

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00148 vom 14. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00148](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00148)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00148 du 14 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00148 del 14 agosto 2018

## Erwägungen

### E. 1

Der 1971 geborene X.\_\_\_\_, gelernter Zimmermann, wanderte 2011 in die Dominikanische Republik aus. 2014 hielt er sich vorübergehend in der Schweiz auf, um mit temporären Arbeitstätigkeiten Einkommen zu erzielen. Ab dem 15. Mai 2014 war er unter anderem als Service-Angestellter bei der Z.\_\_\_\_ an gestellt und dadurch bei der AXA Winterthur (heute: AXA Versicherungen AG, kurz: AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert.

Am 23. September 2014 stürzte er

kopfüber vom Fahrrad (vgl. Unfallmeldung vom 4. November 2014, Urk. 8/A1). Daraufhin wurde er von Kollegen ins A.\_\_\_\_ verbracht, wo er vom 23. September bis 2. Oktober 2014 hospitalisiert war. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten radiologisch und computertomographisch multiple Frakturen im Bereich der Hals- und Brustwirbelkörper

(HWK/BWK) sowie in der rechten Hand. Kopfschmerzen habe der Versicherte verneint. Die Frakturen an der Hand wurden operativ und die HWK-Verletzungen

konservativ (Halskragen, Physio- und Ergotherapie) behandelt. Ausserdem wurde dem Versicherten

eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit attestiert (Austrittsbericht vom 7. Oktober 2014, Urk.

9/M1; Operationsbericht vom 27. September 2014, Urk. 9/M12). Die AXA anerkannte den Schadensfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Das zufolge persistierender HWS-Beschwerden (vgl. Verlaufsbericht des A.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2015, Urk. 9/M23) im A.\_\_\_\_

durchgeführte MRI vom 18. Februar 2015 ergab vollständig konsolidierte Frakturen (Urk. 9/M20/1, Urk. 9/M24).

Im März 2015 wurde das Osteosynthesematerial

an der rechten Hand entfernt. Der beurteilende Radiologe des A.\_\_\_\_ notierte eine progrediente Konsolidation (Bericht vom 17. März 2015, Urk. 9/M27). Ab April 2015 konnte der Versicherte seine Hand im Alltag problemlos

wieder einsetzen (vgl. Bericht der behandelnden Ergotherapeutin vom 17. April 2015, Urk. 9/M21). Demgegenüber beklagte er persistierende Beschwerden im Bereich der HWS

mit begleitenden Kopfschmerzen ( Urk. 9/ M23, Urk. 9/ M20) . Der behandelnde Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte ein chronisches Schulter-Nacken-Kopfschmerz-Syndrom ( Urk. 9/ M25). Im Juni 2015 kehrte der Versicherte in die Karibik zurück , wo die HWS-Beschwerden bis Dezember 2015 weiterhin mittels Physiotherapie und Massagen behandelt wurden ( Urk. 9/ M27, Urk. 9/ M29). Im weiteren Verlauf veranlasste die AXA das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 23. September 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Nach Art.

### **E. 1.4**

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau er mittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (so genannter Prozentvergleich; BGE 128 V 29 E. 1, 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2000 S. 309 E. 1a mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Für die Invaliditätsbemessung bei Erwerbstätigen mit Wohnsitz im Ausland sind die beiden Vergleichseinkommen, Validen- und Invalideneinkommen, grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln. Aufgrund der theoretischen und abstrakten Natur des

Begriffs der ausgeglichenen Arbeitsmarktlage im Sinne von Art. 16 ATSG ist es bedeutungslos, dass die versicherte Person im Ausland wohnt. Andererseits gestatten die Unterschiede in den Lohnniveaus und den Lebenshaltungskosten zwischen den Ländern nicht einen objektiven Vergleich der in Frage stehenden Einkommen über die Grenzen hinweg (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2). 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 19. Juni 2017 Beschwerde und beantragte, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und ihm unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs in der Höhe von 10 %

eine Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 10 %

sowie eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 10 % auszurichten. Eventualiter seien weitere Abklärungen bei einem Traumatologen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen, gestützt auf die medizinische Aktenlage sei aufgrund des seit Monaten unveränderten Gesundheitszustands von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung zu erwarten. In einer angepassten Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Aus dem Einkommensvergleich resultiere unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 5 % ein rein ten ausschliessender Invaliditätsgrad von 5 % . Gestützt auf die Tabelle 7 (Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen) der Suva sei vorliegend ein schmerzbedingter Integritätsschaden von 7.5 % gerechtfertigt. Insbesondere bestehe ohne medizinische Anhaltspunkte für eine künftige Verschlimmerung nicht automatisch ein Anspruch auf den maximalen Tabellenwert von 10 %

(Urk. 2).

### **E. 2.2**

mit Hinweisen) .

Insbesondere hielt Dr. F.\_\_\_\_ ausdrücklich fest, aufgrund der stabilen ossären Verhältnissen, die in sich keine Beschwerden mehr verursachten, bestehe keine Notwendigkeit einer zusätzlichen traumatologischen Beurteilung (Urk. 9/ M33 S. 2). 5. 5.1

Das Arbeitsverhältnis mit der Z.\_\_\_\_

war bis 27. September 2014

befristet ( Urk. 8/A25 ). Mitte Juni 2015 kehrte der Beschwerdeführer zurück in die Dominikanische Republik ( Urk. M31 S. 11 ). Da die angestammte Tätigkeit

des Beschwerdeführers als Barkeeper einer angepassten Verweistätigkeit entspricht erübrigt sich ein ziffernmässiger Einkommensvergleich auf der Basis von Tabellenwerten und kann eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen vorgenommen werden (vgl. E. 1.5).

Unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin gewährten leidensbedingten Abzuges von 5 % resultiert daraus ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 5 % .  
5.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, es sei ihm ein leidensbedingter Abzug in der Höhe von 10 % zu gewähren ( Urk. 1 S. 2 ). 5.3

In Anbetracht des medizinischen Anforderungs- und Belastungsprofils

lässt sich ein höherer als der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 5 % nicht rechtfertigen. Die beurteilenden Fachärzte taxierten

selbst das Heben und Tragen von Lasten

bis 20 kg sowie Hantieren in einer schweren, grobmanuellen Tätigkeit als angepasst und damit zumutbar

(vgl. Urk. 9/M30 S. 24, Urk. 9/M33 S. 3 ). Demgegenüber lässt die Rechtsprechung insbesondere dann einen Abzug zu, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Tätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Im Übrigen bestehen keine riel Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer die ihm verbliebene (100%ige) Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten könnte vgl. (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ).

Schliesslich darf

das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen

nach ständiger Rechtsprechung, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Da die Gewährung eines 5%igen Abzugs nach dem Gesagten als eher wohlwollend zu betrachten ist und jedenfalls keine recht sfehlerhafte Ermessausübung darstellt (vgl. auch Urteil 8C\_366/2013 E. 4.2 vom 18. Juni 2013) ergibt sich kein Anlass zur gerichtlichen Korrektur. 6. 6 . 1

Schliesslich beantragte der Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 10 % ( Urk. 1 Ziff. 42). 6 . 2

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 Anhanges 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 % 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 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2) 6.3

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Fein raster) 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). 6.4

Die Beurteilung des Integritätsschadens durch die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die ärztlichen Beurteilungen der Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_. Diese legten ihrer Bemessung der Integritätsentschädigung die Suva-Tabelle 7 (Integritätsschaden bei Wirbelsäulenerkrankungen) zu Grunde. Dr. F.\_\_\_\_ führte konkretisierend aus, in dieser Tabelle würden die Frakturen der Wirbelsäule dann einem relevanten Integritätsschaden zugeordnet, wenn die Abweichung von der Norm 10 Grad und mehr betreffe. Spezialfälle seien nicht im Detail aufgelistet. Es werde aber darauf hingewiesen, dass die Einschätzung entsprechend der Funktionseinschränkung zu erfolgen habe und die pathologischen anatomischen Veränderungen im Röntgenbild eine untergeordnete Rolle spielten. Vorliegend sei aufgrund der gutachterlich ausgewiesenen Funktionseinschränkungen des zervikothorakalen Übergangs unter Berücksichtigung der summierten Strukturveränderungen die Kategorie ++ (geringe Schmerzen, bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe) einschlägig. Damit ergebe sich eine Integritätseinbusse von 5-10 %, welche im konkreten Fall auf

## E. 2.3

Aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen und unbestritten ist, dass der Endzustand erreicht ist (vgl. Urk. 1, Urk. 9/ M30 S. 26 , Urk. 9/ M31 S. 3 ) und eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes durch medizinische Massnahmen nicht mehr zu erwarten ist. Strittig und zu prüfen bleiben

ein allfälliger Rentenanspruch sowie die Höhe der Integritätsentschädigung. 3. 3.1

Dem Austrittsbericht des A.\_\_\_\_ betreffend die Hospitalisation vom 23. September bis 2. Oktober 2014 sind folgende Diagnosen zu entnehmen ( Urk. 9/ M1 ): - Stabile Flexions-Distraktionsverletzung C 6/7 - Fraktur Lamina HWK 7 rechts mit Einstrahlung in das Facettengelenk - Fraktur Processus

spinusosus HWK 6 - Ruptur des vorderen und hinteren Längsbandes sowie Lig . flavum als auch der interspinalen

Ligamente C 4/5 und C5/6 - Riss Anulus

fibrosus C6/7 und Diskusprotrusion - Links- und kaudal betonte Keilimpressionsfraktur BWK 4 - Wenig disloziert

Sternumfraktur Übergang Manubrium /Korpus - Nicht dislozierte Rippenserienfraktur Costa II - V rechts dorsal - Dislozierte, nach palmar abgekippte subcapitale Os metacarpale V-Fraktur rechts - Dislozierte Fraktur Basis Os metacarpale III/IV rechts

Der Beschwerdeführer habe unmittelbar nach dem Velosturz ohne Helm starke Schmerzen über dem Brustbein sowie im Bereich der rechten Hand verspürt. Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen habe er indes verneint. Bei unauffälligem Verlauf habe der Beschwerdeführer schmerzkomponiert und mit reizlosen Wunden in die ambulante Behandlung entlassen werden können

( Urk. 9/M 1

S. 2 f.). 3.2

Das zufolge persistierender HWS-Beschwerden durchgeführte MRI der HWS vom 18. Februar 2015 beurteilten die Radiologen des A.\_\_\_\_ im Wesentlichen wie folgt ( Urk. 9/M24) : - Ehemalige Fraktur der Massa lateralis von HWK 7 rechts sowie der Lamina links aktuell nicht mehr abgrenzbar, am ehesten vollständig konsolidiert . - Pseudarthrose der gering dislozierten Fraktur des Processus

spinusosus von HWK 6 . - Vollständige Regredienz des ehemaligen Weichteilödems interspinal . - Dorsales Ligament nun durchgehend mit geringen narbigen Veränderungen . - Keine Myelopathie, keine Myelonkompression , keine Neurokompressionen . 3.3

Mit Arztbericht vom 21. Juli 2015 diagnostizierte der seit dem 30. März 2015 nachbehandelnde Dr. B.\_\_\_\_ ein chronisches Schulter-Nacken-Schmerz-Syndrom mit persistierenden somatischen und psychosomatischen Unfallfolgen; im Vordergrund stünden rezidivierende Kopfschmerzen und Schlafstörungen (unter Medikation nur teilweise geringer empfunden). Aktuell nehme der Beschwerdeführer keine Medikamente ein. Gegenwärtig seien nur körperlich leichte Arbeiten in sehr begrenzten zeitlichen Verhältnissen möglich. So beklage der Beschwerdeführer bereits nach geringen Belastungen Kopfschmerzen, vermehrte Müdigkeit und Konzentrationsstörungen ( Urk. 9/ M25, vgl. auch Verlaufsbericht vom 8. Oktober

2015, worin er dem Beschwerdeführer anhaltend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, Urk. 9/M29).

3.4

Im rheumatologischen Gutachten vom 22. Februar 2016 stellte Dr. C. \_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/M30 S. 16 f.) - Chronisches zervikovertebrales und zervikozephalales Syndrom seit dem Sturz vom Mountainbike mit multiplen Frakturen am 23. September 20

#### **E. 7**

), was dem Beschwerdeführer am 24. August 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

#### **E. 7.5**

% einzuschätzen sei. Damit seien sowohl die Kopfschmerzen als auch die an der HWS konzentrierten Schmerzen berücksichtigt (Urk. 9/M33 S. 3 f., Urk. 9/M32 S. 3).

Vorliegend ergab sich anlässlich der rheumatologischen Begutachtung lediglich eine leichte HWS-Funktionseinschränkung. Entsprechend hat auch der Beschwerdeführer eine wesentliche Bewegungseinschränkung der HWS subjektiv verneint. Sodann skalierte er die Nackenschmerzen auf einer Skala von 0-10 anlässlich der Begutachtung aktuell bei 4, wobei eine Wechselbelastung und Liegen schmerzlos sind. Kopfschmerzen habe er nicht andauernd, sondern ein- bis dreimal pro Woche. Er müsse sich dann hinlegen. Nach einer Stunde seien die Schmerzen dann meist abgeklungen (Urk. 9/M30 S. 10, S. 19, S. 21). Bei dieser Sachlage ist die ärztliche Einschätzung des Integritätsschadens nicht zu beanstanden. Letzteres gilt auch im Vergleich zur Skala des Anhangs 3 zur UVV, wonach sehr starke, schmerzhafte Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule mit einer Integritätseinbusse von 50 % gleichgesetzt werden. Insbesondere eröffnet die Einordnung von Nichtlisten- und kombinierten Fällen dem Arzt einen grossen Ermessensspielraum, in welchen die Verwaltung bzw. das Sozialversicherungsgericht nicht ohne Not bzw. nur dann eingreifen soll, wenn die unfallmedizinische Beurteilung im Hinblick auf die Liste im Anhang 3 zur UVV sachlich nicht gerechtfertigt ist und zu stossenden Ungleichheiten führen würde. Dies ist nach dem Gesagten vorliegend offensichtlich nicht der Fall. 7.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Mai 2015 als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y. \_\_\_ - AXA Versicherungen AG - 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, Schwei zerhofquai 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 Die Gerichtsschreiberin HurstHediger

#### **E. 10**

Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ( Art. 6 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ( Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente ( Art. 18 Abs. 1 UVG [in der ab 1. Juli 2001 geltenden Fassung]). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin ( Art. 19 Abs. 1 UVG). 1 .3

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

#### **E. 14**

bei/mit - stabiler Flexions-/Distractionsverletzung C6/C7 - Fraktur Lamina HWK 7 rechts mit Einstrahlung in das Facettengelenk - Fraktur Processus

spinosus HWK 6 - Ruptur des vorderen und hinteren Längsbandes sowie Ligamentum flavum als auch der intraspinalen Ligamente C4/C5 und C5/C6 - Riss Anulus

fibrosus C6/C7 und Diskusprotrusion - links und kaudal betonter minime Keilimpressionsfraktur BWK4 (5°) - wenig dislozierter Sternumfraktur Übergang Manubrium /Korpus - nicht dislozierter Rippenserienfraktur Costae II -V rechts dorsal - dislozierter, nach palmar abgekippter subcapitaler Os metacarpale V-Fraktur rechts - Status nach endomedullärer Schraubenosteosynthese Os metacarpale V rechts am 27. September 2014 ( A.\_\_\_\_ ) - Status nach OSME am 04. März 20

#### **E. 15**

( A.\_\_\_\_ ) - dislozierter Fraktur Basis Os metacarpale 111/IV rechts - Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese Os metacarpale III und IV am 27. September 2014 ( A.\_\_\_\_ ) - Status nach OSME am 04. März 2015 ( A.\_\_\_\_ ) - Status nach konservativer Behandlung der Verletzungen an der HWS, der BWS, des Sternums und der Rippen - Status nach Langzeitphysiotherapie und Ergotherapie bis Dezember 2015 - Fehlform der BWS (Hyperkyphose) mit Protraktion des Kopfes - leichtgradige Bewegungseinschränkung der HWS vor allem für die Extension und für die Rotation in Extensionsstellung beidseits (KSA 2/16 cm) - myofaszialem Schmerzsyndrom im Schulter-Nacken-Bereich bds . Mit haubenförmiger Ausstrahlung in den Hinterkopf und intermittierender migränöider

Cephalea - kernspintomografischer Konsolidation der Frakturen (MRI HWS 18.02.2015, RX Hand

rechts 17.03.2015)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierte er den Verdacht auf arterielle Hypertonie

und eine Adipositas (BMI 31,4 kg/m<sup>2</sup>, Urk. 9/ M30 S. 17).

Der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben keine

wesentlichen Beschwerden an der rechten Hand. Auch im Bereich der BWS habe er bis auf ein gelegentliches Klemmgefühl paraventral keine Beschwerden mehr. Die HWS-Beschwerden seien deutlich besser geworden. Auch verspüre er keine wesentliche Bewegungseinschränkung der HWS. Allerdings bestünden nach wie vor Schmerzen/Verspannungen im Schulter/Nacken-Bereich mit haubenförmiger Ausstrahlung in den Hinterkopf und migränoiden Schmerzattacken ca. ein- bis dreimal die Woche. Diese Schmerzattacken würden durch Ruhe und Liegen relativ rasch abklingen.

Schmerzverstärkend seien vor allem längeres Stehen und Sitzen bzw. Tätigkeiten am PC. Schmerzlindernd sei auch eine Wechselbelastung. Die Schmerzintensität betrage in einer Skala von 1-10 aktuell 4 (Urk. 9/ M30 S. 10, S.

18, S. 20).

In der klinischen Untersuchung sei eine Bewegungseinschränkung der HWS, vor allem für die Extension und beidseitige Rotation in Extensionsstellung, aufgefallen. Diese sei endphasig schmerzhaft. Die beidseitige Seitneigung betrage 30°, die Rotation in Neutralstellung

beidseits 70° ohne Endphasenschmerz. Weiter notierte Dr. C.\_\_\_\_

Druckdolenz im lumbal sowie im Bereich der HWS

und muskuläre Verspannungen

im Schulter-Nacken-Bereich. Die Sternum- und Rippenfraktur rechts seien abgeheilt und auf Kompression indolent. Die rechte Hand zeige keine Funktionseinschränkung und sei altersentsprechend beweglich. Im beruflichen Alltag könne sie wieder normal eingesetzt werden. Die BWS zeige zwar eine Hyperkyphose. Diese habe indes schon vor dem Unfall bestanden. Aus Unfallsicht könne die BWS 4-Fraktur als problemlos abgeheilt betrachtet werden. So gebe der Beschwerdeführer auch nur selten Schmerzen im BWS-Bereich an (VAS - 3, aktuell 0). Damit

bestehe lediglich im Bereich der HWS eine leichte Funktionseinschränkung. Diese sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (Urk. 9/ M30 S. 13, S. 18 f., S. 22 ff.)

Dr. C.\_\_\_\_ kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei hinsichtlich einer wechselbelastenden Tätigkeit, ohne länger dauernde Überkopfarbeiten mit Extension der HWS, ohne rasche Rotationsbewegungen der HWS in Extensionsstellung, ohne Sitzen und Stehen an Ort über drei Stunden pro Arbeitstag und ohne regelmässiges Besteigen von Leitern zu 100% arbeitsfähig. Auch eine Tätigkeit als Barkeeper und Maurer sei in diesem Umfang zumutbar (Urk. 9/ M30 S. 24 ff.). Aus medizinischer Sicht sei weder durch Physiotherapie noch Massagen eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten.

Demgegenüber sei bei einer langsamen Steigerung der Arbeitstätigkeit über einen Zeitraum

von vier Monaten von einer Adaption und dementsprechend Verminderung der muskulären Ver-  
spannungen sowie leichten HWS-Einschränkungen auszugehen ( Urk. 9/ M30 S.

24 ff.) . 3.5

Im neurologischen Konsilium vom 7.

Juni 2014 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ ein chronisches Kopfweh nach HWS-Trauma,  
phänomenologisch vom Spannungstyp (ICHD-II 5.6.2). Die in den Akten vorzufindende  
Bezeichnung als « migränoides Kopfweh» sei unzutreffend. Das Kopfweh sei nicht  
objektivierbar . Anlässlich der klinischen Untersuchung hätten sich keine strukturellen  
Läsionen an zentralen oder peripheren Nervenstrukturen als Folge des Fahrradsturzes  
ergeben. Eine traumatische Hirnverletzung habe nicht vorgelegen. Neurologische Ausfälle  
seien in den medizinischen Akten ebenso wenig dokumentiert worden. Vielmehr seien die  
geschilderten Schmerzen auf einen myofaszialen Mechanismus zurückzuführen. Bei  
Spannungskopfschmerzen könne es temporär und kurzandauernd zu einer Einschränkung  
der Arbeitsfähigkeit infolge erhöhter Schmerzintensität kommen. Eine länger dauernde  
Arbeitsunfähigkeit resultiere daraus aber nicht ( Urk. 9/ M31 S. 4 f.). 3.6

Mit beratender Stellungnahme vom 1. Juli 2016 hielt Versicherungsarzt

Dr. E.\_\_\_\_ fest, insgesamt zeige sich ein sehr erfreulicher Verlauf. Residuell bestünden  
lediglich unspezifische Schmerzen, welche sich bei Belastung verstärkten. Über  
einstimmend mit den

Dres . C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ sei nicht von einer bleibenden Ein-  
schränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Demgegenüber sei a uf grund der Residualschmerzen eine Integritätseinbusse  
zu bejahen. Diese sei gestützt auf die Suva- Tabelle 7 mit 5-10

% zu beziffern ( Urk. 9/ M32 S. 2 f.). 3.7

Dr. F.\_\_\_\_ kam in seiner Stellungnahme vom 31. März 2017 zum Schluss, d ie Frakturen  
C6, C7 und Th4 seien z war ausgeheilt und konsolidiert, trotzdem seien die strukturellen  
Verhältnisse nicht mehr wie vor dem Sturz mit dem Fahrrad. Vielmehr hinterlasse der  
Verletzungskomplex im zervikothorakalen Übergang vereinzelte, kleinere  
Strukturveränderungen, die radiologisch nachweisbar seien (verändertes Aligment C5/6,  
Keilform von BWK4). Diese Veränderungen seien zwar gering und einzeln betrachtet ohne  
bedeutende Relevanz. In der Summe seien sie allerdings beschwerdeerkläre nd und  
belastungseinschränkend ,

soweit es sich dabei nicht um die neurologisch beurteilten Spannungskopfschmerzen handle  
. Mithin bestehe eine bleibende funktionelle Einschränkung mit entsprechender  
Verschlechterung der Statik

im Sinne einer richtunggebenden Ver-  
schlimmerung eines Vorzustands ( hyperkyphotische  
Fehlform der oberen Brustwirbelsäule) . Diese wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit des  
Beschwerdeführers aus ;

in seiner angestammten Tätigkeit als Maurer sei er

schätzungsweise um 10 % e in ge-  
schränkt . Letzteres

gelte auch im Falle einer der von Dr. C.\_\_\_\_ vorgeschlagenen abgestuften Wie-  
dereingliederung . Dagegen sei

eine angepasste berufliche Tätigkeit wie beispielsweise als Barkeeper, bei der Wechselbelastungen möglich seien und keine Gewichtsbelastungen mit Lasten über 20 kg stattfänden, zumutbar (Urk. 9/M33 S. 3).

Aufgrund der gutachterlich nachgewiesenen Funktionseinschränkungen des zervikothorakalen Übergangs sei der Integritätsschaden unter Einbezug der Summe der Strukturveränderungen gestützt auf die Kategorie ++ (geringe Schmerzen, bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe) der Suva Tabelle 7

vorliegend auf 7.5

% einzuschätzen. Darin inbegriffen sei auch der versicherungsneurologisch festgestellte Schaden, da er im Rahmen der Einschätzung des Integritätsschadens anhand der genannten Tabelle mit dem muskuloskelettalen Schaden identisch sei (Urk. 9/M33 S. 3 f.). 4. 4.1

Aus den zitierten Arztberichten der Dres. C.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_, welche den in der Rechtsprechung des Bundesgerichts entwickelten Anforderungen in allen Teilen genügend als beweiskräftig anzusehen sind und auf welche daher abzustellen ist (vgl. E. 1.7), ergibt sich einhellig, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Unfallereignisses vom 23. September 2014 im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 1. Juni 2016

an einer posttraumatischen Bewegungseinschränkung der HWS sowie an Spannungskopfschmerzen litt. Ob ersteres

auf eine bleibende strukturelle Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes

oder auf adaptierbare myofasziale Verspannungen zurückzuführen ist, kann offen gelassen werden, da sich daraus keine arbeitsrelevanten Einschränkungen mehr ergeben.

Die beurteilenden Fachärzte

kamen übereinstimmend zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in einer wechselbelastenden

Tätigkeit, ohne längeres Sitzen und Stehen an Ort (max. drei Stunden am Tag über einen Arbeitstag verteilt), ohne länger andauernde Überkopfarbeiten, mit Lastenheben bis zu 20 kg und ohne regelmässiges/häufiges Besteigen von Leitern zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/M31 S. 5,

Urk. 9/M30 S. 24 ff., Urk. 9/M32 S. 3,

Urk. 9/M33 S. 3). Dabei taxierten

sie

die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Barkeeper ausdrücklich als angepasst im Sinne des beschriebenen medizinischen Belastungsprofils. Die überzeugende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der genannten Fachärzte vermag auch durch die Arztberichte des behandelnden Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_, worin dieser jeweils unbegründet und damit nicht nachvollziehbar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit postulierte (Urk. 9/M25, Urk. 9/M29, vgl. auch Urk. 9/M30 S. 20), nicht in Zweifel gezogen zu werden. Kommt hinzu, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Der Vollständigkeit halber bleibt darauf hinzuweisen, dass die

seitens

Dr. F.\_\_\_\_ festgestellte Einschränkung hinsichtlich einer Tätigkeit als Maurer unbeachtlich ist, da

es sich doch hierbei mit Blick auf die Ausbildung und Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers nicht um dessen angestammte Tätigkeit handelt

(vgl. Urk. 9/ M30 S. 12; Aussendienstbericht vom 8. April 2015, Urk. 8/ A19; IK-Auszug vom 25. September 2015, Urk. 8/ A49). Daran ändert auch der befristete Arbeitsvertrag mit der G.\_\_\_\_, womit der Beschwerdeführer in der Schweiz einmalig einen Zwischenverdienst als Hilfsarbeiter erwirtschaftete, nichts

(vgl. Urk. 8/A7, Urk. 8/A24/1, Urk. 8/A40/2, ) . 4.2

Die beschwerdeweise geltend gemachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu Folge Verkampfungen im Nacken mit einhergehenden Kopfschmerzen ist nach dem Gesagten aufgrund der Akten medizinisch nicht erstellt. Die Dres. E.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_

hielten darüber hinaus übereinstimmend fest, bei Spannungskopfschmerzen könne es kurzzeitig zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kommen. Zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit komme es demgegenüber nicht (Urk. 9/M 32 S. 2, Urk. 9/ M31 S. 5). 4.3

In Würdigung der (hinreichend aufschlussreichen) medizinischen Aktenlage ist das Vorliegen wesentlicher, arbeitsrelevanter Unfallfolgen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per 1. Juni 2016 zu verneinen und es liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass weitere Abklärungen zu anderen Erkenntnissen

(antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.

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