

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00025

vom 17. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00025 du 17 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00025 del 17 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

Der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) wurde mit Unfallmeldung vom 23. Februar 2011 mitgeteilt, dass der 1963 geborene X.____

im Rahmen seiner Tätigkeit für die Y.____ GmbH am 16. November 2010 den zwölften Rückenwirbel gebrochen habe (Urk. 8/3). Die SUVA erbrachte in der Folge Taggeldleistungen und kam für Heilbehandlungskosten auf (vgl. Schreiben vom 18. März 2011, Urk. 8/157). Am 2. April 2011 meldete sich X.____ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/50). Da unklar war, ob X.____ für die Y.____ GmbH in unselbständiger Stellung tätig und somit obligatorisch bei der SUVA gegen die Folgen von Unfällen versichert war, stellte die SUVA mit Verfügung vom 4. Juli 2012 ihre Leistungen bis zum diesbezüglichen Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vorsorglich per 1. August 2012 ein (Urk. 8/202). Mit Urteil vom 9. November 2012 (Urk. 8/220) stellte das hiesige Gericht, bestätigt durch das Bundesgericht vom 18. Juni 2013 (Urk. 8/239), fest, dass X.____ in unselbständiger Stellung für die Y.____ GmbH tätig und somit obligatorisch bei der SUVA gegen die Folgen von Unfällen versichert war. Mit Verfügung vom 2. September 2013 sprach die SUVA X.____

mit Wirkung ab 1. August 2012 eine auf einem Invaliditätsgrad von 17 % beruhende Invalidenrente und eine auf einer Integritäts einbusse von 7,5 % basierende Integritätsentschädigung zu (Urk. 8/258). Mit Verfügung vom 9. September 2013 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch von X.____ (Urk. 8/265). Die von X.____

am 10. Oktober 2013 gegen die Verfügung der SUVA vom 2. September 2013 erhobene Einsprache (Urk. 8/271) hiess die SUVA mit Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2013 in dem Sinne teilweise gut, dass die Integritätsentschädigung auf 10 % erhöht wurde (Urk. 2).

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen davon aus, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 16. November 2010 nicht mehr in der Lage sei, die angestammte Tätigkeit als Gipser auszuüben, er in einer behinderungsangepassten Tätigkeit jedoch zu 100 % arbeitsfähig sei. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorzunehmen. So ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 17 %.

Betreffend Integritätsentschädigung hielt die Beschwerdegegnerin fest, in Anbetracht, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an chronischen Rückenschmerzen leide, sei der

Maximalwert für einen Kyphosewinkel zwischen 10 und 20° und der Schmerzfunktionsskala ++ von 20 %

zu halbieren. Hieraus ergibt sich eine Integritätseinbusse von 10 %
(Urk. 2 und Urk.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer lässt hiergegen im Wesentlichen einwenden, er sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich noch zu 80 % arbeitsfähig. Aufgrund seiner multiplen Einschränkungen sei vom Tabellenlohn zudem ein behinderungsbedingter Leidensabzug von 20 % vorzunehmen. Insgesamt resultiere so ein Invaliditätsgrad von 41 %.

Das vorbestehende Rückenleiden habe nachweislich keinen Einfluss auf den Kyphosewinkel, der hier beurteilt werde und zu einer Integritätsschädigung führe. Folglich sei ein diesbezüglicher Abzug nicht zulässig (Urk. 1) 2.

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs massgeblichen gesetzlichen Grundlagen und die Rechtsprechung dazu zutreffend aufgeführt, weshalb darauf verwiesen wird. 3.

E. 2

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend per 1. August 2012 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 41 % zuzusprechen.

E. 2.1

). 8 .

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen, soweit überhaupt auf sie einzutreten ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecherin Astrid Meienberg - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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 HurstWylter

E. 3

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für Heilbehandlungen gemäss Art. 21 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) weiterhin Leistungen zu erbringen.

E. 3.1

1

Am 9. Dezember 2013 nahm Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Chirurgie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin zur Höhe der Integritätseinbusse des Beschwerdeführers Stellung. Massgebend sei die Tabelle 7 (Integritätsskala bei Wirbelsäulenaaffektionen). Der Kyphosewinkel betrage knapp 13°. Die Schmerzfunktionsskala liege unter Würdigung aller ärztlicher Berichte zwischen + bis ++; unter Berücksichtigung, dass seit Jahren chronische Rückenschmerzen vorlägen, werde der Maximalwert (für Kyphosewinkel zwischen 10 und 20° und +- Schmerzskala) von 20 % halbiert. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule (Morbus Scheuermann etc.) seien darin enthalten und rechtfertigen keinen zusätzlichen Abzug mehr. Die geschätzte Integritätseinbusse betrage somit 10 % (Urk. 8/277) . 4.

E. 3.2

Vom 6. April bis 19. Mai 2011 weilte der Beschwerdeführer in der Klinik A.____, wobei die Therapie vom 14. bis 25. April 2011 unterbrochen wurde. Mit Austrittsbericht vom 24. Mai 2011 hielten die Ärzte der A.____ als Diagnosen im Wesentlichen fest: - Leitersturz am 16. November 2010 mit stabiler BWK-12-Fraktur - aktuell Fraktur BWK-12 offensichtlich konsolidiert, Kyphosewinkel unverändert 12,8°, angrenzende Bandscheibenfächer diskret höhen gemindert. Empfehlung: Zunehmend aktivierende und muskelstabilisierende Übungen der BWS und LWS, Wiederaufnahme alltäglicher Belastungen und Heranführen an das vormalige Aktivitätsniveau, schrittweise Reduktion der Schmerzmittel, Arbeitsversuch in zwei bis drei Monaten - periphere Fazialisparese rechts

Die Abklärungen betreffend die unfallfremde periphere Fazialisparese rechts seien noch nicht abgeschlossen. Die BWK-Fraktur

sei noch nicht konsolidiert. Deshalb könne die Zumutbarkeit noch nicht getestet und definitiv beurteilt werden. Die Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit werde daher noch nicht festgelegt. Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar (Urk. 8/88) .

E. 3.3

Im August 2011 wurde mit dem Beschwerdeführer im B.____

ein Arbeitsassessment durchgeführt. Die mit dem Assessment betrauten Fachpersonen nannten mit Bericht hierzu vom 9. September 2011 als arbeitsrelevante Diagnosen: - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86) - nach Sturz aus 1,2 Meter mit stabiler BWK-12-Fraktur (Impressionsfraktur Boden- und Deckplatte) - Verlaufskontrolle Wirbelsäulenzentrum Klinik C.____

am 17. Mai 2011: konsolidierte Fraktur, Kyphosewinkel unverändert 12,8° - Fehlform mit linkskonvexer grossbogiger Skoliose thorakal, akzentuierte BWS-Kyphose - d

ysfunktionales Copingverhalten mit Schonungstendenz , teilweise iatrogen gefördert - zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.82) - chronische, täglich auftretende Zephalgien (ICD-10 R51) - Differentialdiagnose medikamenteninduziert (täglich e Paracetamol-Einnahme)

Als weitere Diagnosen nannten sie einen chronischen Nikotinkonsum und eine leichte periphere Fazialisparese rechts.

Infolge erheblicher Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei anzunehmen, dass die Selbstlimitierung zumindest teilweise durch dysfunktionale Überzeugungen bezüglich Umgang mit den Schmerzen zu stande komme. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könne, als bei den Tests gezeigt worden sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge daher medizinisch-theoretisch. Eine schwere körperliche Arbeit , wie als Gipser , sei aktuell nach langer Arbeitspause und aufgrund der deutlichen Dekonditionierung höchstens in einem geringen Pensum umsetzbar. Durch entsprechende medizinische Massnahmen könnte aber – bei optimaler Kooperations- und Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers – eine Besserung der Klinik und Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Inwieweit dies möglich sei, müsse hier offen bleiben und müsste gegebenenfalls nach einigen Monaten konsequentem Training im Rahmen eines Gutachtens bestimmt werden. Infolge der lang dauernden Arbeitsunfähigkeit würden sie einen schrittweisen Wiedereinstieg beginnend mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % (zwei Halbtage zur Anpassung und Angewöhnung) mit sukzessiver Steigerung in 10%-Schritten alle vier bis sechs Wochen empfehlen . In Bezug auf andere Tätigkeiten sei aufgrund der inzwischen eingetretenen Dekonditionierung bei langer Arbeitspause von einer reduzierten Leistungsfähigkeit auszugehen mit einem vermehrten Pausenbedarf. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von etwa 80 % . Durch medizinische Massnahmen könnte die Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit innerhalb von etwa vier Monaten bis zur vollen Arbeitsfähigkeit gesteigert werden (Urk. 8/118) .

E. 3.4

Dr. med. D.____ , Assistenzarzt, und Dr. med. E.____ , Facharzt für Neurochirurgie, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie , von der Klinik C.____ nannten mit Bericht vom 14. Dezember 2011 als Diagnosen: - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei - traumatischer BWK-12-Fraktur, Kyphosewinkel 13°, nach Arbeitssturz am 16. November 2010, rechtsbetonte pseudoradikuläre Ausstrahlung - chronisch zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei - Diskusprotrusionen C4-C7 ohne sensomotorische Defizite, Differentialdiagnose Migräne - segmentale Hypermobilität unteres Drittel der HWS links, am 5. April 2011 therapeutisch mobilisiert - periphere Fazialisparese rechts (Erstdiagnose 19. März 2011) bei - neurologischer Abklärung Dr. F.____ : EMG, leichtgradiger

Faser ausfall von 50 % , günstige Prognose - siebentägigem

Prednisonstoss 100mg täglich: subjektiv keine Änderung

Bei anhaltenden Beschwerden sähen sie durch ein operatives Vorgehen im Sinne einer Vertebrotomie BWK -

E. 3.6

Am 14. Juni 2012 nahm Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Chirurgie, eine ärztliche Abschlussuntersuchung vor. Er riet gestützt darauf und aufgrund des bisherigen Verlaufes von irgendwelchen invasiven Massnahmen ab. Seines Erachtens sei das Beschwerdebild zu diffus und zu wenig auf den frakturierten Wirbel BWK-

E. 4

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 20 % zuzusprechen.

E. 4.1

4

Nach dem Gesagten ergibt sich aus dem Bericht von Dr. I.____ vom 14. Juni 2012 in schlüssiger Weise eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte, und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit.

E. 4.1.1

Die Beschwerdegegnerin ging im Zeitpunkt des Fallabschluss per 1. August 2012 - wie ausgeführt (E. 1.1) – von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus. Sie berief sich dabei im Wesentlichen auf die Einschätzung von Dr. I.____ vom 14. Juni 2012

(Urk. 8/198; E. 3.7).

E. 4.1.2

Rechtsprechungsgemäss kommt auch den Berichten und Gutachten von versicherungswirtschaftlichen Ärzten Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2009 vom 26. Oktober 2009, E. 4.2.1 mit Hinweis auf die Urteile 8C_943/2008 vom 1. April 2009 E. 4.1, 8C_663/2007 vom 4. August 2008 E. 4.1, U 484/06 vom 15. Mai 2008 E. 4.1.2 und U 455/06 vom 6. Dezember 2007 E. 3.3 sowie BGE 125 V 351 E. 3b/ ee S. 353 f.). Vorliegend bestehen keine Indizien, welche gegen die Beweistauglichkeit des Berichts von Dr. I.____ vom 14. Juni 2012 sprechen würden. Vielmehr erfüllt sein Bericht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Berichte gestellt werden (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.2

Die Berichte der Ärzte des Spitals Z.____ vom 23. November 2010 (E. 3.1) und der Klinik A.____ vom 24. Mai 2011 (E. 3.2) stehen der Einschätzung von Dr. I.____ vom 14. Juni 2012 nicht entgegen, hat die se doch erst ab Untersuchungsdatum Geltung und war der Endzustand im Zeitpunkt der Berichterstattung durch die genannten Ärzte ohne Zweifel noch nicht erreicht. 4. 3

Der Bericht der Dres . D.____ und E.____ vom 14. Dezember 2011 (E. 3.4) steht der Beurteilung von Dr. I.____ ebenfalls nicht entgegen, machen doch

Dr. D.____ und Dr. E.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und nennen auch keine Befunde, welche die Einschätzung von Dr. I.____ in Frage stellen würden . So verweist denn Dr. I.____ in seinem Bericht vom 14. Juni 2012 auch ausdrücklich auf

die Befunderhebung durch Dr. D.____ und Dr. E.____ (Urk. 8/198 S. 5). Der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin per 1. August 2012 wird durch den Bericht von Dr. D.____ und Dr. E.____ zudem in dem Sinne bestätigt, dass er sicher nicht zu früh erfolgt ist, stellten sie ihre Behandlung doch grundsätzlich bereits im Dezember 2011 ein , da ausser mit operativen Massnahmen, welche der Beschwerdeführer ablehnte und von welchen von Dr. I.____ abgeraten wurde (Urk. 8/198), keine Besserung mehr überwiegend wahrscheinlich schien . 4. 4

Dr. H.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 10. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten (E. 3.5). Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit äusserte er sich nicht. Dass der Beschwerdeführer in einer angestammten Tätigkeit als Gipser zu 100 % arbeits unfähig ist, steht fest. Die Einschätzung von Dr. H.____ steht somit der Einschätzung von Dr. I.____ nicht entgegen. 4. 5

Dr. J.____ vom RAD der IV-Stelle attestierte dem Beschwerdeführer von September 2011 bis 8. November 2012 eine 80%ige und im Gegensatz zu Dr. I.____ erst ab 9. November 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (E. 3.8) . Dr. J.____ setzte den Beginn der 80%igen Arbeitsfähigkeit offensichtlich auf den Zeitpunkt des Assessments im B.____ , und den Beginn der 100%igen Arbeitsfähigkeit auf den Tag nach seiner eigenen Untersuchung . Da sich Dr. J.____ im Rahmen der von ihm vorgenommenen Beurteilung zur Einschätzung von Dr. I.____ nicht geäussert hat, stellt sein Bericht vom 28. November 2012

die Beurteilung von Dr. I.____ auch betreffend Eintritt der 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht in Frage. 4. 6

Dr. K.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 17. Mai 2013 für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine deutliche zeitliche Einschränkung, ohne eine konkrete Prozentzahl anzugeben (E. 3. 9) . Dr. K.____ führt e dabei nicht an, wie ihres Erachtens eine optimal behinderungsangepasste Tätigkeit auszusehen hätte. Da

Dr. K.____ ausdrücklich festhielt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verändert habe (seit April 2011), gehen aus ihrem Bericht keine Anhaltspunkte hervor, dass sich nach den Untersuchungen durch Dr. I.____ und Dr. J.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt haben könnte . In Anbetracht der Erfahrungstatsache , dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen

(BGE 125 V 351 E. 3b/cc) , vermag der Bericht von Dr. K.____ vom 17. Mai 2013 die übereinstimmenden Einschätzungen von Dr. I.____ und Dr. J.____

(100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, jedoch 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit) nicht in Frage zu stellen. 4. 7

Dr. L.____ erklärte in seinem Bericht vom 3. Oktober 2013 (E. 3.10), dass er betreffend Arbeitsfähigkeit mit Dr. I.____ übereinstimme, soweit er dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiere. Wie ausgeführt (E. 4.1) attestierte Dr. I.____ dem Beschwerdeführer nicht eine 80 %ige , sondern eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit. Dr. L.____ nennt e in seinem Bericht keine Befunde, welche die Einschätzung von Dr. I.____

– und auch von Dr. J. ___ - in Frage stellen und die Annahme einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würde. Betreffend Art der noch zumutbaren Arbeits-tätigkeit stimmt die Beurteilung von Dr. L. ___ mit derjenigen von Dr. I. ___ überein. 4. 8

Nach dem Gesagten steht auf Grund der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abklärungen mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Fallabschluss per 1. August 2012 rechens und der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war. 5.

E. 5

Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.“

Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Reto Bachmann, schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 28. Februar 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 10). 3.

Mit heutigem Urteil wurde die vom Beschwerdeführer gegen den Entscheid der IV-Stelle vom 19. September 2013 erhobene Beschwerde abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2013.00924). 4.

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

E. 5.1

Bei dem zur Prüfung des Rentenanspruchs vorgenommenen Einkommensvergleich ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall im Jahr 2012 ein Einkommen von Fr. 67'629.10 hätte erzielen können (Urk. 2). Die Beschwerdegegnerin errechnete dieses Einkommen auf Basis der

Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2010 (LSE 2010), wobei sie der Berechnung den Medianwert des Einkommens von Arbeitnehmern, welche im Baugewerbe einfache und repetitive ausüben, zugrunde legte (Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Ziffer 41-43; Urk. 8/258). Diese Berechnung des Valideneinkommens erweist sich als rechens und wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 1).

E. 5.2.1

Das Invalideneinkommen berechnete die Beschwerdegegnerin ebenfalls gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE

2010, wobei die Basis der Medianwert von Fr.

4'901.

für sämtliche

Tätigkeiten des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) von Arbeitnehmern bildete (Tabelle TA1). In Anpassung an die Nominallohnentwicklung, ergab sich so für das Jahr 2012 für ein 100%-Pensum ein Einkommen von Fr. 62'420.-- (Urk. 2 und Urk. 8/258). Von diesem Wert nahm die Beschwerdegegnerin einen behinderungsbedingten Abzug von 10 % vor, woraus sich ein Invalideneinkommen von

Fr. 56'178.-- ergab .

Während der Beschwerdeführer die Berechnung des Invalideneinkommens gestützt auf den Medianwert für sämtliche von Arbeitnehmern verrichteten Tätigkeiten des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) nicht in Frage stellt, beanstandet er – nebst der Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit die Höhe des behinderungsbedingten Abzugs vom Tabellenlohn (Urk. 1 , E. 1.2).

E. 5.2.2

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 verwerthen 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).

E. 5.2.3

Der Beschwerdeführer kann noch leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit maximal zu hantierenden Lasten von 15 Kilogramm ausüben, wobei er die Möglichkeit haben sollte, seine Position häufig zu wechseln. Die Phasen der sitzenden bzw. stehenden Tätigkeiten sollten eine halbe Stunde nicht überschreiten (E. 3.6) . Der Beschwerdeführer ist somit in der Wahl der Arbeitstätigkeit eingeschränkt. Die Einschränkungen erschöpfen sich jedoch im Wesentlichen in der Notwendigkeit der Ausübung einer wechselbelastenden Tätigkeit oder einer Tätigkeit, bei der er selber die Positionen nach Bedarf wechseln kann, und der Beschränkung auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Eine diesen Anforderungen entsprechende Tätigkeit kann der Beschwerdeführer ganztags ausüben, womit das Abzugskriterium der Teilzeitbeschäftigung nicht gegeben ist. Ebenso verhält es sich mit den weiteren nicht-medizinischen Abzugsgründen. In Anbetracht, dass bei Versicherten, welche körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Einschränkung ausüben können, grundsätzlich kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_99/2013 vom 5. April 2013 E. 4.1.3), erscheint der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % jedenfalls nicht als unangemessen.

E. 5.3

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen auf Fr. 67'629.10 und das Invalideneinkommen auf Fr. 56'178.-- fest setzte, und dem Beschwerdeführer ab 1. August 2012 eine auf einem Invaliditätsgrad von 17 % ([Fr. 67'629.10 - Fr. 56'178.--]):

Fr. 67'629.10) beruhende Rente zusprach. 6. 6.1

Zu prüfen bleibt die Höhe der dem Beschwerdeführer zuzusprechenden Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Festlegung der Höhe der Integritätsentschädigung im Wesentlichen auf die Einschätzung von Dr. M.____ vom 9. Dezember 2013 (E. 3.1 1). 6. 2

Im Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (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).

Die Medizinische Abteilung der Beschwerdegegnerin hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) 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).

Bei der Schätzung der Einbusse der Integrität handelt es sich um einen Ermessensentscheid (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_520/2007 vom 18. April 2008 E. 4). Das Gericht hat daher lediglich zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Entscheidung im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien getroffen hat. Der Sozialversicherungsrichter darf dabei sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund anstelle desjenigen der Verwaltung setzen; das Gericht muss sich somit auf Gegebenheiten stützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen. Auch ist den Bestrebungen der Verwaltung bzw. der Versicherer Rechnung zu tragen, die darauf abzielen, durch interne Weisungen, Richtlinien, Tabellen, Skalen usw. eine rechtsgleiche Behandlung der Versicherten zu gewährleisten (BGE 114 V 315 E. 5a mit Hinweisen). 6. 3

Der Kyphosewinkel des Beschwerdeführers beträgt rund 13° (u.a. E. 3.2, E. 3.3, E. 3.4, E. 3.9, Urk. 8/199 und

Urk. 8/270 Beilage 10). Auf der Feinrastertabelle 7.2 ist somit die Spalte Kyphosewinkel 10-20° massgebend. Bei der Schmerz funktionsskala würde sich bei + „mässige Beanspruchungsschmerzen, in Ruhe selten oder keine, gute und rasche Erholung (1-2 Tage)“ eine Integritätsentschädigung von 5 bis 10 % und bei der Schmerzfunktionsskala ++ „geringe Dauer schmerzen , bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe“ eine solche von 10 bis 20 % ergeben. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden entsprechen der Schmerzfunktionsskala ++ (u.a . Urk. 8/270 Beilage 10, Urk. 1). Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 1 6. November 2010 über Rückenbeschwerden klagte , und z w ar auch im thorakolumbalen Bereich (Bericht von Dr. K.____ vom 1 4. September 2006, Urk. 8/70). Dieser Vorzustand hat zwar keinen Einfluss auf den massgebenden Ausgangswert betreffend Kyphosewinkel , jedoch hinsichtlich der massge benden Schmer z funktionsskala (vgl. zum Einwand des Beschwerdeführers, E. 1.2). Es erweist sich daher als angemessen, dass die Beschwerdegegnerin in Berücksich tigung dieses Vorzustandes den Grenzwert der Schmerzskalen + und ++ als massgebend erachtete und die Integritätsentschädigung auf 10 % festsetzte. 7 .

Betreffend de n vom Beschwerdeführer gestellten Antrag, die Beschwerdegeg nerin sei zu verpflichten, ihm für Heilbehandlungen weiterhin Leistungen zu erbringen, ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 1 2. September 2013

(zu Recht [vgl. Art. 21 Abs. 1 lit . c UVG]) darauf hingewie sen hat, dass sich der Beschwerdeführer wieder bei ihr melden könne, wenn sein Gesundheitszustand erneut ärztliche Behandlung erfordere (Urk. 8/258 S. 3). Über konkrete Heilbehandlungen hat die Beschwerdegegn erin hingegen nicht entschieden. Ein allfälliger Anspruch auf Übernahme konkrete r

Heilbehand lungskosten war somit nicht Gegenstand der Verfügung vom 1 2. September 2013 und auch nicht des Einspracheentscheides vom 1 6. Dezember 2013 (Urk. 2). Mangels Anfechtungsobjekt es kann daher auf den diesbezüglichen Antrag des Beschwerdeführers , welcher von ihm im Übrigen in keiner Weise substantiiert wurde, nicht eingetreten werden (BGE 131 V 164 E.

E. 7

).

E. 12

fokussiert, um die Indikation für eine operative Massnahme zu stellen. Es sei nun von einem Endzustand auszugehen , und er empfehle , den Fall abzuschliessen. Die Beschwerdegegnerin werde für vier bis sechs Konsultationen pro Jahr sowie für die erforderlichen Schmerzmittel auf kommen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit könne er sich der Einschätzung gemäss Arbeitsassessment vom 9. September 2011 anschliessen. Aus kreisärztlicher Sicht seien folgenden Tätigkeiten zumutbar: leichte bis mittelschwere, wechsel belasten d e Tätigkeiten mit maximal zu hantierenden Lasten von 15 Kilogramm. Der Beschwerdeführer sollte die Möglichkeit haben, seine Position häufig zu wechseln. Die Phasen der sitzenden bzw. stehenden Tätigkeiten sollten eine halbe Stunde nicht überschreiten (Urk. 8/ 198) . 3. 7

Dr. I.____ nahm am 2 0. Juni 2012 eine Schätzung des Integritätsschadens vor . Massgebend zur Schätzung des Integritätsschadens sei die Feinrastertabelle 7.2 (Integritätsschäden bei

Wirbelsäulenaffektionen) . Der durch die Fraktur entstandene Kyphosierungswinkel liege zwischen 10° und 20°. Der Referenzwert bei einem Kyphosierungswinkel zwischen 10 und 20° liege für die Schmerzskala + zwischen 5 und 10 % , derjenige für die Schmerzskala ++ zwischen 10 und 20 % . Der Brutto-Integritätsschaden dürfte mit 10 % korrekt taxiert sein. Es bestehe ein Zustand nach Morbus Scheuermann der BWS und LWS. Aus diesem Grund sei ein Abzug von 2,5 % gerechtfertigt. Der Netto-Integritätsschaden betrage somit 7,5 %

(Urk. 8/199) . 3. 8

Am 8. November 2012 untersuchte Dr. med. J.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle den Beschwerdeführer. Mit Bericht hierzu vom 28. November 2012 diagnostizierte Dr. J.____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Wirbelsäule mit/bei - Status nach Fraktur BWK-12 mit Defektheilung und Keilwirbelbildung - degenerative Veränderungen der distalen LWS ohne Hinweis für Nervenwurzelirritationen - degenerative Veränderungen der unteren HWS mit breitbasiger

Diskusprotrusion C6/7 mit möglicher Reizung der Nervenwurzel - ohne motorische Ausfälle der oberen und unteren Extremitäten - funktionelles belastungsabhängiges sensibles Reizsyndrom beider Arme und des linken Beines

Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung vom 8. November 2012 sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Gipser bestehe seit dem 16. November 2010 auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten bis mittel schweren Tätigkeit ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufige wirbelsäulenbelastende

Zwangshaltungen und Tätigkeiten

wie Bücken, Hocken, Überkopfarbeit, Arbeiten in weiten Armvorhalten, bestehe ab September 2011 eine 80%ige und ab 9. November 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Unfallfremd seien die degenerativen Erkrankungen der HWS und LWS (Urk. 8/291 Beilage 3/4) . 3. 9

Dr. K.____ erklärte mit Bericht an die IV-Stelle vom 17. Mai 2013, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit April 2011 nicht wesentlich verändert. Er klagt weiterhin über permanente Zervikalgien mit Ausstrahlungen in den linken Arm, verbunden mit Dysästhesien und Parästhesien über Dermatome C6 und C7. Zusätzlich bestünden lumbosakrale Schmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein über Dermatome L4 und L5 mit Hyposensibilität ohne motorischen Ausfall. Vor kurzem habe sich der Beschwerdeführer in seinem Heimatland neu abklären lassen, wobei die zervikalen Protrusionen als Diskushernien C3/4, C4/5 und C6/7 beschrieben worden seien mit leichter Kompression der Medulla. Im thorakolumbalen Bereich verspüre der Beschwerdeführer permanente Schmerzen mit nächtlicher Intensivierung bei deutlichem Keilwirbel nach BWK-12-Fraktur mit Kyphosierung von 13°, allerdings habe sich die Fraktur bei initialem Verdacht auf Pseudoarthrose verheilt. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, körperlich belastende Arbeiten auszuüben, aber auch die adaptierte Tätigkeit sei ihm nur mit deutlicher zeitlicher Einschränkung zumutbar (Urk. 8/243) .

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