

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00392 vom 1. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00392

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00392 du 1 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00392 del 1 marzo 2009

Erwägungen

E. 3.1

Die medizinische Erstversorgung des Beschwerdeführers fand am Unfalltag, dem 11. September 2003, im Kantonsspital E.____ statt. Die unfallbezogene Diagnose lautete wie folgt (Urk. 8/4/1 S. 1):

- Thoraxtrauma rechts mit:
- Rippenserienfrakturen
- Lungenkontusion basal
- kleiner Hämatothorax mit im Verlauf Verdacht auf Empyem
- kleiner apikaler und mediastinaler Pneumothorax
- Subluxation Sternoklavikulargelenk rechts
- Rissquetschwunde temporooccipital rechts
- Schulterprellung rechts

Der Beschwerdeführer blieb in der Folge bis zum 30. September 2003 hospitalisiert (Urk. 8/4 S. 1). Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 19. Oktober 2003 attestiert (Urk. 8/4 S. 2).

E. 3.2

Dr. med. A.____, Innere Medizin FMH, stellte mit Bericht vom 10. Dezember 2003 (Urk. 8/8/2) folgende Diagnose (Urk. 8/8/2 S. 1 Ziff. 2):

- Thoraxtrauma rechts mit
- Rippenserienfrakturen
- Status nach Lungenkontusion rechts basal
- Status nach Hämatothorax mit Empyem
- Status nach apikalem und mediastinalem Pneumothorax
- Subluxation Sternoklavikulargelenk rechts

Der Beschwerdeführer sei ab 11. September 2003 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten. Bei einer Subluxation des Sternoklavikulargelenks gebe es keine geeignete Therapie. Es sei mit Einschränkungen vor allem im Rahmen der Berufsausübung als Bauarbeiter zu rechnen (Urk. 8/8/2 S. 1 Ziff. 4, Ziff. 7).

E. 3.3

Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Chirurgie, führte mit Bericht vom 8. März 2004 (Urk. 8/14) aus, dass die geklagten Thoraxbeschwerden durch den Status nach Rippenserienfrakturen noch erklärt seien. Es könne dabei noch längere Zeit zu Beschwerden kommen. Geringgradige Beschwerden beständen noch seitens der Sternoklavikular-Subluxation rechts. Im Vordergrund stehe die Funktionseinschränkung der rechten Schulter. Deutliche Anhaltspunkte für eine Rotatorenmanschettenruptur fanden sich nicht.

Es sei eine stationäre Behandlung notwendig. Aufgrund der noch bestehenden Beschwerden sei noch keine Arbeitsfähigkeit vorhanden, diese könne aber unter intensiver physiotherapeutischer Behandlung wieder erlangt werden (Urk. 8/14 S. 3).

E. 3.4

Vom 18. August bis 29. September 2004 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik Z.____ auf. Mit Austrittsbericht vom 4. Oktober 2004 (Urk. 8/28) wurde folgende Diagnose gestellt (Urk. 8/28 S. 1):

A. Unfall vom 11. September 2003. Sturz aus 3 m Höhe vom Gerüst mit Thoraxtrauma rechts mit Rippenserienfrakturen (dorsal 1-7 Rippe, laterodorsal 3 und 5-9 Rippe), Lungenkontusion basal, kleinem Hämatothorax sowie kleinem apikalen und medastinalen Pneumothorax, Subluxation des Sternoklavikulargelenks, Riss-Quetschwunde temporo-okzipital rechts, Kopf- sowie Schulterprellung rechts. A1 persistierende belastungsverstärkte Schmerzen im rechten Schultergelenk.

B. Ulcus duodeni mit Bulbitis (gemäss Angaben aus den Akten)

C. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit der LWS

D. Verdacht auf primäre fokal-segmentale Glomerulonephritis (gemäss Aktenlage, zurzeit unter Steroid-Therapie), labormässig volle Remission.

E. Pityriasis versicolor am Rücken

Die aktuellen Probleme umfassten bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter, eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks, rezidivierende, teils inspiratorisch stechende Schmerzen im rechten Hemithorax, eine herabgesetzte rohe Kraft des rechten dominanten Arms sowie eine diffuse, keinem Dermatome zuzuordnende Hyposensibilität des rechten Arms und der rechten Hand (Urk. 8/28 S. 1).

Die letzte berufliche Tätigkeit als Kranführer sei nicht zumutbar, da die Anforderungen des häufigen, wiederholten Hebens und Tragens von schweren Lasten zu hoch seien. Die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit gelte vorläufig zu 100 % ab 11. September 2003. Eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ohne langdauernde Abarbeiten sei ganztags zumutbar (Urk. 8/28 S. 1).

Es sei ab 4. Oktober 2004 ein Arbeitsversuch im bisherigen Betrieb, vorläufig ohne Hantieren von Lasten, zu unternehmen. Bei weiterhin gutem Verlauf sei zu erwarten, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit stufenweise wieder aufnehmen könne (Urk. 8/28 S. 2).

Der Beschwerdeführer habe festgestellt, dass er sich von seinen Schmerzen ablenken könne. Es habe eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit der rechten Schulter und eine leichte Steigerung der Belastbarkeit erreicht werden können. In Folge leicht eingeschränkter Beweglichkeit des rechten dominanten Schultergelenkes und der Schmerzhaftigkeit seien langdauernde Überkopparbeiten sowie das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg zum jetzigen Zeitpunkt nicht zumutbar. Bei weiterhin gutem Verlauf sei eine weitere Verbesserung dieser Einschränkungen zu erwarten. Der Beschwerdeführer verfolge folgende Fähigkeiten: Gehen, stehen, sitzen, repetitive Tätigkeiten mit der linken Hand ausführen. Er könne eine leichte bis mittelschwere Arbeit ausführen. Wegen des Unsicherheitsgefühls beim Gehen sei vorläufig von Tätigkeiten auf sturzexponierten Stellen abzusehen (Urk. 8/28 S. 3).

E. 3.5

Eine neurootologische Untersuchung vom 16. Februar 2005 (Urk. 8/59) ergab die Diagnose eines Belastungsschwindels bei Vestibulopathie rechts unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch eine Contusio labyrinthii rechts beziehungsweise einen Vestibularisausfall rechts, mit grosser phobischer Komponente (Urk. Bericht vom 2. März 2005; Urk. 8/59 S. 1). Der Beschwerdeführer klage über wiederkehrende, meist nach rechts gerichtete Drehschwindelattacken, die jeweils einige Minuten andauerten und die vor allem bei körperlicher Anstrengung und schnellen Kopfbewegungen auftraten. In Ruhe sei er beschwerdefrei. Ausserdem berichte der Beschwerdeführer, in Situationen mit vielen Menschen oder auf offenen weiten Plätzen unter Panikattacken zu leiden. Er beschreibe ein Angstgefühl auf der Brust sowie Tachykardie und Schwitzen. In diesen Situationen trete ebenfalls ein Drehschwindel auf (Urk. 8/59 S. 1).

Der klinische Befund mit einer Untererregbarkeit des Vestibularorganes rechts und pathologischem Kopfpulstest sowie die Anamnese sprächen für eine nicht vollständig kompensierte Vestibulopathie rechts und einen dazu passenden Belastungsschwindel. Eine intensive vestibuläre Physiotherapie könne eine Verbesserung der Symptomatik erreichen. Parallel lasse sich eine starke phobische Komponente ausmachen. Sollte sich nach weiteren Abklärungen keine deutliche Verbesserung ergeben, werde man den Beschwerdeführer für eine psychiatrische Verhaltenstherapie anmelden (Urk. 8/59 S. 2).

E. 3.6

Dr. A. diagnostizierte mit Bericht vom 13. September 2005 (Urk. 8/71) einen Belastungsschwindel bei Vestibulopathie rechts unklarer Ursache. Differentialdiagnostisch liege eine Contusio labyrinthii beziehungsweise ein Vestibularisausfall rechts vor. Auffallend im Vordergrund stehe die phobische Komponente. Alle bisherigen Therapien hätten keinerlei Besserung gebracht (Urk. 8/71 Ziff. 1-2).

E. 3.7

Ein MRI des Schädels und Felsenbeins vom 7. Oktober 2005 ergab normale Verhältnisse ohne Nachweis eines pathologischen Befundes frontal oder morphologischen posttraumatischen Veränderungen sowie ein unauffälliges vestibulo-cochleäres System (Urk. 8/80).

E. 3.8

Kreisarzt Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte mit Bericht vom 9. November 2005 (Urk. 8/82) fest, dass der unsichere Gang des Beschwerdeführers auffalle. Dieser führe einen Stock in der linken Hand und werde am rechten Arm von der Ehefrau gestützt. Der Gang sei kleinschrittig und vorsichtig. Zum Aufstehen und Umhergehen halte sich der Beschwerdeführer an Mobiliar und Wänden fest. Das Entkleiden werde im Wesentlichen durch die Ehefrau bewerkstelligt; es seien fast keine Eigenaktionen zu beobachten. Der Stand sei breitbeinig, auch zum normalen Stehen benutze der Beschwerdeführer den Stock. Atrophien der Muskulatur an Ober- und Unterarmen seien nicht erkennbar. Bei der Prüfung der aktiven Beweglichkeit im rechten Schultergelenk zeige der Beschwerdeführer eine Elevation bis 130°, begleitet von erheblichen Schmerzäusserungen. Der Scherzengriff könne nicht aktiv durchgeföhrt werden, bei der Innendrehung im Schultergelenk zeige der Beschwerdeführer Schmerzen. Auffallend sei in dieser Situation, dass er das Portemonnaie in der rechten Gesässtasche trage. Bei der gezeigten Bewegungseinschränkung sei das Portemonnaie jedoch mit der rechten Hand unerreichbar (Urk. 8/28 S. 3).

Bei der Palpation der Wirbelsäule gebe der Beschwerdeführer Schmerzen im Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich an, ebenso bei der manuellen Kompression des Thorax in Sagital- und Frontalebene, wo der Beschwerdeführer diffuse Schmerzen auf der gesamten rechten Thoraxseite angebe. Bei der Auskultation der Lungen im Stehen und der dazu nötigen forcierten Atmung beginne er bereits nach zwei tiefen Atemzügen zu schwanken (Urk. 8/28 S. 3).

Vergleiche man den heutigen Status mit den früheren Befunden, so sei es zu einer deutlichen Veränderung gekommen. Die somatischen Befunde seien nicht in vollem Umfang objektivierbar gewesen. Im Austrittsbericht der Rehaklinik Z. ____, sei festgehalten, dass sich am Thorax unauffällige Verhältnisse mit bronchovesikulärer Atmung über allen Lungenfeldern hätten finden lassen. Auch sei das rechte Schultergelenk bei Austritt nahezu vollständig beweglich gewesen. Weshalb in der Zwischenzeit die Beweglichkeit abgenommen und die Schmerzen zugenommen hätten, sei nicht erklärbar. Nach der kreisärztlichen Untersuchung habe beobachtet werden können, wie der Beschwerdeführer mit unauffälligem Gangbild und deutlich zügiger eine Strecke von etwa 100 Metern gegangen sei. Dabei habe er den Gehstock sporadisch eingesetzt und sei von der Ehefrau rechtsseitig gestützt worden (Urk. 8/28 S. 3).

E. 3.9

Vom 1. bis 15. Februar 2006 weilte der Beschwerdeführer erneut stationär in der Rehaklinik Z. ____, (Urk. 8/94 S. 1). Ein psychosomatisches Konsilium vom 6. Februar 2006 ergab die psychopathologische Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit hypochondrischer Komponente und teils konversionsartigen und dissoziativen Symptomen (ICD-10: F45.8, F44.7) sowie einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.1). Auf der Verhaltensebene imponiere ein dysfunktionales Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit histrionischen Verhaltensauffälligkeiten (Urk. 8/93 S. 1).

Im Anschluss an den Unfall habe nach einem ersten Reha-Aufenthalt im Herbst 2004 zumindest vorübergehend wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden können. Zwischenzeitlich habe sich die Situation aus unklaren Gründen erheblich verschlechtert. Der an einem Stock sich langsam-vorsichtig und teils ängstlich an den

Während absetzende Beschwerden der leidende nun an einem stark limitierenden phobischen Schwindel und gebe sich nur noch in Begleitung ausser Haus. Hinzu kommen ebenso stark einschränkende agora- und claustrophobe Erlebensweisen mit zusätzlichen Panikanfällen mit Atemnot, Herzklopfen und Angst in beengenden Räumen und in der Öffentlichkeit. Der unter topographisch ausgedehnten Schmerzen von hoher Intensität und geringer Variabilität leidende Beschwerdeführer zeige auch konversionsartige und dissoziative Symptome wie Fingertremor, Sensibilitätsstörungen, Wahrnehmungsveränderungen und Stürze mit angeblichem Bewusstseinsverlust. Er klagt weiter über markante Magen-Darmstörungen bis hin zu zeitweiliger Inkontinenz, so dass von einer Somatisierungsstörung auszugehen sei, die zudem eine stark hypochondrische Komponente aufweise. So habe der Beschwerdeführer Angst vor einer schweren Krankheit, die man ihm verschweige (Urk. 8/93 S. 6).

Auf der Verhaltensebene liege ein stark dysfunktionales Überzeugungs- und Bewältigungsmuster vor. Der Beschwerdeführer sei von einem schweren Kranksein überzeugt, neige zu starkem Schonverhalten, zur Selbstlimitierung und in diagnostisch-therapeutischen Kontexten (vor allem bei ärztlichen Untersuchungen und bei Leistungsanforderungen in der Therapie) zu histrionischen Verhaltensauffälligkeiten. Insgesamt sei das psychopathologische Zustandsbild wie auch die dahinter liegende Psychodynamik durch eine starke Regressionsneigung gekennzeichnet (Urk. 8/93 S. 6 f.).

E. 3.10

Mit Austrittsbericht vom 13. März 2006 (Urk. 8/94) ergänzten die Ärzte der Rehaklinik Z.____ die bereits mit Bericht vom 4. Oktober 2004 gestellte Diagnose (vgl. Urk. 8/28 S. 1; vorstehend Erw. 3.4) mit derjenigen des psychosomatischen Konsiliums (Urk. 8/94 S. 1).

Die aktuellen Probleme umfassten ein erhebliches Schwindelgefühl mit Sturzneigung bei Bewegung oder beim Gehen und Stehen ohne Stock, phobische Ängste, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter mit eingeschränkter Beweglichkeit und Schmerzausstrahlungen in den Arm, in die Nackenpartie und die rechte Brustwand. Weiter leide der Beschwerdeführer unter rezidivierenden, teils inspiratorisch stechenden Schmerzen im rechten Hemithorax, einer herabgesetzten Kraft des rechten Armes und einer diffusen Hyposensibilität der rechten Hand und des rechten Armes (Urk. 8/94 S. 1).

Das Ausmass der demonstrierten, erheblichen physischen Einschränkung lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Zumutbarkeitsbeurteilung stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen aus rein somatisch-funktioneller Sicht. Infolge Selbstlimitierung, ungenügender Kooperation im Evaluationsprogramm und erheblicher psychischer Problematik hätten die zu erwartenden Verbesserungen der Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe eine schwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert, so dass aus psychosomatischer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt von keiner relevanten Arbeitsleistung ausgegangen werden könne. Diese Einschränkung müsse nach drei bis vier Monaten überpruft werden (Urk. 8/94 S. 2).

Die Tätigkeit als Kranführer sei nicht zumutbar, da die Anforderungen mit wiederholtem Hantieren auch schwerer Lasten und der bei Schwindelproblematik erhöhten Sturzgefahr zu hoch seien. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne länger dauernde Tätigkeiten über Schulterhöhe sei ganztags zumutbar. Aus psychiatrischen Gründen bestehe vorläufig eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 16. Februar 2006 (Urk. 8/94 S. 2).

E. 3.11

Kreisarzt Dr. med. D. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, hielt mit Bericht vom 11. April 2007 (Urk. 8/96) fest, dass die meisten Sternoklavikulargelenks-Verletzungen keine operative Behandlung erforderten. Neurologisch sei der Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall mit einem Glasgow Coma Scale-Wert von 15 immer unauffällig gewesen. Eine Rissquetschwunde temporo-occipital rechts sei Beweis für eine erlittene Schädelkontusion. Die Überwachung habe aber keine Anhaltspunkte für Folgen eines Schädelhirntraumas ergeben. Erwartungsgemäß hätten sich die Thorax- und die wahrscheinlich mit dem Thoraxtrauma verbundenen Schulterbeschwerden rechts nicht sofort zurückgebildet. Die Rippenfrakturen seien sodann zum Teil in erheblicher Dislokation konsolidiert (Urk. 8/96 S. 2).

Die Beschwerden im Bereich der rechten Thoraxhälfte und im endgradigen Bewegungsspielraum der rechten Schulter seien mit den Rippenserienfrakturen, der Sternoklavikularsubluxation und möglicherweise auch mit einer gleichzeitig erlittenen Schulterkontusion am 11. September 2003 plausibel erklärbar. Diesen Beschwerden liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein organisches, durch den Unfall verursachtes Substrat zugrunde. Die physikalisch-therapeutischen Möglichkeiten dürften ausgeschöpft sein und einer medizinischen Trainingstherapie sei der Beschwerdeführer wenig zugänglich (Urk. 8/96 S. 3).

Ein erheblicher Anstieg der Schmerzen gegenüber dem Zustand in den ersten Monaten nach dem Unfall bis zur ersten kreisärztlichen Untersuchung sei mit strukturellen Veränderungen nur schwer zu erklären. Aufgrund der organischen Unfallfolgen sollte die angestammte Tätigkeit als Kranführer wieder uneingeschränkt möglich sein (Urk. 8/96 S. 3).

E. 3.12

Mit Bericht vom 5. Juli 2006 (Urk. 8/108) hielt Dr. D. ____, sodann fest, dass sehr wahrscheinlich eine vorwiegend durch Einsteifung der Thoraxwand, aber auch durch restriktive Veränderungen aufgrund des Zustands nach Lungenkontusion bedingte Einschränkung der Lungenfunktion vorliege, die knapp die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung erreiche. Die Funktionswerte seien durchaus mit einer üblichen, vom Boden aus ausgeführten Kranführertätigkeit vereinbar. Probleme und Einschränkungen dürften bei Zusatzaktivitäten wie dem Heben und Tragen größerer Lasten zu erwarten sein. Eine Kranführerkabine sollte jedoch erstiegen werden können (Urk. 8/108 S. 2).

Vernarbungen nach Rippenserienfrakturen und den entsprechenden damit verbundenen Weichteilverletzungen sowie die Einsteifung der Thoraxwand seien als bleibende Folgen des Unfalls vom 11. September 2003 anzunehmen. Wie auch die Lungenfunktionsprüfung bestätigt habe, könne die angestammte Tätigkeit als

Baukranführer mit Bedienung des Baukrans vom Boden aus uneingeschränkt ausgeübt werden. Bei diversen Nebenarbeiten sei jedoch mit erheblichen Beschwerden zu rechnen, wobei leichte und mittelschwere Arbeit nach DOT-Kategorien in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik Z. _____ vollumfänglich ausgeübt werden könnten. Das Thoraxtrauma habe offenbar auch zu Beschwerden und eingeschränkter Funktion des rechten Schultergürtels geführt, was aufgrund der erheblichen Verletzung am Brustkorb auch ohne Schulterverletzung plausibel sei. Insofern seien die Schwierigkeiten beim Einsatz des rechten Arms auf Schulter- bis Kopfhöhe erklärbar. Bis auf solche Tätigkeiten, namentlich Werkkopfarbeiten mit der rechten Hand, seien keine anderen Körperhaltungen und Funktionen beeinträchtigt. Eine angepasste Tätigkeit müsse nicht zeitlich abgestuft oder abgekehrt werden und sei mit der üblichen Geschwindigkeit einer durchschnittlichen Person durchführbar (Urk. 8/108 S. 2).

Den Integritätsschaden schätzte Dr. D. _____ auf 10 %, wobei knapp 5 % auf die eingeschränkte Lungenfunktion und der Rest auf die narbige Ausheilung der verletzten Thoraxwand entfalle (Urk. 8/108 S. 3).

E. 3.13

Am 5. Januar 2007 führte Kreisarzt Dr. C. _____ die Abschlussuntersuchung durch (Urk. 8/119 S. 1). Diese habe im Vergleich zu den Vorbefunden keine neuen Erkenntnisse erbracht; der Befund sei im Wesentlichen identisch mit dem Befund vom 28. Oktober 2005 und bestätige auch diejenigen Befunde, die im Austrittsbericht der Rehaklinik Z. _____ dokumentiert seien. Auch nach Einschätzung des Beschwerdeführers habe sich für ihn keine Veränderung ergeben, so dass medizinisch von einem Dauerzustand auszugehen sei. Auf der Grundlage der klinisch nachweisbaren somatischen Befunde, die auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, sei medizinisch-theoretisch eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar (Urk. 8/119 S. 4).

E. 4.1

In der Folge ist zu prüfen, welche der festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen in rechtsgleichem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 11. September 2003 stehen. Es stellt sich die Frage, ob neben den Folgen des Thoraxtraumas, für welche die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen erbringt (zu deren Umfang nachfolgend Erw. 6 f.), weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers - Schmerzausstrahlungen in Rücken und Kopf, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen sowie psychiatrische Diagnosen (vgl. Urk. 1 S. 5 ff.) - auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. Dabei sind zunächst die organischen Beschwerden zu prüfen.

E. 4.2

Dr. A. _____ und Kreisarzt Dr. B. _____ hielten wenige Monate nach dem Unfallereignis fest, dass bleibende Nachteile zu erwarten seien; es könne noch längere Zeit zu Beschwerden kommen. Dr. B. _____ wies darauf hin, dass die Funktionseinschränkung der rechten Schulter im Vordergrund stehe (Urk. 8/8/2; Urk. 8/14 S. 3). Schmerzausstrahlungen in den Kopf und in den Rücken wurden jedoch nicht dokumentiert. Dies gilt auch für den Bericht über den ersten Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik Z. _____ vom 18. August bis 29. September 2004 (Urk. 8/28); der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der Anamnese über keine solche Ausstrahlungen (vgl. Urk. 8/28 S. 4). Das in

Z.____ diagnostizierte chronische Lumbovertebralsyndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit der LWS (Urk. 8/28 S. 1) ist nicht auf den Unfall zurückzuführen und stand nicht im Vordergrund (Urk. 8/28 S. 2). Der Beschwerdeführer hatte dies denn auch bereits am 17. Februar 2004 selbst festgehalten (vgl. Urk. 8/10 S. 1; ■ Von Seiten der unfallfremden Rückenbeschwerden bin ich beschwerdefrei■).

In der Folge stellte Kreisarzt Dr. C.____ im November 2005 fest, es sei nicht erklärbar, weshalb in der Zwischenzeit die Schmerzen zugenommen hätten; die somatischen Befunde seien nicht vollumfänglich objektivierbar (vgl. Urk. 8/82 S. 3). Anlässlich des zweiten Aufenthalts des Beschwerdeführers in Z.____ wurde eine somatoforme Störung diagnostiziert. Das Ausmass der demonstrierten, erheblichen physischen Einschränkung lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären (Urk. 8/94 S. 1 f). Auch gemäss Kreisarzt Dr. D.____ ist der erhebliche Anstieg der Schmerzen mit strukturellen Veränderungen nur schwer erklärbar (Urk. 8/96 S. 3).

E. 4.3

Aus diesen Angaben folgt, dass die vorgebrachten Schmerzausstrahlungen in Kopf und Rücken, soweit sie dokumentiert sind, kein organisches Korrelat haben. Dies gilt auch für den Schwindel und die Gleichgewichtsstörungen: Diese wurden vom Beschwerdeführer erstmals ein Jahr nach dem Unfall erwähnt (vgl. Urk. 8/28 S. 3 oben). Bezüglich der Gleichgewichtsproblematik zeigten sich bei der genaueren neurologischen Untersuchung in Z.____ jedoch unauffällige Befunde (Bericht vom 4. Oktober 2004; Urk. 8/28 S. 3 oben). Neurootologisch wurde eine nicht vollständig kompensierte Vestibulopathie und ein dazu passender Belastungsschwindel angenommen, wobei parallel dazu eine starke phobische Komponente festgestellt wurde (vgl. Urk. 8/59 S. 2). Letztere stand gemäss Dr. A.____ im Vordergrund (Urk. 8/71 Ziff. 1-2). Im psychosomatischen Konsilium vom 6. Februar 2006 wurde diese Beeinträchtigung als phobischer Schwankschwindel bezeichnet (vgl. Urk. 8/93 S. 6) und somit auf psychische Ursachen zurückgeführt. Bildgebende Abklärungen ergaben jedoch normale Verhältnisse und ein unauffälliges vestibulo-cochleäres System (Urk. 8/80). Eine organische Ursache konnte somit nicht festgestellt werden. Da zudem im Anschluss an den Unfall neurologisch keine Auffälligkeiten vorlagen und die Überwachung keine Anhaltspunkte für Folgen eines Schädel-Hirntraumas erbracht hatte (vgl. den Bericht von Kreisarzt Dr. D.____; Urk. 8/96 S. 2), ist eine organische Ursache der Schwindel- und Gleichgewichtsproblematik nicht überwiegend wahrscheinlich.

E. 4.4

Nach dem Gesagten steht fest, dass in somatischer Hinsicht keine weiteren als die von der Beschwerdegegnerin bereits anerkannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers unfallkausal sind.

E. 5.1

Bezüglich des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers diagnostizierten die Ärzte der Rehaklinik Z.____ mit Konsiliarbericht vom 6. Februar 2006 (Urk. 8/93) eine somatoforme Schmerzstörung mit hypochondrischer Komponente und teils konversionsartigen und dissoziativen Symptomen sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.1). Weiter liege ein dysfunktionales Überzeugungs- und

Bewertungsmuster mit histrionischen Verhaltensauffälligkeiten vor (Urk. 9/93 S. 1).

E. 5.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt nebst der natürlichen Kausalität voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden auch ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

E. 5.3

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Die Beschwerdegegnerin ordnete das Unfallereignis vom 11. September 2003, bei dem der Beschwerdeführer von einer am Kranseil pendelnden Last getroffen wurde und drei Meter in die Tiefe stürzte (vgl. Urk. 8/1 Ziff. 7; Urk. 8/6) den mittelschweren Unfällen zu (Urk. 2 S. 5). Dies ist nicht zu beanstanden und wird im Übrigen grundsätzlich nicht bestritten (vgl. Urk. 1 S. 6).

E. 5.4

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 Eindringlichkeit 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 auffallender 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 andern 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).

E. 5.5

Der Unfall vom 11. September 2003 spielte sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ab und war nicht von besonderer Eindringlichkeit: Der Beschwerdeführer stürzte aus einer Höhe von drei Metern auf den mit Erde bedeckten, ebenen Boden (vgl. Urk. 8/6). Zum Vergleich: Selbst bei einem Unfall, wo ein Autofahrer bei 60 km/h ein Bremskettengelenk durchbrach und ca. drei Meter tief in einen Bach stürzte, wurde keine besondere Eindringlichkeit angenommen (Urteil des hiesigen Gerichts in Sachen G. vom 8. September 2006; Prozess-Nr. UV.2005.00078, bestätigt mit Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. August 2007; U 515/06).

Die Verletzungen, die der Beschwerdeführer erlitt, waren zwar von gewisser Schwere, erscheinen aber nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung hervorzurufen. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung der körperlichen Unfallfolgen liegt sodann nicht vor: Mit Austrittsbericht vom 4. Oktober 2004, etwa ein Jahr nach Behandlungsbeginn, attestierten die Ärzte der Rehaklinik Z. dem Beschwerdeführer eine ganzständige Arbeitsfähigkeit in leichter bis mittelschwerer Tätigkeit (Urk. 8/28 S. 1). Damit fallen auch Grad und Dauer der körperlich bedingten Arbeitsfähigkeit nicht ins Gewicht, zumal erwartet wurde, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit stufenweise wieder aufnehmen könne (vgl. Urk. 8/28 S. 2). Per 1. November 2004 wurde denn auch eine Arbeitsfähigkeit als Kranfahrer im Umfang von 50 %

erreicht (Urk. 8/31-32).

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung bestehen nicht. Was die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen und des schwierigen Heilverlaufs mit erheblichen Komplikationen angeht, so müssten diese aufgrund der somatisch bedingten Beeinträchtigung verursacht worden sein, was nicht der Fall ist. Soweit psychische Gründe dafür verantwortlich sind, muss dies hier unberücksichtigt bleiben.

E. 5.6

Die adäquate Kausalität der psychischen Leiden des Beschwerdeführers ist nach dem Gesagten zu verneinen. Somit steht lediglich die Thoraxverletzung mit der daraus resultierenden Vernarbung nach Rippenverletzung, Einsteifung der Thoraxwand, Einschränkung der Lungenfunktion und Funktionseinschränkung des rechten Schultergürtels in rechtsgenauem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 11. September 2003. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die Beurteilung durch Dr. D. ___ vom 5. Juli 2006 (Urk. 8/108) verwiesen werden. Für die weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin nicht einzustehen.

E. 5.7

Gemäss der von den Ärzten der Rehaklinik Z. ___ vorgenommenen Beurteilung sind dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne länger dauernde Tätigkeiten über Schulterhöhe ganztags zumutbar (Austrittsbericht vom 13. März 2006, Urk. 8/94 S. 2). Kreisarzt Dr. D. ___ hielt fest, dass bis auf den Einsatz des rechten Armes auf Schulterhöhe und über Kopf keine Funktionen und Körperhaltungen beeinträchtigt seien. Eine angepasste Tätigkeit sei vollumfänglich zumutbar (Urk. 8/108 S. 2). Gemäss Kreisarzt Dr. C. ___ ist auf Grundlage der klinisch nachweisbaren somatischen Befunde, die auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, medizinisch-theoretisch eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar (Urk. 8/119 S. 4). Davon ist auszugehen. Für die Richtigkeit dieser Beurteilung spricht im Übrigen, dass bereits nach dem ersten Aufenthalt in Z. ___ bei Austritt eine nahezu vollständige Beweglichkeit des rechten Schultergelenks erreicht werden konnte (vgl. Urk. 8/28 S. 3).

E. 6.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im

Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 Erw. 2a und b, vgl. auch BGE 114 V 313 Erw. 3a).

E. 6.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig die zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Angaben der Y. AG (Urk. 8/143 S. 3 unten in Verbindung mit Urk. 8/134 und Urk. 8/138) und errechnete für das Jahr 2007 einen Betrag von Fr. 69'011.-- (Urk. 8/143 S. 3 unten; Urk. 2 S. 7).

Das ist nicht zu beanstanden und im Übrigen unbestritten (vgl. Urk. 1 S. 7).

E. 6.4

Zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin fünf DAP-Profile bei (Dokumentation über Arbeitsplätze; Urk. 8/142) und errechnete ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 55'964.-- (Urk. 2 S. 7).

Leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne länger dauernde Tätigkeiten über Schulterhöhe sind dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar. Über diese Einschränkung hinaus sind keine Funktionen und Körperhaltungen beeinträchtigt (vgl. vorstehend Erw. 5.7). Bei den verwendeten Profilen werden Tätigkeiten beschrieben, die diese Vorgaben berücksichtigen. Nachdem die Profile weiter Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe enthalten, erweist sich das Abstellen auf DAP-Profile als rechtsprechungskonform (BGE 129 V 472).

E. 6.5

Nimmt man zum Vergleich die Berechnung des hypothetischen Invalideneinkommens nach den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) vor, so ergibt sich Folgendes:

Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttoflöhe (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2006 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41.7 Stunden (Die

Volkswirtschaft 12-2008 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

E. 6.6

Angesichts der Zumutbarkeit einer 100%igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2006, Tabellengruppe TA1, Rubrik **■Total■**, Niveau 4).

Das im Jahr 2006 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'732.-- pro Monat (LSE 2006, Tabellengruppe TA1, Rubrik **■Total■**, Niveau 4), mithin Fr. 56'784.-- (Fr. 4'732.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden angepasst ergibt dies den Betrag von Fr. 59'197.-- (Fr. 56'784.-- : 40 x 41,7). Unter Berücksichtigung der nominellen Lohnentwicklung für das Jahr 2007 in Höhe von 1.6 % (Die Volkswirtschaft 12/2008 S. 95 Tabelle B 10.2, Rubrik **■Nominal Total■**) resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 60'144.-- (Fr. 59'197.-- x 1.016).

Was den behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn angeht, so ist darauf hinzuweisen, dass die einzige medizinisch ausgewiesene Behinderung des Beschwerdeführers im Einsatz des rechten Armes auf Schulterhöhe und über Kopf besteht (vgl. vorstehend Erw. 5.7), was bei den üblichen einfachen und repetitiven Tätigkeiten nicht ins Gewicht fallen dürfte. Mithin schränkt diese Behinderung den

Beschwerdeführer nicht wesentlich in der Wahl der Tätigkeit ein. Es ist daher nicht zu erwarten, dass der Beschwerdeführer seine verbleibende Arbeitsfähigkeit nur zu einem unterdurchschnittlichen Lohn - der tiefer sein müsste als der verwendete Tabellenlohn - verwerten kann. Lohnmindernd wirkt sich aber allenfalls das Alter des 1955 geborenen Beschwerdeführers aus. Diesem Umstand wird mit einem Abzug von 5 % Rechnung getragen; die weiteren persönlichen und beruflichen Umstände sind nicht geeignet, einen höheren Abzug zu rechtfertigen.

Es ergibt sich damit ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 57'137.-- (Fr. 60'144.-- x 0.95).

E. 6.7

Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. Fr. 69'011.-- (vgl. vorstehend Erw. 6.3) mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 57'137.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 11'874.--. Dies entspricht einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von gerundet 17 % (BGE 130 V 121). Aus der Vergleichsberechnung anhand LSE-Daten resultiert somit ein geringerer Erwerbsunfähigkeitsgrad als der von der Beschwerdegegnerin angenommene in Höhe von 19 %.

7. Der Beschwerdeführer rügt weiter, es sei infolge seiner Gleichgewichtsstörungen und psychischen Beeinträchtigungen eine zusätzliche Integritätsentschädigung geschuldet (vgl. Urk. 1 S. 8). Nachdem diese Einschränkungen jedoch wie dargelegt (vgl. vorstehend Erw. 4.3, 5.6) nicht adäquat kausal auf das Unfallereignis vom 11. September 2003 zurückzuführen sind, bleibt es bei der zugesprochenen Integritätsentschädigung von 10 %, zumal diese vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wird.

8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Zusprache einer Rente ab 1. Februar 2007 basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 19 % sowie einer Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 10 % und damit der angefochtene Entscheid als rechters erweisen.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Beat Wachter
 - Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
 - Bundesamt für Gesundheit

4. 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).

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