

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00081 vom 13. Dezember 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-12-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00081](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00081)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00081 du 13 décembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00081 del 13 dicembre 2023

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1998, war zuletzt über eine Temporärfirma vermittelt vom 4. September bis 31. Dezember 2018 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Kundenberater Contact Center in einem 90%-Pensum

beschäftigt

(vgl. Urk. 8/22) und da durch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 1. Januar 2019 bei einem Überrolltrauma durch einen Zug ein schweres

Polytrauma zuzog (vgl. Unfallmeldung vom 4.

Januar 2019, Urk. 8/1). Die notfallmässige Erstkonsultation erfolgte im Universitätsklinikum Z.\_\_\_\_, wo mehrere operative Eingriffe erfolgten (vgl. Austrittsbericht vom 11. Februar 2019 [Urk. 8/40] sowie diverse Operationsberichte [Urk.

8/27-32, Urk. 8/39]). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (Urk. 8/76).

Mit Verfügung vom 9. Juni 2020 sprach die Suva X.\_\_\_\_ eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit mittleren Grades, beginnend ab 1.

Dezember 2019, sowie monatliche Pflegeleistungen von Fr. 109.-- zu (Urk. 8/322).

Gestützt auf die Einschätzungen der beratenden Ärzte PD Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, sowie Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. September 2021 (Urk. 8/482), 29. Oktober 2021 (Urk. 8/511) sowie 27. April 2022 (Urk. 8/623) stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 30. Juni 2022 ein (vgl. Schreiben vom 3. Mai 2022, Urk. 8/632) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 20. Juni 2022 ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 10 % eine entsprechende Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung gestützt auf einer Integritätseinbusse von 80 % zu (Urk. 8/664). Dagegen erhob der Versicherte am 27. Juni 2022 Einsprache (Urk. 8/667), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 24. April 2023 inso weit guthiess, als sie das Invalideneinkommen gestützt auf die neu herausgegebenen Tabellenlöhne der LSE 2020 berechnete und die Rente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 19 % (anstelle 10 %) festsetzte; im Übrigen wies sie die Einsprache ab (Urk. 8/729 =

Urk. 2).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ). Zur Bestimmung des Invalidi tätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog.

Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen ).

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwer defall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes

über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ] ). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 22. Mai 2023 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 24. April 202

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid vom 24. April 2023 (Urk. 2) erwog die Beschwerdegegnerin, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer eine überwiegend sitzende und leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit mit allenfalls seltener Notwendigkeit kurz zu stehen oder kurze Entfernungen zurück zulegen bei einer freien Stehfähigkeit von 30 Sekunden und einer deutlich eingeschränkten, verlangsamten Gehfähigkeit mit Hilfsmitteln bis zu einer halben Stunde ganztags mit einer Leistungsminderung von insgesamt 10 % ausüben könne. Unter Berücksichtigung dieses versicherungsmedizinischen Zumutbarkeitsprofils sowie des maximalen leidensbedingten Abzugs von 25 % resultiere aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von neu 19

% (anstelle von 10

%).

Im Rahmen der Beurteilung des Integritätschadens habe der beratende Arzt der Suva den Integritätsschaden aufgrund der unfallbedingten Rückenmarkschädigung und Armverletzung auf

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 22. Mai 2023 (Urk. 1) sowie mit ergänzender Stellungnahme vom 26. Juni 2023 (Urk. 10) zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung der Kreisärzte könne nicht abgestellt werden, da - entgegen derer Einschätzung - seit dem Unfall verschiedene Fachärzte im Bereich Neurologie chronische neuropathische Schmerzen feststellt

hätten. Zudem seien verschiedene Akten nicht in die Begutachtung der Kreisärzte miteinbezogen worden, weshalb erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Richtigkeit der Tatsachenfeststellung bestünden. Es werde daher die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens zur Abklärung eines chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms und dessen Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit beantragt. Die Feststellungen der Leistungsbeurteilungen würden dafür sprechen, dass er aufgrund der starken neuropathischen Schmerzen aktuell keiner 50%igen Arbeitstätigkeit in einer geregelten Arbeitsumgebung nachgehen könne. Betreffend die Integritätsentschädigung führte der Beschwerdeführer aus, dass die durch den Unfall verursachte erektile Dysfunktion, welche gemäss UVG nach der Tabelle 22 mit 10 % eingeschätzt werde, in der Berechnung gänzlich unbeachtet geblieben sei. Eine Erhöhung der Integritätsentschädigung um 10 % von 80 auf 90 % sei deshalb angemessen.

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2023 (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Sexualfunktionsstörung sei von den Fachärzten der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ zusammen mit der neurogenen Störung der unteren Harntraktfunktion sowie der Darmfunktion genannt worden. Diese neurogenen Funktionsstörungen seien im

Integritätsschaden von 70 % für eine inkomplette Paraplegie sub T h

### **E. 2.5**

Jahre nach dem Trauma die Verbesserung der Beinkraft, insbesondere linksbetont, mit nun sehr guter proximaler Kraft sowie beidseits M4-Werten in der Fussflexion. Mit Fussheberorthesen könne der Beschwerdeführer bis zu 20 Minuten gehen. Aufgrund der verbesserten Kraftwerte sei nun von einem ASIA D (vorher C) auszugehen. Weiterhin vorhanden seien Schmerzen im Sakralbereich. Hinsichtlich der Funktion der rechten Hand zeige sich keine wesentliche Verbesserung zur Voruntersuchung vor sechs Monaten. Die Sensibilität der rechten Hand würde sich gut erholen. Ebenso sei die Flexion gut, eingeschränkt jedoch die Extension der Finger und störend die Synkinesien. Insgesamt zeige sich ein erfreulicher Verlauf mit weiterer guter Kraftzunahme unter dem intensiven Fitness-Training.

### **E. 3**

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. 3.1**

Am 1. Januar 2019 wurde der Beschwerdeführer vom Zug erfasst und zog sich eine Amputationsverletzung des rechten Armes sowie Frakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule zu (vgl. Schadenmeldung UVG vom 4. Januar 2019, Urk. 8/1). Es folgte die notfallmässige Zuweisung in das Universitätsspital Z., wo der Beschwerdeführer operativ versorgt wurde. Neurologisch habe sich der Beschwerdeführer mit einem Glasgow Coma

Scale (GCS) von 8 (A1V2M5) präsentiert, den linken Arm gezielt bewegt, jedoch nicht die Beine. Computertomographisch sei keine Fraktur des Schädels und keine intrakranielle Blutung ersichtlich gewesen. Als Ursache der Paraplegie zeigte sich eine Typ C Translationsverletzung des zweiten Lendenwirbels mit fast vollständiger Verlegung des Spinalkanals (vgl. Arztbericht vom 20. März 2019, Urk. 8/73). Im Rahmen des Damage Control Modus entschieden sich die behandelnden Ärzte für einen Replantationsversuch des rechten Armes mittels Vollhauttransplantat (vgl.

Operationsbericht vom 3. Januar 2019, Urk. 8/29). Nach initialer Stabilisierung des Beschwerdeführers erfolgte bei einer Zwerchfellruptur links mit Herniation von Dünn- und Dickdarm in den linken Hemithorax

gleichentags eine explorative Laparotomie mit Zwerchfellnaht (vgl. Operationsbericht vom 10. Januar 2019, Urk. 8/28). Die Erstversorgung der hochgradig instabilen Wirbelsäulenverletzung erfolgte am 2. Januar 2019 mittels dorsaler Spondylodese BWK 10 - LWK 3 und Laminektomie LWK 1 und 2 (vgl. Operationsbericht vom 9.

Januar 2019, Urk. 8/32). Im Aufwachversuch habe sich der Beschwerdeführer adäquat gezeigt und die beiden oberen Extremitäten bei erwarteter kompletter Paraplegie beidseits bewegt. Zur Erhöhung der Stabilität sei die Wirbelsäulenverletzung zusätzlich mittels ventraler Spondylodese LWK 1 und 2 versorgt worden (vgl. Operationsbericht vom 8. Februar 2019, Urk. 8/39). Thorakal hätten sich Rippenfrakturen mit Pneumothorax beidseitig gezeigt, welche mittels Mini thorakotomie und beidseitiger Thoraxdrainageeinlage therapiert worden seien (vgl. Operationsbericht vom 10. Januar 2019, Urk. 8/30). Zusätzlich wurde die perimplantär dislozierte mediale Claviculafraktur

auf der rechten Seite operativ revidiert (vgl. Operationsbericht vom 22. Januar 2019, Urk. 8/31 ). Die im Verlauf aufgetretene Nekrose am rechten Arm machte am 21. Januar 2019 eine Spalt hauttransplantation notwendig (vgl. Operationsbericht vom 22.

Januar 2019, Urk. 8/27 ). Gemäss Ärzten des Z.\_\_\_\_ zeigten die postoperativen Wundkontrollen reizlose Wundverhältnisse, sodass der Beschwerdeführer am 11.

Februar 2019 in die stationäre Paraplegie-Rehabilitation ins Paraplegiezentrum

C.\_\_\_\_ habe verlegt werden können (vgl. Austrittsbericht vom 11.

Februar 2019, Urk. 8/40 ).

### **E. 3.2**

Vom 11. Februar bis 16. September 2019 war der Beschwerdeführer im Paraplegiezentrum

C.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Die Ärzte konstatierten, in der neurologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer keinerlei Motorik im Bereich der unteren Extremitäten gezeigt. Es liege eine sensomotorisch komplette Leistungsstörung in den unteren Extremitäten vor. Die Wiedererlangung der Gehfunktion sei eher unwahrscheinlich. Der Fokus in der Physiotherapie liege auf der Sitzstabilität und der Verbesserung der Rumpfkontrolle sowie dem Transfertraining. Wegen zunehmenden sakralen sowie LWS-Schmerzen beim Sitzen sei ein weiteres MRI durchgeführt worden, welches sich ohne sichere Zeichen einer Neurokompression oder Materiallockerung dargestellt habe (vgl. Urk. 8/84 ). Eine erneute CT - Bildgebung habe ebenfalls keine Schraubenlockerung erbracht. Zur Verbesserung der primär neuropathischen Schmerzen sei eine TENS-Therapie erfolgt. Die aktuellen Nahziele seien in erster Linie die Einstellung des komplexen Schmerzsyndroms sowie die damit verbundene Verlängerung der Sitzdauer, die aufgrund der Schmerzen aktuell nur bis etwa eine Stunde betrage. Die Mobilisation des reimplantierten Armes werde durch die Ergotherapie durchgeführt. Das CT des Ellbogens zeige einen Status nach primärer Ellbogen-Arthrose mit beginnender Durchbauung zentral, aber noch keine vollständige Konsolidation, weshalb der Arm noch nicht belastet werden dürfe. Weiter habe eine neuro-urologische Mitbeurteilung eine neurogene Harnblasenstörung gezeigt (vgl. auch Arztbericht vom 21. Februar 2019, Urk. 8/48). Aufgrund einer unklaren entzündlichen Läsion im Bereich der Glans Penis und des Penischafts sei ein suprapubischer Dauerkatheter eingelegt worden. Ziel der Therapie sei auch das Erlernen des intermittierenden Selbstkatheterismus (vgl. Arztbericht vom 20. März 2019, Urk. 8/73 ).

### **E. 3.3**

Im Rahmen einer klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle rund vier Monate nach Trauma stellten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ einen angemessenen Heilungsverlauf fest. Bezüglich der vom Beschwerdeführer geklagten neuropathischen Schmerzen im Bereich der LWS erfolge eine medikamentöse Anpassung. Hinsichtlich der Clavicula zeige sich eine adäquate ossäre Durchbauung, weshalb nun eine schmerzadaptierte Vollbelastung dieser möglich sei (vgl. Verlaufsbericht vom 20.

März 2019, Urk. 8/86 ).

### **E. 3.4**

Aus dem Austrittsbericht des Zentrums für Paraplegie C.\_\_\_\_ vom 30. September 2019 (Urk. 8/199 ) ergibt sich, dass ab August 2019 mit der Anleitung für den intermittierenden

Selbstkatheterismus habe begonnen werden können. Die Ärzte verwiesen ausserdem auf ein MRI des Schädels, welches Hinweise auf stattgehabte Shearing

Injuries zeige. Eine neuropsychologische Testung sei bisher aber noch nicht erfolgt. Weiter verzeichneten sie eine Zunahme der Willküraktivität im Bereich der rechten Hand, so dass der Beschwerdeführer am Ende der Hospitalisation den Arm für Transfers und Rollstuhlmobilität nutzen können. Grobes Zielgreifen sei ebenfalls möglich, die Feinmotorik sei aber nach wie vor sehr schwer beeinträchtigt. Betreffend die Schmerzen im Sakralbereich und in den Beinen führten die Ärzte aus, dass diese neben der initialen Rückenmarksverletzung möglicherweise durch die Fraktur des Os coccygis mitbedingt sei. Eine Infiltration habe nur eine kurzzeitige Besserung gebracht und auch unter der Schmerztherapie seien die Schmerzen problematisch geblieben. Wichtig und zielführend sei es, dass neben der medikamentösen Therapie ebenfalls eine ambulante psychologische Betreuung in puncto Schmerzbehandlung stattfinden. Im Rahmen der Verlaufskontrolle am 28. Oktober 2019 wurde festgehalten, dass die Reduktion der Medikation zu einer leichten Zunahme der Schmerzen in den Beinen geführt habe. Massive Schmerzepisoden seien aber nicht mehr aufgetreten. Die Motorik der rechten Hand habe sich weiter gebessert, wobei sie für die meisten Aktivitäten im Alltag noch nicht zu gebrauchen sei. Für die rechte Hand wurden nunmehr verbesserte Kraftgrade von bis zu M4 für die Fingerbeuger, M3 für den Handbeuger und M2 für die Finger- und Handextension dokumentiert. Aus medizinischer Sicht sei die Optimierung der Schmerztherapie notwendig. Im Dezember 2019 sei der Umzug in eine eigene Wohnung geplant (Urk. 8/200). PD Dr. A.\_\_\_\_

sah im Rahmen der Ergotherapie zur Verbesserung der rechtsseitigen Handmotorik das höchste Reha-Potenzial, weshalb er zwei Ergotherapien pro Woche empfahl. Da gegen könne die Physiotherapie und das MTT-Training seiner Meinung nach nunmehr auf jeweils einen Termin pro Woche reduziert werden, da hier 10 Monate nach dem Unfallereignis bei unverändertem neurologischen Befund funktionell keine weitere Besserung der inkompletten Paraplegie der unteren Extremität zu erwarten sei (vgl. Neurologische Stellungnahme vom 31. Oktober 2019, Urk. 8/217).

### **E. 3.5**

Die behandelnden Fachärzte des Paraplegiezentrums

C.\_\_\_\_ berichteten am 19. Dezember 2019 von einer erfreulichen Entwicklung der Paraparese mit deutlicher Zunahme der Kraft in den proximalen Muskelgruppen. Es folgte eine Orthesenversorgung mit dem Ziel, die Steh- und Gehfunktion zu verbessern (Urk. 8/276; vgl. auch Verlaufsbericht vom 29. Januar 2020, Urk. 8/275). Aus dem Bericht der Physiotherapie vom 10. März 2020 (Urk. 8/280) ergibt sich, dass sich zu Beginn der Erstrehabilitation in den unteren Extremitäten keine motorische Aktivität gezeigt habe, im Verlauf der Rehabilitation sich jedoch eine Innervation der Hüftflexoren, -extensoren, -abduktoren und der Ischiokruralmuskulatur mit einer Muskelfunktion zwischen 1-2/5 ergeben

haben. Die Kraft habe sich weiter verbessert, so dass sich bei der Muskelkrafttestung eine Funktion im Quadriceps (links: 4/5 und rechts: 2-5) sowie eine Verbesserung der Hüftflexoren, -extensoren, -abduktoren und der Ischiokruralmuskulatur mit einer Muskelfunktion zwischen 2-3/5 gezeigt habe. Nicht relevant verändert habe sich die Oberflächen- und Tiefensensibilität. Erstere sei bis Th12 intakt, Letztere sei in beiden Hüftgelenken stark vermindert und weiter distal nicht vorhanden. Aufgrund der Verbesserung der Kraft in den

unteren Extremitäten sei das Ziel der ambulanten Physiotherapie eine Steh- und Gehfunktion zu erarbeiten, unter Zuhilfenahme von Orthesen. Der Beschwerdeführer klagt aber nach wie vor über neuropathische Schmerzen in den Beinen und im Gesäss, welche im Alltag im Vordergrund stünden und zum Teil auch die Physiotherapie beeinflussen würden. Im Rahmen der schmerzmedizinischen Begleitung in der Klinik D.\_\_\_\_ seien Infiltrationen sowie gepulste Radiofrequenzen der Wurzel L5 und S1 durchgeführt worden. Ausser dem habe der Beschwerdeführer eine schmerzpsychologische Therapie wahrgenommen, sodass er im Juli 2020 die Schmerzmedikamente absetzen könne. Dabei sei eine zusätzliche Empfindlichkeit gluteal aufgetreten, die Schmerzen seien jedoch insgesamt geringer geworden (vgl. Arztberichte vom 25. März 2020 [Urk. 8/286 ] und 7. Juli 2020 [Urk. 8/334 ] ; vgl. auch Urk. 8/294, Urk. 8/301, Urk. 8/309, Urk. 8/311 ).

### **E. 3.6**

Am 17. März 2020 fand die neuropsychologische Standortbestimmung bei Status nach Polytrauma mit Schädel-Hirn-Trauma im Z.\_\_\_\_ statt (Urk. 8/313 ). Die untersuchende Neuropsychologin hielt ein weitgehend unauffälliges kognitives Leistungsprofil fest. Isoliert findet sich im mnestischen Bereich eine stark reduzierte Erinnerungsleistung einer zuvor kopierten komplexen geometrischen Figur, die jedoch am ehesten auf die unsystematische Herangehensweise beim Kopieren der Figur zurückzuführen sei. Bei ansonsten durchwegs unauffälligen Gedächtnisleistungen seien die Gedächtnisfunktionen als intakt zu bewerten. Im attentionalen Bereich fände sich eine leicht verlangsamte Aufmerksamkeitsaktivierung. Hierbei sei jedoch ein sekundär leistungsmindernder Einfluss durch die ausgeprägten Schmerzen während der Aufgabenbearbeitung anzunehmen. Der Beschwerdeführer habe von permanenten Schmerzen im Gesäss und meist täglich auftretenden neuropathischen Schmerzen in den Beinen berichtet. In einer standardisierten Selbstbeurteilung zu Erschöpfungssymptomen sei ausserdem ein deutlich erhöhter Gesamtscore feststellbar, was auf eine mittelschwere Fatiguesymptomatik hinweise, die sich ebenfalls leistungsmindernd auf die Aufmerksamkeitsfunktion auswirken könne. Klinisch wirke der Beschwerdeführer leicht belastet. Es sei davon auszugehen, dass die genannte, isolierte Minderleistung im attentionalen Bereich nicht hirnorganisch bedingt sei, sondern im Rahmen der subjektiv genannten und klinisch evidenten Schmerzsymptomatik zu interpretieren sei, wobei ein weiterer leistungsmindernder Einfluss durch die erfasste Fatigue nicht auszuschliessen sei. Angesichts der aktuellen Belastungssituation (vor allem Schmerzen) werde die erneute Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Begleitung empfohlen.

### **E. 3.7**

Die Physiotherapeutinnen berichteten von weiteren deutlichen funktionellen Fortschritten. So sei die Zielsetzung zur Steh- und Gehfunktion im Innenbereich teilweise erreicht worden und es sei realistisch, dass der Beschwerdeführer zu künftig im Innenbereich mit nur einem Gehstock mobil sein könne. Nach wie vor vorhanden seien die neuropathischen Schmerzen in den Beinen und im Gesäss (vgl. Physiotherapiebericht vom 7. Dezember 2020, Urk. 8/376 ). Neben der verbesserten Mobilität zeigte sich laut behandelnden Fachärzten des Paraplegiezentrums

C.\_\_\_\_ auch im Bereich der rechten Hand ein erfreulicher Verlauf ohne neuropathische Schmerzen des rechten Armes und mit sehr gut vorhandener Sensibilität sowie sehr guter motorischer Funktion der rechten Hand, insbesondere bezüglich der Flexion. Der

Beschwerdeführer habe angegeben, die rechte Hand im Alltag einsetzen zu können, zum Beispiel um Dinge zu halten. Ein schränkend sei einzig die fehlende Daumenaktivität sowie die fehlende Ellbogenflexibilität. Diesbezüglich erachteten die Ärzte eine Verbesserung für kaum möglich. Zu überlegen sei, ob eine opponierende Stellung des Daumens rechts operativ möglich wäre. Der Beschwerdeführer habe dazu jedoch keinen Bedarf, da er die Hand aufgrund der fehlenden Ellbogenfunktion ohnehin vorwiegend als Haltehand einsetze. Betreffend die vom Beschwerdeführer angegebenen zunehmenden neuropathischen Schmerzen in den Beinen werde eine Therapie mit Pregabalin verordnet (vgl. Arztbericht vom 30.

Dezember 2020, Urk. 8/397).

### **E. 3.8**

PD Dr. A. \_\_\_ konstatierte in seiner neurologischen Stellungnahme vom 6. April 2021 (Urk. 8/425), hinsichtlich der neuropathischen Schmerzen mit elektrischen Schlägen im Gesäss und den unteren Extremitäten, die vor allem in Ruhe und nachts auftreten würden, könne nicht mit genügender Sicherheit von einem stabilisierten Gesundheitszustand ausgegangen werden, insbesondere da anzunehmen sei, dass die neuropathischen Schmerzen auch die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich beeinträchtigen könnten. Die nächste Verlaufskontrolle in der Neurologie des C. \_\_\_ sei noch abzuwarten, wobei zu informieren sei, dass Mitte 2021 und dann nunmehr 2.5 Jahre nach dem Unfallereignis aus versicherungsmedizinischer Sicht überwiegend wahrscheinlich von einer bestmöglichen Gesundheitsstabilisierung ausgegangen werden würde.

### **E. 3.9**

Betreffend die Mobilität habe der Beschwerdeführer - so die Physiotherapeutinnen in ihrem Bericht vom 4. Juni 2021 (Urk. 8/454) - erneut Fortschritte erzielt. Neu sei er im ebenen Aussenbereich selbständig mobil und könne auch mit nur einem Unterarmgehstock oder Handstock gehen. Die Gehstrecke betrage weiterhin 200 Meter, Steigungen seien ihm mit den Orthesen kaum möglich. Die Orthesen würden im Innenbereich weiterhin nur vereinzelt eingesetzt, da er noch auf zwei Unterarmgehstöcke angewiesen sei, das Tragen von Gegenständen mit der rechten oberen Extremität sei erschwert und das Gehen am Handstock rechts noch unsicher. Im Rahmen der Physiotherapie könne der Beschwerdeführer mit den Orthesen einige Schritte im Barren frei gehen. Deutlich verbessert habe sich auch die Standfähigkeit. Er könne ohne Hilfe der Orthesen mit einer Haltemöglichkeit in der Nähe mindestens 30 Sekunden frei stehen. Im Alltag könne er so je nach Tagesform stehend die Zähne putzen oder duschen. Die neuropathischen Schmerzen seien gleichbleibend bis minim verbessert. Aus dem ergotherapeutischen Zwischenbericht vom 28. Mai 2021 (Urk. 8/455) ergibt sich, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der starken Schmerzen in den Beinen einige Wochen nicht möglich gewesen sei, die Ergotherapie wahrzunehmen und infolgedessen die Vernarbungen am rechten Arm wieder mehr adhärent geworden seien. Dies erschwere ihm die aktive Extension der Langfinger und des Daumens der rechten Hand, was wiederum diverse wichtige Tätigkeiten des täglichen Lebens erschwere.

### **E. 3.10**

Die Ärzte des C. \_\_\_ bestätigten in ihrer neurologischen und neurophysiologischen Verlaufskontrolle vom 16. Juni 2021 (Urk. 8/461)

### **E. 3.11**

Der Versicherungsarzt PD Dr. A.\_\_\_\_

ging in seiner Stellungnahme vom 24. September 2021 (Urk. 8/482) von einem stabilisierten Heilzustand aus. Es könnten überwiegend wahrscheinlich keine relevanten funktionellen Verbesserungen mehr erzielt werden. Die Einschränkungen in der Arm- und Handfunktion rechts nach Armamputation und Re-Implantation mit Haltefunktion bei vollständiger Fingerflexion, jedoch eingeschränktem Faustschluss und fehlender Daumenopposition, sowie die eingeschränkte Gehfähigkeit von maximal einer halben Stunde, respektive 300 m, würden als dauerhaft bewertet. Diese Funktionsfähigkeit bei einem stabilen Verlauf seit der letzten Vorstellung sei auch von den Ärzten des C.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2021 beschrieben worden (vgl. hierzu Urk. 8/509). Insofern könnten keine relevanten Fortschritte mehr objektiv verzeichnet werden, weshalb aus versicherungsmedizinisch-neurologischer Sicht somit unverändert ein bestmöglich erreichter Heilzustand vorliege (vgl. neurologische Stellungnahme vom 29. Oktober 2021, Urk. 8/511).

Weiter werde in der letzten neurologischen Untersuchung auch keine Allodynie im Sinne eines allfälligen neuropathischen Schmerzsyndroms dokumentiert. Die Schmerzen im Sakralbereich bestünden zwar weiter, ohne dass jedoch eine diesbezügliche Quantifizierung oder Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens angegeben werde. Die im Ergotherapiebericht angegebenen Schmerzen in den Beinen würden in den medizinischen Berichten nicht erwähnt werden, diese seien am ehesten bei körperlicher Überlastungssituationen abhängig einzuschätzen. Eine Diagnose eines eigenständigen neuropathischen Schmerzsyndroms sei vorliegend nicht dokumentiert. Ein dauerhaft invalidisierender Schmerzcharakter könne insgesamt auch nicht festgestellt werden. Betreffend die unfallbedingt verbleibende Belastbarkeit führte PD Dr. A.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer könne eine ganz überwiegend sitzende und leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit ausüben mit allenfalls seltener Notwendigkeit kurz zu stehen oder kurze Entfernungen zurückzulegen, bei einer freien Stehfähigkeit von 30 Sekunden und einer deutlich eingeschränkten, verlangsamt Gehfähigkeit mit Hilfsmitteln bis zu 30 Minuten. Unter Berücksichtigung dieses Belastungsprofils sei dem Beschwerdeführer ein ganztägiges Pensum zumutbar. Als zustandserhaltende Massnahme sei die Fortführung einer Dauerphysio- und Ergotherapie mit maximal 42 Terminen pro Jahr gemäss WZW-Kriterien nach Entscheidung der Physiokommission vom Dezember 2003 zu empfehlen (vgl. Urk. 8/482, vgl. auch Urk. 8/560).

### **E. 3.12**

In der traumatologischen Verlaufskontrolle vom 12. November 2021 im Z.\_\_\_\_

(Urk. 8/525) berichtete der Beschwerdeführer von persistierenden Schmerzen lumbal bei zunehmender Mobilisation der unteren Extremitäten. Konventionell-radiologisch sei ein intaktes Spondylodesematerial bei zunehmender Konsolidierung zwischen LWK 1 und LWK 2 bei weiterhin fehlender Konsolidierung des anterioren Anteils des LWK 2 erkennbar (vgl. auch Urk. 8/532). Hinweise auf Materiallockerung oder einen Infekt seien im durchgeführten SPECT/CT (vgl.

Urk. 8/566) keine vorhanden. Evident sei eine beginnende Anschlussdegeneration (vgl. Arztbericht vom 5. Januar 2022, Urk. 8/569). Betreffend die teils starken neuropathischen Schmerzen in den Beinen sei dem Beschwerdeführer eine Basismedikation verordnet

worden. Die behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_ führten aus, aufgrund der Rückenmarkschädigung liege beim Beschwerdeführer ein Integritätsschaden von 40-50 % sowie aufgrund der Armverletzung ein solcher von mindestens 40 % vor. Der Beschwerdeführer sei zudem in seinem Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen und leide unter chronischen neuropathischen Schmerzen sowie einer neurogenen Harnblasen- und Darmfunktionsstörung, was bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sei (vgl. Arztbericht vom 15. März 2022, Urk. 8/595). Letzteres betreffend hielten die Ärzte des C.\_\_\_\_ in ihrer neuro-urologischen Untersuchung fest, in Anbetracht des video-urodynamischen Funktionsprofils zeige sich subjektiv wie objektiv eine stabile und zufriedenstellende Harnblasen-Situation mit spät einsetzender und weiterhin nicht den oberen Harntrakt gefährdenden Detrusorüberaktivität unter dem etablierten Harnblasenmanagement mit intermittierendem Selbstkatheterismus. Zur effizienteren Stuhl-Entleerung könne der Beschwerdeführer ein Lecicarbon-Zäpfchen anwenden (vgl. Arztbericht vom 1. Februar 2022, Urk. 8/598). Hinsichtlich der Armverletzung wurde seitens Handchirurgie des Z.\_\_\_\_ mitgeteilt, dass die Pseudoarthrose nach der Stosswellenbehandlung in der rheumatologischen Abteilung geheilt sei. Eine Verbesserung in der rechten Hand sei jedoch nicht erfolgt. Trotz dem werde dem Beschwerdeführer empfohlen, alle sportlichen Aktivitäten allmählich wie der aufzunehmen und den rechten Ellbogen einmal im Jahr radiologisch untersuchen zu lassen (vgl. Arztbericht vom 10. März 2022, Urk. 8/593).

### **E. 3.13**

Dr. B.\_\_\_\_, bestätigte in seiner Stellungnahme vom 27. April 2022 (Urk. 8/623) den medizinischen Endzustand bezüglich der Folgen des Unfalls vom 1. Januar 2019 und verwies auf die Einschätzung von PD Dr.

A.\_\_\_\_ vom 24. September 2021 (vgl. E. 3.11 hiervor). Weiter sei die fachärztliche versicherungsmedizinische Einschätzung seitens der Unfallversicherung durch die Verfügung (recte: den Vorbescheid) der Invalidenversicherung vom 17. Mai 2022 (vgl. Urk. 8/641), wonach der Beschwerdeführer seit September 2021 in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig sei, bestätigt worden (vgl. neurologische Kurzbeurteilung vom 2. Juni 2022, Urk. 8/656).

### **E. 3.14**

Im Sprechstundenbericht Handchirurgie des Z.\_\_\_\_ vom 12. August 2022 (Urk. 8/686) wird in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit darauf hingewiesen, dass die rechte obere Extremität vom Beschwerdeführer nur als Hilfs hand eingesetzt werden könne, nicht als Arbeitshand. Dies müsse bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden. Aktuell arbeite der Beschwerdeführer in einem 50%-Pensum und es sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 90-100 % geplant, wobei sich dies der Beschwerdeführer momentan nicht zutraue (vgl. Sprechstundenbericht vom 1. März 2023, Urk. 8/720).

### **E. 3.15**

Bei Lumbalgien paravertebral rechts ohne wesentliche Ausstrahlungen in die unteren Extremitäten und zur Klärung einer eventuellen Implantatentfernung bei Status nach dorsaler Spondylodese wurde der Beschwerdeführer im Wirbelsäulenzentrum des C.\_\_\_\_ vorgestellt. Um die Implantatlage sowie die knöcherne Fusion beurteilen zu können, wurde am 3. Oktober 2022 ein CT durchgeführt (vgl.

Urk. 8/710). Laut behandelndem Arzt könne eine Lockerung sowie ein Implantatversagen ausgeschlossen werden (vgl. auch Urk. 8/713). Zudem zeige sich im durchgeführten CT eine fusionierte operierte Strecke. In diesem Bereich würde die Wirbelsäule keine Beweglichkeit erlangen, weshalb eine Osteosynthesmaterialentfernung keinen Sinn ergeben würde. Dem Beschwerdeführer wurde die Durchführung einer Facettengelenksinfiltration Th9/10 angeboten (vgl.

Sprechstundenberichte vom 19. September 2022 [ Urk. 8/702 ] und vom 24. Oktober 2022

[ Urk. 8/707 ]), was laut Sprechstundenbericht vom 9. März 2023 (Urk. 8/722) unzureichend half. Darin hielten die behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_ fest, bei persistierenden thorakolumbalen sowie neuropathischen Beschwerden in den Beinen sei der Beschwerdeführer aus wirbelsäulen-chirurgischer Sicht aktuell nicht in der Lage, der momentan ausgeübten Tätigkeit im Bereich Marketing nachzugehen, weil es hierbei zu einer deutlichen Schmerzintensivierung komme. Eine Reduktion der Arbeitstätigkeit sollte möglich sein mit zwischendurch Mobilisation zum Vermeiden einer Schmerzexazerbation.

### **E. 3.16**

In seiner Stellungnahme vom 2. März 2023 (Urk. 8/719) verwies Dr. B.\_\_\_\_ auf radiologische Befunde (vgl. Urk. 8/710, Urk. 8/713), die keine bisher nicht dokumentierten unfallbedingten Schädigungen in Bezug auf die dargestellten neuronalen Strukturen zeigen würden. Auch bezüglich der nicht-neurologischen Befunde werde keine namhafte Verschlechterung gegenüber der vorliegenden Voruntersuchung vom 18. Juni 2020 beschrieben. Die aktuellen MR- und Röntgen-Bildgebungen der LWS (BWS) gäben somit keine Erklärung für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. 4. 4.1

Während die Beschwerdegegnerin entsprechend der Beurteilung durch ihre beratenden Ärzte PD Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom 24. September 2021, 29. Oktober 2021 sowie 27. April 2022 von einer seit September 2021 vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer überwiegend sitzenden und leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit ausging (E. 3.11, E. 3.13), machte der Beschwerdeführer insbesondere gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_ geltend, er sei auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr als 50% arbeitsfähig (E. 3.12, E. 3.15). Umstritten ist dabei in erster Linie, ob der Beschwerdeführer als Folge seines Unfalls an einem neuropathischen Schmerzsyndrom im Bereich der unteren Extremitäten leidet und infolgedessen zu höheren Leistungen der Beschwerdegegnerin berechtigt ist. 4.2

Zunächst ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zukommt, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 4.3

Der Versicherungsmediziner PD Dr. A.\_\_\_\_

gelangte am 27. September 2021 ge stützt auf die medizinischen Akten zur Einschätzung, dass keine dokumentierte gesteigerte Schmerzempfind lichkeit im Sinne eines neuropathischen Schmerz syndroms vorliege (E. 3.11). Zwar gingen

die behandelnde n Ärzte des C.\_\_\_\_

auf die Frage des Versicherungsmediziners betreffend funktionelle Einschrän kung unter anderem durch die neuropathischen Schmerzen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit in ihrem Arztbericht vom 16. Juni 2021 nicht ein (vgl.

Urk. 8/461). Neuropathische Schmerzen wurden hingegen bereits im Rah men der stationären Behandlung im Paraplegiezentrum

C.\_\_\_\_ erwähnt (vgl.

E.

3.2). Die behandelnden Fachärzte konstatierten, dass bereits früh während der Hospitali sation Schmerzen im Sakralbereich und später auch in den Beinen aufgetreten seien (vgl. Urk. 8/199) und eine Reduktion der Medikation zu einer Zunahme der Schmerzen in den Beinen geführt habe (vgl. Urk. 8/200). Die behandelnde Neuro login ordnete diese im Rahmen des Standortgesprächs Ende August 2019 einem schweren neuropathischen Schmerzsyndrom zu (vgl.

Urk. 8/173). Ebenso geht aus dem Bericht der Klinik

D.\_\_\_\_ vom 25.

März 2020 hervor, dass neuro pathische Schmerzen in den Beinen beklagt wurden. Es komme anfallsweise und punktuell im Fussaussenrist oder im ventralen Unter schenkelbereich zu ein schies senden Schmerzen (vgl. Urk. 8/286). Im Rahmen der neuropsychologischen Un ter suchung wurde denn auch die Minder leistung im attentionalen Bereich durch die per manenten Schmerzen im Gesäss sowie die neuropathischen Schmer zen in den Beinen erklärt (E. 3.6). Eine therapeutische Anpassung der Medikation auf grund zunehmender neuropa thi scher Schmerzen ist ausserdem im Verlaufsbericht des C.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2020 dokumentiert (E. 3.7). Angesichts dessen, dass der Versiche rungsarzt PD Dr.

A.\_\_\_\_ mit Blick auf diese medizinische Aktenlage einen Einfluss der neuropathischen Schmerzen auf die Leistungsfähig keit des Beschwerdeführers in seiner Stellungnahme vom 6. April 2021 als mög lich erachtete (vgl. E. 3.8), ist nicht nachvollziehbar, wenn er die nach wie vor angegebenen Schmerzen in den Beinen (vgl. E. 3.9) in seiner Stellungnahme vom 24.

September 2021 neu als belastungsabhängige Beschwerden einordnete und einen invalidisierenden Schmerzcharakter verneinte (vgl. E. 3.11). Die behan delnden Ärzte des C.\_\_\_\_ postulierten denn auch die Mitberücksichtigung der chronischen neuropathischen Schmerzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (E. 3.12). Vor diesem Hintergrund und angesichts dessen, dass der Beschwerde führer die teils starken neuropathischen Schmer zen neben der physikalischen Therapie auch mit einer Basismedikation behandelt (vgl. Urk. 8/595) und die Wirbelsäulenspezialistin den Beschwerdeführer unter anderem auch aufgrund der neuropathischen Schmerzen nicht in der Lage erachtete, einem 50%-Pensum

nachzugehen (vgl. E. 3.15), bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlussigkeit der versicherungs internen Feststellungen, dass kein objektivier bares neu ropathisches Schmerzsyn drom in den unteren Extremitäten vorliege und der Beschwerdeführer in einer überwiegend sitzen den und leichten bis selten mittel schweren Tätigkeit gantztägig arbeitsfähig sei (E. 3.11 in fine). Auch angesichts des noch jungen Alters des Beschwerdeführers ist eine sorgfältige Abklärung des medizinischen Sachverhalts unabdingbar. Die Sache ist daher an die Beschwerde gegnerin zurückzuweisen, damit diese durch ein unabhängiges fachspezifisches Gutachten abklären lässt, ob den aktuell geklagten Beschwerden eine unfall kausale S chädigung zugrunde liegt und in welchem Umfang die Arbeits fähigkeit in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit dadurch beeinträchtigt ist. 5.

Es bleibt die Beurteilung des Integritätsschadens zu prüfen. 5.1

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 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).

Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 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, geistige oder psychische 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, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Voraussesebare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4). 5.2

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) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. 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).

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 das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, 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 ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2022 vom 31. Januar 2023 E. 6.1.1 mit Hinweisen ). 5.3

Mit der Verfügung vom 20. Juni 2022 (Urk. 8/664) bestätigende m

Einsprache entscheid vom 24. April 2023 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer gestützt auf die Stellungnahme von PD Dr. A.\_\_\_\_ vom 24. September 2021 (vgl. Urk. 8/481) eine Integritätsentschädigung für eine Integritäts ein busse von 80 % zu (Urk. 8/664). PD Dr. A.\_\_\_\_ erachtete einen Integritätsschaden von 70 % bei inkompletter Paraplegie sub Th

## **E. 8**

0 % geschätzt, was rechtens sei .

## **E. 11**

ASIA D als gegeben. Hinzu komme 10 % für den Zustand nach Armamputation und Re-Implantation nach rechts seitigem oberem Extremitätentrauma und einer Einschränkung in der Arm beugung und in der Fingerfeinmotorik. Dies ergebe einen Integritätsschaden von 80 % , analog und im Quervergleich zu einer inkompletten Tetraplegie ASIA D, im Rahmen derer ebenfalls ein 80 % Integritätsschaden vorgesehen sei (vgl. Suva-Tabelle 21 «Integritätsentschädigung bei Rückenmarkverletzungen») . Damit übereinstimmend erachteten denn auch die Fachärzte des C.\_\_\_\_ einen Integritäts schaden von 80-90 % bei Rückenmarkschädigung sowie Armverletzung für aus gewiesen (vgl. E. 3.12) .

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte , die Sexualfunktions störung sei bei der Beurteilung des Integritätsschadens unberücksichtigt geblieben (E. 2.2) , ist dem zu entgegen, dass dem Versicherungsmediziner sämtliche Akten vorgelegen haben und ihm die erektile Dysfunktion als Teil der neurogenen Sexual-, Harnblasen- und Darmfunktionsstörung bekannt war (vgl. Urk. 8/292). Aus der Beurteilung des Integritätsschadens ergibt sich denn auch, dass neben den Wirbel säulenbeschwerden und den Schmerzen der unteren Extremitäten auch die neurogene Blasenstörung mitberücksichtigt wurde (Urk. 8/ 481 ) .

Gemäss Tabelle 21 inkludiert der Wert für die Paraplegie (gemäss ASIA D 60-70 % ; 70 % bei Niveau oberhalb L2, sprich auch sub Th11 ) die als Urogenital- und Darm-Lähmung bezeichnete Einschränkung und ist nur zusätzlich zu berücksichtigen, wenn diese an der motorischen Lähmung gemessen aussergewöhnlich ausgeprägt oder besonders gering sind . Damit wurde der medikamentös behandelbaren erektilen Dysfunktion implizit voll um fänglich Rech nung getragen. Dass mit Anwendung der Tabelle 21 de n gesetzlichen Rahmenbeding en von Art. 36 Abs. 2 UVV einschliesslich Anhang 3 ( worin bei vollständiger Paraplegie 90 % veranschlagt wird ) nicht entsprochen würde oder der Versicherungsmediziner das in Tabelle 21 dargelegte Feinraster unkorrekt angewendet hätte

, wird nicht dargelegt und hierfür bestehen auch keine Anhaltspunkte.

Inbesondere überzeugt der Quervergleich mit der inkompletten Tetraplegie Asia D, womit der funktionellen Beeinträchtigung des rechten Armes erschöpfend Rechnung getragen wird.

Die Beurteilung des Integritätsschadens bildet rechtsprechungsgemäss eine Tatfrage, die von einem Mediziner zu beantworten ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_76/2013 vom 23. Juli 2013 E. 3.4.1 und U 344/01 vom 11. September 2002 E. 6, je mit Hinweisen). Eine die Ansicht des Beschwerdeführers bestätigende, dem Versicherungsmediziner widersprechende ärztliche Einschätzung der Integritäts einbusse ist nicht aktenkundig. Es ist daher nicht stichhaltig, wenn der Beschwerdeführer ohne entsprechende medizinische Grundlage eine erneute Überprüfung eines möglichen Integritätsschadens verlangt (Urk. 1 S. 5). Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinische Beurteilung von PD Dr. A. \_\_\_\_\_

den unfallbedingten Integritätsschaden insgesamt auf 80 % festsetzte . 6.

Nach Gesagtem ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. April 2023 hinsichtlich der Rente aufzuheben

und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die weiteren Abklärungen wird sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen . 7.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerde des Beschwerdeführers gegen die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 27. Juni 2022 betreffend Rentenanspruch im parallel laufenden Verfahren IV.2022.00444 mit Urteil heutigen Datums ebenfalls in dem Sinne gutgeheissen wird, als in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Beschwerdegegnerin zu weiteren medizinischen Abklärungen hinsichtlich des Rentenanspruchs verpflichtet wird. 8.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens - teilweises Obsiegen - steht dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG und § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer eine gekürzte Prozessentschädigung zu. Die Entschädigung wird vom Gericht nach Ermessen und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt (§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Entsprechend ist ihm eine (entsprechend dem ermessensweise zu schätzenden Aufwandes von einem Drittel für die Belange der Integritätsentschädigung) gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. April 2023

hinsichtlich des Rentenanspruchs aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Rente neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
HurstStadler

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