

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00191 vom 3. März 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00191](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00191)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00191 du 3 mars 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00191 del 3 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8). Mit Verfügung vom 23. Dezember 2011 sprach die SUVA dem Versicherten für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall ab 1. Februar 2012 eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 12 % und eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 10 % zu. Dagegen verneinte die SUVA einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall (Urk. 8/146). Der Versicherte liess dagegen durch Y. \_\_\_ von der Organisation memos Osmani am 27. Januar/29. Februar 2012 Einsprache erheben (Urk. 8/172; Urk. 8/176). Letztere wurde von der SUVA mit Entscheid vom 9. Juli 2012 abgewiesen (Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Nach Art.

#### **E. 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E.

4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E.

3.2, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a).

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S.

232; 125 V 351 E. 3a S. 352). 2.

Im Folgenden ist die medizinische Aktenlage darzustellen:

#### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 1. September 2012 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben; es sei der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen und die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen bzw. Korrekturen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. November 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin, es sei die Beschwerde abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 9. Juli 2012, mit welchem die Verfügung vom 23. Dezember 2011 geschützt worden sei, zu bestätigen (Urk. 7). Dem Beschwerdeführer wurde dies mit Schreiben vom 22. November 2012 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

#### **E. 2.1**

Das Spital A.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik und Poliklinik, wo der Versicherte nach dem Unfall vom 23. November bis 3. Dezember 2009 stationär behandelt wurde, stellte in seinem Austrittsbericht vom 7. Dezember 2009 folgende Diagnosen: Stumpfes Thorakoabdominaltrauma /Axiales Stauchungstrauma Wirbelsäule mit instabiler Wirbelkörperquerfraktur BWK 12 bis in den Prozess

spinosus ziehend und mit Wirbelkörperfraktur LWK 3 mit Beteiligung der Hinterkante ohne Protrusion ; Schädelkontusion; fragliche Fissur Sternum (Corpus). In Bezug auf den Verlauf wurde festgehalten, nach primär dorsaler Spondylodese BWK11-LWK1 und LWK2-4 am 23.11.09 habe sich ein komplikationsloser Verlauf gezeigt. Daher habe bereits am 26.11.09 die ventrale Spondylodese LWK2/3 durchgeführt werden können. Der postoperative Verlauf habe sich erneut komplikationslos mit Regredienz der Schmerzen dargestellt. Das postoperative Ergebnis sei mit einer Röntgenaufnahme dokumentiert worden. Die Mobilisation unter Anleitung der Physiotherapie habe sich während der Hospitalisation problemlos gestaltet. Der Patient sei in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden. Bei Austritt sei er beschwerdefrei gewesen. Es hätten keine sensomotorischen Ausfälle an der oberen oder unteren Extremität bestanden. Das Gangbild sei flüssig gewesen und es hätten allseits seitengleich lebhaftere Reflexe wie auch reizlose Wundverhältnisse bestanden ( Urk. 8/6) .

### **E. 2.2**

Die Klinik C. \_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 27. Januar bis 8. April 2010 stationär behandelt wurde, stellte in ihrem Austrittsbericht vom 8. April 2010 ( Urk. 8/21) folgende Diagnosen: - Unfall vom 23.11.2009, mit/ bei

- stumpfem Thorako-Abdominaltrauma ; - axialem Stauchungstrauma der Wirbelsäule, mit instabiler Wirbelkörperquerfraktur BWK 12 bis in den Prozess

spinosus ziehend mit Wirbelkörperfraktur LWK 3 mit Beteiligung der Hinterkante ohne Protrusion ; - Schädelkontusion; - fraglicher Fissur Sternum (Corpus); - laut Angaben des Beschwerdeführers Frontzahnverletzung; - erhebliche Anpassungsstörung mit psychotrauma tologischer , ängstlicher und leicht depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.28).

In ihrer Beurteilung hielten die Klinikärzte fest, bei Eintritt am 27. Januar 2010 hätten beim Beschwerdeführer belastungsabhängige cervikale und lumbale Rückenschmerzen im Vordergrund gestanden. Zudem hätten eine verminderte Gesamtbelastbarkeit sowie der Verdacht auf eine posttraumatische Anpassungsstörung bestanden. Durch ein multimodales Therapieprogramm habe nur eine leichte Verbesserung der allgemeinen Kondition erreicht werden können. Bezüglich der Schmerzsymptomatik lumbal und cervical habe keine wesentliche Verbesserung erreicht werden können. Das Hauptproblem des Beschwerdeführers seien belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der LWS und paravertebral lumbal bds . sowie belastungsabhängige Schmerzen im Schulter /Nackengebiet bds . Die Schmerzstärke sei mit NRS 8/10 paravertebral im ganzen Rücken beschrieben worden, sowohl bei isometrischer Anspannung der Rückenmuskulatur als auch bei weiterführenden Bewegungen in den Wirbeln. Die Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule sei schmerzbedingt in alle Richtungen eingeschränkt. Der Patient sei aufgrund der Schmerzproblematik in den ADL ( activities

of

daily

living ) verlangsamt, jedoch selbständig. Die max. Gehdauer betrage ca.

30

Minuten. Die Bewegungsübergänge seien vom Beschwerdeführer stark verlangsamt durchgeführt worden. Er habe Angst vor auftreten den Schmerzen bei grossen Körperbewegungen (z.B. Crosswalker oder auf dem Boden sitzen) und kommuniziere dies jeweils in der Therapie klar.

Während des Aufenthalts sei der Patient sodann psychosomatisch mitbetreut worden. Im Rahmen des am 31. März 2010 durchgeführten Konsiliums habe er äusserlich gepflegt, im Kontakt freundlich, kooperativ und hilfesuchend gewirkt. Es habe sich ein rascher, unkomplizierter Gesprächsaufbau ergeben. Der Beschwerdeführer habe sich bewusstseinsklar und allseits orientiert präsentiert. Das Denken sei formal unauffällig gewesen, inhaltlich seien die Beschwerden und Ängste im Vordergrund gestanden. Die kognitiv-mnestischen Funktionen (Konzentration, Auffassungsgabe, Gedächtnis) seien in den Gesprächen nicht beeinträchtigt erschienen. Der affektive und intellektuelle Rapport seien gut herstellbar gewesen. In der Stimmung sei der Patient gedämpft und labilisiert erschienen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers seien einmal vor und einmal während des Klinikaufenthalts Suizidgedanken aufgetreten, von welchen er sich jedoch habe distanzieren können, und er habe glaubhaft versprochen, sich nichts anzutun. Aktuell sei von keiner Suizidalität auszugehen. Es zeigten sich beim Beschwerdeführer gewisse ängstlich-abhängige Persönlichkeitszüge, welche sich darin äusserten, dass er viele „Versicherungen“ und Bekräftigungen brauche, Entscheidungen lieber abgebe und sich schnell verunsichern lasse. Wie sehr diese Züge vorbestehend oder Teil der Diagnose seien, lasse sich schwierig beurteilen. Weiter hätten sich Hinweise auf eine erhöhte körperbezogene Ängstlichkeit gefunden, welche sich in katastrophisierenden Gedankengängen abgebildet habe (z.B. sich bei einem neuerlichen Sturz eine Lähmung zuzuziehen oder zu sterben). Seit dem Unfall sei der Beschwerdeführer vorsichtiger geworden und meide Menschenansammlungen/Gedränge o.ä., weil er befürchte, angerempelt bzw. umgestossen zu werden und dadurch erneut Verletzungen am Rücken zu erleiden. Der Patient könne das Unfallgeschehen detailliert wiedergeben, darüber zu berichten falle ihm gemäss eigenen Angaben jedoch schwer und mache ihn nervös. Daneben sei für ihn auch das Thema Arbeit angstbesetzt. Wegen seinen Rückenschmerzen fühle er sich aktuell nicht arbeitsfähig. Längerfristig befürchte er einen Stellenverlust, da er sich aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen den Anforderungen bei der Arbeit nicht mehr gewachsen fühle. Symptome eines „Hyperarousals“ hätten sich in den Gesprächen nicht beobachten lassen. Die Psychomotorik sei unauffällig erschienen und Zeichen einer erhöhten Nervosität seien nicht direkt beobachtbar gewesen. Es hätten keine Hinweise für psychotisches Erleben (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen) vorgelegen. Psychiatrische Vorerkrankungen seien nicht bekannt.

In der psychiatrischen Beurteilung wurde festgehalten, seit dem Unfall leide der Beschwerdeführer unter anhaltenden lumbovertebralen und zervikalen Schmerzen, Schlafproblemen, erhöhter körperbezogener Ängstlichkeit, Alpträumen und einer Stimmungs labilität mit rascher Verunsicherung.

Insgesamt scheine die Symptomatik ein Ausmass anzunehmen, welches sich an der Grenze zwischen posttraumatischer Belastungsstörung und erheblicher Anpassungsstörung (mit psychotraumatologischer, ängstlicher und leicht depressiver Symptomatik [ICD 10: F43.28]) einordnen lasse. Aus psychiatrisch-psychologischer Sicht sei beim Patienten von

mindestens leichten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein erleichterter Wiedereinstieg in die Arbeit, mit Halbtagestätigkeit zu Beginn, sei zu empfehlen. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung nach Austritt scheine sinnvoll zu sein. Es sei diesbezüglich bereits ein erster Termin für den Patienten vereinbart worden am 12. April 2010 bei Frau Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ (Urk. 8/21-22).

### **E. 2.3**

In ihrem Verlaufsbericht vom 8. Juni 2010 führten die Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei zur zweiten postoperativen klinischen Kontrolle erschienen. Insgesamt habe er seit ca. vier Wochen leicht vermehrte Rückenschmerzen, v.a. bei positivem Press- und Hustenschmerz. Des Weiteren habe er seine auf 2x täglich erhöhten Spaziergänge bis zu 1 km leicht reduzieren müssen. Radikuläre Schmerzen seien nicht vorhanden. Unter den Befunden wurde dargelegt, es habe sich eine reizlos verheilte Narbe präsentiert. Das Gangbild sei sicher gewesen. Es hätten keine sensomotorischen Defizite der unteren Extremität bei bds. unsicherem Einbeinstand bestanden. Subjektiv habe der Beschwerdeführer diffuse Kälteästhesien rechtsseitig persistierend angegeben. Die radiologische Kontrolle habe keine Schraubenlockerung oder Materialdislokation gezeigt. Im Übrigen sei eine beginnende gute Durchbauung festgestellt worden. Die körperliche Belastung sollte nach Massgabe der Beschwerden erfolgen. Bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle am 20. Juli 2010 sei der Beschwerdeführer weiterhin arbeitsunfähig (Urk. 8/33).

### **E. 2.4**

Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und D.\_\_\_\_, dipl. Psychologin, nannten in ihrem Arztbericht vom 7. Juli 2010 als Diagnose eine erhebliche Anpassungsstörung mit psychotraumatologischer, ängstlicher und leicht depressiver Symptomatik (ICD-10: F. 43.28); DD: posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.10). Seit einem schweren Arbeitsunfall im November 2009 leide der Beschwerdeführer an anhaltenden Schmerzen in mehreren Körperregionen, Nervosität, Alpträumen, einer generell erhöhten Ängstlichkeit und Stimmungslabilität, Gedankenkreisen um die Zukunft, „Flash backs“ um das Unfallgeschehen, Weinerlichkeit und Reizbarkeit sowie Schlafstörungen. Angstbesetzt sei vor allem auch das Thema Arbeit. Es seien mittlerweile vier Sitzungen mit dem Beschwerdeführer durchgeführt worden. Er melde sich spontan bzw. bei Bedarf, um sich mentale Unterstützung in Form von schriftlich festgelegten „positiven Gedanken“ an Handlungsanweisungen abzuholen. Diese Methode („Notfallkoffer“) habe er in der Klinik C.\_\_\_\_ gelernt und sie scheine ihm weiterhin Halt zu geben, ausserdem praktiziere er Entspannungsübungen abends zuhause. Es werde im weiteren Verlauf darum gehen, gemeinsam mit dem Beschwerdeführer Strategien zu erarbeiten, die für den Heilungsprozess förderlich seien: Ablenkung durch andere Aktivitäten, Gestaltung der Freizeit, Übungen zur Geduld. Schliesslich wurde festgehalten, die Arbeitsfähigkeit sei abhängig von der Schmerzverarbeitungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer gebe an, ca. 75 % des Tages liegend zu verbringen, d.h. die Arbeitsfähigkeit betrage 0 % (Urk. 8/37).

### **E. 2.5**

Mit Verlaufsbericht vom 14. September 2010 hielten die behandelnden Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der letzten Untersuchung vom 30. August 2010 über einen guten weiteren Verlauf berichtet. Im Vordergrund hätten noch

Schmerzen im BWS- und LWS-Bereich gestanden, vor allem bei Rotation des Oberkörpers. Radikuläre Schmerzen seien keine vorhanden gewesen. Unter den Befunden wurde ausgeführt, es habe sich eine reizlos verheilte Narbe präsentiert. Subjektiv habe der Beschwerdeführer über der LWS ein en Klopf- und Druckschmerz angegeben. Es sei ein paravertebraler Muskelhartspann auszumachen gewesen. Ein sensomotorisches Defizit habe sich nicht gefunden. Die Röntgenaufnahmen hätten eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials mit guter knöcherner Konsolidierung gezeigt. Bei bisher unauffälligem postoperativem Verlauf würden nun von neurochirurgischer Seite aus die dorsalen Fixateure, welche unfusionierte

Segmente überbrücken, entfernt. Diese Operation sei mit dem Beschwerdeführer auf Ende Oktober 2010 terminiert worden ( Urk. 8/63).

### **E. 2.6**

Im Nachgang zu diesem Eingriff

( Hospitalisation im Spital A.\_\_\_\_ vom 28. Oktober bis 2. November 2010 ) berichteten die behandelnden Ärzte am 9. November 2010 über einen insgesamt komplikationslosen Verlauf mit unproblematischer Mobilisation. Die Wundverhältnisse seien zu jedem Zeitpunkt reizlos gewesen. Bei Austritt habe sich das Gangbild flüssig präsentiert, jedoch leicht verlangsamt. Zehen- und Ferseengang seien unsicher gewesen, der Einbeinstand intakt. Es sei kein Trendelenburgzeichen auszumachen gewesen. Bei Bewegung der LWS habe der Patient starke Schmerzen beschrieben, welche von lumbal nach abdominal ausstrahlten ( Urk. 8/74). Nach einer weiteren Konsultation vom 30. November 2010 hielten die behandelnden Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 9. Dezember 2010 fest, es habe sich ein unauffälliger weiterer Verlauf präsentiert. Angesichts der Ausdehnung des Operationsdefekts seien die belastungsabhängigen Rückenschmerzen durchaus erklärbar. Die Arbeitsunfähigkeit sei bis Ende Jahr verlängert worden. Die Schmerzmedikamente sollten im Verlauf reduziert werden. Mit zunehmender Beweglichkeit sollte dann eine physiotherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Eine Verordnung sei ausgehändigt worden ( Urk. 8/82).

### **E. 2.7**

In einem Zwischenbericht vom 16. August 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei von Seiten der BWS/LWS ohne Belastung mehr oder weniger beschwerdefrei. Sodann bestehe eine reaktive depressive Verstimmung bei Familienproblemen/Arbeitsplatzverlust und chronischen Rückenschmerzen. Der Patient mache regelmässig Physiotherapie, gehe selbständig ins Thermalbad und nehme Psycho- und Schmerzverarbeitungstherapie bei Dr. E.\_\_\_\_ in Anspruch ( Urk. 8/115).

### **E. 2.8**

Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 14. September 2011 fest, beim Beschwerdeführer präsentiere sich eine mässiggradig ausgeprägte Bewegungseinschränkung des Rumpfes (BWS/LWS) und eine mässiggradige Belastungsintoleranz des Achsenorgans bei Zustand nach Spondylodese Th12/L1 und L2-S4 vom 23. November 2009 nach Sturz am 23. November 2009. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden der Brust- und Lendenwirbelsäule hätten sich trotz laufender Wassergymnastik und Physiotherapie nicht wesentlich verändert. Nur die Schmerzmittelkombination halte die Beschwerden in einem erträglichen Mass.

Belastungen, wie längeres Gehen und Bücken, führten zu einer Verstärkung der lumbalen Schmerzsymptomatik. Darüber hinaus schlafe das linke Bein häufig ein. Die bei der aktuellen Untersuchung erhobenen funktionellen Einschränkungen des Achsenorgans im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule hätten eine mässiggradige Bewegungseinschränkung in alle Bewegungsrichtungen gezeigt, ohne neurologische bzw. radikuläre Symptomatik. Auch in Anbetracht der Schwere der damaligen Verletzung zweier Lendenwirbelkörper sei das Ausmass der aktuell geklagten Beschwerden aus kreisärztlicher Sicht nicht vollständig nachvollziehbar. Nach Kenntnis der medizinischen Unterlagen und einer laufenden psychiatrisch-psychologischen Behandlung scheine im konkreten Fall eine erhebliche Anpassungsstörung bzw. eine post traumatische Belastungsstörung vorzuliegen. Sämtliche bildgebenden Befunde der Brust- und Lendenwirbelsäule, letztlich vom 30. August 2010, hätten ein reizlos liegendes Osteosynthesematerial und knöchern vollständig konsolidierte Wirbelkörperfrakturen ohne relevante Fehlstellung dokumentiert. Bezüglich Zumutbarkeit ergebe sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Leistungsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten, ganztags. Arbeiten, die mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, mit häufigem Bücken, ausschliesslichem Gehen oder Stehen verbunden seien, seien ebenso aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen wie Einwirkungen im Sinne von Vibrationen und Schlägen auf die Lendenwirbelsäule. Anzustreben sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit, die durch kurze stehende Anteile bzw. durch kurze Gehstrecken aufgelockert werden könne. Aus kreisärztlicher Sicht sei im konkreten Fall von einem medizinischen Endzustand auszugehen. Die noch laufende physiotherapeutische Behandlung könne beendet werden. Weitere Therapiemassnahmen seien nicht indiziert bzw. führten nicht mehr zu einer relevanten Verbesserung des Beschwerdebilds und der funktionellen Einschränkungen des Achsenorgans. Die Beschwerdegegnerin werde für die Schmerzmittel und für drei bis vier Arztkonsultationen im Jahr aufkommen (Urk. 8/119).

### **E. 2.9**

Am 22. September 2011 nahm Kreisarzt Dr. B. \_\_\_ eine Schätzung des Integritätsschadens vor. Den betreffenden Ausführungen ist zu entnehmen, aufgrund der Unfallfolgen sei bei operativ behandelter BWK12- und LWK3 Fraktur eine mässiggradige Einschränkung des Achsenorgans (Brust /Lendenwirbelsäule) in allen Bewegungsrichtungen verblieben. Nach Feinrastertabelle 7, Integritätsentschädigung gemäss UVG, werde eine Fraktur der Lendenwirbelsäule mit geringen Dauerschmerzen und verstärkten Belastungsbeschwerden mit einer Integritätsentschädigung von 5 % bis 10 % eingeschätzt. Aufgrund der doch erheblichen funktionellen Einschränkungen und der operativen Revision sei eine Integritätsentschädigung von 10 % gerechtfertigt (Urk. 8/118).

### **E. 2.10**

Die Orthopädie der K linik G. \_\_\_ nannte in ihrem Verlaufsbericht vom 2. Mai 2012, nebst den bekannten orthopädischen Diagnosen, diejenige einer Anpassungsstörung mit psychotraumatologischer, ängstlicher und leicht depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.28).

Die behandelnden Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer berichtete über unveränderte Beschwerden, hauptsächlich Rückenschmerzen. Diese würden durch Reklination verstärkt. Die Ausstrahlung im Bereich der Leiste links könne in der Bildgebung nicht nachgewiesen werden. Dem Patienten sei eine Facettengelenksinfiltration empfohlen worden. Dieser

möchte das noch mit seinem Hausarzt besprechen und werde sich bei Bedarf melden ( Urk. 8/179).

### **E. 2.11**

Dr. E.\_\_\_\_ / D.\_\_\_\_ führten in ihrem Verlaufsbericht vom 20. April 2012 aus, die Familie des Beschwerdeführers leiste die anfänglich gewährte Rücksichtnahme nicht mehr, was bei diesem immer wieder zu ängstlich-depressiven Stimmungen und Gewissenskonflikten führe. Er sei leicht reizbar und reagiere öfters aggressiv, deshalb fühle er sich sozial immer mehr isoliert. Eine Computertomographie habe seine körperlichen Schmerzen (lagerungsbedingt?) für ca.

zwei Monate verstärkt. Die ängstliche Besorgnis über den Heilungsprozess und die chronischen Schmerzen (die ihn gelegentlich zwingen würden, 75 % des Tages liegend zu verbringen) hätten bis jetzt leider nicht durch ablenkende Massnahmen in Form von Freizeitaktivitäten gemildert werden können. In der letzten Konsultation vom 4. April 2012 habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er bei einem RAV-Kurs psychisch dekomponiert sei, er fühle sich überfordert, habe mehrmals das Kurslokal verlassen und den einwöchigen Kurs vorzeitig abbrechen müssen. Zusammenfassend müsse festgestellt werden, dass trotz des fortgeschrittenen körperlichen Heilungsverlaufs die psychische Symptomatik leider noch nicht die gewünschte Besserung erreicht habe. Es müsse in Belastungssituationen weiterhin mit einer Verschlechterung des psychischen Zustands gerechnet werden. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, sei diese abhängig von der Schmerzverarbeitungsfähigkeit und der Minderung der körperbezogenen Ängste. Der Beschwerdeführer habe grosse Ängste vor unbedachten Bewegungen, die zum Bruch des Titanwirbelkörperersatzes führen könnten. Plötzliche bewegungsabhängige Schmerzen könnten diese Ängste auslösen, z.B. in der Physiotherapie und im privaten Alltag. Dadurch sei sein Aktionsradius immer noch sehr reduziert ( Urk. 8/181).

### **E. 2.12**

Am 19. Juli 2012 erstatteten Dr. E.\_\_\_\_ / D.\_\_\_\_ im Auftrag des Beschwerdeführers einen weiteren Bericht. Sie bezogen sich darin auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ (nicht bei den Akten), welches anscheinend von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, in Auftrag gegeben worden war (vgl. Urk. 8/177). Seitens der beiden Therapeuten wurde festgehalten, dass die von Dr. H.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10: F43.1 werde zugestimmt. Es hätten sich im Verlauf erneut wieder signifikante Symptome dieser Klassifikation gezeigt: Wiederholtes Erleben des Traumas mit in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flashbacks) und mit vegetativer Überregtheit. Der Beschwerdeführer habe einen solchen Zustand geschildert, der während der psychiatrischen Begutachtung aufgetreten sei, als er von seinem Arbeitsunfall erzählen sollte. Ebenso habe er bei der Frage nach vorausgegangen Handlungen in suizidaler Absicht gezittert, geschwitzt und mehrmals die Toilette aufsuchen müssen. Seit längeren Intervallen seien diese Erinnerungen nicht mehr aufgetreten bzw. nicht mehr im therapeutischen Setting erwähnt worden. Der Beschwerdeführer habe gesagt, er möchte lieber sterben als noch mal eine solche Befragungssituation zu erleben. Ein RAV-Kurs sei als ähnlich belastend erlebt worden, er habe mehrmals den Unterrichtsraum verlassen müssen, sei psychisch überfordert gewesen, sei zeitweise von der Kursleiterin einzelbetreut und vorzeitig nach Hause geschickt worden. Dieses Erleben spreche für eine stark verminderte Belastbarkeit. Es

stelle sich die Frage, ob inzwischen von einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung im Sinne von ICD-10: F62.1 ausgegangen werden müsse. Diese Form einer Persönlichkeitsveränderung könne ohne Berücksichtigung des subjektiven, gefühlsmässigen Erlebens und der prämorbidem Persönlichkeit, ihrer Anpassung und ihrer Vulnerabilität nicht vollständig geklärt werden. Folgende klinischen Merkmale würden diagnostische Hinweise für diesen Typus der Persönlichkeitsänderung liefern: Erhöhte Abhängigkeit und Anspruchshaltung (Familie, Hausarzt, delegiert alle administrativen Aufgaben), Überzeugung,

durch die vorangegangene Krankheit bzw. den Unfall verändert oder stigmatisiert worden zu sein („Psychopath“); infolgedessen Unfähigkeit zur Aufnahme und Beibehaltung enger und vertrauensvoller persönlicher Beziehungen sowie soziale Isolation („Familie, Freunde und Kollegen wenden sich ab, wollen nichts mehr mit ihm zu tun haben, er ziehe sich ins Schlafzimmer zurück“); Passivität; verminderte Interessen und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen; Klagen über körperliche Beschwerden, verbunden mit hypochondrischen Ängsten (häufige ängstlich-besorgte Konsultationen beim Hausarzt); dysphorische und labile Stimmung. Im Vergleich zum prämorbidem Niveau sei eine deutliche Störung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit auszumachen. Beim Beschwerdeführer würden folgende psychopathologischen Symptome mit Krankheitswert vorliegen: Depressive Stimmungsschwankungen, Affektlabilität, mangelnde Frustrationstoleranz, gedankliche Einengung auf Körperbefindlichkeit, ängstliche Besorgtheit, Selbstwertproblematik, sozialer Rückzug, Schlafstörungen (schmerzbedingt). Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, benötige der Beschwerdeführer aufgrund der beschriebenen Symptomatik eine sorgfältige berufliche Wiedereingliederung, in einem angepassten geschützten Rahmen, entsprechend den begutachteten somatischen und psychiatrischen Einschränkungen. Die objektive Arbeitsfähigkeit lasse sich nur praktisch, durch geeignete berufliche Massnahmen, und nicht theoretisch, beurteilen (Urk. 3).

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Kausalität zwischen dem Unfall vom 23. November 2009 und den vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beschwerden verneint hat. 4.

Was die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und den psychischen Beschwerden betrifft, führte Kreisarzt Dr. B. in seiner Beurteilung vom 14. September 2011 aus, dass das Ausmass der aktuell geklagten Beschwerden aus kreisärztlicher Sicht nicht vollständig nachvollziehbar sei und vermutete eine erhebliche Anpassungsstörung bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 8/119). Zur genauen Ursache der Entstehung dieser psychischen Beschwerden äusserte sich der Kreisarzt nicht (vgl. E. 2.8). Von Seiten der behandelnden Ärzte hatte erstmals die Klinik C. in ihrem Bericht vom 8. April 2010 eine erhebliche Anpassungsstörung mit psychotraumatologischer, ängstlicher und leicht depressiver Symptomatik (ICD 10: F.43.28); DD: posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.10) erwähnt (E. 2.2). Von dieser Diagnose waren anschliessend auch die beiden Therapeutinnen Dr. E. / D. ausgegangen, zuletzt im Bericht vom 20. April 2012 (Urk. 8/181). Im neusten Bericht vom 19. Juli 2012 wurde hingegen eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 diagnostiziert und daneben eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung ICD-10: F62.1 in Betracht gezogen. Die Therapeutinnen wiesen dabei darauf hin, ihre Beurteilung stehe im Einklang mit dem - aktenmässig nicht dokumentierten - IV-Gutachten von Dr. H. (Urk. 3). Aus den Berichten von Dr. E. / D. bzw. der

Klinik C.\_\_\_\_ geht letztlich ebenfalls unzureichend hervor, wie es aufgrund des Unfalls vom 23. November 2009 zur Entstehung von psychischen Beschwerden gekommen ist. Inwieweit diese Beschwerden natürlich kausal auf den Unfall zurückzuführen sind, braucht indes nicht abschliessend beantwortet zu werden. Fehlt es nämlich ohnehin am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und einer psychischen Störung, kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang offen gelassen werden

( BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472 mit Hinweisen ).

Das ist nachfolgend zu prüfen . 5.

Der Beschwerdeführer beruft sich einerseits darauf, die Adäquanz zwischen Unfall und psychischen Beschwerden gründe auf einem erlittenen Schreckereignis. Rechtsprechung und Lehre haben schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche seit jeher als Einwirkung auf den menschlichen Körper (im Sinn des geltenden Unfallbegriffs) anerkannt und für ihre unfallversicherungsrechtliche Behandlung besondere Regeln entwickelt. Danach setzt die Annahme eines Unfalls voraus, dass es sich um ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, handelt; die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer über raschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen. In jüngerer Zeit wurde diese Rechtsprechung bestätigt und dahingehend präzisiert, dass auch bei Schreckereignissen nicht nur die Reaktion eines (psychisch) gesunden Menschen als Vergleichsgrösse dienen kann, sondern auch in diesem Zusammenhang ebenfalls auf eine "weite Bandbreite" von Versicherten abzustellen ist (BGE 129 V 177 E.

2.1; SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 E.

2.2). Die Beurteilung der Adäquanz zwischen Schreckereignissen, bei welchen die versicherte Person zwar (auch) körperliche Beeinträchtigungen davonträgt, diese indessen nicht entscheidend ins Gewicht fallen, und psychischen Schäden hat nach der allgemeinen Adäquanzformel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu erfolgen (SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.4 mit Hinweisen). An den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Schreckereignissen und nachfolgenden psychischen Beschwerden werden hohe Anforderungen gestellt. Andererseits ist der Versicherungsschutz wie erwähnt einer weiten Bandbreite von Versicherten zu gewähren (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen). Damit sind die strengen Anforderungen insbesondere an den Beweis der Tatsachen, die das Schreckereignis ausgelöst haben, und an die Aussergewöhnlichkeit dieses Ereignisses sowie den entsprechenden psychischen Schock zu stellen. Nach der Rechtsprechung besteht die übliche und einigermaßen typische Reaktion auf solche Ereignisse erfahrungsgemäss darin, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird (BGE 129 V 177, SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.5, je mit Hinweisen). Vorliegend ist festzustellen, dass im Bericht des erstbehandelnden Spitals A.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2009 ( Urk. 8/6)

weder ein psychischer Schock noch andere psychische Auffälligkeiten oder typische Angst- und Schreckwirkungen beschrieben wurden . Schon angesichts dessen erscheint fraglich, ob hier von einem Schreckereignis im Rechtssinn ausgegangen werden kann. Selbst wenn dies bejaht würde , wäre indes

kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Beschwerden gegeben. Zwar kann dem Geschehen eine gewisse Eindringlichkeit nicht abgesprochen werden. Dennoch erscheint es nach der allgemeinen Lebenserfahrung - auch unter Berücksichtigung einer "weiten Bandbreite" von Versicherten - nicht geeignet, psychische Störungen über eine Dauer, wie sie beim Beschwerdeführer vorliegen soll, auszulösen. Die Adäquanz ist nachstehend somit - entsprechend den Ausführungen der Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid - nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ; „Psycho-Praxis“ ) zu prüfen .

### **E. 3**

Auf die einzelnen Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.5**

1 des Urteils BGE 137 V 199, in SVR 2012 UV Nr. 2 S. 3 [8C\_100/2011]; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 6 Ingress und 6.1). Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der nachfolgende Heilungsprozess wird bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Urteile 8C\_893/2012 vom 4. März 2013 E. 4.3 und 5.3 sowie 8C\_885/2011 vom 18. Januar 2012 E. 4 und 6.1).

### **E. 6**

. 2

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 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 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 zum Beispiel 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 gehäufte 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 anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 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 E. 2).

## **E. 7**

### **.2.2**

In Bezug auf den genauen Hergang des Unfalls vom 23. November 2011 präsentiert sich die Aktenlage uneinheitlich. Dem im Polizeirapport vom 7. Dezember 2009 dargestellten Sachverhalt, welcher sich auf die damalige Aussage des Beschwerdeführer stützt, ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei von einem der drei herabstürzenden Metallbehältnissen am Kopf und eventuell am Rücken getroffen worden. Durch den Schlag sei er ins Straucheln geraten, von der Rampe gestürzt, mit dem Rücken möglicherweise auf den vor der Rampe parkierten PW-Anhänger geprallt und schliesslich auf dem 118 cm tiefer befindlichen Betonboden der Einfahrt liegen geblieben (Urk. 8/3). Davon abweichend gab der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde an, zunächst sei ihm eine Metallkiste von ca. 34 kg von hinten auf den Rücken gefallen.

Eine zweite dieser Kisten sei ihm direkt auf den Kopf gefallen. Anschliessend sei er ca. 1.5 m tief nach hinten von der Rampe gefallen. Gemäss Angaben in der Beschwerdeschrift stütze sich dieser Sachverhalt auf die Aussagen des Beschwerdeführers und des Arbeitgebers sowie auf den Polizeirapport. Dies ist indes unzutreffend. Wie soeben aufgezeigt wurde, kann dem Polizeirapport bzw. den damaligen Aussagen des Beschwerdeführers nicht entnommen werden, dass er noch von einer zweiten Kiste am Kopf getroffen worden sei, ebenso wenig den Angaben des Arbeitgebers (vgl. Urk.

### **E. 7.3**

Was das Kriterium der schweren oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, betrifft, hatte der Beschwerdeführer eine BWK12- und LWK3-Fraktur jeweils mit Beteiligung der Hinterkante erlitten, die operativ im Sinne einer Spondylodese von Th12 bis L1 und L2 bis L4 versorgt wurden. Am Achsenorgan ist aufgrund der Unfallfolgen bei operativ behandelter BWK12

und LWK3-Fraktur eine mässiggradige Einschränkung von Brust- und Lendenwirbelsäule in allen Bewegungsrichtungen verblieben. Angesichts der erheblichen Rückenverletzungen bzw. der daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen der Wirbelsäule kann das hier in Frage stehende Adäquanzkriterium bejaht werden, eine besondere Ausprägung ist hingegen nicht gegeben.

### **E. 7.4**

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.

tszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen.

Manualltherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren kommt nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil 8 C\_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.3). Vorliegend war der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 23. November bis 3. Dezember 2009 im Spital A.\_\_\_\_ hospitalisiert. Vom 27. Januar bis 8. April 2010 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der Klinik C.\_\_\_\_. Anschliessend wurden regelmässige Konsultationen durch den Hausarzt durchgeführt. Daneben sind drei Verlaufskontrollen sowie die Entfernung eines dorsalen USS-Fixateurs intern BWK 11/L1 und LWK24/4 im Spital A.\_\_\_\_ mit kurzem stationären Aufenthalt dokumentiert. In Bezug auf all diese ärztlichen Behandlungen ist festzustellen, dass diesen nicht die von der Rechtsprechung geforderte Intensität zukommt. Dasselbe gilt für die Schmerzmittel, die der Beschwerdeführer täglich zu sich nehmen muss, sowie für die Physiotherapie und die Wassergymnastik, die er regelmässig in Anspruch nimmt. Was schliesslich die psychotherapeutische Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ / D.\_\_\_\_ betrifft, dauert diese bereits seit April 2010. Gemäss dem neusten Bericht vom 19. Juli 2012 (Urk. 3) finden diese Sitzungen indes nur 3

bis 6-wöchentlich statt, wobei sich der Beschwerdeführer jeweils spontan bei Bedarf melde. Diesen Behandlungen kann deshalb ebenfalls nicht eine Intensität beigemessen werden, wie sie für die Annahme einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung vorausgesetzt wird. Gesamthaft ist dieses Adäquanzkriterium im vorliegenden Fall somit zu verneinen. 7. 5

Die Beurteilung von körperlichen Dauerbeschwerden richtet sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_172/2009 vom 21. Juli 2009 E. 5.3.3). Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. September 2011 gab der Beschwerdeführer an, an Schmerzen im Rücken, an der Brust- und Lendenwirbelsäule und auch im Nacken zu leiden. Die Schmerzen seien immer vorhanden, sie verstärkten sich bei Belastungen wie z.B. beim Gehen nach 300 m. Im Liegen seien die Schmerzen am wenigsten ausgeprägt (Urk. 8/119). Demgegenüber ist dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. August 2011 zu entnehmen, der Patient sei von Seiten der BWS/LWS mehr oder weniger beschwerdefrei, wo gegen die Rückenschmerzen chronisch seien (Urk. 8/115) Gegenüber den behandelnden Ärzten erwähnte der Beschwerdeführer ausserdem, oftmals bis zu 75 % Tages liegen zu müssen (vgl. z.B. Urk. 8/116). Das Kriterium der körperlichen Dauerbeschwerden kann hier grundsätzlich bejaht werden. Allerdings liegt es höchstens ansatzweise vor. Diesbezüglich ist vor allem auch daraufhin hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor in der Lage ist, wesentliche ausserhäusliche Tätigkeiten auszuüben, wie etwa der Umstand deutlich macht, dass es ihm offenbar möglich ist, für längere Zeit in die Ferien zu fahren (vgl. Urk. 8/23; Urk. 8/108).

## **E. 7.6**

Den Akten lassen sich keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung entnehmen, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Eine solche wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

### **E. 7.7**

Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen kann nicht bereits aus der Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf dazu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (SVR 2007 UV Nr. 25

S. 81 E. 8.5, U 479/05). Solche Gründe sind hier nicht gegeben. Vielmehr ist auf die Feststellung von Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 14. September 2011 hinzuweisen, wonach sämtliche bildgebenden Befunde der Brust- und Lendenwirbelsäule, letztlich vom 30. August 2010, ein reizlos liegendes Osteosynthesematerial und knöchern vollständig konsolidierte Wirbelkörperfrakturen ohne relevante Fehlstellung dokumentiert hätten (Urk. 8/119). Im Ergebnis ist dieses Adäquanzkriterium ebenfalls zu verneinen.

### **E. 7.8**

Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83 E. 4.2.6 [8C\_435/2011]; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 [U 56/00]; Urteil 8C\_729/2012 E. 8.7). Vorliegend bestand beim Beschwerdeführer nach dem Unfall eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach der Verlaufskontrolle vom 31. Mai 2010 führten die Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 8. Juni 2010 aus, es bestehe weiterhin Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten klinischen Nachkontrolle vom 20. Juli 2010 (Urk. 8/33). Nachdem der Beschwerdeführer anscheinend nicht zu diesem Termin erschienen war (Urk. 8/43), fand die nächste Kontrolle am 30. August 2010 statt. Im betreffenden Bericht wurden keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht

(Urk. 8/63). Hingegen äusserten sich die Spitalärzte nach der Abschlusskontrolle vom 30. November 2010 wieder dazu.

Im betreffenden Bericht vom 9. Dezember 2010 wurde zunächst erklärt, angesichts der Ausdehnung des Operationsdefekts seien die belastungsabhängigen Rückenschmerzen durchaus erklärbar. Folglich verlängerten die Ärzte die Arbeitsunfähigkeit bis Ende des Jahres. Gestützt auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte des Spitals

A.\_\_\_\_ ist somit von einer somatisch bedingten vollen Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf ab dem Unfalldatum bis Ende Dezember 2010 auszugehen.

Dabei bleibt indes zu beachten, dass der Kreisarzt bereits im September 2010 eine leichte Arbeitstätigkeit stundenweise für zumutbar erachtete, die Aufnahme einer solchen beim bisherigen Arbeitgeber zu zwei Stunden am Tag jedoch vom Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ verhindert wurde (Urk. 8/61). Hierfür gab Dr. F.\_\_\_\_ auch psychische Gründe an. Ferner hielten die behandelnden Fachpersonen der Klinik C.\_\_\_\_ bereits im Frühjahr 2010 fest, dass die psychische Situation den Wiedereinstieg in die Arbeit und eine volle Arbeitsfähigkeit hindere, wobei sie aus psychiatrischer Sicht die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit halbtags beginnend empfahlen (E. 2.2). Wenn Dr. F.\_\_\_\_ ab 1. Januar 2011 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte, so beruht diese offensichtlich nicht (allein) auf der somatischen Beeinträchtigung. Dr. F.\_\_\_\_ differenzierte diesbezüglich auch nicht, weder hinsichtlich der Ursachen noch der Auswirkungen. Spätestens anlässlich der Beurteilung durch Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ (14. September 2011) war dem Beschwerdeführer indes aus somatischen Gründen die Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit ganztags zumutbar (Urk. 8/119). Aufgrund des Dargelegten ist davon auszugehen, dass bereits im Frühjahr

2010 die Wiederaufnahme einer den somatischen Beeinträchtigungen angepassten Arbeit durch psychische Faktoren behindert wurde, weshalb das Kriterium einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen nicht gegeben ist.

#### **E. 7.9**

Zusammenfassend sind im vorliegenden Fall zwei der Adäquanzkriterien als erfüllt zu betrachten, jedoch keines davon in besonders ausgeprägter Weise. Gemäss obigen Erwägungen (E. 7.1) genügt dies nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden zu bejahen. Bei diesem Ergebnis kann letztlich auch offen bleiben, inwieweit die psychischen Beschwerden natürlich kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen sind.

#### **E. 8**

4.4

Im Ergebnis ist das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 58'519.--

nicht zu beanstanden.

Aus der Gegenüberstellung des Validenlohnes von Fr. 66'300.-- und des Invalidenlohnes von Fr. 58'519.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 7'781.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 12 % .

#### **E. 8.1**

Vorliegend hielt Kreisarzt

Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 14. September 2011 fest, bezüglich Zumutbarkeit ergebe sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Leistungsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten, ganztags. Arbeiten, die mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, mit häufigem Bücken, ausschliesslichem Gehen oder Stehen verbunden seien, seien ebenso aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen wie Einwirkungen im Sinne von Vibrationen und Schlägen auf die Lendenwirbelsäule. Anzustreben sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit, die durch kurze stehende Anteile bzw. durch kurze Gehstrecken aufgelockert werden könne ( Urk. 8/119).

Diesen kreisärztlichen Einschätzungen kommt im vorliegenden Verfahren voller Beweiswert zu.

#### **E. 9.1**

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 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 Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

### **E. 9.2**

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privat rechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

### **E. 9.3**

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

### **E. 9.4**

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. 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 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

### **E. 9.5**

Vorliegend sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 10 % zu. Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_

vom 22. September 2011, wonach am Achsenorgan auf grund der Unfallfolgen bei operativ behandelter BWK12- und LWK3-Fraktur eine mässiggradige Einschränkung des Achsenorgans (Brust /Lendenwirbelsäule) in allen Bewegungsrichtungen verblieben sei . Nach Feinrastertabelle 7, Integritätsentschädigung gemäss UVG, werde eine Fraktur der Lendenwirbelsäule mit geringen Dauerschmerzen und verstärkten Belastungsbeschwerden mit einer Integritätsentschädigung von 5 % bis 10 % eingeschätzt. Aufgrund der doch erheblichen funktionellen Einschränkungen und der operativen Revision sei eine Integritätsentschädigung von 10 % gerechtfertigt ( Urk. 8/118) . Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt die Schätzung des Integritätsschadens sei unvollständig, da seine psychischen

Beschwerden ausser Acht gelassen worden seien. Diesbezüglich ist wiederum auf den Umstand hinzu weisen, dass die psychischen Beschwerden nicht unfallkausal sind, weshalb sie auch im Rahmen der Bemessung des Integritätsschadens keine Rolle spielen können. Hinweise für die Rechtsfehlerhaftigkeit der kreisärztlichen Einschätzungen liegen im Übrigen nicht vor. Im Ergebnis erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Beurteilung zugesprochene Integritätsentschädigung von 10 % als angemessen.

### **E. 10**

Zusammenfassend bleibt es somit bei dem von der Beschwerdegegnerin ermittelten Invaliditätsgrad von

### **E. 12**

% und einer Integritätsentschädigung von 10 % . Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Giger

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