Urk. 2 S. 7, Urk. 8/58 S. 3). Bei der Umschreibung dessen, was als angepasste Tätigkeit zu betrachten ist, kann jedoch nach dem bereits Gesagten nicht ohne Weiteres auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden, sondern hier erscheinen die Angaben im Gutachten des M.\_\_\_\_ als präzisierender und einleuchtender. Im übrigen drängen sich aber entgegen der Betrachtungsweise des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2 und S. 7 f.) keine weiteren medizinischen Abklärungen zur Arbeitsfähigkeit aus organischer Sicht auf.

2.4 Damit kann auch die Frage der Unfallkausalität der diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen beantwortet werden.

Dabei dürfte zumindest die Schmerzverarbeitungsstörung in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. Januar 2005 stehen, da es dieses Ereignis war, das zu den körperlichen, nicht ausreichend verarbeiteten Schmerzen führte. Indessen fehlt es in Anwendung der dargelegten rechtlichen Kriterien an der Adäquanz des natürlichen Kausalzusammenhangs. So hat sich der Treppensturz, der als Unfall im mittleren Bereich einzustufen ist, unter keinen dramatischen oder besonders eindrücklichen Umständen ereignet, die Wirbelfrakturen sind zwar nicht als leichte, aber auch nicht als besonders schwere Verletzungen zu qualifizieren, eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich, der Heilungsverlauf war nicht schwierig angesichts dessen, dass die Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_ im September 2005 von einer stabilen Deckenplattenfraktur sprachen (Urk. 8/16 S. 2), und auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist nicht erfüllt, da der Beschwerdeführer ein Jahr nach dem Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit erreicht hatte. Dass sich sodann die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen in die Länge zogen, ist zu einem Teil auf die psychische Problematik zurückzuführen, sodass auch dieses Kriterium kaum erfüllt ist. Damit bleibt das Kriterium der Dauerschmerzen, die aber ebenfalls teilweise mit der psychischen Problematik zusammenhängen.

Somit ist die Beschwerdegegnerin für die zusätzlichen, durch das psychische Krankheitsbild zurückzuführenden Einschränkungen nicht leistungspflichtig.

2.5 Bei der Festlegung der konkreten Leistungen ist vorab festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in Anwendung von Art. 19 Abs. 1 UVG den Rentenbeginn zu Recht auf den 1. Februar 2006 festgesetzt hat.

So gab die Rehaklinik D.\_\_\_\_ bereits im September 2005 als hauptsächliches Rehabilitationsziel die verbesserte Teilhabe am soziokulturellen Leben an (Urk. 8/16 S. 2), was nicht zu den eigentlichen medizinischen Behandlungen gehört, die Art. 19 Abs. 1 UVG anvisiert. Sodann schlug Dr. F.\_\_\_\_ anlässlich der ärztlichen Untersuchung vom Dezember 2005 als therapeutische Massnahme der Wahl ein aktives Muskelaufbautraining vor, dem der Beschwerdeführer jedoch



verbindlich festzulegen. Dem Beschwerdeführer bleiben damit in dieser Hinsicht in einem allfälligen späteren Verfahren alle Rechte gewahrt. Hinzuweisen ist nur darauf, dass es sich nach den vorstehenden Erwägungen bei den Tätigkeiten, die der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner unfallbedingten Beeinträchtigungen noch zu verrichten vermag, um eher leichtere Arbeiten handelt, als sie die Beschwerdegegnerin der Bemessung des Invalideneinkommens zugrunde gelegt hat (vgl. Urk. 2 S. 7). Die Beschwerdegegnerin wird daher noch zu prüfen haben, ob und wieweit sich dieser Umstand zusätzlich einkommensvermindernd auswirkt.

2.7. Schliesslich ist die Höhe der Integritätsschädigung zu überprüfen.

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Festsetzung des Integritätsschadens auf 10 % auf die Beurteilung von Dr. F. \_\_\_ vom 15. Dezember 2005 (Urk. 8/33) ab. Dieser ging von der Tabelle 7 der SUVA Richtwerte aus ("Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaffektionen"), wo für Wirbelfrakturen (LWS/BWS/HWS) je nach Ausmass der Beweglichkeitseinschränkung (ab 10°) und je nach Schmerzintensität Werte von 0-30 %, maximal von bis zu 50 %, eingetragen sind. Dr. F. \_\_\_ ermittelte in den Bereichen der Wirbel T8 und T9 Einschränkungen um 8° beziehungsweise um 11° und ging von einer Schmerzintensität der Stufe + bis ++ aus, was nach der Tabelle, wie er dies ebenfalls festhielt, zu einem Integritätsschaden im Bereich zwischen 5 und 20 % führt (Urk. 8/33; vgl. auch Urk. 8/32 S. 5). Der von Dr. F. \_\_\_ eingesetzte Wert von 10 % entspricht unter Annahme einer Beweglichkeitseinschränkung von 10-20° der unteren Grenze des Rahmens (10-20%) für eine Schmerzintensität der Stufe ++ ("geringe Dauerschmerzen, bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe"). Angesichts dessen, dass die Schmerzintensität durch die ausser Acht zu lassende psychische Komponente einer Schmerzverarbeitungsstörung beeinflusst wird, ist diese Beurteilung nicht zu beanstanden. Es kann hier zudem auf die rheumatologische Einschätzung im Gutachten des M. \_\_\_ verwiesen werden, wonach die hochgradige Bewegungseinschränkung Folge einer aktiven Gegeninnervation sei und nicht durch eine im engeren Sinne vertebrale Pathologie erklärt werden könne (Urk. 20/55 S. 16).

Aus den Beeinträchtigungen in der rechten Schulter leitete Dr. F. \_\_\_ keinen Integritätsschaden ab, da er sie als zu geringfügig erachtete (Urk. 8/33). Immerhin beschrieb das M. \_\_\_ später die aktive Elevation nach vorne und die Abduktion als auf etwa 90° eingeschränkt (Urk. 8/55 S. 16). Eine solche Einschränkung wird in der Tabelle 1 der SUVA-Richtwerte ("Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten") mit 15 % bemessen (Schulter, "bis zur Horizontalen beweglich"). Wie oben dargelegt, sind jedoch auch unfallfremde Faktoren massgeblich an der Schulterproblematik beteiligt. Gestützt auf Art. 36 Abs. 2 UVG ist deshalb eine Kürzung angezeigt. Angesichts dessen, dass sich die gesamte Schulterproblematik gemäss dem umfassenden Gutachten des M. \_\_\_ als schwerwiegender darstellt, als dies Dr. F. \_\_\_ noch angenommen hatte, rechtfertigt es sich jedoch, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer dafür im Umfang von 5 % entschädigt.

Damit ist der Integritätsschaden, für den die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu entschädigen hat, von 10 % auf 15 % zu erhöhen.

2.8. Zusammengefasst ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. April 2007 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend zu ändern, dass dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 15 % zusteht. Im Weiteren ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen die Höhe der Rente neu festlege. Insoweit ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

3. Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Berklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 407 Erw. 2c). Vorliegendfalls hat der Umstand, dass der Beschwerdeführer primär weitere Abklärungen beantragen liess und sich zur Höhe der zur Diskussion stehenden Leistungen kurz gehalten hat, den Prozessaufwand nicht zusätzlich beeinflusst. Ihm ist daher eine nicht reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen. Diese ist in Anwendung dieser Kriterien auf von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. April 2007 dahingehend geändert, dass dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 15 % zusteht. Im Weiteren wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen die Höhe der Rente neu festlege. Insoweit wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Yolanda Schweri
- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit
- Krankenkasse R.\_\_\_\_

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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).

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