



**Fall-Nr.:** UV 2014/22  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 21.07.2015  
**Entscheiddatum:** 21.07.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.07.2015**

**Art. 6 UVG: Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis mit schweren Verbrennungen, insbesondere am Kopf, und verschiedenen, nachfolgend geltend gemachten Beschwerden; insbesondere Verneinung einer posttraumatischen Belastungsstörung**

**Art. 18 Abs. 1 UVG: Verneinung eines Rentenanspruchs trotz Bejahung gewisser Unfallrestfolgen mangels Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit des Versicherten (Entscheid des**

**Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Juli 2015, UV 2014/22). Entscheid vom 21. Juli 2015 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2014/22 Parteien A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat lic. iur. Dieter Roth, Advokatur Gysin + Roth, Zeughausplatz 34, Postfach 375, 4410 Liestal, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Angestellter bei der B.\_\_\_\_ GmbH bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als ihn seine damalige Ehefrau am 25. Januar 2006 im Schlaf mit heissem Öl übergoss (Suva-act. 2, 5, 15). Nach einer Primärversorgung im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) wurde der Versicherte noch am Unfalltag in die Klinik für Wiederherstellungschirurgie des Universitätsspitals Zürich (USZ) verlegt, deren Ärzte eine Verbrennung von 33% der Körperoberfläche (KOF), II. und III. Grades, diagnostizierten; ein Anteil von 26% II. Grades im Bereich Gesicht, Hinterkopf, beide Arme und Hände, Thorax, Hals zirkulär, Unterschenkel rechts, Fuss rechts, sowie ein Anteil von 7% III. Grades im Bereich Kopf lateral links, Oberarm



## St.Galler Gerichte

lateral rechts, Fuss medial links. Nach mehreren Operationen im USZ (26. Januar 2006: Eintrittsbad, Débridement; 28. Januar 2006: Spalthautbiopsie am rechten Oberschenkel für Cell-Spray XP; 30. Januar 2006: tangentielle Exzision und Spalthautdeckung am rechten Vorfuss, rechten Oberarm, linken Vorderarm, Schulterbereich vorne beidseits, Hals links, Applikation von autologer Keratinozyten-Suspension [Cell-Spray XP] am rechten Fuss, rechten Vorderarm und am Décolleté; 9. Februar 2006: Restdefektdeckung am ventralen Thorax, Rekonstruktion der Helix am linken Ohr links mit ungemeshter Spalthaut; 22. Februar 2006: Ektropiumkorrektur des Unterlids links mit Vollhauttransplantat von supraklavikulär rechts, Spalthauttransplantation temporo-parietal beidseits im Bereich der Concha am linken Ohr und am Oberlid links) folgte am 2. März 2006 die Verlegung in die Rehaklinik Bellikon zur Rehabilitation (Suva-act. 15, 20, 22, 24).

A.b Am 24. April 2006 fand in der Rehaklinik Bellikon ein psychosomatisches Konsilium statt, wobei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, aktuell im Ausmass einer subsyndromalen Störung, gestellt wurde. Die Konsiliarärzte stellten ausserdem eine noch massgebliche Beeinträchtigung durch Bewegungseinschränkungen und Schmerzzustände im Rahmen der Verbrennungswunden fest (Suva-act. 25). Am 26. April 2006 erfolgte der Klinikaustritt. Im Austrittsbericht vom 8. Mai 2006 vermerkten die Ärzte lediglich noch am Kopf eine ca. 12x4 cm messende Verschorfung. Die übrigen Hautstellen seien geschlossen. Von Seiten der funktionellen Einschränkungen seien einerseits eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit beidseits, hauptsächlich durch Narbenstränge bedingt, und andererseits eine noch reduzierte allgemeine Kondition und Belastbarkeit zu erwähnen. Ferner seien die lateralen 2/3 des linken unteren Augenlides von der Konjunktiva noch etwas abgelöst, der Lidschluss sei jedoch vollständig möglich. Ab 27. April 2006 wurde dem Versicherten sowohl in der angestammten Tätigkeit als Reiniger als auch für andere berufliche Tätigkeiten, leichte bis mittelschwere Arbeiten, eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit ohne spezielle Einschränkungen attestiert (Suva-act. 24). Der ehemalige Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin, betrachtete demgegenüber den Versicherten in seinem Bericht vom 7. Juni 2006 noch weitgehend als nicht kompensiert für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (Suva-act. 31).



A.c Inzwischen war der Versicherte wegen Ohrschmerzen und einer Otorrhoe links in der HNO-Klinik, Hals- und Gesichtschirurgie, des KSSG vorstellig geworden, wo am 31. Mai und 1. Juni 2006 ambulante Untersuchungen stattgefunden hatten. Eine Weitere erfolgte am 15. Juni 2006. Die untersuchenden Ärzte stellten bei der Audiometrie eine kombinierte Schwerhörigkeit mit Schalleitungskomponente von 20 bis 30 dB sowie Hochtonabfall links und ohrmikroskopisch eine subtotale Trommelfellperforation links fest. Ausserdem wurde eine Exazerbation einer chronischen Otitis media simplex links erhoben (Suva-act. 32). Ebenfalls im Juni 2006 wurde beim Versicherten in der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des USZ eine Ektropium-Korrektur im Bereich des linken Unterlides vorgenommen (Suva-act. 44). Am 19. September 2006 folgte in der HNO-Klinik des KSSG die operative Behandlung der Trommelfellperforation. Infolge einer Rezidiv-Perforation wurde am 2. April 2007 eine weitere Operation mit zusätzlicher Narbenkorrektur präaurikulär links ausgeführt (Suva-act. 49, 69).

A.d Schon seit dem 3. Oktober 2006 erfolgte beim Versicherten ausserdem eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die in ihrem Bericht vom 27. Dezember 2006 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als Folge eines Traumas und eine Angststörung mit Panikattacken, Angst und Depression gemischt, diagnostizierte (Suva-act. 60). Im anschliessenden Bericht vom 15. Oktober 2007 bestätigte bzw. vermerkte Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung, mittelgradige depressive Episode und Angststörung mit Panikattacken. Der Versicherte leide an Schmerzen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Bewegungseinschränkungen und Schwindelanfällen (Suva-act. 82).

A.e Am 19. November 2007 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Suva, auf Anfrage gegenüber der Suva fest, dass beim Versicherten aktuell im otologischen Fachbereich kein messbarer Integritätsschaden bestehe (Suva-act. 83).

A.f Mit Schreiben vom 21. Dezember 2007 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie ihm bis auf weiteres Taggeldleistungen basierend auf einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausrichte (Suva-act. 87).



## St.Galler Gerichte

A.g Am 22. Januar 2008 fand im Auftrag der Invalidenversicherung eine psychiatrische Begutachtung des Versicherten durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie, statt. Im Gutachten vom 23. Januar 2008 diagnostizierte dieser eine posttraumatische Belastungsstörung am Abklingen und eine leichtgradige depressive Episode (Suva-act. 101).

A.h Nachdem beim Versicherten in der HNO-Klinik des KSSG im Oktober 2007 und am 10. April 2008 Rekonstruktionen einer narbigen Alopezie vorgenommen worden waren (Suva-act. 98), folgte am 8. April 2009 in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG zur Narbenkorrektur und Haarverpflanzung die Implantation zweier Gewebeexpander, welche nach etappenweisen Füllungen und Drehung der Kopfhaut am 24. August 2009 wieder entfernt wurden (Suva-act. 120, 124, 126, 128 f., 141). Am 25. Februar 2011 wurden erneut zwei Gewebeexpander implantiert (Suva-act. 191, 193). Bei deren Entfernung am 27. Juni 2011 wurden zudem eine Narbenkorrektur parietal rechts und eine Transplantationslappenplastik fronto-temporal links vorgenommen (Suva-act. 210).

A.i Auf Ersuchen der Suva vom 6. Oktober 2011 (Suva-act. 225) erstellte die HNO-Klinik des KSSG am 20. Oktober 2011 ein neues Reintonaudiogramm und nahm zur Ursache der Schwindelerscheinungen beim Versicherten Stellung (Suva-act. 231).

A.j Anlässlich einer ambulanten Kontrolluntersuchung vom 9. Januar 2012 in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG teilten deren Ärzte dem Versicherten mit, dass sie ihm nach den bereits mehrfach vorgenommenen Korrekturoperationen keine weitere korrigierende Operation mehr anbieten könnten; insbesondere werde keine Möglichkeit mehr für eine erneute Gewebeaufdehnung durch Implantation eines Gewebeexpanders gesehen (Suva-act. 244).

A.k Im Rahmen des Fallabschlusses durch die Suva hielt Dr. E.\_\_\_\_ am 6. März 2012 aus versicherungsmedizinisch-otologischer Sicht fest, dass kein messbarer Integritätsschaden bezüglich des Gehörs bestehe. Die Unfallfolge am linken Ohr bedinge eine mässiggradige Schalleitungsstörung, welche jedoch die Erheblichkeitsgrenze deutlich nicht erreiche (Suva-act. 253).



## St.Galler Gerichte

A.l Am 7. März 2012 wurde der Versicherte in der Augenklinik des USZ wegen Beschwerden am linken Auge vorstellig. Die untersuchenden Ärzte stellten die ophthalmologische Diagnose eines lateralen Lidwinkels mit papulöser, chronischer Entzündung (Suva-act. 265).

A.m Am 19. April und 20. November 2012 erfolgte im Auftrag der Suva eine Begutachtung durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP. Dr. G.\_\_\_\_ erstattete das entsprechende Gutachten am 8. Dezember 2012. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erachtete er als nicht nachvollziehbar. Beim Versicherten bestünden Belastungen, die eine normalpsychologische Belastungsreaktion begründeten. Das Profil dieser Belastungsreaktion übersteige nicht das Ausmass des Erwartbaren. Es seien keine psychischen Symptome festzustellen, die den Schwellenwert der Psychopathologie erreichten (Suva-act. 302).

A.n Bereits am 1. Mai und 22. Juni 2012 waren beim Versicherten im Auftrag der Suva audiometrische Untersuchungen in der H.\_\_\_\_ AG, durchgeführt worden (Suva-act. 276, 288). Hinsichtlich Heilverlauf hatte der Versicherte der Suva derweil berichtet, dass weiterhin regelmässige Gespräche mit Dr. D.\_\_\_\_ vorgesehen seien. Mit der linken Kopfhälfte habe er einige Probleme. Er höre links praktisch nichts und habe mit dem Augenlid Probleme. Ferner sei er nach wie vor sehr vergesslich und werde rasch nervös. In unregelmässigen Abständen würden ausserdem Schwindelerscheinungen auftreten. Sein Belastungsvermögen sei sehr von der Tagesform abhängig. Leider habe sich sein Gesundheitszustand in den letzten Monaten nicht verbessert (Suva-act. 272). Am 29. Juni 2012 wurde beim Versicherten eine Revision des lateralen Augenwinkels links durchgeführt (Suva-act. 288)

A.o Am 30. April 2013 fand eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Suva, statt. Gestützt auf die gleichentags vorgelegte kreisärztliche Beurteilung bezüglich Integritätsschaden, Arbeitsfähigkeit und allfälliger, weiterer Behandlungsmassnahmen teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 7. Mai 2013 mit, dass die Heilkosten- und Taggeldleistungen mit dem 30. April



## St.Galler Gerichte

2013 eingestellt würden. Die Einstellung betreffe insbesondere - gestützt auf das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung - die psychiatrische wie medikamentöse Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_. Sollten sich die somatischen Restfolgen vom 25. Januar 2006 erheblich verschlimmern, stehe dem Versicherten im Rahmen des Rückfallmelderechts die Möglichkeit offen, sich wieder bei der Suva zu melden. Ab dem Zeitpunkt des Fallabschlusses werde die Suva für die bleibenden Folgen des Unfalls den Anspruch auf eine Invalidenrente prüfen. Der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung sei ausgewiesen (Suva-act. 339).

A.p In einer orthopädischen Beurteilung vom 15. Mai 2013 schätzte PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, den Integritätsschaden infolge kosmetischer Schäden gesamthaft auf 7.5%. Nicht berücksichtigt waren dabei die Veränderungen im Bereich des linken Auges (Suva-act. 344). Die ophthalmologische Integritätsschadenschätzung erfolgte nach nochmaligen Untersuchungen des Versicherten in der Augenklinik bzw. der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des USZ (Suva-act. 363, 357) am 27. August 2013 durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva. Die Versicherungsmedizinerin verneinte einen erheblichen Integritätsschaden von 5% (Suva-act. 367).

A.q Mit Verfügung vom 30. September 2013 lehnte die Suva einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente ab. Laut Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung bestünden keine Belastungen, die eine normal-psychologische Belastungsreaktion begründen würden. Es seien keine psychischen Symptome festzustellen, die den Stellenwert der Psychopathologie erreichen würden. Eine psychische Störung bestehe nicht. Auch aus somatischer Sicht lägen gemäss der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung keine Beeinträchtigungen vor, welche eine Erwerbsbehinderung begründen würden. Hinsichtlich Fallabschluss und Rückfallmelderecht werde auf das Schreiben vom 7. Mai 2013 (vgl. Suva-act. 339) hingewiesen. Der Integritätsschaden betrage 7.5%. Die hieraus berechnete Integritätsentschädigung von Fr. 8'010.-- werde mit den damaligen Vorschusszahlungen auf künftige Leistungen von insgesamt Fr. 20'000.-- (vgl. Suva-act. 314) verrechnet. Es verbleibe ein Rückforderungsbetrag von Fr. 11'990.-- zu Gunsten der Suva (Suva-act. 370).



B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt lic. iur. D. Roth, Liestal, am 31. Oktober 2013 mit folgenden Anträgen Einsprache erheben: Die Verfügung der Suva vom 30. September 2013 sei in Gutheissung der Einsprache aufzuheben und dem Versicherten seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten, namentlich eine seinem Grad der Erwerbsunfähigkeit entsprechende Rente sowie eine angemessene Integritätsentschädigung. Folglich sei auch die Verpflichtung zur Rückzahlung bereits bezogener Leistungen aufzuheben. Dem Versicherten seien ausserdem für die bisherige Zeit seit dem Unfall die ihm gemäss seinem versicherten Verdienst zustehenden Taggeldleistungen auszurichten. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, der Versicherte sei weder körperlich noch psychisch imstande, einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, stehe in regelmässiger ambulanter Behandlung und werde mit Medikamenten versorgt. Nach Ansicht seiner behandelnden Ärzte sei er nach wie vor 100% arbeitsunfähig und es würden aktuell Abklärungen in der L.\_\_\_\_ AG (nachfolgend: Klinik.L.\_\_\_\_), laufen. Als Firmeninhaber und Reiniger hätte der Versicherte ein Jahreseinkommen von Fr. 48'000.-- erzielt. Entsprechend seien ihm die Taggeld- und Rentenzahlungen zu berechnen und auszuzahlen (Suva-act. 373). Zusammen mit der Einsprache reichte der Rechtsvertreter des Versicherten ein Arztzeugnis von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2012, einen Bericht über ein Vorgespräch des Versicherten mit den Ärzten der Klinik L.\_\_\_\_ vom 31. Juli 2013 sowie ein ärztliches Zeugnis des Hausarztes des Versicherten, Dr. Dr. med. M.\_\_\_\_, vom 10. Januar 2012 ein (Suva-act. 376 f., 379).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 21. Februar 2014 hiess die Suva die Einsprache des Rechtsvertreters des Versicherten vom 31. Oktober 2013 insofern teilweise gut, als sie die Rückforderungsanordnung infolge Verwirkung des Rückforderungsrechts aufhob. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab, soweit sie darauf eintrat (Suva-act. 384).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) erhob Rechtsanwalt Roth für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 26. März 2014 Beschwerde. Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei der



## St.Galler Gerichte

Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2014 aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten, namentlich eine seinem Grad der Erwerbsunfähigkeit entsprechende Rente sowie eine angemessene Integritätsentschädigung. Ausserdem seien dem Beschwerdeführer auch für die bisherige Zeit seit dem Unfall die ihm gemäss seinem versicherten Verdienst zustehenden Taggeldleistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Für den Fall des Unterliegens sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung zu bewilligen (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Austrittsbericht der zuständigen Psychologin und des zuständigen Arztes der Klinik L.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2014 betreffend eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 17. Oktober bis 17. Dezember 2013 ein (act. G 1.3).

C.b Mit Schreiben vom 1. April 2014 forderte das Versicherungsgericht den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erstmals auf, das Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" auszufüllen und mit den aufgeführten Unterlagen einzureichen. Gleichzeitig wurde eine Bestätigung eingefordert, dass der Beschwerdeführer über keine Rechtsschutzversicherung verfüge und die Bezahlung seines Rechtsvertreters nicht über eine Drittorganisation erfolge (act. G 2). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ersuchte mehrmals um Fristerstreckung für die Einreichung der obgenannten Unterlagen bzw. Bestätigungen (act. G 8, G 10, G 13), liess jedoch innert den angesetzten Fristen nichts verlauten. Das Versicherungsgericht verzichtete hierauf mit Schreiben vom 28. August 2014 auf eine weitere Fristeinräumung. Es teilte dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit, dass das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Rahmen der materiellen Entscheidungsfindung aufgrund der dazumal vorliegenden Akten beurteilt werde und stellte die Ablehnung des Gesuchs in Aussicht, sollte sich die Aktenlage gleich präsentieren wie "heute" (act. G 17). Auch im Anschluss an dieses Schreiben wurden vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers keine Unterlagen beim Versicherungsgericht eingereicht.

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 16. Mai 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. G 6).



## St.Galler Gerichte

C.d Mit Replik vom 25. August 2014 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an den gestellten Anträgen fest (act. G 15).

C.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 18).

C.f Mit Schreiben vom 16. Januar 2015 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein ärztliches Zeugnis und einen Austrittsbericht der zuständigen Psychologin und des zuständigen Arztes der Klinik L.\_\_\_\_ vom 10. bzw. 24. Dezember 2014 ein; letzterer betraf eine weitere Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. November bis 10. Dezember 2014 (act. G 19.1 f.).

C.g Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die weiteren Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 21. Februar 2014 (Suva-act. 384), dem die Verfügung vom 30. September 2013 (Suva-act. 370) zugrunde liegt. Darin prüfte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin verneinte mangels die Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigender, unfallkausaler somatischer und psychischer Gesundheitsstörungen einen Rentenanspruch. Anerkannt wurde hingegen ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden von 7.5%. Hinsichtlich Fallabschluss bzw. Dahinfallen der Heilkosten- und Taggeldleistungen verwies die Beschwerdegegnerin auf ihr Schreiben vom 7. Mai 2013 (Suva-act. 339).

1.2 Auf das Rechtsbegehren in der Einsprache vom 31. Oktober 2013 (Suva-act. 373), dem Beschwerdeführer seien auch für die bisherige Zeit seit dem Unfall die ihm gemäss seinem versicherten Verdienst (Fr. 48'800.--) zustehenden Taggeldleistungen auszurichten, ist die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid mangels Vorliegens eines Anfechtungsgegenstandes nicht eingetreten. Sie verwies auf



ihr formloses Schreiben vom 27. November 2011 (Suva-act. 55), worin sie von einem versicherten Jahresverdienst von Fr. 20'000.-- ausgegangen sei und den damals bereits rechtlich vertretenen Beschwerdeführer auf die Möglichkeit hingewiesen habe, eine anfechtbare Verfügung zu verlangen. Soweit der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Einsprache ein höheres Taggeld erlangen wollte, ist ihm entgegen zu halten, dass die Höhe des Taggelds mit dem Schreiben vom 27. November 2011 für die Verfahrensparteien verbindlich festgelegt worden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 26. März 2008, 8C\_738/2007, E. 6.3.2) und die Beschwerdegegnerin mithin im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht auf das Rechtsbegehren nicht eingetreten ist. Dieses Nichteintreten bildet Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Es ist angesichts des verbindlichen Schreibens vom 27. November 2011 rechtmässig erfolgt. Auf das auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellte Rechtsbegehren um ein höheres Taggeld kann nicht eingetreten werden.

1.3 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet sodann insbesondere das Rechtsverhältnis bzw. die Versicherungsleistung "Rente" mit all ihren Tatbestandselementen (Rentenbeginn, versicherter Verdienst, Invaliditätsgrad). Die Streitfrage des versicherten Verdienstes wäre immerhin zu prüfen, wenn das Gericht zum Schluss käme, der Beschwerdeführer sei (im rentenbegründenden Ausmass) invalid. Sie bildet Teil des Rechtsbegehrens, dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, besteht jedoch kein Rentenanspruch des Beschwerdeführers, womit sich die Prüfung der Höhe des versicherten Verdienstes letztlich erübrigt.

2.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Erleidet sie 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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine



namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr 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). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Ebenfalls nicht verlangt wird, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.2 Angesichts der in Erwägung 2.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 1818 E. 3; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Aufgabe des Arztes ist es, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweis; SVR 2000 Nr. 14 S. 45).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag



gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.

3.1 Vorab ist zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu betrachten und damit für die Festlegung der Ansprüche relevant sind. Laut Aussage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 26. März 2014 leidet der Beschwerdeführer auch heute noch sehr unter körperlichen und psychischen Unfallfolgen. Körperlich bzw. somatisch beklagte der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. April 2013 ein Schwankgefühl mit Schwindelerscheinungen beim Gehen, Belastungsschmerzen an der Aussenseite des rechten Beins sowie Empfindungsstörungen an der linken Schädelhälfte mit Einschluss der Stirn. Ausserdem hört er auf dem linken Ohr schlechter als auf dem rechten. Zusätzlich leidet er an Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit und könne deswegen keine Tätigkeit ohne Personenbegleitung ausüben (Suva-act. 338). In psychischer Hinsicht verweist der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers insbesondere auf das Untersuchungsergebnis der zuständigen Psychologin und des zuständigen Arztes der Klinik L.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 17. Januar 2014, welche die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradiger Episode gestellt hätten. Die psychischen Beschwerden seien durch das Unfallereignis vom 25. Januar 2006 verursacht worden und die aktuellen Beschwerden und Behandlungen würden damit in engstem Zusammenhang stehen (act. G 1.3).

3.2



3.2.1 Anlässlich des Unfallereignisses vom 25. Januar 2006 erlitt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen schwere Verbrennungen (vgl. Sachverhalt lit. A.a; Suva-act. 15), weshalb längere Zeit ein Behandlungsbedarf in plastisch-rekonstruktiver Hinsicht, insbesondere auch für eine Korrektur der verbrennungsbedingten Lücken der Kopfbehaarung, bestand (Suva-act. 338). Laut orthopädischer Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2013 verbleiben beim Beschwerdeführer trotz der durchgeführten plastisch-rekonstruktiven Operationen kosmetische Schäden in Form multipler Narbenbildungen im Bereich des Gesichts, des linken Ohrs, des Haaransatzes, der linken Thoraxhälfte mit Einschluss des linken und rechten Arms und ausserdem mehrere verheilte Hautentnahmestellen auf den Streckseiten der Oberschenkel (Suva-act. 344). Unbestritten und in den medizinischen Akten belegt ist sodann, dass beim Beschwerdeführer infolge des Unfalls trotz Operationen des linken Auges (vgl. Suva-act. 22, 288) ein chronisch mazerierter Augenwinkel sowie ein leicht inkompletter Lidschluss von 1 mm verblieben sind (Suva-act. 324, 363, 367).

3.2.2 Laut medizinischen Akten kam es beim Unfall vom 25. Januar 2006 ausserdem zu einer Trommelfellperforation und im Verlauf zu einer Rezidivperforation. Gehörprüfungen vom 2. April und 15. Juni 2006 ergaben eine deutliche Schalleitungsschwerhörigkeit links und einen Hochtonsteilabfall beidseits, links mehr als rechts (Suva-act. 32, 69). Am 19. September 2006 bzw. 3. April 2007 wurden die beiden Trommelfellperforationen operativ behandelt (Suva-act. 49, 69). Am 4. September 2007 wurde in der HNO-Klinik des KSSG ein aktuelles, postoperatives Reintonaudiogramm erstellt. Im Arztbericht vom 21. September 2007 vermerkte der behandelnde Arzt in Bezug auf das Gehör des Beschwerdeführers keine Diagnose. Hingegen stellte er die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Situation nach Körperverletzung (Suva-act. 80). Gestützt auf die dargelegte Aktenlage nahm Dr. E.\_\_\_\_ am 19. November 2007 eine erste Beurteilung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers aus ORL-ärztlicher Sicht vor. Er hielt fest, dass der weitere Verlauf nach der Operation vom 3. April 2007 offensichtlich günstig verlaufen und durch die zweite Ohroperation links die Situation gut habe saniert werden können. Aktuell bestehe beim Beschwerdeführer im otologischen Fachbereich kein messbarer Integritätsschaden. Eine abschliessende Beurteilung eines allfällig verbliebenen Integritätsschadens bezüglich des Gehörs auf der linken Seite sollte



jedoch erfahrungsgemäss nicht vor Ablauf von einem Jahr nach der Operation erfolgen, da sich durch postoperative Vernarbungen innerhalb dieses Zeitraums noch gewisse Veränderungen ergeben könnten (Suva-act. 83). Im Sinne der Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ erfolgte im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 20. Oktober 2011 eine Nachuntersuchung des Hörvermögens des Beschwerdeführers in der HNO-Klinik des KSSG. Gleichzeitig wurden die von ihm beklagten Schwindelerscheinungen untersucht. Im neu erstellten Reinton- und Sprachaudiogramm zeigte sich laut Untersuchungsbericht vom 28. Oktober 2011 ein unklares Hörvermögen mit diversen Diskrepanzen bei den erhobenen Befunden. Der im Rahmen des Sprachaudiogramms durchgeführte Zahlentest und die Einsilberdiskrimination würden üblicherweise mit dem Reintonaudiogramm korrelieren, was aber beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei. Somit sei eine Simulation nicht ausgeschlossen. Die Schwindelanfälle beschreibe der Beschwerdeführer als über Sekunden andauernde Attacken. Er erlebe eine sich bewegende Umgebung und sehe ein Flimmern. Anamnestisch und klinisch werde jedoch kein Hinweis auf eine periphere vestibuläre Pathologie gesehen. Gestützt auf diese Untersuchungsergebnisse stellten die Ärzte der HNO-Klinik des KSSG die Diagnosen eines unklaren Schwindels und Hörvermögens (Suva-act. 231). In seiner ärztlichen Beurteilung vom 6. März 2012 nahm Dr. E.\_\_\_\_ erneut zur Frage der Unfallrestfolgen am linken Ohr des Beschwerdeführers Stellung. Aus den Untersuchungsbefunden gehe hervor, dass bezüglich des Schwindels keine organisch-strukturelle Läsion habe gefunden werden können. Bezüglich des Hörvermögens hätten keine verlässlichen Daten erhoben werden können. Vielmehr hätten sich Befunde feststellen lassen, welche auf eine starke funktionelle Überlagerung hinweisen würden. Damit müsse am ehesten auf frühere Reintonaudiogramme abgestellt werden, welche er bereits in seiner Beurteilung vom 19. November 2007 erwähnt habe (vgl. Suva-act. 83). Aus versicherungsmedizinisch-otologischer Sicht könne somit festgehalten werden, dass die Unfallfolge am linken Ohr eine mässiggradige Schallleitungshörstörung bedinge, welche die Erheblichkeitsgrenze deutlich nicht erreiche. Dies bedeute konkret, dass kein messbarer Integritätsschaden bezüglich des Gehörs bestehe. Weitergehende diagnostische oder therapeutische Konsequenzen würden sich nicht ergeben (Suva-act. 253). Am 10. Mai und 22. Juni 2012 erfolgten abermals audiometrische Untersuchungen. Der Hörgeräteakustiker der H.\_\_\_\_ AG hielt im Untersuchungsbericht vom 27. Juni 2012 fest, die vorliegenden Messungen würden



auf eine psychogene Hörstörung hinweisen. Auf dem rechten Ohr werde eine Schwerhörigkeit simuliert und recht aggraviert (Suva-act. 276). - Angesichts der dargelegten medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass es für die mässiggradige Schallleitungshörstörung bzw. mittelgradige Schwerhörigkeit beim linken Ohr des Beschwerdeführers keine somatische Erklärung im Sinne einer Spätfolge der erlittenen Unfallverletzung gibt. Sowohl die behandelnden und untersuchenden Ärzte als auch Dr. E. \_\_\_ kommen übereinstimmend zu diesem Schluss. Die Ursache des beklagten verminderten Hörvermögens wird von den Ärzten bzw. Fachleuten - wenn auch unterschiedlich definiert (psychogene Hörstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Aggravation, funktionelle Überlagerung) - in einer psychischen Komponente gesehen. Für das geklagte Schwindelgefühl konnte gleichfalls keine somatische Ursache in Form einer organisch-strukturellen Läsion gefunden werden. Die Frage, ob das verminderte Hörvermögen oder auch das Schwindelgefühl allenfalls im Rahmen einer psychischen Gesundheitsstörung zu berücksichtigen ist, wird nachfolgend noch zu prüfen sein. Zusammenfassend ist jedoch festzuhalten, dass im Rahmen der Festlegung der strittigen Ansprüche (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) keine Unfallrestfolge in Form einer somatischen Hörverminderung oder eines somatisch-otologisch bedingten Schwindelgefühls zu berücksichtigen sein wird.

3.2.3 Am 30. April 2013 wurde der Beschwerdeführer persönlich durch den Kreisarzt und Orthopäden Dr. I. \_\_\_ untersucht. Die Untersuchung beinhaltete insbesondere eine umfassende Funktionsprüfung des Bewegungsapparates. Für die subjektiv vom Beschwerdeführer geklagten Belastungsschmerzen im Bereich des rechten Beins liessen sich keine entsprechenden Befunde erheben. Auf den Streckseiten der Oberschenkel zeigten sich mehrere verheilte Hautentnahmestellen mit herabgesetzter Sensibilität. Die Funktion sämtlicher Gelenke war nicht beeinträchtigt. Es fanden sich keine Kontrakturen. Bei seitengleichen Umfangsmassen liess sich auch kein übermässiges Schonverhalten objektivieren. Das gilt auch für die Schultern, bezüglich welcher anfänglich noch eine eingeschränkte Beweglichkeit festgestellt worden war (vgl. Suva-act. 24). Die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden hinsichtlich Schwindelattacken und Gleichgewichtsunsicherheit liessen sich am Untersuchungstag bei negativen spezifischen Tests nicht objektivieren. Dr. I. \_\_\_ stellte demgemäss eine Diskrepanz zwischen den erhobenen Befunden und den subjektiv



vorgetragenen Beschwerden und das Fehlen unfallbedingter Funktionseinschränkungen fest. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass für die vom Beschwerdeführer geklagten Belastungsschmerzen im Bereich seines rechten Beins keine somatische Ursache erhoben werden konnte. Für seine Schwindelattacken und Gleichgewichtsunsicherheit liess sich sodann auch aus orthopädischer Sicht keine organische Ursache objektivieren. Dementsprechend kommt den fraglichen Beschwerden bei der Invaliditätsbemessung und der Schätzung des Integritätsschadens keine Bedeutung zu.

3.2.4 Die Notwendigkeit einer Abklärung der geltend gemachten Konzentrationsstörungen und der Vergesslichkeit durch eine neuropsychologische Untersuchung hält Dr. I.\_\_\_\_ bei fehlenden hirnorganischen Schäden für nicht indiziert. Die medizinischen Akten enthalten keine Anhaltspunkte, welche seine Schlussfolgerung in Frage stellen würden. Eine Traumatisierung des Hirns als begleitende Verletzung bei erlittenen schweren Verbrennungen fällt mangels grundsätzlichen Zusammenhangs ausser Betracht und ist damit ohne weitere Aktenhinweise unwahrscheinlich. Ausserdem macht sich eine Unfallläsion im Regelfall rechtzeitig bemerkbar, wird entsprechend ärztlich diagnostiziert oder zumindest diskutiert. Im konkreten Fall sind jedoch in den medizinischen Akten keine entsprechenden Hinweise zu finden. Der Beschwerdeführer beschrieb erstmals während seines Rehabilitationsaufenthalts in der Rehaklinik Bellikon und nachfolgend regelmässig eine Vergesslichkeit sowie Konzentrationsstörungen (vgl. u.a. Suva-act. 25, 60, 82, 101), ohne dass jemals die Diagnose einer organischen Hirnschädigung zur Diskussion gestanden hätte. Selbst von Dr. D.\_\_\_\_ wurden die fraglichen Beschwerden im Rahmen einer psychischen und nicht einer organischen Problematik gesehen (vgl. Suva-act. 116, 132). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich auch die vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Beschwerden nicht auf eine objektivierbare organische Körperschädigung zurückführen lassen und demnach im Rahmen der Invaliditätsbemessung und der Schätzung der Höhe des Integritätsschadens nicht berücksichtigt werden können.

3.2.5 Dr. I.\_\_\_\_ stellte anlässlich seiner Untersuchung vom 30. April 2013 im Bereich des Kraniums erhebliche Hautplastiken am Os frontale und parietale, links mehr als rechts, fest. Auch wenn der Untersuchungsbericht keine weiteren Äusserungen dazu



enthält, erscheinen damit die vom Beschwerdeführer angegebenen Empfindungsstörungen an der linken Schädelhälfte mit Einschluss der Stirn glaubwürdig und nachvollziehbar, dies zumal Dr. I.\_\_\_\_ auch bezüglich der multiplen Hautentnahmestellen im Bereich der Oberschenkel eine herabgesetzte Sensibilität erhob. Die fraglichen Beschwerden sind demnach mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als natürlich kausale organische Unfallrestfolgen anzuerkennen.

3.3 Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer unter psychischen Unfallfolgen leidet.

3.3.1 Im Rahmen des Rehabilitationsaufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 2. März bis 26. April 2006 wurde der Beschwerdeführer erstmals nach dem Unfall psychiatrisch untersucht. Gegenüber den untersuchenden Ärzten der psychiatrischen Abteilung, N.\_\_\_\_, Oberarzt, Psychiater, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gab der Beschwerdeführer an, dass er besonders in der Anfangsphase der Behandlung unter fürchterlichen Ängsten und Schreckzuständen gelitten habe. Heute träume er noch etwa zwei- bis dreimal pro Woche vom Ereignis. Auch tagsüber komme es noch zu plötzlichem Wiedererinnern und Nacherleben der Situation (flash-back). Er sei schreckhafter geworden, habe sich von anderen Leuten weitgehend zurückgezogen und er wolle vermehrt seine Ruhe haben. Aktuell belaste ihn seine Notlage. Die untersuchenden Ärzte hielten fest, dass sich der Beschwerdeführer nach einem aussergewöhnlich schweren Verbrennungsunfall psychisch recht stabil gezeigt habe. Dennoch fänden sich deutliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, heute im Ausmass einer subsyndromalen Störung (Suva-act. 25). Der damalige Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ stellte am 9. Juni 2006 fest, dass sich im Gespräch mit dem Beschwerdeführer und in seinem Verhalten die "dissoziative Situation und sein Verhalten" offensichtlich widerspiegle. Der Beschwerdeführer beklage weitere und belastende Umstände, in denen er das "Erschrecken und die Grausamkeit" von "Oelbegiessen seiner früheren Lebenspartnerin" erlebe. Darüber hinaus bestünden ausgeprägte Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer halluziniere und beklage wahnhaftige Verfolgungsstörungen und sei sehr "nervös" (Suva-act. 31). In ihrem Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2007 über die begleitende Psychotherapie stellte die behandelnde Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung, mittelgradige depressive Episode sowie



## St.Galler Gerichte

Angststörung mit Panikattacken. Im gegenwärtigen Zustand sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 82). Am 22. Januar 2008 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Invalidenversicherung durch Dr. F.\_\_\_\_ exploriert. Im Explorationsbericht vom 23. Januar 2008 hielt er fest, der Beschwerdeführer habe bereits zu Beginn des Gesprächs dazu geneigt, spontan über das Vorgefallene zu sprechen, seine Opferrolle zu betonen sowie seine Sorgen, Ängste usw. zum Ausdruck zu bringen. Die subjektiv empfundene Vergesslichkeit habe sich nicht mit Sicherheit bestätigen lassen. Der Beschwerdeführer habe von einem Müdigkeitsgefühl, von Lustlosigkeit, Ziellosigkeit sowie Ängstlichkeit mit depressiv gefärbten Verstimmungen berichtet, die während der psychiatrischen Exploration zeitweise zum Vorschein gekommen seien. Zu grossen affektiven Auslenkungen sei es nicht gekommen, der Beschwerdeführer habe sich gut beherrschen können. Dr. F.\_\_\_\_ stellte die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung am Abklingen und einer leichtgradigen depressiven Episode. Die psychiatrische Behandlung habe den Zustand deutlich verbessert. Die von Dr. D.\_\_\_\_ angeführten Beschwerden würden gegenwärtig weniger stark zum Ausdruck kommen und die von ihr attestierte volle Arbeitsunfähigkeit lasse sich gegenwärtig nicht mehr aufrecht erhalten. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich ab sofort eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestätigen (Suva-act. 101). Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte auch am 13. März 2009 die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Angststörung mit Panikattacken. Zusätzlich führte sie die Diagnose "Angst und Depression gemischt" an. Der Beschwerdeführer sei psychisch noch nicht in gutem und stabilem Zustand. Er sei oft vergesslich, könne sich schlecht konzentrieren und im Gespräch verliere er oft den Faden (Suva-act. 116). Am 7. Juli 2009 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über einen unveränderten Zustand. Im Vordergrund stünden mittelschwere bis schwere Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und eine Gedächtnisstörung. Das Denken sei umständlich, eingeengt und ideenflüchtig. Der Beschwerdeführer sei ratlos, hoffnungslos, gespannt und affektiv inadäquat (Suva-act. 132). Am 24. Oktober 2009 schilderte der Beschwerdeführer grosse Probleme mit seiner psychischen Verfassung. Er fühle sich oft gestresst und nervös. Zudem sei er sehr vergesslich und habe einen unregelmässigen Schlaf. Der Verkehrsunfall seiner (neuen) Ehefrau habe ihn belastet (Suva-act. 145). Anfang Februar 2010 kam der Beschwerdeführer in Untersuchungshaft, woraus er am 8. Oktober 2010 entlassen wurde (Suva-act. 160,



172). Danach gab er an, einige Zeit zu brauchen, um sich wieder zu Recht zu finden. Er könne sich schlecht konzentrieren und sei nervös (Suva-act. 172). Im November 2010 befand sich der Beschwerdeführer wegen Nierenbeschwerden im KSSG in stationärer Behandlung (Suva-act. 178). Per 3. Januar 2011 wurde die Nierensteinbehandlung abgeschlossen (Suva-act. 182). Dazwischen hatte Dr. D.\_\_\_\_ am 8. Dezember 2010 erklärt, dass die psychische Verfassung des Beschwerdeführers nach den verschiedenen Erlebnissen (nun auch noch mit der Nierenerkrankung) schlecht sei (Suva-act. 180). Am 22. Juni 2011 sprach der Beschwerdeführer von einer nach wie vor schlechten Belastbarkeit. Er ertrage keinen Druck, sei oft nervös, unkonzentriert, vergesslich und müde. Seine finanzielle Situation sei sehr schlecht und belaste ihn stark. Die Gerichtsverhandlung sei abgeschlossen. Er müsse keine Haft antreten. Allerdings seien ihm mehrere tausend Franken Gerichtskosten in Rechnung gestellt worden. Er wisse nicht, wie er diese Forderung begleichen solle (Suva-act. 205). Im Verlaufsbericht vom 9. Juni 2011 vermerkte Dr. D.\_\_\_\_ einen verschlechterten Gesundheitszustand und eine unveränderte Diagnose (Suva-act. 209). Am 14. September 2011 teilte sie der Beschwerdegegnerin mit, dass der psychische Zustand des Beschwerdeführers sehr schlecht sei. Auch die sozialen Umstände seien schwierig, nachdem sich der Beschwerdeführer eine neue Wohnung habe suchen müssen (Suva-act. 217; vgl. auch den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2011, Suva-act. 227). Am 9. Dezember 2011 liess Dr. D.\_\_\_\_ vernehmen, dass der Beschwerdeführer wegen des Entzugs der Aufenthaltsbewilligung in einer sehr schlechten Verfassung zu sein scheine und suizidale Absichten bestünden (Suva-act. 236). Laut Angaben des Beschwerdeführers vom 9. Dezember 2011 wollte die Fremdenpolizei seine Aufenthaltsbewilligung wegen seiner Schulden (rund Fr. 80'000.--) nicht verlängern. Der Aufenthalt werde auf 30 Tage befristet. Er sei sehr unter Druck (Suva-act. 237). Die Ausreisefrist wurde in der Folge jedoch aufgehoben (Suva-act. 239). Am 6. Januar 2012 berichtete der Beschwerdeführer über neue Probleme. Wegen eines Delikts in seiner Heimat wolle man ihn per 14. Februar 2012 ausschaffen (Suva-act. 242). Am 19. Januar 2012 äusserte er, dass es ihm nach wie vor sehr schlecht gehe und er wegen der Aufenthaltsbewilligung sehr viel Stress habe. Man wolle ihn mit seiner Gattin abschieben. Dies sei zu viel gewesen, weshalb er sich am 2. Januar 2012 wegen Herzbeschwerden für einige Tage ins KSSG begeben habe (Suva-act. 245, vgl. Suva-act. 283). Auch am 14. Juni und 12. Oktober 2012



bezeichnete der Beschwerdeführer seinen Gesundheitszustand als unverändert schlecht. Gegen die Aufenthaltsbewilligung hatte der Beschwerdeführer Rekurs eingelegt, weshalb er weiterhin über die Niederlassung C verfügte (Suva-act. 272, 294). Der Beschwerdeführer hielt sich vom 17. Oktober bis 17. Dezember 2013 stationär in der Klinik L.\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 17. Januar 2014 wurden die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, angeführt. Der Beschwerdeführer leide unter Existenzangst und Perspektivlosigkeit. Bezüglich des traumatisierenden Ereignisses bestünden Flashbacks sowie ein phasenweise intrusives Wiedererleben auf verschiedenen sensorischen Ebenen. Es bestehe extremes Hyperarousal, extreme Hypervigilanz sowie ein konstriktives Verhalten. Der Beschwerdeführer vermeide es, über den Unfall zu sprechen, da es ihn zu sehr belaste. Es bestehe eine Veränderung des Selbstbildes mit Gefühlen von ausgeliefert sein, Hilfslosigkeit, Scham und Verlust von Zuversicht mit Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Die kognitive Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde als eingeschränkt bezeichnet. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe ein Kausalzusammenhang des Störungsbildes mit dem Verbrennungsereignis vom Januar 2006. Dies habe zu klinisch bedeutsamen Leiden und zu einer erheblichen Beeinträchtigung des kognitiven und sozialen Funktionsniveaus geführt. Eine neuropsychologische Testung hatte eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung ergeben. Dem Beschwerdeführer wurde bei Austritt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 387). Vom 13. November bis 10. Dezember 2014 hielt sich der Beschwerdeführer für ein zweites Intervall stationärer störungsspezifischer und ätiologieorientierter Traumatherapie in der Klinik L.\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 24. Dezember 2014 wurden die psychiatrischen Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, gestellt. Durch desolaten psychosozialen Umständen geschwächt, sei es zur Exazerbation der Traumafolgestörung gekommen (act. G 19.1).

3.3.2 Gestützt auf die Diagnosen von Dr. D.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und der zuständigen Psychologin bzw. des zuständigen Arztes der Klinik L.\_\_\_\_ - posttraumatische Belastungsstörung und depressive Störung und Angst - erachtet der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgebend



unfallkausal beeinträchtigt. Die Beschwerdegegnerin stellt demgegenüber auf das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2012 ab (Suva-act. 302).

3.3.3 Dr. G.\_\_\_\_ verschaffte sich anlässlich seiner psychiatrischen Explorationen vom 19. April und 20. November 2012 nach einer lückenlos ermittelten und im Gutachten dargestellten Anamnese einen persönlichen Eindruck hinsichtlich verschiedener, bei der psychischen Befunderhebung massgebender kognitiver und nichtkognitiver Bereiche. In sämtlichen Bereichen liessen sich intakte, normale, unauffällige, nicht erkennbar beeinträchtigte oder keine Befunde erheben. Nachfolgend hielt Dr. G.\_\_\_\_ die Ergebnisse seiner "zusätzlichen Erkundung" betreffend Straffälligkeit und drohender Wegweisung des Beschwerdeführers aus der Schweiz wegen Schulden und Sozialhilfeabhängigkeit fest und beurteilte die Biographie des Beschwerdeführers sowie die psychiatrisch relevanten Aspekte im Verlauf seit dem Unfall. Im Weiteren kommentierte Dr. G.\_\_\_\_ die Vordiagnosen von N.\_\_\_\_/Dr. O.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ "Posttraumatische Belastungsstörung - Depression - Angst", indem er diese ausführlich definierte (Posttraumatische Belastungsstörung: A-, B-, C-Kriterium) und anhand der von N.\_\_\_\_/Dr. O.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer erhobenen Befunde beurteilte.

3.3.4 Laut Dr. G.\_\_\_\_ fehlen in den Untersuchungsberichten von von N.\_\_\_\_/Dr. O.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ Hinweise auf eine typische Psychopathologie der posttraumatischen Belastungsstörung. Bei N.\_\_\_\_/Dr. O.\_\_\_\_ mangle es an Belegen für eine korrekt gestellte Diagnose, bei Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ würden Belege dafür gänzlich fehlen. Der Mangel an Befunden komme bei N.\_\_\_\_/Dr. O.\_\_\_\_ im Hinweis auf eine "subsyndromale" Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung zum Ausdruck. Als subsyndromal qualifizierte psychische Krankheiten seien zu gering und/oder zu kurz ausgeprägt, um die nach Zahl und/oder Dauer von Symptomen (Diagnosekriterien) vereinbarte Schwelle operationalisierter Diagnosen (nach ICD-10 oder auch DSM-IV) zu erreichen, lägen also unter dieser Schwelle (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 21. März 2011, 8C\_944/2010, E. 7.2.4). Dr. F.\_\_\_\_ stelle zwar die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, doch finde sich in seiner Beurteilung weder eine Begründung für die allenfalls primär klinisch manifeste noch für die abklingende posttraumatische Belastungsstörung. Der von ihm dargestellte psychopathologische Befund passe nirgends zur Diagnose einer posttraumatischen



Belastungsstörung, sondern assoziiere andere diagnostische Zuordnungen. In einer Art Zusammenfassung des Verlaufs würden dann die teils aus der Anamnese abgeleiteten, teils in der Untersuchungssituation dargestellten Phänomene von Dr. F.\_\_\_\_ am ehesten einer depressiven Entwicklung zugeordnet. Hinsichtlich der Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ bemängelt Dr. G.\_\_\_\_ sodann die fehlende Herleitung der von ihr gestellten Zusatzdiagnosen "Angststörung mit Panikattacken" sowie "Angst und Depression gemischt" aus den klinischen Befunden und die formale Unkorrektheit der gleichzeitigen Diagnose einer "Angststörung mit Panikattacken" und "Angst und Depression gemischt". - Die von Dr. G.\_\_\_\_ angeführte Definition der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung sowie sein Kommentar zu den Zusatzdiagnosen "Angststörung mit Panickattacken" sowie "Angst und Depression" lassen seine einlässliche, vergleichende Auseinandersetzung mit den konkret von N.\_\_\_\_/Dr. C.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Befunden ohne Weiteres nachvollziehen. Die Widerlegung der fraglichen Diagnosen ist nachvollziehbar und überzeugend. Sie wird insbesondere auch dadurch gestützt, dass Dr. G.\_\_\_\_ selber beim Beschwerdeführer keine auffälligen psychischen Befunde zu erheben vermochte, von denen sich eine psychopathologische Diagnose ableiten liesse. Die vom Beschwerdeführer und Dr. D.\_\_\_\_ wiederholt beschriebenen und zentral aufgetretenen Beschwerden bzw. Befunde Vergesslichkeit, Ängstlichkeit und Affektivitätsstörung wurden im Übrigen auch von Dr. F.\_\_\_\_ nicht mit Sicherheit bzw. nur zeitweise vorkommend bestätigt. Die Austrittsberichte der Psychologin und des Arztes der Klinik L.\_\_\_\_ vom 17. Januar und 24. Dezember 2014 (Suva-act. 387, act. G 19.1) vermögen die Erklärungen von Dr. G.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen, zumal darin keine Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Einschätzung vorgenommen wurde und fraglich ist, ob die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen überhaupt Kenntnis von der gutachterlichen Beurteilung hatten. Wie gesagt, widerlegte der Gutachter die von der Psychologin und dem Arzt der Klinik L.\_\_\_\_ gleichermassen gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und depressiven Störung. Eine schlüssige, der gutachterlichen Beurteilung widersprechende Herleitung der fraglichen Diagnosen kann auch den Austrittsberichten der Klinik L.\_\_\_\_ nicht entnommen werden. Vielmehr wird darin gerade auf die massive Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund zunehmender Verunsicherung durch psychosoziale Begleitumstände und Existenzängste hingewiesen. Die weitere Aussage, es sei dadurch zur Exazerbation der



Traumafolgestörung gekommen, vermag nicht mehr zu überzeugen als die Annahme, dass durch die "desolaten psychosozialen Umstände" die Kausalität von Beschwerden zum Unfall vom 25. Januar 2006 unterbrochen bzw. verdrängt worden ist.

3.3.5 Laut Dr. G.\_\_\_\_ ist die Verneinung des Bestehens einer psychotraumatologischen Störung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung grundlegend damit zu begründen, dass der Verbrennungsunfall vom 25. Januar 2006 als Belastung nicht mehr ins Gewicht falle. Der Gutachter untermauert seine Feststellung schlüssig mit dem Hinweis auf relevante unfallfremde psychosoziale Belastungen des Beschwerdeführers. Als massgeblich bezeichnet er dessen Furcht, des Landes verwiesen zu werden. Diese sei insofern realitätsbezogen, als die Lage des Beschwerdeführers in der Tat sehr ernst sei. Eine naheliegende negative Verstärkung des Klageverhaltens könne bzw. müsse darin erblickt werden, dass das Geltendmachen desolater gesundheitlicher Verhältnisse den Beschwerdeführer vor der befürchteten Ausweisung schützen solle. Die Belastung durch eine drohende Ausweisung und insofern auch eine existenzielle Gefährdung des Beschwerdeführers möge Beschwerden verstärken. Eine tatsächliche Verschlimmerung von Symptomen, die in der ersten Phase der Rehabilitationsbehandlung nicht oder kaum vorhanden gewesen seien und am Ende der Behandlung in Bellikon als geringfügig (subsyndromal) eingestuft worden seien, könne durchaus mit solchen Belastungen in Verbindung gebracht werden. Es seien dies aber Belastungen, die an der nun drohenden Ausweisung festzumachen seien und deren Vorgeschichte an sich unfallfremde Phänomene betreffen würden, nämlich eine vor dem Unfall sich kumulierende massive Verschuldung und die Folgen einer über Jahre hin zunehmenden Delinquenz. - Die Belastungsfaktoren Furcht vor einer Ausweisung aus der Schweiz, Verschuldung, existenzielle Gefährdung infolge wiederholter Delinquenz (vgl. dazu Suva-act. 381) sind in den Akten mehrfach dokumentiert. Der von Dr. G.\_\_\_\_ hergestellte Zusammenhang zwischen diesen unfallfremden Phänomenen und den geklagten gesundheitlichen Verhältnissen erscheint ohne Weiteres nachvollziehbar und überzeugend. Die vom Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin abgegebenen Zustandsschilderungen (vgl. Erwägung 3.3.1) widerspiegeln im Verlauf ausgeprägt die von Dr. G.\_\_\_\_ dargestellte, unfallfremde Belastungssituation. Der Beschwerdeführer selbst stellte diese zunehmend in den Vordergrund, während der Unfall von ihm kaum mehr thematisiert wurde.



3.3.6 Dr. G.\_\_\_\_ stellt schliesslich beim Beschwerdeführer die Diagnose "Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Z73, namentlich: Belastung, nicht andernorts klassifizierbar, Z73.3, und normalpsychologische Belastungsreaktion". Er erklärt, dass das Leiden des Beschwerdeführers angesichts der Belastung keine Psychopathologie der Affektivität bedinge. Es bestünden insbesondere keine depressionstypischen Veränderungen des Selbstbilds (unangemessene Herabsetzung des Selbstwertgefühls, unangemessene Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit); eine depressive Störung liege nicht vor. Er stelle somit beim Beschwerdeführer keine psychischen Symptome fest, die den Schwellenwert der Psychopathologie erreichen würden. Es bestünden Belastungen, die eine normalpsychologische Belastungsreaktion begründen würden. Das Profil dieser Belastungsreaktion übersteige nicht das Ausmass des Erwartbaren. Eine psychische Störung bestehe nicht. - Die von Dr. G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose stimmt mit seinen persönlich erhobenen, unauffälligen Befunden ohne Weiteres überein und wird, wie bereits erwähnt, auch durch die Befunderhebung von Dr. F.\_\_\_\_ gestützt.

3.3.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ eine sorgfältige, differenzierte und damit überzeugende Auseinandersetzung mit sämtlichen Aspekten der durchgeführten psychiatrischen Exploration enthält. Die Widerlegung der zentralen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie die massgebenden unfallfremden psychosozialen Belastungen des Beschwerdeführers fügen sich nachvollziehbar ineinander und lassen das Fortdauern psychischer Unfallrestfolgen als überwiegend unwahrscheinlich erscheinen. Die Berücksichtigung einer unfallkausalen psychischen Gesundheitsstörung fällt damit mit dem im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 120 V 37 E. 3c, Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) ausser Betracht. Eine psychische Gesundheitsstörung hätte überhaupt auch deshalb unberücksichtigt zu bleiben, weil keine psychische Störung festzustellen war, welche den Schwellenwert der Psychopathologie erreichte. Im Rahmen der Beweiswürdigung ist sodann von Bedeutung, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und n) – wie das vorliegende von Dr. G.\_\_\_\_ – nicht in Frage gestellt werden kann und Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu



einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Solche Gesichtspunkte sind vorliegend weder dargetan noch ersichtlich. Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C\_694/2008, E. 5.1.1). Vor diesem Hintergrund kann die Frage offen gelassen werden, ob zwischen den geklagten psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 25. Januar 2006 ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Rahmen der nachfolgenden Prüfung von Ansprüchen des Beschwerdeführers auf Leistungen der Beschwerdegegnerin (Rentenanspruch, Höhe der Integritätsentschädigung) einzig die ästhetischen Unfallrestfolgen, ein chronisch mazerierter Augenwinkel und ein leicht inkompletter Lidschluss von 1mm sowie die vom Beschwerdeführer geklagten Empfindungsstörungen an der linken Schädelhälfte mit Einschluss der Stirn ausgewiesen und zu berücksichtigen sind.

4.

4.1 Hierbei ist zunächst streitig, ob per 30. April 2013 der sogenannte "Fallabschluss" vorgenommen werden durfte bzw. per 1. Mai 2013 der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente wie auch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen war. Indem die Kausalität zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden eine Anspruchsvoraussetzung auf Versicherungsleistungen des Unfallversicherers bildet, gilt es auch die Frage des "Fallabschlusses" und damit die Prüfung, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG) nur in



Berücksichtigung der unfallkausalen Gesundheitsschäden zu beantworten bzw. vorzunehmen (vgl. Erwägung 2.1).

4.2 Mit Schreiben vom 14. Oktober 2009 teilte die Invalidenversicherung der Beschwerdegegnerin mit, dass die Arbeitsvermittlung mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit abgeschlossen sei (Suva-act. 143). Eingliederungsmassnahmen der IV stehen damit dem Fallabschluss nicht entgegen.

4.3 Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Taggelder und Heilkosten) per 30. April 2013 (Suva-act. 339) erfolgte gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung, welche an diesem Datum stattgefunden hatte. Dr. I.\_\_\_\_ hielt fest, es seien keine notwendigen, unfallbedingten Behandlungsmassnahmen mehr erkennbar. Eine neuropsychologische Untersuchung sei bei fehlenden hirnorganischen unfallbedingten Schäden nicht indiziert (Suva-act. 338). Ein Fallabschluss per 30. April 2013 wird auch durch die übrigen medizinischen Akten gestützt. So hielten die Ärzte des KSSG im Bericht vom 10. Januar 2012 hinsichtlich der ästhetischen Unfallfolgen fest, dass dem Beschwerdeführer nach mehreren durchgeführten Korrekturoperation kein weiterer korrigierender Eingriff mehr angeboten werden könne (Suva-act. 244). Auch hinsichtlich des chronisch mazerierten lateralen Augenwinkels links empfahlen die behandelnden Ärzte der Augenklinik des USZ im Bericht vom 28. März 2013 keine weitere Operation. Es werde lediglich zur regelmässigen Verwendung von befeuchtenden und pflegenden Augentropfen/-Salben geraten, um Irritationen des Auges vorzubeugen (Suva-act. 363). Der behandelnde Arzt der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des USZ schloss sich dieser ophthalmologischen Beurteilung in seinem Bericht vom 3. Juli 2013 an. Die übrigen Hautverhältnisse seien funktionell und auch kosmetisch aus verbrennungschirurgischer Sicht als gut zu beurteilen und bedürften keiner weiteren Intervention (Suva-act. 357). Es wurde also offensichtlich auch hinsichtlich der geklagten Empfindungsstörungen an der linken Schädelhälfte mit Einschluss der Stirn keine weitere Behandlungsbedürftigkeit in Betracht gezogen. Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass es keine psychischen Unfallrestfolgen (mehr) zu berücksichtigen gilt (vgl. vorstehende Erwägung 3.3.7). Insofern vermögen die späteren stationären Aufenthalte in der Klinik L.\_\_\_\_ einem Fallabschluss per 30. April 2013 nicht entgegen zu stehen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht



per 1. Mai 2013 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente wie auch auf eine Integritätsentschädigung geprüft hat.

5.

5.1 Zu prüfen ist sodann der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

5.2 Während sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Reinigungsarbeiter wieder voll arbeitsfähig, hält der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dagegen, der Beschwerdeführer sei nach wie vor arbeitsunfähig. Sowohl in der Beschwerde vom 26. März 2014 (act. G 1) als auch in der Replik vom 25. August 2014 (act. G 15) sieht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Arbeitsfähigkeit insbesondere wegen psychischer Unfallfolgen eingeschränkt. So gehe hauptsächlich aus dem Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_ hervor, dass der Beschwerdeführer nach wie vor 100% arbeitsunfähig sei. Wie in Erwägung 3.3 dargelegt, sind jedoch Auswirkungen psychischer Beeinträchtigungen mangels natürlicher Kausalität und ohnehin fehlendem Pathologiewert nicht zu berücksichtigen. Der Beruf des Reinigungsarbeiters fordert insbesondere die Kraft und Beweglichkeit von Armen, Beinen und Rücken.



Diesbezügliche Einschränkungen liegen jedoch beim Beschwerdeführer keine vor. Dr. I. \_\_\_ bestätigte in seinem Untersuchungsbericht vom 30. April 2013, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Reiniger bei Fehlen unfallbedingter Funktionseinschränkungen vollschichtig zumutbar sei. Ebenso wenig würden sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus somatischer Sicht Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit ergeben (Suva-act. 338). Die zu berücksichtigenden unfallkausalen somatischen Beeinträchtigungen (vgl. Erwägung 3.4) dürften die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit kaum einschränken. Eine Einschränkung wäre in Anbetracht des körperlichen Anforderungsprofils eines Reinigungsarbeiters in keiner Weise zu begründen und wird auch vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nicht geltend gemacht. Bereits am 13. Januar 2011 hatten die behandelnden Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG nach abgeschlossener Wundheilung eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit als möglich erachtet. Allenfalls sollte auf eine öffentliche Tätigkeit, bei der der Beschwerdeführer den Blicken vieler Menschen ausgesetzt sei, verzichtet werden (Suva-act. 351). Bei der Tätigkeit als Reiniger kommt jedoch ästhetischen Überlegungen objektiv betrachtet keine massgebende Rolle zu.

5.3 Mangels unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Reinigungsarbeiter führt der Vergleich von Invaliden- und Valideneinkommen zu keiner Differenz und demnach auch zu keiner Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität (vgl. dazu Maurer, a.a.O., S. 350 ff.; BGE 15 V 133 E. 2). Kein anderes Ergebnis resultiert, wenn bei der Bestimmung des Invalideneinkommens auf den statistischen Hilfsarbeiterlohn abgestellt würde. Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers das von ihm für das Jahr 2006 geltend gemachte Valideneinkommen von Fr. 48'000.-- (act. G 1, Rz 5) herangezogen würde, so läge dieses unter dem Tabellenlohn im Jahr 2006 von Fr. 60'167.-- (vgl. Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe, 2012) bzw. des entsprechenden Invalideneinkommens.

6.

6.1 Zu prüfen bleibt die Höhe der Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (Erwägung 5.b.) die rechtlichen



Voraussetzungen der Bemessung von Integritätsentschädigungen zutreffend dar;  
darauf ist zu verweisen.

6.2 Die von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von insgesamt 7.5% stützt sich auf die orthopädische Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2013 ab (Suva-act. 344). Dr. J.\_\_\_\_ lehnt sich bei der Einschätzung des Integritätsschadens für die beim Beschwerdeführer verbliebenen Verbrennungs- bzw. Operationsnarben im Gesicht und am Kopf an den Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) sowie die Suva-Tabelle 18 (Integritätsschaden bei Schädigung der Haut: Integritätsschaden bei Dermatosen [lit. a] und Verbrennungsnarben der Haut [lit. b]) an. Diese sehen für den Verlust einer Ohrmuschel einen Wert von 10%, für den Verlust einer Nase oder eine Skalpierung einen solchen von 30% und für eine sehr schwere Entstellung des Gesichts einen Wert von 50% vor. Dr. J.\_\_\_\_ schätzte den Integritätsschaden im Bereich des Gesichts und des Kopfs etwa auf einen Zehntel einer schweren Entstellung, also auf 5%. Die weiteren Veränderungen schätzte er auf insgesamt 2.5%, womit gesamthaft ein Integritätsschaden von 7.5% resultierte. Hinsichtlich der von den vorgenannten Tabellenwerten abgeleiteten Gesamtbewertung des Versicherungsmediziners ist kein Ermessensfehler erkennbar. Demgemäss wird auch beschwerdeweise nichts gegen die versicherungsmedizinische Einschätzung für die kosmetischen Schäden vorgebracht.

6.3 Eine höhere Integritätsentschädigung ist nicht geschuldet.

6.3.1 Am 27. August 2013 schätzte Dr. K.\_\_\_\_ den Integritätsschaden aus ophthalmologischer Sicht auf 0%. Als Befunde führte sie entsprechend dem abschliessenden Untersuchungsbericht der Augenklinik des USZ vom 28. März 2013 (Suva-act. 363) einen Status nach Revision des lateralen Augenwinkels im Juni 2012 mit Granulom am Lidwinkel angedeutet, einen inkompletten Lidschluss von 1 mm, insgesamt schöne Lidverhältnisse und einen Visus von 1.0 links an (Suva-act. 367). Die Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ basiert ebenfalls auf den Suva-Tabellen (Tabelle 11: Integritätsschaden [IS] bei Augenverletzung), worin ein mangelhafter Lidschluss nur mit starker Hornhautmitbeteiligung als erheblich (IS = 5%) gilt (6. Kosmetische Schäden). Dass dies beim Beschwerdeführer nicht der Fall ist, stellt Dr. K.\_\_\_\_ angesichts der



Untersuchungsergebnisse der Ärzte der Augenklinik des USZ zutreffend fest (Suva-act. 363). Laut ihnen und Dr. K.\_\_\_\_ ist ausserdem der Augenwinkel gut adaptiert, mit einer guten Ober- und Unterlidstellung, es besteht keine schwere Entstellung im Gesicht (gemeint ist damit das linke Auge) und der Visus beträgt 100%. Angesichts dieser ärztlich erhobenen Sachlage besteht kein Anlass, die Festsetzung des Integritätsschadens aus ophthalmologischer Sicht auf 0% in Frage zu stellen.

6.3.2 Wie in Erwägung 3.2.2 behandelt, kam es beim Unfall vom 25. Januar 2006 zu einer Trommelfellperforation und im Verlauf zu einer Rezidivperforation. Nach deren operativer Behandlung am 19. September 2006 bzw. 3. April 2007 (Suva-act. 49, 69) liess sich von den untersuchenden Ärzten bzw. Fachleuten für die vom Beschwerdeführer anhaltend geklagte Hörverminderung keine somatische Ursache in Form einer organisch-strukturellen Läsion mehr objektivieren. Die Ursache wurde in einer psychischen Komponente gesehen. Dr. E.\_\_\_\_ hielt sodann aus versicherungsmedizinisch-otologischer Sicht in seiner ärztlichen Beurteilung vom 6. März 2012 fest, dass die Unfallfolge am linken Ohr eine mässiggradige Schalleitungshörstörung bedinge, welche die Erheblichkeitsgrenze deutlich nicht erreiche. Der Versicherungsmediziner hielt dementsprechend schlüssig fest, dass kein messbarer Integritätsschaden bezüglich des Gehörs bestehe (Suva-act. 253).

6.3.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers führt denn auch in seinen Rechtsschriften nicht konkret an, inwiefern die Höhe der Integritätsentschädigung unzutreffend ist und einer anderen Einschätzung bedarf. Mit Bezug auf eine psychische Komponente des Beschwerdeführers sowie Beschwerden, die von ihm psychisch bedingt wahrgenommen werden, entfällt ein unfallbedingter Integritätsschaden mangels Unfallkausalität bzw. Erreichens eines psychopathologischen Schwellenwerts.

6.4 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Antrag auf unentgeltliche Rechtsverteidigung wird abgewiesen, nachdem dem Versicherungsgericht die Unterlagen für die Prüfung des Gesuchs nicht eingereicht worden sind (vgl. Sachverhalt Bstb. C.b). Der Staat kann



mithin nicht verpflichtet werden, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Der Antrag auf unentgeltliche Rechtsverteidigung wird abgewiesen.