

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00386 vom 29. Juli 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-07-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00386

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00386 du 29 juillet 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00386 del 29 luglio 2010

Erwägungen

E. 4

4.1. Laut Austrittsbericht der A. ___ vom 27. Februar 2003 über die stationäre Rehabilitation vom 16. Dezember 2002 bis zum 5. Februar 2003 wurde die traumatische Kompressionsfraktur im Bereich LWK 1 und LWK 3 ohne Neurologie zunächst konservativ behandelt. Bei Klinikaustritt bestanden im Wesentlichen unveränderte Befunde im Sinne eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms ohne Seitenprädistention bei Haltungsinsuffizienz (thorako-lumbaler Flachrücken, S-förmige Wirbelsäulenskoliose). Konventionell radiologisch zeigten sich konsolidierte LWK1- und LWK3-Kompressionsfrakturen mit einem erheblichen Nachkyphosierungswinkel von 23°. Aktuell bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. Das Heben und Tragen auch von leichtesten Gewichten bis 5 kg speziell wiederholt oder über Taillenhöhe sowie das Ausführen von Tätigkeiten mit Zwangspositionen des Rumpfes und in kniender oder kauender Position sei beschwerlich und eingeschränkt. Aufgrund der Unfallfolgen sei zweifelhaft, ob eine berufliche Wiedereingliederung im Bauwesen möglich sei. Während des Rehabilitationsaufenthaltes sei eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung zur Einleitung allfälliger beruflicher Massnahmen erfolgt. Für die bisherige Tätigkeit bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ein Fallabschluss sei noch verfrüht (Urk. 17/23).

Ä. Kreisarzt Dr. med. E. ___, Facharzt für Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 28. Mai 2003 und kam zum Schluss, dass sich inzwischen ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom entwickelt habe. Anlässlich der Untersuchung sei der Eindruck einer Überbewertung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer entstanden. Hinsichtlich des beruflichen Zumutbarkeitsprofils schliesse er sich der Einschätzung der Ärzte der A. ___ an (Urk. 17/33-34; vgl. auch Urk. 17/39, Urk. 17/47).

4.2. Am 20. Juni 2005 wurde der Beschwerdeführer im B. ___ interdisziplinär (internistisch, rheumatologisch sowie psychiatrisch) gutachterlich untersucht. Dabei klagte er über dauernd vorhandene Rückenschmerzen mit zwei Schmerzpunkten im Bereich des thorakolumbalen Übergangs und tieflumbal. Die Rückenschmerzen würden sich bei Bewegung und Belastung akzentuieren und dann, etwa nach einer halben Stunde Laufen, zusammen mit Missempfindungen und Schmerzen über dem ventralen Oberschenkel und manchmal auch über dem Unterschenkel bis in die Ferse aufzutreten. Deshalb sei die Sitz- und Gehdauer massiv eingeschränkt, und es beständen schmerzbedingte Durchschlafstörungen. Die rheumatologische Untersuchung ergab - bei fehlenden Zeichen für eine Aggravation - eine umschriebene Druckdolenz im Bereich der ehemaligen Frakturen mit leichtem paravertebralem muskulärem Hartspann sowie mit

entsprechend eingeschränkter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Neurologisch fanden sich keine Defizite, und die radiologische Untersuchung ergab einen im Vergleich zu den Voruntersuchungen unveränderten Befund mit einer in kyphotischer Fehlstellung verheilten LWK1-Kompressionsfraktur sowie einer geringen Keilformität des LWK3 mit jeweiliger Bildung von ossären Reaktionen im Sinne ventraler Spondylosen. Gemäss Beurteilung der Gutachter waren die Beschwerden als chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit belastungsakzentuierter Ausstrahlung in beide Beine, vorwiegend in die ventralen Oberschenkel, zu interpretieren und erinnerte anamnestisch an eine Claudicatio-spinalis-Symptomatik. Aus rheumatologischer Sicht sei eine stationäre Rehabilitation mit Optimierung der analgetischen Medikation sowie eine MRI-Untersuchung und Beurteilung des Spinalkanals zum Ausschluss eines intraspinalen Prozesses als Ursache der claudicatioähnlichen Beschwerden zu empfehlen. Die psychiatrische Untersuchung ergab, dass der Beschwerdeführer durch die Schmerzsymptomatik, den damit verbundenen Stellenverlust und die Arbeitslosigkeit mit materiellen Sorgen deutlich belastet war und sich deshalb eine leichte bis mittelgradige depressive Episode entwickelt hatte. Aufgrund der rheumatologischen Korrelate für die angegebenen Schmerzen konnte die psychiatrische Gutachterin das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung ausschliessen. Vorübergehend habe wohl eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden, welche inzwischen ausgeheilt sei. Zur Verhinderung einer Verschlechterung der psychischen Symptomatik sei eine psychopharmakologische antidepressive Therapie indiziert. Abschliessend kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aktuell aufgrund der posttraumatischen Veränderungen der Wirbelsäule in sämtlichen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig sei. Aufgrund der psychischen Komorbidität bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % in behinderungsangepassten Tätigkeiten. Eine Besserung des Gesundheitszustandes durch die empfohlenen weiteren Therapiemassnahmen sei noch möglich (Urk. 17/91).

4.3 Vom 21. September bis 12. Oktober 2005 war der Beschwerdeführer in der C.____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 19. Oktober 2005 ist zu entnehmen, dass die Durchführung insbesondere der aktiven Therapien schwierig war, da sich der Beschwerdeführer teilweise kaum auf die Therapien eingelassen beziehungsweise zu vermehrter Aktivität habe motivieren lassen. Laut den Ärzten der C.____ war er stark auf seine Schmerzen fixiert, welche im Lendenwirbelsäulenbereich bei Austritt weitgehend unverändert fortbestanden. Er habe Angst vor Bewegung, bewege sich sehr steif und sei in einem dekonditionierten Zustand. Die am 26. September 2005 durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe keine Spinalkanalstenose gezeigt. Auf den Bildern sei eine degenerative Diskopathie Th11-L5 mit massig ausgeprägten Spondylarthrosen mit Zeichen der Aktivierung rechtsbetont sichtbar geworden. Für eine mögliche L5-Wurzelirritation fand sich indes klinisch kein Korrelat. Im Rahmen eines psychologischen Konsiliums vom 10. Oktober 2005 konnte das Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode bestätigt werden, zusätzlich wurden somatoforme Komponenten im Erleben des Beschwerdeführers zur Diskussion gestellt. Abschliessend hielten die Ärzte fest, Ziel der weiteren therapeutischen Massnahmen müsse sein, dem Beschwerdeführer beizubringen, dass durch ein normales Bewegungsverhalten und durch eine muskuläre Kräftigung am ehesten eine Schmerzreduktion erreicht werden könne (Urk. 17/101).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einer ärztlichen Beurteilung vom 3. November 2006 nahm Dr. F. ___ vom versicherungsmedizinischen Dienst der SUVA zu den medizinischen Akten Stellung und hielt fest, dass er mit der rheumatologischen Beurteilung im B. ___-Gutachten vom 10. August 2005 nicht einverstanden sei. Die in den Akten beschriebenen klinischen und radiologischen Befunde seien objektiv nicht schwerwiegend und würden aus somatischer Sicht eine volle Erwerbsunfähigkeit nicht erklären. Die Beurteilung der B. ___-Gutachter könne nur für die Situation anlässlich ihrer Untersuchung Gültigkeit haben. Inzwischen habe die von den Gutachtern empfohlene stationäre Rehabilitation stattgefunden, subjektiv ohne Besserung der Rückenbeschwerden. Neurologische Ausfälle hätten nie bestanden. Die MRI-Abklärung vom 26. September 2005 habe auch keinen Hinweis auf eine Spinalkanalstenose ergeben. Seines Erachtens stünde die psychiatrisch-psychosomatische Problematik im Vordergrund. Aus somatischer Sicht seien keine Gründe ersichtlich, weshalb dem Beschwerdeführer leichte wechselbelastende Tätigkeiten (Gewichte bis 5 kg) nicht weiterhin zumutbar sein sollten, theoretisch sogar ganztags mit uneingeschränkter Leistung (Urk. 17/130).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. G. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 6. Februar 2007 litt der Beschwerdeführer unverändert unter einem therapieresistenten chronischen Lumbovertebralsyndrom. Zusätzlich hätten sich noch Depressionen und Schlafstörungen entwickelt, diesbezüglich bestehe ein Teufelskreis. Er sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten (Urk. 17/132).

4.4 Ä Ä Ä Ä Am 6. und 10. Dezember 2007 wurde der Beschwerdeführer im B. ___ erneut interdisziplinär (internistisch, rheumatologisch-orthopädisch sowie psychiatrisch) begutachtet, allerdings nicht durch dieselben Gutachter wie bei der Erstbegutachtung. Im Vordergrund standen für ihn - bei insgesamt unverändertem Beschwerdebild - eine subjektive Schwäche im Bereich der Lendenwirbelsäule. Weiter beeinträchtigte ihn ein rund um die Uhr bestehender tiefsitzender Rückenschmerz, eine eingeschränkte Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit vorwiegend bei Beugung und Streckung sowie das Gefühl eines Muskelkrampfes im gesamten rechten Bein nach 30 Minuten Gehen. Er gab an, dass er Gewichte höchstens bis 5 kg heben könne. Bei schwereren Gewichten komme es zu einer Schmerzzunahme. Gesamthaft habe er den Eindruck, dass die eingenommene Medikamentenkombination hilfreich gegen die Schmerzen sei. Allerdings konnte er sich aufgrund der Schmerzen nicht vorstellen, auch nur die geringfügigste körperliche Arbeitsleistung zu erbringen. Die rheumatologisch-orthopädische Untersuchung ergab eine von auffälliger Gegeninnervation und Selbstlimitierung begleitete eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Die dabei geäusserten Schmerzen waren nach Ansicht des rheumatologisch-orthopädischen Gutachters teilweise inkonsistent, wobei das angegebene Schmerzmaximum im Bereich LWK4/5 und sakral lag. Die paravertebrale Rückenstreckmuskulatur wies in der klinischen Untersuchung keine Verspannungen oder Myogelosen auf, jedoch bestanden Anzeichen einer Dekonditionierung thorakal bei regelrechter Ausprägung lumbal. Die periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung war regelrecht, wobei der Beschwerdeführer bei Überprägung des Zehen- und Fersenganges aus Sicht des rheumatologisch-orthopädischen Gutachters ein auffällig selbstlimitierendes Verhalten zeigte. Ausserdem habe er bei endgradiger Rotation des Kopfes nach beiden Seiten lumbale Schmerzen angegeben, was medizinisch nicht plausibel

sei. Diese Inkonsistenzen legten nach Ansicht der Gutachter eine Verdeutlichungstendenz nahe. Die Bildgebung ergab eine ventrale Achsenknickfehlstellung einer gibbusartig knöchern konsolidierten LWK1-Fraktur mit ventraler Höhenminderung, die im Segment BWK12/LWK1 eine deutlich verminderte Beweglichkeit vor allem bei Inklination und Reklination der Wirbelsäule nahelegte. Zusätzlich zeigte sich konventionell radiologisch eine diskrete ventrale sowie rechtslaterale Höhenminderung im Bereich des dritten Lendenwirbelkörpers. Der rheumatologisch-orthopädische Gutachter wies auf den Umstand hin, dass die Schmerzangaben des Beschwerdeführers im Bereich der terminalen Lendenwirbelsäule nicht dem pathomorphologischen Korrelat nach dem Unfallereignis entsprechen würden, da sich dieses aufgrund der bildgebenden Befunde im Bereich des thorakolumbalen Überganges befindet. Dort hätten sich lediglich geringe Beschwerden auslösen lassen. Die im Vorgutachten geäußerte Verdachtsdiagnose einer Claudicatio spinalis könne heute nicht mehr bestätigt werden. Die geschilderten Schmerzen in den Beinen könnten nämlich keinem Dermatome zugeordnet werden, und die Nervenwurzeldehnungstests seien bei intaktem sensomotorischem Status peripher unauffällig gewesen. Die psychiatrische Gutachterin fand anlässlich ihrer Untersuchung weder Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, noch solche einer affektiven Störung im Sinne einer depressiven Episode, einer Anpassungsstörung, einer Dysthymia oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Auch konnte sie keinen psychischen Leidensdruck feststellen. Der Beschwerdeführer bezeichnete sich demnach ihr gegenüber nämlich als "glücklichen Menschen", er habe das Bestehen depressiver Gefühle und die Notwendigkeit einer Psychotherapie verneint und über einen gut gestalteten Alltag im Kreise seiner Familie berichtet. Aktuell habe er keine finanziellen Sorgen, er erhalte Unfalltaggelder im Betrag von Fr. 5'000.-- pro Monat. Mangels Anhaltspunkten für eine psychische Störung sei der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Betenschaller nicht arbeitsfähig sei. Für eine angepasste, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben mittelschwerer bis schwerer Lasten bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die Diskrepanz dieser Einschätzung zur bescheinigten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im B.____-Gutachten vom 10. August 2005 sei dadurch zu erklären, dass damals aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht noch nicht sämtliche Therapieoptionen ausgeschöpft zu sein schienen, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eher aus therapeutischer Sicht erfolgt sei. Hinsichtlich der Psyche sei seit der letzten Begutachtung offensichtlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten (Urk. 17/146).

4.5. Am 26. Januar 2009 verfasste Dr. D.____ einen ausführlichen psychiatrischen Bericht. Daraus ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ihm von der SUVA zugesprochenen Rente von nur 36 % finanzielle Probleme hatte und ratlos bezüglich der Frage war, wie er die ihm zugemutete Restarbeitsfähigkeit erwerblich verwerten konnte, da er bisher immer im gleichen Beruf gearbeitet hatte. Er sei der Meinung, dass aller "Stress" von seinem schwachen Rücken stamme, und dass er sich nach dem Unfall verändert habe. Nach Einschätzung von Dr. D.____ wirkte der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung vordergründig nicht depressiv, aber spürbar unsicher, hilflos und verzweifelt. Fast nichts erinnere an die Beschreibung des Beschwerdeführers im B.____-Gutachten vom 26. März 2008. Es sei davon auszugehen, dass er den Schock nach seinem Unfall, welcher ihm vor Augen gefährt habe, wie

einseitig seine Begabungen im handwerklichen Bereich seien und wie sehr er auf seine körperliche Gesundheit angewiesen sei, noch nicht ausreichend verarbeitet habe. Aufgrund der finanziellen Unterstützung durch die Unfallversicherung habe diese emotionale Belastung nach einer gewissen Zeit wieder etwas abgenommen. Nach der Herabsetzung der Unfallversicherungsleistungen im Anschluss an die B. ___-Begutachtung habe der Beschwerdeführer persönllichkeitsbedingt nicht mehr über ausreichende emotionale Ressourcen in der anstehenden Bewöhrungssituation verfügt. Möglicherweise habe bereits vor den Unfällen eine Persönlichkeitsstörung bestanden, vielleicht habe sich nach dem Unfall aber auch eine andauernde Persönlichkeitsveränderung entwickelt. Seiner Einschätzung nach wäre der Druck einer erneuten Arbeitstätigkeit für den Beschwerdeführer aufgrund fehlender emotionaler Ressourcen zu gross. Seit er damit konfrontiert worden sei, wieder seinen Lebensunterhalt bestreiten zu müssen, würden die Schmerzen wieder sein Erleben prägen. Er vermöge diese nicht zu überwinden. Das wirksamste Mittel, die emotionale Gesundheit des Beschwerdeführers zu bewahren, sei deshalb die Befreiung vom Druck, arbeiten zu müssen, und die vollständige Berentung (Urk. 12).

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Es ist unbestritten und aktenmässig erstellt, dass die körperlichen Beschwerden, welche von den am 5. August 2002 verletzten Stellen hauptsächlich im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgehen, natürlich und adäquat unfallkausal sind.

5.2 Ä Ä Ä Ä Der Ansicht des Beschwerdeführers, dass die beiden B. ___-Gutachten vom 10. August 2005 beziehungsweise vom 26. März 2008 in einem unauflösbaren Widerspruch zueinander ständen, kann nicht beigeplichtet werden. Anlässlich der Erstbegutachtung vom 10. August 2005 waren noch nicht alle Abklärungs- und Behandlungsoptionen erschöpft. Die Gutachter stellten damals weitgehend auf die als glaubwürdig eingestuften subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab und vermuteten, dass die claudicatioähnlichen Beschwerden mit den angegebenen Missempfindungen und Schmerzen hauptsächlich über dem ventralen Oberschenkel möglicherweise auf einen intraspinalen Prozess zurückzuführen seien, da sich durch die standardmässig durchgeführten klinischen Tests keine neurologischen Defizite objektivieren lassen. Auch wurde damals noch ein leichter paravertebraler muskulärer Hartspann über den ehemaligen Frakturen erhoben. Die anschliessend erstmals durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 26. September 2005 zeigte indes keine signifikanten Befunde, welche die Beschwerden in den Beinen erklären könnten. Eine Spinalkanalstenose konnte nicht bestätigt werden, und für eine aufgrund der Bildgebung mögliche L5-Wurzelirritation fanden sowohl die Ärzte der C. ___ als auch die B. ___-Gutachter anlässlich der Zweitbegutachtung kein klinisches Korrelat. Zudem lässt sich dem zweiten B. ___-Gutachten entnehmen, dass die früher erhobenen Verspannungen der paravertebralen Rückenmuskulatur nicht mehr vorhanden waren. Anlässlich der mehrwöchigen Hospitalisation in der C. ___ wurde ferner ein problematischer passiver und ängstlicher Umgang des Beschwerdeführers mit seinen Rückenbeschwerden beobachtet. Aufgrund dieser neuen medizinischen Erkenntnisse erschienen die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden - welche entgegen seiner Meinung von den Gutachtern berücksichtigt wurden - in einem neuen Licht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es ist nachvollziehbar, dass im Gutachten vom 26. März 2008 angesichts der vom Beschwerdeführer weiterhin gezeigten Einschränkungen nunmehr

von Inkonsistenzen, selbstlimitierendem Verhalten beziehungsweise einer Verdeutlichungstendenz die Rede ist, nachdem sich die im Vorgutachten geäußerte Verdachtsdiagnose einer Claudicatio spinalis trotz umfassender klinischer und apparativer Untersuchungen nicht bestätigen liess, die geschilderten Schmerzen in den Beinen keinem Dermatome zugeordnet werden konnten, die Nervenwurzeldehnungstests bei intaktem sensomotorischem Status unauffällig waren und auch keine muskulären Verspannungen über der Wirbelsäule mehr festgestellt werden konnten (vgl. Urk. 17/146 S. 21 f.). Im Übrigen sind die Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers nicht einzig anlässlich der zweiten B. ___-Begutachtung aufgefallen; bereits der Kreisarzt Dr. E. ___ hatte anlässlich seiner Untersuchung vom 28. Mai 2003 den Eindruck einer Überbewertung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer gehabt (Urk. 17/34 S. 3). Darauf hinzuweisen ist zudem, dass die von den B. ___-Gutachtern verwendeten Fachbegriffe "selbstlimitierendes Verhalten" beziehungsweise "Verdeutlichungstendenz" nicht unbedingt mit einer Simulation gleichzusetzen sind. Aus den Angaben des Beschwerdeführers ergibt sich des Weiteren, dass sich die Beschwerdesituation auch subjektiv anlässlich der zweiten Begutachtung gebessert hatte, gab er doch an, dass die eingenommenen Medikamente hilfreich gegen die Schmerzen seien. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter hauptsächlich gestützt auf die bildgebend nachgewiesenen posttraumatischen Befunde auf eine zumutbare 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit schlossen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, eine seriöse medizinische Abklärung bedinge, dass nach entsprechender körperlicher Belastung konkret die von ihm geäußerten Beschwerden untersucht würden, ist ihm zu entgegen, dass eine interdisziplinäre Begutachtung an sich schon eine besonders aufwändige und deshalb in der Regel beweiskräftige Untersuchungsform darstellt. Zudem lagen den Gutachtern umfangreiche medizinische Vorakten vor, insbesondere auch die Berichte der Rehakliniken A. ___ und C. ___, wo der Beschwerdeführer über mehrere Wochen beobachtet worden war. Im Übrigen entspricht es allgemeiner Erfahrung, dass aufwändige Belastbarkeitstests bei Personen mit der Tendenz zur Selbstlimitierung kaum brauchbare Resultate bringen. Massgeblich ist auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts nämlich, was die versicherte Person unter Berücksichtigung ihres Gesundheitsschadens aus objektiver Sicht zumutbarerweise zu leisten in der Lage ist (Art. 6 und 7 ATSG), wobei bei selbstlimitierendem Verhalten eine medizinisch-theoretische Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit notwendig wird, sofern dieses Verhalten nicht seinerseits auf einen (psychischen) Gesundheitsschaden zurückzuführen ist. Es kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das von den B. ___-Gutachtern im Gutachten vom 26. März 2008 formulierte berufliche Belastbarkeitsprofil vom Beschwerdeführer auch unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden nach 20-30 Minuten Gehzeit gemeistert werden kann. Sodann ergeben sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Auswirkungen der Medikamenteneinnahme und der behaupteten Schlafstörungen einen wesentlichen, von den Gutachtern nicht berücksichtigten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

5.3 Ä Ä Ä Ä Die psychiatrische B. ___-Gutachterin konstatierte, gestützt auf ihre Untersuchung und die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers keine wesentliche psychopathologische Symptomatik, so dass im Gutachten vom 26. März 2008 keine

psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Da auch Dr. D.____ in seinem Bericht vom 26. Januar 2009 keine Depression diagnostizierte und das Krankheitsbild des Beschwerdeführers keine eindeutigen psychiatrischen Diagnosen nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD - Kapitel V [F]) zuordnen konnte, sondern lediglich mögliche Diagnosen diskutierte, ist erstellt, dass die in früheren Arztberichten erwähnten krankheitswertigen psychischen Probleme in der Zwischenzeit zurückgegangen sind. Ob der Beschwerdeführer seine schlechte psychische Verfassung mit seiner positiven Lebenseinstellung überspielt, wie von seinem Rechtsvertreter geltend gemacht wird, ist unter diesen Umständen irrelevant, da davon auszugehen ist, dass die erwähnten psychiatrischen Fachärzte ein solches Verhalten erkennen konnten und dementsprechend in ihren Diagnosen mitberücksichtigt haben. Die Ausführungen des Psychiaters Dr. D.____ in seinem Bericht vom 26. Januar 2009 zu den psychischen Problemen des Beschwerdeführers - Sorgen wegen finanziellen Problemen und Ratlosigkeit, wie er die ihm zugemutete Restarbeitsfähigkeit bei einseitigen Begabungen erwerblich verwerten kann - sind sodann grundsätzlich nachvollziehbar, aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht aber nicht relevant. Es handelt sich dabei nämlich um durchaus übliche Sorgen und psychosoziale Probleme nach einem einschneidenden (Unfall-)Ereignis, welchen für sich allein noch kein Krankheitswert zukommt und welche mit einer zumutbaren Willensanstrengung keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. Auch hat der Unfallversicherer für unfallfremde Gründe wie eine mangelnde berufliche Ausbildung, welche möglicherweise die Stellensuche erschwert, nicht einzustehen. Es ist einleuchtend, dass der Beschwerdeführer eine Erleichterung von seinen finanziellen Sorgen erfahren würde, wenn ihm eine ganze oder jedenfalls höhere Rente zugesprochen würde. Allerdings kann ihm aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht ein aktiver Umgang mit seinen Beschwerden und die Aufnahme einer angepassten, seiner körperlichen Belastbarkeit entsprechenden Arbeit zugemutet werden. Dem Bericht von Dr. D.____ sind keine nachvollziehbaren Gründe zu entnehmen, welche einer Arbeitsaufnahme in einem leidensangepassten Rahmen entgegenstehen würden. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wie im B.____-Gutachten vom 26. März 2008 festgehalten, aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

5.4.1 Es ergibt sich abschliessend, dass zur Bestimmung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf das B.____-Gutachten vom 26. März 2008 abgestellt werden kann, da dieses in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar ist und auch die übrigen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen erfüllt (vorstehend Erw. 1.4.1). Die divergierende Einschätzung des Hausarztes Dr. G.____, der aufgrund von Schmerzen, Depressionen und Schlafstörungen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für sämtliche Tätigkeiten ausging (Urk. 17/132), ist dagegen aus unfallversicherungsrechtlicher Optik nicht nachvollziehbar. Dr. G.____ konnte seine Einschätzung nämlich nicht mit objektiven Befunden unterlegen und stellte hauptsächlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab.

6.1 Die SUVA ging zur Ermittlung des Invaliditätsgrades gestützt auf die Angaben des Arbeitgebers von einem unbestritten gebliebenen hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 80'530.-- aus (Urk. 17/155, Urk. 17/158), welches der Beschwerdeführer von Juni 2007 bis Mai 2008 als Gesunder verdient hätte (vgl. Art. 15 UVG, Art. 24 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Das

zumutbare hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 51'730.-- hat die SUVA durch Heranziehen von LÄ¶hnen aus der sogenannten DAP (Dokumentation von ArbeitsplÄ¶tzen) ermittelt, wobei sie im Einklang mit der hÄ¶chststrichterlichen Rechtsprechung auf fÄ¶nf DAP-BLÄ¶tter abgestellt und zusÄ¶tzliche Angaben Ä¶ber die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten ArbeitsplÄ¶tze, Ä¶ber den HÄ¶chst- und den Tiefstlohn sowie Ä¶ber den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe gemacht hat (vgl. dazu BGE 129 V 478 ff. Erw. 4.2.2). Auch hat sie dem Ä¶rztlichen Zumutbarkeitsprofil gemÄ¶ss B.____-Gutachten vom 26. MÄ¶rz 2008 vollumfÄ¶nglich Rechnung getragen (vgl. Urk. 17/157-158). Wie bereits im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 5) ausgefÄ¶hrt wurde, sind bei der Heranziehung von DAP-Profilen zur Ermittlung des Invalideneinkommens im Gegensatz zur Festsetzung des Invalideneinkommens gestÄ¶tzt auf LSE-LÄ¶hne AbzÄ¶ge vom Durchschnittswert unzulÄ¶ssig (Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 6. Mai 2008, 8C_319/2007 Erw. 8.1). Der so ermittelte InvaliditÄ¶tsgrad von aufgerundet 36 % und die darauf basierende Rentenzusprechung sind nicht zu beanstanden.

7.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

7.1Ä Ä Ä Ä GemÄ¶ss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der IntegritÄ¶tsentschÄ¶digung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein IntegritÄ¶tsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich wÄ¶hrend des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die kÄ¶rperliche oder geistige IntegritÄ¶t, unabhÄ¶ngig von der ErwerbsfÄ¶higkeit, augenfÄ¶llig oder stark beeintrÄ¶chtigt wird. GemÄ¶ss Abs. 2 gelten fÄ¶r die Bemessung der IntegritÄ¶tsentschÄ¶digung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere kÄ¶rperliche oder geistige IntegritÄ¶tsschÄ¶den aus einem oder mehreren UnfÄ¶llen zusammen, so wird die IntegritÄ¶tsentschÄ¶digung nach der gesamten BeeintrÄ¶chtigung festgesetzt (Abs. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien fÄ¶r die Bemessung der IntegritÄ¶tsschÄ¶den aufgestellt und in einer als gesetzmÄ¶ssig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische SchÄ¶den prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). FÄ¶r die darin genannten IntegritÄ¶tsschÄ¶den entspricht die EntschÄ¶digung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des HÄ¶chstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die EntschÄ¶digung fÄ¶r spezielle oder nicht aufgefÄ¶hrte IntegritÄ¶tsschÄ¶den wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). IntegritÄ¶tsschÄ¶den, die gemÄ¶ss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf EntschÄ¶digung (Ziff. 1 Abs. 3). Die vÄ¶llige GebrauchsunfÄ¶higkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser GebrauchsunfÄ¶higkeit wird der IntegritÄ¶tsschaden entsprechend geringer, wobei die EntschÄ¶digung jedoch ganz entfÄ¶llt, wenn der IntegritÄ¶tsschaden weniger als 5 Prozent des HÄ¶chstbetrages des versicherten Verdienstes ergÄ¶be (Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesÄ¶rtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine RechtssÄ¶tze dar und sind fÄ¶r die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des IntegritÄ¶tsschadens fÄ¶r den Ä¶RegelfallÄ¶ 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).

7.2 Der Beschwerdeführer beantragt eine höhere Integritätsentschädigung ohne substantiierte Begründung. Kreisarzt Dr. E. ___ hielt in seiner Einschätzung vom 28. Mai 2003 fest, beim Beschwerdeführer beständen nach konservativ behandelter LWK1- und LWK3-Fraktur nunmehr ein Kyphosewinkel von 21° sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Gemäss SUVA-Tabelle 7.2 betreffend Integritätsschäden bei Wirbelsäulenaffektionen werde bei einem Kyphosewinkel von mehr als 21° und geringen, bei Belastung verstärkten Dauerschmerzen ein Wert von 15-20 % angegeben. Er gehe von einem Integritätsschaden von 20 % aus, da Zusatzbelastungen schmerzhaft seien (Urk. 17/33). Diese Einschätzung wurde sowohl von Dr. F. ___ in seinem Bericht vom 3. November 2006 (Urk. 17/130) als auch im B. ___-Gutachten vom 26. März 2008 (Urk. 17/146 S. 31) bestätigt und ist nicht zu beanstanden. Dementsprechend ist die von der SUVA zugespochene Integritätsentschädigung von 20 % rechens.

8. Die Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

9. Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG ist die Prozessentschädigung vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Georg Sutter, ist nach Einsicht in die Honorarnote vom 15. Juli 2010 (Urk. 33), in der er sich über einen Zeitaufwand von 29.90 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 140.25 ausweist (Urk. 34), mit Fr. 5'939.80 (inklusive Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Georg Sutter, Winterthur, wird mit Fr. 5'939.80.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Georg Sutter
- Rechtsanwältin Barbara Klett
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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).

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