

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 75

## Entscheid vom 18. Januar 2019

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
lic.iur. Gion Tomaschett, Richter  
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1,  
Postfach 4358, 6002 Luzern,  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. C. \_\_\_\_\_,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Invalidenrente, Integritätsentschädigung)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1960) war bei der Firma P.\_\_\_\_\_ AG als Softwareentwickler angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfallfolgen versichert (Vi-act. 288), als er am 24. Oktober 2003 in Zürich-Oerlikon Opfer eines Zugunglücks wurde und sich im Wesentlichen eine BWK7 (initial wurde fälschlicherweise von BWK8 ausgegangen) Fraktur, eine AC-Luxation (Tossy I) links sowie eine Rissquetschwunde am Kopf zuzog (vgl. Vi-act. 290f.). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte hierfür die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung sowie Taggelder).

**B.** Nachdem nach diversen medizinischen Abklärungen feststand, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine nennenswerte Verbesserung mehr erwartet werden konnte, verfügte die Suva am 10. Mai 2016 für die Unfallrestfolgen über den Rentenanspruch sowie die Integritätsentschädigung (vgl. Vi-act. 447). Die dagegen erhobene Einsprache vom 1. Juni 2016 (Vi-act. 450) hiess die Suva in dem Sinne gut, als sie wiedererwägungsweise am 6. Juni 2017 eine neue Verfügung erliess (vgl. Vi-act. 460). Sie stellte eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von 12% fest und sprach A.\_\_\_\_\_ ab dem 1. Juni 2016 - basierend auf einem versicherten Jahresverdienst von Fr. 128'466.-- - eine Invalidenrente nach UVG in entsprechender Höhe von monatlich Fr. 1'027.75 zu (vgl. 460-2/5). Gleichzeitig bejahte sie - basierend auf einer Integritätseinbusse von 15% und einem maximal versicherten Jahresverdienst von Fr. 106'800.-- - den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 16'020.-- (vgl. 460-4/5).

**C.** Mit Eingabe vom 6. Juli 2017 liess A.\_\_\_\_\_ Einsprache gegen die Verfügung vom 6. Juni 2017 erheben (vgl. Vi-act. 464) und beantragte ihre Aufhebung sowie die Zusprache bzw. Ausrichtung einer angemessenen, jedenfalls höheren Invalidenrente wie auch Integritätsentschädigung (vgl. Vi-act. 464-1/7). Mit Einspracheentscheid vom 17. August 2018 wies die Suva die Einsprache ab (Vi-act. 474-13/13).

**D.** Gegen den Einspracheentscheid vom 17. August 2018 lässt A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 6. September 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

In Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend eine angemessene, jedenfalls höhere Invalidenrente sowie eine angemessene, jedenfalls höhere Integritätsentschädigung zuzusprechen und auszurichten, unter Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 25. Oktober 2018 lässt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 17. August 2018, womit die Verfügung der Suva vom 6. Juni 2017 geschützt wurde, beantragen. Hierzu liess sich A. \_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 27. November 2018 unter Einreichung weiterer Unterlagen vernehmen. Am 10. Dezember 2018 reicht der Beschwerdeführer schliesslich den Schlussbericht der Unfalluntersuchungsstelle Bahnen und Schiffe über die Zugskollision vom 24. Oktober 2003 nach.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Mit Einspracheentscheid vom 17. August 2018, hat die Vorinstanz ihre Verfügung vom 6. Juni 2017 bestätigt, mit welcher dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2016 (basierend auf einem versicherten Jahresverdienst von Fr. 128'466.--) eine Invalidenrente nach UVG auf Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 12% in der Höhe von monatlich Fr. 1'027.75 und eine Integritätsentschädigung (basierend auf einer Integritätseinbusse von 15%) von Fr. 16'020.-- zugesprochen wurde (vgl. Verfügung vom 6.6.2017 S. 2 und S. 4).

**1.2** Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente der Unfallversicherung und eine Integritätsentschädigung ist grundsätzlich unbestritten. Nachfolgend zu beurteilen sind die Höhe der IV-Rente sowie der Umfang der Integritätsentschädigung, die gemäss Beschwerdeführer durch die Vorinstanz fehlerhaft beurteilt worden seien.

**2.** Vorab gilt es jedoch die Rüge des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, zu beurteilen.

**2.1** Der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz sei in Verletzung des rechtlichen Gehörs weder in der Verfügung vom 6. Juni 2017 noch im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid auf die Einsprachebegründung bzw. Rüge eingegangen, weshalb hinsichtlich des Grades der Arbeitsfähigkeit nicht auf das Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 17. Dezember 2015 abzustellen sei. Ein Einspracheentscheid habe sich mit der detaillierten Einsprachebegründung auseinanderzusetzen, was nicht geschehen sei. Insoweit habe die Vorinstanz den Anspruch auf rechtliches Gehör sowie den Grundsatz der freien Beweiswürdigung wie auch die Begründungspflicht verletzt; bereits aus diesem Grunde sei die Beschwerde gutzuheissen (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 7.1.1.1.).

**2.2.1** Das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) vom 18. April 1999 dient ei-

nerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, der eine Partei bedarf, um in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (BGE 135 II 286 Erw. 5.1 mit Hinweisen; Urteil BGer 1C\_154/2009 und 1C\_156/2009 vom 27.4.2010 Erw. 3.2). Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern (vgl. Urteil BGer 1C\_264/2014 vom 19.2.2015 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 140 I 99 Erw. 3.4), der Anspruch auf Prüfung aller vorgebrachten rechtserheblichen Anträge und Stellungnahmen durch die entscheidende Instanz sowie das Recht auf Begründung des Entscheides, insbesondere im Hinblick auf die entscheiderelevanten Parteivorbringen.

**2.2.2** Eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs kann indes ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Rechtsmittelinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus - im Sinne einer Heilung des Mangels - selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. zum Ganzen: BGE 137 I 195 Erw. 2.3.2 mit Hinweisen; Urteil BGer 1C\_84/2011 vom 29.9.2011 Erw. 2.2).

**2.3.1** Die Vorinstanz geht in ihrem Einspracheentscheid vom 17. August 2018 nicht detailliert auf die beschwerdeführerische Rüge im Zusammenhang mit dem interdisziplinären Gutachten vom 17. Dezember 2015 ein. Sie hält lediglich summarisch fest, dass die interdisziplinär-gutachterlich formulierte Beurteilung der Zumutbarkeit aufgrund diverser eigener Erhebungen sowie in Kenntnis der im Recht liegenden Akten erfolgt sei und ausführlich, einleuchtend sowie nachvollziehbar sei, weshalb auch darauf abgestellt werden könne, zumal keine aktuellen, davon abweichenden oder gar gegenteiligen ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilungen in den Akten zu finden seien (vgl. Einspracheentscheid S. 7 Ziff. 4b). Insoweit hat die Vorinstanz zu den vorgebrachten Einwendungen bereits im angefochtenen Einspracheentscheid Stellung genommen, wenn auch nicht sehr ausführlich. Vernehmlassend äussert sich die Vorinstanz etwas ausführlicher zu den entsprechenden Rügen (vgl. Vernehmlassung vom 25.10.2018 S. 5 zu Ziff. 7.1.1.1.).

**2.3.2** Es kann vorliegend jedoch offen bleiben, ob die Vorinstanz damit die Begründungspflicht und mithin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Denn der Beschwerdeführer war trotz der eher rudimentären Begründung der Verfügung und des Einspracheentscheids vom 17. August 2018 unstreitig in der Lage, seine Einwendungen zu formulieren und im vorliegenden Beschwerdeverfahren vorzubringen. Zudem hätte der Beschwerdeführer auch zur Vernehmlassung der Vorinstanz Stellung nehmen können, worauf er indes verzichtete. Der Beschwerdeführer vermag ferner keine Gründe vorzubringen, welche Nachteile ihm aus der Heilung vor Verwaltungsgericht erwachsen sollten (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 7.1.1.1.). Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Ergänzung der Begründung wäre in Berücksichtigung der bereits langen Verfahrensdauer auch kaum im Interesse des Beschwerdeführers, da die Begründung der Verfügung bzw. des Einspracheentscheids ohnehin nichts am Verfahrensausgang zu ändern vermöchte. Eine Aufhebung der angefochtenen Verfügung bzw. des Einspracheentscheids vom 17. August 2018 und eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz allein wegen der geltend gemachten Verletzung der Begründungspflicht ist vorliegend daher nicht gerechtfertigt.

**3.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid im Sinne von Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**3.2** Für die Bemessung der Invalidenrente sind der Grad der Invalidität sowie der versicherte Verdienst massgebend. Der Grad der Invalidität bestimmt sich nach Art. 16 ATSG. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Entscheidend ist

somit, inwieweit die unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigung die Fähigkeit, einen Verdienst zu erzielen, beeinträchtigt. Die konkrete Rentenhöhe ergibt sich dann aufgrund des so bestimmten Invaliditätsgrades und dem individuellen versicherten Verdienst (wobei die Rente bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes beträgt, bei Teilinvalidität entsprechend weniger, Art. 20 UVG).

**3.3** Was zunächst die Ermittlung des Valideneinkommens anbelangt, ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 Erw. 4.1; BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 mit Hinweisen).

**3.4.1** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die LSE-Tabellenlöhne oder - soweit die Suva der Unfallversicherer ist - die sogenannten DAP-Zahlen (Arbeitsplatz-Dokumentation der Suva) herangezogen werden (BGE 143 V 295 Erw. 2.2; BGE 135 V 297 Erw. 5.2; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130, 8C 7/2014 Erw. 7.1; Urteil BGer 8C\_378/2017 vom 29.11.2017; die DAP wurden indes durch die Suva nicht weiter bewirtschaftet und fallen damit künftig ausser Betracht). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1; Urteil 9C\_414/2017 vom 25.9.2017 Erw. 4.2).

**3.4.2** Die korrekte Anwendung der LSE-Tabellen, namentlich die Wahl der Tabelle wie auch der Bezug der massgeblichen Stufe (Anforderungs- bzw. Kompetenzniveau), ist eine Rechtsfrage, wogegen das für die Wahl einer bestimmten

Tabelle der LSE entscheidende Vorhandensein konkret erforderlicher Voraussetzungen wie etwa einer spezifischen Ausbildung und weiterer Qualifikationen in den Bereich der Sachverhaltserhebung fällt. Auch der darauf basierende Umgang mit den Zahlen in der massgebenden LSE-Tabelle beschlägt Tatfragen (BGE 143 V 294 Erw. 2.4).

**3.4.3** Eine Frage rechtlicher Natur ist ebenso, ob vom statistischen Tabellenlohn im konkreten Einzelfall ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist (BGE 137 V 71; Urteil BGer 8C\_552/2017 vom 18.1.2018 Erw. 4.2), wobei die Festlegung der Höhe eines solchen Abzuges eine typische Ermessensfrage beschlägt (Urteil BGer 8C\_552/2017 vom 18.1.2018 Erw. 4.2). Mit dem Abzug vom Tabellenlohn soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Dieser darf 25% nicht übersteigen (BGE 126 V 75 Erw. 5b/bb-cc).

**3.5** Der Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG hat somit in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; Urteil BGer 8C\_536/2017 vom 5.3.2018 Erw. 5.1). Dieser sog. Prozentvergleich stellt eine zulässige Variante des Einkommensvergleichs dar (SVR 2014 UV Nr. 1 S. 1). Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Einkommen ist dabei mit 100 Prozent zu bewerten, während das Invalideneinkommen gegebenenfalls auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (vgl. BGE 114 V 310 Erw. 3a; Urteil BGer 8C 934/2015 vom 9.5.2016 Erw. 2.1).

**3.6** Wie ausgeführt, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens von der zumutbaren beruflichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person auszugehen.

**3.6.1** Dabei ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien je aus ihrer Sicht zu beurteilen. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchti-

gungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Sache ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; BGE 140 V 193 Erw. 3.2; BGE 137 V 64 Erw. 5.1).

**3.6.2** Für die juristische Beurteilung bilden somit die ärztlichen Angaben eine wesentliche Grundlage. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist dabei entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann dabei rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. 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 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**3.7** Letztendlich hat die Beurteilung bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu erfolgen. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich

des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (Urteil BGer 9C\_910/2011 vom 30.3.2012 Erw. 3.1). Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil BGer 9C\_124/2010 vom 21.9.2010 Erw. 2.2). Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischen Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil BGer 8C\_133/2018 vom 26.6.2018 Erw. 2.2.1).

**4.** Was den seit dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2003 mittlerweile über 15jährigen Verlauf anbelangt, so sind aus den Akten folgende Punkte hervorzuheben:

**4.1** Am 24. Oktober 2003 war der Beschwerdeführer auf der Heimreise nach der Arbeit, als in Zürich Oerlikon ein Regio Express mit dem Schnellzug (in welchem der Beschwerdeführer sass) kollidierte (Flankenfahrt). Eine Touristin wurde getötet, mehrere Personen wurden zum Teil schwer verletzt (vgl. Bf-act. 9; Schlussbericht der Unfalluntersuchungsstelle). Der Beschwerdeführer, der im selben Wagon wie die getötete Reisende sass, wurde ebenfalls verletzt. Er wurde zur notfallmässigen Erstbehandlung ins Stadtspital Triemli überführt. Vom 3. bis 8. November 2003 war er in stationärer Behandlung im Spital Schwyz. Bei Entlassung wurden als Diagnosen eine Fraktur BWK 8 [recte BWK 7] (2 Säulenfraktur mit Gibbuswinkel-Bildung 20°; Vi-act. 296 und Vi-act. 27), eine Luxation des Akromioklavikulargelenkes Tossy I links sowie eine offene Wunde der behaarten Kopfhaut aufgelistet (Vi-act. 290). Als Therapie wurde Physiotherapie (ohne Verordnung, selbständige Rückenübungen im Korsett) und ein Vollkontaktkorsett verordnet. Die Schmerzmedikation habe bis zum Austritt komplett abgesetzt werden können. Der Beschwerdeführer sei am 8. November 2003 in gutem Allgemeinzustand und schmerzfrei mobil nach Hause entlassen worden.

**4.2** Am 15. Januar 2004 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit zu 50% wieder auf. Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 16. Februar 2004 hielt der Hausarzt

Dr.med. D. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Allgemeinmedizin) fest, der Beschwerdeführer sei unter Korsett-Behandlung relativ beschwerdearm. Nach Weglassen des Korsetts und Arbeitsversuch am 15. Januar 2004 zu 50% sei es zunehmend nach kurzer Belastung (Sitzen) zu Schmerzen im oberen und mittleren BWS-Bereich gekommen. Keine neurologischen Ausfälle. Die Arbeitsunfähigkeit habe ab 1. Februar 2004 auf 65% und ab 16. Februar 2004 auf 100% erhöht werden müssen, da schon im Sitzen nach einigen Minuten Schmerzen empfunden würden. Der Hausarzt erachtete persistierende Rückenbeschwerden bei Gibbusbildung 20° als möglich (Vi-act. 296).

**4.3** Nach einer Besprechung zwischen dem Beschwerdeführer und der Arbeitgeberin kündigte diese das (am 1.9.2003 angetretene) Arbeitsverhältnis per 30. April 2004. Es sei leider auf absehbare Zeit aus gesundheitlichen Gründen eine Wiederaufnahme der Arbeit am Arbeitsort \_\_\_\_\_ aus Sicht des Beschwerdeführers nicht möglich (Vi-act. 306).

**4.4** Am 5. April 2004 wurde die unfallchirurgische Behandlung am Stadtspital Triemli abgeschlossen. Der Beschwerdeführer präsentiere sich fünf Monate nach Unfall in gutem Allgemeinzustand; gelegentlich verspüre er noch ein Spannungsgefühl im Bereich des frakturierten Wirbels. Die Beweglichkeit sei erfreulich; radiologisch zeige sich eine vollständig unveränderte Situation wie noch im Dezember, keine Zunahme der Gibbusbildung, kein weiteres Zusammensintern des Wirbelkörpers. Der Beschwerdeführer mache intensiv Physiotherapie, es zeigten sich deutliche Fortschritte in der Beweglichkeit und im Aufbau der Rückenmuskulatur. Die Arbeitsfähigkeit solle der Hausarzt festlegen, aus seiner Sicht sei er für eine Tätigkeit mit wechselnder Lage (sitzend) zu 100% einsatzfähig (Vi-act. 315).

**4.5** Mit Bericht vom 21. Mai 2004 teilte der behandelnde Fachpsychologe der Suva mit (Vi-act. 310), gegenwärtig habe der Beschwerdeführer weder das Ereignis an sich, noch die Folgen des Ereignisses verarbeitet. Diagnostisch handle es sich um eine PTBS (F43.1).

Am 22. Mai 2004 berichtete der Beschwerdeführer seinerseits, er habe seit dem Unfall des Öffern ein Drücken im Kopf, der Gleichgewichtssinn sei gestört; es komme vor, dass er nicht vorkommende Töne und Klänge höre oder seinen Körper an der Bruchstelle entzwei geteilt erlebe. Er besuche rund 3mal die Woche unter Anleitung des Physiotherapeuten ein Rückenaufbautraining und übe auch zu Hause. Am angenehmsten sei, wenn er sich leicht bewegen könne; am schlimmsten sei Sitzen oder längeres Stehen am Ort. Mit nun etwas Abstand könne er von Änderungen im positiven Sinne reden, während eine eigentliche "Heilung" bei einem Wirbelkompressionsbruch eh nicht möglich sei (Vi-act. 311).

**4.6** Die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Arzt des Stadtsitals Triemli konnte der Beschwerdeführer in einer Besprechung mit der Suva vom 17. Juni 2004 nicht nachvollziehen (Vi-act. 5). Am 3. August 2004 schrieb er dazu, seine Leistungsfähigkeit sei seit dem Unfall stark begrenzt. Mit den Kindern zuhause sei er voll ausgelastet, am Abend "kaputt". Die muskulären Verspannungen im Rücken seien dank dem Training zurückgegangen. Dafür verspüre er des Öffern einen "Stein" im Rücken oder ein Gefühl von Schmirgelpapier beim Sitzen oder ruhigem Stehen an Ort, seit er mehr verrichte. Die Schmerzen seien aushaltbar, aber würden durch das ständige Auftreten das Leben dennoch beeinträchtigen. Er wisse nicht, ob die verordneten Medikamente weiterhelfen könnten, er tendiere eher auf Medikamentenverzicht; Schmerzmittel erachte er als kontraproduktiv, da die Schmerzen ein wichtiger Indikator seien (Vi-act. 322). Auf ärztlichen Rat hin zeigte sich der Beschwerdeführer im August 2004 einverstanden, bei auftretenden Schmerzen Dafalgan zu nehmen (Vi-act. 11). Im November 2004 berichtete er, dies lindere die Empfindungen im Rücken, nütze aber nichts, wenn er einen Stein oder Verspannungen im Rücken spüre (Vi-act. 334).

**4.7** Am 7. Februar 2005 informierte PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ (FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation) die Suva, es sei angezeigt, Ende 2005 mittels eines interdisziplinären Gutachtens zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Rein aus rheumatologischer Sicht sei er aktuell mit diesem Beschwerdemass und der geringen statischen Belastbarkeit, sitzend oder stehend, nicht in einen Beruf reintegrierbar (Vi-act. 30). Am 31. Oktober 2005 hielt derselbe Arzt fest (Vi-act. 33):

Der Patient gibt mir an, dass die Schmerzen seit 1 Jahr mehr oder weniger gleich seien. Er nimmt Spedifen 600mg alle 3-4 Tage, Tramal nimmt er alle 1-2 Wochen jeweils 30 Tropfen. Er klagt über die elektrisierenden Schmerzen im Bereich der BWS. Der Alltag sieht so aus, dass er trainiert oder Haushalt macht. Er schreibt Geschichten. Zweimal pro Woche geht er ins Training. Einkaufen macht Probleme. Er hat Mühe beim Tragen von Gegenständen oder beim Stossen des Einkaufswagens. Er hat gelernt, mit den Einschränkungen zu leben. Einer Operation steht er nach wie vor ablehnend gegenüber.

Der Beschwerdeführer solle weiterhin Psychotherapie durchführen sowie regelmässiger Tramal und Spedifen nehmen, um Schmerzen zu unterdrücken; allenfalls sei auch Mydocalm sinnvoll. Für den Erhalt des Status quo sei weiterhin Training angezeigt. Zwei Jahre nach dem Unfall sehe er beim Patienten aufgrund der Gesamtsituation kein relevantes Verbesserungspotential mehr.

**4.8** Am 29. Mai 2006 erteilte die Suva den Auftrag für ein interdisziplinäres Gutachten (orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch; Vi-act. 48). Erst am

12. Oktober 2007 wurde das Gutachten erstattet (Vi-act. 62). Als Diagnosen wurden ausgewiesen:

unfallasoziierte Diagnosen

- 1) St.p. Zugsunfall am 24.10.2003 mit
  - St.p. RQW am Kopf und AC-Luxation (Tosy I) links (geheilt)
  - St.n. Fraktur BWK 8, posttraumatischer Keilwirbel D8 und Discopathie D6/D7, rezidivierendes Dorsovertebralsyndrom
  - posttraumatische Belastungsstörung, gegenwärtig in Remission (ICD-10, F43.1)
  - Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10, F62.80) bei akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10, Z73.1)

unfallfremde Diagnosen

- 2) Hohlrundrücken nach dorsalem M. Scheuermann mit sekundär degenerativen Veränderungen
- 3) Hyperurikämie
- 4) Verdacht auf Aethyl- und Analgetika-Abusus

Das Gutachten empfahl als Therapiemassnahme eine viergleisige Behandlung: Am dringendsten sei die Schmerzbehandlung mit Tramal zu stoppen, da Schmerzmittel oft kontraproduktiv wirkten und chronische Schmerzen unterhalten/fördern. Zweitens sei eine schmerzdistanzierende Schmerzbehandlung mit einem tricyclischen Antidepressivum für mindestens sechs Monate empfohlen. Drittens solle eine aktive muskelaufbauende Physiotherapie begonnen werden und viertens soll eine psychiatrische Evaluation erfolgen, es sollen mit dem Beschwerdeführer kognitive Verhaltensstrategien erarbeitet werden, so dass der Schmerz besser bewältigt werden könne. Bezüglich Leistungsfähigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht wegen des Schmerzsyndroms und vor allem wegen des Analgetika-Überkonsums aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Während der Therapiephase bestehe mindestens eine 30%ige Arbeitsfähigkeit, wobei diese sukzessive auf 50% erhöht werden könne. Die bisherige Tätigkeit könne als leichte Tätigkeit betrachtet werden, die in diesem Umfange zu bewerkstelligen sei. Die Arbeit solle wechselbelastend sein, Arbeiten mit schwerer körperlicher Belastung sollte gemieden werden.

Kritisch zum bisherigen Verlauf äusserte sich der Gutachter Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Orthopädische Chirurgie FMH) in seinem Gutachten vom 8. August 2006. Seines Erachtens schienen sich verschiedene Problemkreise zu überlagern und gegenseitig zu beeinflussen, so dass es zu einem langwierigen Verlauf und bisher unbefriedigendem Resultat geführt habe (Vi-act. 61). Das Unfallereignis sei sicherlich schwerwiegend gewesen, weshalb es naheliegend sei, an eine PTBS zu denken. Zudem weise der Beschwerdeführer eine etwas spezielle Persönlichkeitsstruktur auf (was er aus Anamnese sowie aus den vielen in den Akten liegenden persönlichen Schreiben des Beschwerdeführers schliesst), die seine Re-

aktion auf den Unfall ebenso beeinflusst habe. Die aktuellen Beschwerden (Keilwirbel BWK 7 [gut 10°] und posttraumatische Diskopathie D6/D7 nach Deckplateneinbruch) seien klinisch und radiologisch objektivierbar. Allerdings heile die grosse Mehrzahl derartiger Verletzungen erfahrungsgemäss innert Wochen bis Monaten aus und die Patienten seien wieder praktisch beschwerdefrei und voll arbeitsfähig. Er frage sich, ob der Beschwerdeführer eine auch nur einigermaßen adäquate Behandlung erfahren habe oder ob es weitgehend ihm und seinen persönlichen Neigungen überlassen geblieben sei, das ihm nützlich Scheinende zu praktizieren. Die Schmerzbehandlung mit 80 Tramal-Tropfen täglich in einmaliger Dosis sei (rein pharmakologisch) als Blödsinn zu bezeichnen; es lasse dies nicht auf besonders schwere Schmerzen schliessen. Bei der klinischen Untersuchung falle eine extrem schwache autochthone Rückenmuskulatur auf, was stark daraufhin deute, dass bisher noch nie ein wirksames Training zustande gekommen sei. Das systematische Auftrainieren der Rückenmuskulatur müsste im ureigensten Interesse des Beschwerdeführers liegen. Und nachdem er seit fast 3 Jahren über hartnäckige Beschwerden klage, wäre eine geeignete Laboruntersuchung angezeigt gewesen und man wäre auf die Hyperurikämie und den leichten Leberschaden aufmerksam geworden. Auch wenn ein intensives Training der Haltung und der Rückenmuskulatur vorübergehend zu einer Verstärkung der Beschwerden führe, sei genau dies zu empfehlen. Nach spätestens 3 Monaten wäre mit mindestens halbtäglicher Arbeit in Büro und Haushalt zu rechnen, längerfristig gar vollzeitig. Nach drei Jahren "laissez-faire" sei endlich zu einer einigermaßen "normalen" Behandlung der Folgen einer eigentlich eher "banalen" BWK-Fraktur überzugehen (Vi-act. 61).

In der Folge entstand eine Diskussion um die Bewertung des Gutachtens. Am 1. Dezember 2008 (mithin über zwei Jahre nach Auftragserteilung) äusserte der Kreisarzt, mit den vorhandenen, teils widersprüchlichen Unterlagen lasse sich kein konkreter Entscheid bezüglich Zumutbarkeit und beruflicher Integration treffen. Die Verletzung sei sicherlich konsolidiert; aufgrund der Vorbelastungen könnten andere Faktoren für die Schmerzen verantwortlich sein. Er schlug in der Folge ein Rehabilitations- und Aufbautraining in Bellikon vor, anlässlich dessen auch andere Faktoren geklärt werden könnten (Vi-act. 385).

**4.9** Bereits im Januar 2008 ersuchte der Beschwerdeführer die Suva, PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ die Röntgensammlung zuzustellen. Er habe diesen wegen zunehmender Beschwerden wieder aufgesucht (Vi-act. 380). Nachdem die Suva PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ abmahnte, Bericht zu erstatten, informierte dieser am 7. April 2008, der Beschwerdeführer habe nach wie vor einen chronisch invalidisierenden Schmerz im Bereich der mittleren BWS, der neuropathische Komponenten

ten zeige. Auffällig sei die Allodynie und auch das eindeutig vermehrte Schwitzen in der Region der mittleren BWS. Medikamentös sei der Beschwerdeführer mit Tramal und Spiralgin nicht austherapiert. Er empfehle eine Behandlung mit Neurontin oder Lyrica. Daneben sei es sicher sinnvoll, dass der Beschwerdeführer sein regelmässiges Training durchführe, um die Muskelkraft zu erhalten. Das festgestellte Beschwerdebild führe nachvollziehbar dazu, dass der Beschwerdeführer keine regelmässige berufliche Tätigkeit durchführen könne. Die Umstellung der medikamentösen Therapie müsste engmaschig überwacht werden und nach einem halben Jahr beurteilt werden (vgl. Vi-act. 72).

**4.10** Der Hausarzt befürwortete im Dezember 2008 den von der Suva angeregten Aufenthalt in Bellikon sehr, meinte jedoch, der Beschwerdeführer sei wohl nicht sehr begeistert davon (Vi-act. 387). Am 2. März 2009 stellte die Suva der Rehaklinik Bellikon ein Aufnahmegesuch (Vi-act. 86). Am 9. März 2009 teilte der Beschwerdeführer seine Mühe mit einem Rehabilitationsaufenthalt mit (Vi-act. 391, 392). Am 17. April 2009 teilt er mit, PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ befürworte eine Reha nicht; er habe ihn an einen Wirbelsäulenspezialisten überwiesen, auch sei noch eine neurologische Untersuchung notwendig (Vi-act. 394). Zuvor - mit Schreiben vom 10. November 2008 - äusserte sich PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ gegenüber Dr.med. D. \_\_\_\_\_ denn auch dahingehend, er habe mit dem Beschwerdeführer die Möglichkeit anderer Therapien als Medikamente besprochen (Vi-act. 85). Beim zentralen - im Wirbelsäulenbereich gelagerten - Schmerz seien Schmerzpumpen oder Hinterstrangstimulatoren wenig sinnvoll. Schliesslich hielt er fest:

Ich würde als neuen medikamentösen Versuch Neurontin einsetzen, ebenfalls tief beginnen bei 100mg und langsam steigend. Eine weitere Möglichkeit wäre Topamax. Schliesslich könnte zusätzlich zu Neurontin oder Topamax Saroten gegeben werden, beginnend mit 25mg am Abend und Steigerung. Statt Tramadol-Tropfen bestünde die Möglichkeit, Oxycontin einzusetzen, ... .

Aus meiner Erfahrung können die sogenannten Schmerzzentren, wie Klinik Bellikon oder Nottwil den Patienten auch keine anderen Therapien anbieten.

Gegenüber der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers äusserte sich PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ am 31. März 2009 zudem dahingehend, dass eine ambulante Abklärung absolut genügend sei; von einer stationären Behandlung sehe er jetzt keinen Vorteil mehr. Die Wirbelsäulenspezialisten im Hirslanden sollen eine ambulante Abklärung durchführen, um die Möglichkeiten einer operativen Intervention zu beurteilen (Vi-act. 91). In der Folge wurde der Rehabilitationsaufenthalt storniert.

**4.11** Am 27. Januar 2010 berichtet Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Orthopädische Chirurgie FMH, Klinik Hirslanden), den Beschwerdeführer am 11. Juni, 9. Juli und 30.

November 2009 in der Wirbelsäulensprechstunde gesehen zu haben (Vi-act. 112). Der Beschwerdeführer verspüre noch Schmerzen lokal im ehemaligen Frakturbereich, auch lokale Druckdolenz sowie ein Gefühl der Kribbelparästhesien in den Beinen bei aber intakter Sensomotorik und ohne radiculäre Ausstrahlungen oder Ausfällen. Er sei immer wieder auf die Einnahme von Tramadol und Spiralgin angewiesen. Trotz durchgeführter (diagnostischer) Infiltrationen habe er am 30. November 2009 wieder über vermehrt lokale Schmerzen im Bereiche der Fraktur geklagt. Er habe eine weitere Infiltration veranlasst.

Gestützt auf den oberwähnten Bericht von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2010 informierte PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ am 25. August 2010 die Suva, dass die durchgeführte Infiltration betreffend das bekannte Schmerzbild lediglich eine kurzfristige Besserung gebracht habe. Der Beschwerdeführer benötige enorme Medikamentenmengen. Er habe Tramal um 800mg täglich. Daneben habe er zusätzlich bis 600 mg Lyrica genommen und dennoch immer wieder die Schmerzen verspürt. Er habe dem Beschwerdeführer geraten, das Lyrica wieder auf 300mg zu reduzieren. Daneben soll er beim Tramal keinesfalls über 800mg täglich gehen. Der Beschwerdeführer werde sich noch einmal bei Dr.med. H. \_\_\_\_\_ melden, um nochmals eine Infiltration zu versuchen. Wichtig im ganzen Schmerzmanagement sei aber, dass der Beschwerdeführer akzeptiere, dass er durch den Unfall eine Behinderung habe und deswegen seine Wirbelsäule nicht zu sehr belasten dürfe. Weitere diagnostische Massnahmen habe er nicht unternommen (vgl. Vi-act. 133).

**4.12** Am 26. April 2011 berichtet Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (Anästhesie Intensivmedizin FMH), die drei Infiltrationen seit 01/10 hätten jeweils über einige Wochen bis Monate eine gewisse Linderung und Möglichkeit, die Medikamente leicht zu reduzieren, gebracht; auch hätten die Funktionen im Alltag etwas gebessert. Der Beschwerdeführer nehme noch immer Tramal 500-700mg/d, Lyrica 2x150mg/d, vor 2 bis 3 Wochen habe er auf Verordnung PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ mit Oxycontin 20-20-80 mg/d begonnen (Vi-act. 144).

Schliesslich äusserte sich PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 7. August 2013 dahingehend, der Beschwerdeführer sei seit September 2012 fünf Mal bei ihm in der Kontrolle gewesen. Seit Jahren sei das Schmerzbild des Beschwerdeführers stabil. Er brauche eine hohe Analgetikatherapie (vgl. Vi-act. 231):

Oxycontin 40mg 3-4x/Tag, Tramadol 8-900 mg/Tag, Lyrica 2 x 150 mg/die, Spedifen 2-3mal 600mg. Dazwischen hat der Patient auch noch im Verlauf dieses Jahres Infiltrationen im Bereich der BWS bei Dr. Aeschbach durchführen lassen. Das Grundproblem ist immer das Gleiche, der Patient hat bei Rotation der Wirbelsäule zum Teil akute Schmerzen. Bei langem Stehen verstärken sich die Schmerzen

auch gleich. Ich sehe in den letzten Jahren beim Patienten keine relevante Veränderung des Zustandsbildes, es ist auch nicht mit einer Veränderung in den nächsten Jahren zu rechnen.

**4.13** 2010 beauftragte die SBB das Schweizerische Institut für Versicherungsmedizin (SIVM) mit einer medizinischen Begutachtung (Vi-act. 130). Die persönlichen Untersuchungen fanden am 25. Oktober 2010 (Psychiatrisches Teilgutachten) sowie am 14. September 2010 (Orthopädie) und 16. September 2010 (Neurologie und Physiotherapie) statt.

Das interdisziplinäre Gutachten wurde am 29. Juni 2011 erstattet. Festgehalten wurden die Diagnosen (Vi-act. 153):

Neurologische Diagnosen

- Chronische ondulierende, myofasziale und neuropathische Rückenschmerzen, ICD-10 M54.84 mit Verspannungen der Rückenmuskulatur, ohne neurogene Verletzung nach Deckplattenimpressionsfraktur BWK 5 und 7 am 24.10.2003

Orthopädische Diagnosen

- Chronisches Schmerzsyndrom BWS bei St.n. UE vom 24.10.2003 mit BWK7 Kompressionsfraktur mit Keilwirbelbildung von 14° Grad und Deckplattenfraktur BWK5 ohne Kompression
- St.n. Tossy I links

Psychiatrische Diagnosen

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10, F45.41 seit 24.10.2003
- St.n. Posttraumatischer Belastungsstörung, ICD-10, F43.1 seit 24.10.2003, fast vollständige Remission seit 6/2009

Aus enger neurologischer Sicht bestünden weiterhin keine Hinweise auf eine Verletzung des peripheren oder zentralen Nervensystems beim Unfall vom 24. Oktober 2003. Aus enger neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Bei Berücksichtigung der chronischen Schmerzen und Funktionseinschränkungen entstehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, die sich besonders bei sitzenden Tätigkeiten auswirke.

Gemäss orthopädischer Beurteilung sei der Beschwerdeführer seitens der Tossy I Läsion beschwerdefrei. Die BWK7 Fraktur sei nach konservativer Therapie in einer Keilwirbelbildung von 14° Grad verheilt; die BWK5 Fraktur zeige keine Keilwirbelbildung. Fast sieben Jahre nach Unfall zeigten sich eine Schonungsatrophie der Rückenmuskulatur sowie lokale Druckdolenzen im Bereich der erlittenen Frakturen. Das Röntgen vom 22. Juni 2011 zeige einen Cobbwinkel des Keilwirbels BWK7 von 14°, sonst keine Veränderungen gegenüber der Aufnahme vom 6. November 2003 und keine neuen Frakturen. Arbeitsspuren an den Händen zeigten, dass der Beschwerdeführer manuell tätig sei, was dieser offen bestätige. Es ergebe sich eine Diskrepanz zwischen der 100%igen Arbeitsunfähigkeit, den

Befunden bei der Untersuchung und seinen Tätigkeiten im Alltag. Es sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar, warum er bei stabilen Verhältnissen im Bereich der beiden BWS-Frakturen nicht wenigstens teilarbeitsfähig geworden sei. Es sei - unter Hinweis auf die detailliertere Empfehlung in der physiotherapeutischen Beurteilung - ein gezielter ambulanter Aufbau der Rückenmuskulatur zu beginnen, resp. eine stationäre Behandlung, wenn bei guter Compliance während ambulanter Therapie nach 4 Monaten keine ausreichende Stärkung bestehe, um eine angepasste Arbeit in einem Pensum von mindestens 50% durchzuhalten. Die berufliche Wiedereingliederung sei voranzutreiben.

In der physiotherapeutischen Beurteilung wird festgehalten, die beschriebenen Beschwerden würden v.a. belastungsbedingt auftreten. Durch die traumatisch bedingten, strukturellen Veränderungen von Th7 und die Chronifizierung sei die Beurteilung der mechanischen Belastungsfähigkeit dieses WS-Abschnittes v.a. auch für den Patienten schwierig. Dies sei indes unabdingbar für eine effiziente Kontrolle der Schmerzen und Erstellung eines Trainings- oder Übungsplans. Das Schmerzmanagement im Alltag sei mit einer Fachkraft zu optimieren. Entlastungsstellungen sollten auf das umschriebene Rückenproblem angepasst werden; das Alltagsverhalten und Haltungsgewohnheiten sollten noch genauer auf die Vermeidung mechanisch bedingter Schmerzexazerbationen zugeschnitten werden. Das Kiesertraining sei unbedingt beizubehalten, indes der aktuellen artikulären muskulären Situation und dem Leistungsvermögen anzupassen. Der Beschwerdeführer habe über die Jahre diverse Copingstrategien entwickelt und beibehalten. Bei einer fachmännischen Optimierung seien eine Besserung im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik und Belastbarkeit (auch im Zusammenhang mit einem dosierten Arbeitseinstieg) innerhalb einiger Monate realistisch.

Gemäss psychiatrischer Beurteilung seien die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen als eigenständige chronische Schmerzerkrankung zu verstehen, die sich um den unfallbedingten somatischen Kern (Fraktur) entwickelt habe, begünstigt durch die damalige PTBS, das Wiederaufleben der alten Psychose, durch initiales Forcieren und eine initial insuffiziente medikamentöse Schmerztherapie. Die chronische Schmerzstörung sei als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41, zu kodieren. Die Schmerzen seien die Arbeitsfähigkeit hemmend. Als Software-Entwickler mit enger Zusammenarbeit in grösseren Teams (lange Sitzungen, vorwiegend sitzende Arbeit am Bildschirm) bestehe eine vollständige AUF. Zuhause, im eigenen optimal angepassten Umfeld, bei flexibler Zeiteinteilung und der Möglichkeit von Liegepausen bringe der Beschwerdeführer eine Leistung, die mit einer 80%igen angepassten Tätigkeit verglichen werden könne. Prognostisch sei ein Verharren der

Situation zu erwarten; der Beschwerdeführer bleibe psychisch stabil, aber leide weiterhin unter den chronischen Schmerzen.

In Beantwortung der Fragen hielten die Gutachter zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 24. Oktober 2003 zurückzuführen seien. Die Psychotherapie sei bis zum Abschluss der beruflichen Reintegration fortzusetzen (1-4 x pro Monat) und es habe ein gezielter Aufbau der (schwächtigen) Rückenmuskulatur zu erfolgen (Physiotherapie und MTT, je 2x wöchentlich); bei guter Compliance sei nach vier Monaten mit einer beruflichen Wiedereingliederung dauerhaft zu rechnen. Die bisher vorwiegend sitzende Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar; bei seinen Einschränkungen angepasste Arbeitsbedingungen sei eine Teilarbeitsfähigkeit von 50% möglich und zumutbar. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, bei denen der sitzend ausgeführte Anteil maximal 40% betrage und sitzend auszuführende Tätigkeiten nicht länger 30 Minuten ohne Unterbruch ausgeführt werden müssten, könnten, sofern seinen Fähigkeiten angepasst, bis zu einem Pensum von 80% ausgeführt werden. Aufgrund zuzugestehender Pausen reduziere sich die Leistung um 15%. Aus somatischer Sicht bestehe schliesslich ein Integritätschaden von 15%, die Beeinträchtigung der psychischen Integrität wurde auf 20% geschätzt, in Gesamtbetrachtung auf 20%.

**4.14** Am 9. November 2011 erteilte die Suva einen Auftrag für ein Jobcoaching für den Beschwerdeführer (Vi-act. 165). Gemäss Zwischenbericht vom 17. Februar 2012 (Vi-act. 182) erreichte der Beschwerdeführer in einem Leistungs- und Konzentrationstest im Intelligenzstrukturtest insgesamt hohe Werte, die deutlich über der mittleren Bandbreite liegen. Auch Merkfähigkeit, Gedächtnis und Allgemeinwissen seien überdurchschnittlich. Dasselbe habe aus dem Arbeitsleistungstest resultiert. Markant seien die wohl charakterlich veranlagte Gründlichkeit und Genauigkeit im Arbeitsverhalten; es bestehe ein Wille, lieber zuverlässig zu arbeiten auf Kosten der Quantität. Dennoch liege die Mengenleistung leicht über dem Durchschnitt. Die Konzentrationsleistung sei über eine kurze Zeit absolut gegeben. Die physische Belastbarkeit sei das die Leistungsfähigkeit beeinflussende Manko. Im Rahmen eines differenzierten Brainstormings habe sich die "Technische Informatik" als Ziel einer Stellenvermittlung herauskristallisiert. Er sei hier nach wie vor auf einem guten Wissensstand. Möglich seien auch Tätigkeitsbereiche in der Elektronikbranche.

**4.15** Gemäss einer Telefonnotiz der Vorinstanz vom 8. Mai 2012 mit dem Trainingscenter trainiere der Beschwerdeführer nicht regelmässig und auch nicht richtig. Man habe immer wieder versucht, ihn zu motivieren und zu beraten, aber

er sei beratungsresistent. Wenn man forcieren wolle, habe er immer einen Grund, weshalb dies nicht möglich sei, er wisse alles besser. Gemäss den beiden Therapeutinnen fehle es ihm am Willen. Ein weiteres Training mache so gesehen keinen Sinn mehr (Vi-act. 190). Diese Beschreibung stritt der Beschwerdeführer ab; die Vorinstanz habe mit der falschen Person gesprochen, was unglücklich sei. Das Training mit der Physiotherapeutin sei gut; Steigerungen des Trainings seien beschwerdebedingt nicht einfach. Zudem trainiere er neben dem Trainingscenter auch zu Hause. Die Suva solle mit der Therapeutin direkt sprechen, um ein korrektes Bild zu erhalten.

**4.16** Im Mai 2012 konnte sich der Beschwerdeführer für einen Arbeitsversuch in einem Betrieb vorstellen. Gemäss dem ihn begleitenden Jobcoach habe es sich um eine ideale Stelle gehandelt und die Firma habe sich interessiert gezeigt. Das Gespräch sei dann sehr ungünstig verlaufen, der Beschwerdeführer habe sich desinteressiert gezeigt und überall Hindernisse gesehen sowie geäussert, "dies sei nicht sein Traumjob" (Vi-act. 196). Man habe ihm dennoch eine Chance gegeben, später Rückmeldung zu machen, ob er die Stelle wolle. Da er sich innert Frist nicht gemeldet habe, sei die Firma nicht mehr bereit gewesen, ihm die Stelle zu offerieren.

Aus Sicht des Beschwerdeführers war es ein gutes Gespräch und er habe zusage wollen, resp. habe die Firma und nicht er abgesagt. Im Gespräch habe er tatsächlich geäussert, Testengineering sei nicht sein Traumjob. Er habe dann aber gesehen, wie die Firma dies halte, und hätte es gerne ausprobiert. Er denke, dies sei an der Sitzung so rübergekommen. Der Arbeitsweg sei allerdings sehr lange mit seinen Rückenbeschwerden, was berücksichtigt werden müsse (Vi-act. 204).

**4.17** Anlässlich einer Besprechung vom 15. Juni 2012 zwischen dem Beschwerdeführer, der Vorinstanz, der IV und dem Jobcoach wurde dem Beschwerdeführer destruktives Verhalten vorgeworfen in Bezug auf Jobcoaching, stationäre Rehabilitation, Physiotherapie, Krafttraining und Vorstellungsgespräch für einen Arbeitsversuch. Er flüchte sich immer in Ausreden aufgrund von Schmerzen. Andererseits habe er sich beim Hantieren am eigenen Auto eine Fingerkuppe abgetrennt, weise schmutzige, beschwielte und verkratzte Hände auf, was klar zeige, dass er zu Hause arbeite. Er habe sich mit der Situation abgefunden; es stimme so für ihn, seitens Suva komme immer pünktlich Taggeld. Die Vorinstanz erklärte, nicht weiter bereit zu sein, Kosten für ein Jobcoaching und Taggelder zu tragen (Vi-act. 205).

Anlässlich einer weiteren Besprechung im Beisein eines SBB-Vertreters, erklärte sich die SBB bereit, das Jobcoaching für weitere sechs Monate zu übernehmen. Im Juni 2013 solle die Situation neu beurteilt werden (Vi-act. 215).

Aus dem Jobcoaching resultierten mehrere Vorstellungsgespräche (Vi-act. 225), zu einer Anstellung kam es indes nicht (Vi-act. 227). Gemäss Jobcoach seien die Gründe mannigfaltig (spezielle Persönlichkeit des Beschwerdeführers, schmutzdeliger Auftritt, unangepasste Kleidung, akzentuierte Persönlichkeit). Der Beschwerdeführer habe sich ungeschickt verhalten, habe viel vom Unfall, den Schmerzen und seiner unangenehmen Lebenssituation gesprochen sogar bis zum "Tod als Erlösung", er habe Fragen über Fragen gestellt anstatt etwas zu versuchen und zu beginnen. Seitens Arbeitgeber sei dies auf wenig Begeisterung gestossen und er sei mit Rückfragen konfrontiert gewesen, ob der Beschwerdeführer überhaupt eine Tätigkeit suche oder ob er müsse. Der Beschwerdeführer empfand die Stellensuche anders. Er habe einen guten Eindruck gehabt. Als er aber erwähnt habe, maximal 80% arbeiten zu können, sei den Firmen "der Laden runter". Seines Erachtens sei es auch ein Fehler gewesen, nicht alleine zu den Vorstellungsgesprächen gereist zu sein, sondern in Begleitung des Jobcoaches (Besprechung vom 4.7.2013; Vi-act. 230).

**4.18** Am 25. Oktober 2013 berichtete der Beschwerdeführer, einen Wiedereingliederungsversuch bei der Q.\_\_\_\_\_ Ltd. in R.\_\_\_\_\_ starten zu können (Vi-act. 232). Dies hat die IV-Stelle als Arbeitsversuch bis 28. Februar 2014 bewilligt und sie übernahm ab dem 1. Dezember 2013 das Taggeld für die Zeit des Praktikums (Vi-act. 236 f., 241, 245). Das Praktikum wurde bis Ende Mai verlängert, wobei wiederum die Vorinstanz für das Taggeld aufkam (Vi-act. 247). Nachdem das Projekt nicht ganz abgeschlossen werden konnte, wurde es Ende Mai um weitere drei Wochen verlängert (Vi-act. 253).

Gemäss Verlaufsprotokoll der IV (Vi-act. 254) gab es während des Arbeitsversuches viele Auf und Ab; das Arbeitspensum konnte der Beschwerdeführer bis auf 40-50% steigern; mehr lag schmerzbedingt nicht drin. Zu einer Anstellung bei der Q.\_\_\_\_\_ Ltd. kam es letztlich nicht. Gemäss Beschwerdeführer wollte man niemanden unter 80% einstellen; gemäss Verlaufsbericht äusserte sich der Beschwerdeführer unvorteilhaft und meinte, die Branche sei ihm eigentlich fremd, seine Begabung und Erfahrung liege in anderem Bereich und der Arbeitsweg sei zu weit. Er sei aber offen für ein Angebot, obwohl er sich im Moment gar nicht vorstellen könne, sich anstellen zu lassen. Er sei einfach froh, wenn die Massnahme vorbei sei. Er benötige dann einige Wochen Pause, um sich zu erholen und sich einigen privaten Dingen zu widmen. Danach könne er gerne eine Stelle im Rahmen von 40 bis 50% suchen.

**4.19** Am 4. November 2014 teilte der Beschwerdeführer der Vorinstanz mit, das Praktikum bei der Q. \_\_\_\_\_ Ltd. sei Ende Juni beendet worden. Man sei mit seiner Arbeit grundsätzlich zufrieden gewesen und auch ihm habe es eigentlich gut gefallen. Mangels Budget habe man ihm keine weitere Anstellung in Aussicht stellen können. Er sei momentan auf Stellensuche. Das Praktikum habe aber vieles auf den Kopf gestellt; er habe doppelt so viel Schmerzmittel benötigt wie zuvor; zwischenzeitlich habe er dies wieder reduzieren können. Er sei weiterhin bei PD Dr.med. E. \_\_\_\_\_ in unregelmässigen Kontrollen. Die Vorinstanz eröffnete dem Beschwerdeführer, eine Abklärung/Gutachten betreffend Erwerbsfähigkeit zu veranlassen (Vi-act. 271).

**4.20** Am 3. August 2015 erteilte die Vorinstanz dem Zentrum für Begutachtung der Rehaklinik Bellikon den Auftrag für ein interdisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Orthopädie (Dr.med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH), Neurologie (Dr.med. J. \_\_\_\_\_), Psychiatrie (Dr.med. K. \_\_\_\_\_) und Wirbelsäulen Chirurgie (Dr.med. L. \_\_\_\_\_, der dann durch Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_, FMH Orthopädie; Ordinarius und Chefarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Basel i.R., ersetzt wurde). Das interdisziplinäre Gutachten wurde am 17. Dezember 2015 erstattet (Vi-act. 427 bis 434; vgl. nachfolgend Erw. 5.3).

Die Gutachter notierten als Diagnosen (Vi-act. 427):

#### **Diagnosen und nicht vorhandene Störungen**

- Kompressionsfraktur BWK7 in Keilform von 15 bis 20°, solide konsolidiert (ICD-10 S22.04)
- Diskopathie und Spondylose Th6/7 durch intraossäre Verlagerung von Bandscheibengewebe (ICD-10 M51.8)
- Marginale Deckplatteneinbrüche von BWKS und evtl. 6, konsolidiert (ICD-10 S22.03)
- Chondrosen C5/6 und L4/5 ohne Krankheitswert (ICD-10 M42.12 und M42.16)
- AC-Luxation links Tossy I, solide konsolidiert (ICD-10 S43.5)
- Teilamputation der Zeigefingerkuppe links mit Volumenverminderung (ICD-10 S68.1)
- Verdacht auf früheres Wurzelreiz-Syndrom L5 links
- Aktuell kein Hinweis auf ein relevantes Kopfschmerzsyndrom; Verdacht auf ein episodisches blandes Kopfweg vom Spannungstyp; kein wahrscheinlicher akuter posttraumatischer Kopfschmerz
- Wahrscheinliche leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV/MTBI) der niedrigen Kategorie 1 oder 2 und Kopfhautwunde im Rahmen des Unfall des Jahres 2003 (ICD-10: S01.0 bzw. S06.0)
- Status nach therapeutisch weitgehend remittierter posttraumatischer Belastungsstörung nach Unfall 2003 (ICD-10: F 43.1)
- Aktuell hoher Opiatkonsum von ärztlich rezeptierten Opiaten, eher wahrscheinlich Opiatabhängigkeit (ICD-10 : F 11.25), mit konsekutiver leichter Nivellierung der Emotionalität.

- Ich-strukturelle Auffälligkeit im Sinne von akzentuierten Charakterzügen (Z73.1)
- Anamnestisch und gemäss Elementen im Austrittsbericht 1984 wahrscheinlich durchgemachte schizophreniforme Störung (ICD- 10 F 20.85), seither ohne neuroleptische Behandlung remittiert.

#### **Nicht vorhandene Störungen**

- Die Kriterien für das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F 62 .8) sind nicht gegeben, eine sogenannt chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F 45.41) ist nur in einer erweiterten Sichtweise teilweise gerechtfertigt.
- Aktuell keine syndromale psychopathologische Störung (also keine Depression, Kriterien für eine relevante psychotraumatologische Störung wie eine posttraumatische Belastungsstörung sind nicht mehr gegeben).
- Kein Hinweis auf relevante neuropathische Schmerzkomponente
- Kein Hinweis auf CTS, RLS oder SUS
- Kein Hinweis auf neuronale Schädigung im Bereich des frakturierten BWK7

Zusammenfassend wurde festgehalten, aus orthopädischer und wirbelsäulenorthopädischer Sicht bestehe eine vermehrte Kyphosierung der BWS von 15 bis 20° wegen einer Kompressionsfraktur von BWK7. Die leichten Schäden an den Deckplatten 5 und event. 6 seien ohne Bedeutung; die AC-Gelenkslockerung habe sich stabilisiert; der leichte Hochstand der lateralen Klavikula links bedinge keine Funktionsbeeinträchtigung der Schulter; die Deformierung der Zeigefingerkuppe (nicht Folge des Unfalles vom 24.10.2003) sei nur bei manuell sehr anspruchsvollen Tätigkeiten von Bedeutung. Die vom Beschwerdeführer geklagten erheblichen Beschwerden liessen sich aus orthopädischer Sicht nicht erklären; leichte muskuläre Verspannungen und das Bedürfnis, das Öfftern die Körperstellung zwischen Stehen, Sitzen und Gehen zu ändern, seien verständlich; das Heben von Lasten bis mindestens 10kg dürfe erwartet werden; die Gehfähigkeit sei normal. Eine Einschränkung am Arbeitsplatz erscheine nicht nötig, eine Verringerung der produktiven Arbeitszeit um eine Stunde/Tag wegen der Notwendigkeit, sich öfters durchzubewegen, sei begründet. Der Einsatz als Informatiker sei weiterhin möglich. Aus neurologischer Sicht finde sich keine wesentliche Pathologie. Es müsse von einer Medikamentenabhängigkeit gesprochen werden. Aus psychiatrischer Sicht gelte die PTBS als abgeklungen; ein Grund für eine verminderte Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht erkennen.

In Beantwortung der Fragen hielten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit; es gelte in langfristiger Perspektive das somatisch attestierte Einschränkungsprofil, wonach aufgrund der unfallbedingten physischen Gesundheitsschäden die angestammte Tätigkeit als Informatiker zumutbar sei - allerdings seien bei landesüblich normaler Arbeitszeit während eines Tages wiederholt zusätzliche Pausen von gesamthaft einer Stunde Dauer notwendig, bedingt durch das Wechseln der Körperstel-

lung und Lockerungsübungen. Die Integritätseinbusse wurde unter Einrechnung der zu erwartenden künftigen Entwicklung auf 15% eingeschätzt.

**5.1** Was die medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bzw. seiner zumutbaren beruflichen Leistungsfähigkeit anbelangt, so hat die Vorinstanz als Begründung für die Festlegung der Invalidenrente nach UVG in ihrem Einspracheentscheid vom 17. August 2018 im Wesentlichen auf die Zusammenfassung des interdisziplinären Gutachtens der Rehaklinik Bellikon vom 17. Dezember 2015 abgestellt. Gestützt darauf sei dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Software-Fachmann vollzeitlich wieder zumutbar. Gleichwohl sich kein Leidensabzug - insbesondere mangels längerer Betriebszugehörigkeit - rechtfertige, sei immerhin ein zeitlicher Abzug vorzunehmen, da gemäss gutachterlicher Zumutbarkeitsbeurteilung zugunsten des Beschwerdeführers infolge eines vermehrten Bedarfs an kurzen Pausen täglich von einer insgesamt um eine Stunde verminderten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. Einspracheentscheid S. 7 Ziff. 4a. i.V.m. Vi-act. 427, 428 und 431). Mithin sei bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden bzw. bei 5 Stunden zusätzlicher Pausen pro Woche von einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 12% auszugehen (vgl. Einspracheentscheid S. 8 Erw. 5a letzter Absatz). Das Gutachten sei schliesslich für die vorliegend streitigen Belange in Kenntnis der im Recht liegenden medizinischen Akten sowie nach eingehenden Untersuchungen des Beschwerdeführers erfolgt, sei zudem ausführlich, einleuchtend sowie nachvollziehbar begründet. Es würden keine davon abweichenden oder gar gegenteiligen ärztlichen Berichte vorliegen, weshalb darauf abzustellen sei (vgl. Einspracheentscheid S. 7 Ziff. 4b).

**5.2** Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, die Vorinstanz habe bei der Beurteilung des Grades seiner Arbeitsfähigkeit nicht auf das interdisziplinäre Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 17. Dezember 2015 abstellen dürfen. Die darin enthaltenen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch Dr.med. I. \_\_\_\_\_ sowie Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_ würden nicht überzeugen, da diese im Widerspruch zu den Vorgutachten stünden (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 7.1.1.2.). Insbesondere würden sie zu einem anderen Schluss gelangen als Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) in ihrem interdisziplinären SIVM-Gutachten vom 29. Juni 2011, die damals davon ausgegangen sei, dass der Beschwerdeführer nach einer erfolgreichen Stärkung der Rückenmuskulatur in einer angepassten Arbeit ein Pensum von mindestens 50% durchhalten könne. Vor diesem Hintergrund erscheine die Kritik von Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_, wonach sich die Gutachter des SIVM in der gemeinschaftlichen Beantwortung der Fragen stärker auf die

psychiatrische und neurologische Beurteilung abgestützt hätten und Inkonsistenzen aufweisen sollen, als unberechtigt. Damals sei weder die neurologische noch die psychiatrische Beurteilung im Vordergrund gestanden, sondern vielmehr diejenige von Dr.med. N.\_\_\_\_\_. Damals habe Dr. S.\_\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit verneint und Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit unter idealen Verhältnissen auf 80% geschätzt. Somit habe lediglich die Orthopädin Dr.med. N.\_\_\_\_\_ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diese Differenz in Bezug auf die zumutbare Arbeit werde von Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ nur ungenügend und von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ gar nicht abgehandelt. Da Dr.med. N.\_\_\_\_\_ ein gänzlich anderes Zumutbarkeitsprofil in Bezug auf die mögliche Arbeitsleistung stipuliert habe, erweise sich die Einschätzung von Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ und Dr.med. I.\_\_\_\_\_ und mithin diejenige des interdisziplinären Gutachtens vom 17. Dezember 2015 als nicht haltbar (vgl. Beschwerde S. 8f. Ziff. 7.1.1.2.1.). Auch wenn die Beurteilung des SIVM fünf Jahre vor derjenigen von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ und Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ erfolgt sei, könne schliesslich darauf abgestellt werden, da diese bestätigen, dass der Befund zwischen der Untersuchung durch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ und ihren Untersuchungen unverändert geblieben sei (vgl. Beschwerde S. 13 Ziff. 7.1.2).

Komme hinzu, dass die beiden Gutachter sich nicht mit den Erkenntnissen aus dem mehrmonatigen Praktikum bei der Q.\_\_\_\_\_ Ltd. auseinandergesetzt hätten. Im betreffenden Verlaufsprotokoll vom 17. Januar 2014 bis 15. Mai 2014 beschreibe die Eingliederungsberaterin ausführlich, wie der Beschwerdeführer engagiert am Projekt mitgearbeitet habe und es ihm gelungen sei, sein Pensum auf 40-50% zu steigern. Zumindest hätten die beiden Gutachter darauf eingehen müssen, weshalb sie dennoch von einer nahezu vollen Arbeitsfähigkeit ausgehen, obwohl er im monatelangen Arbeitsversuch, ohne Leistungsdruck, dennoch nur ein Pensum von 40% bis 50% erreichen konnte. Dieses Resultat stimme schliesslich mit den Ergebnissen der Standardabklärungen Ergotherapie durch Ursina Hürlimann und Maureen Bamert von der Rehaklinik Bellikon überein (vgl. Beschwerde S. 9f. Ziff. 7.1.1.2.1. letzter Absatz).

Auch erweise sich der Vorhalt der Gutachter Dr.med. I.\_\_\_\_\_ sowie Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ im interdisziplinären Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 17. Dezember 2015 etwas dürftig, wenn sie ihre Zweifel an den vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen bzw. Schmerzmittelkonsum damit begründen, dass aufgrund der Verletzung normalerweise derartige Schmerzen nicht zu erwarten wären, und diese daher als nicht konsistent bezeichnen (vgl. Beschwerde S. 11f. Ziff. 7.1.13.). Schliesslich habe bereits Dr.med. F.\_\_\_\_\_ mit

seinem Gutachten vom 8. August 2006 dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50% attestiert (vgl. Beschwerde S. 13 Ziff. 7.1.2). Mithin ergebe sich, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit maximal zu 50% arbeitsfähig sei (vgl. Beschwerde S. 14 Ziff. 7.1.3).

**5.3.1** Im interdisziplinären Gutachten vom 17. Dezember 2015 hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls eine Commotio cerebri und eine Riss-Quetsch-Wunde im Skalp, eine Kompressionsfraktur im Ausmass von 15 bis 20° von BWK 7 sowie marginale Impressionen der Deckplatten von BWK5 und evt. 6 sowie eine AC-Gelenksluxation links im Grade Tossy I erlitten habe. Des Weiteren sei die Fraktur in unveränderter Stellung mit unveränderter Kyphosierung von 15 bis 20° konsolidiert, die AC-Gelenkslockerung links habe sich wieder stabilisiert und sei in der Folge asymptomatisch geblieben. Von der Commotio habe sich der Patient erholt und neurologische Ausfälle im Rahmen der Wirbelsäulenverletzung und auch aus anderen Gründen seien nie vorgelegen (vgl. Vi-act. 427-2/15 und 5/15). Die vom Beschwerdeführer geschilderten vermehrten Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule seien zwar verständlich, indes überrasche deren Ausmass, denn üblicherweise würden derartige Deformationen ordentlich toleriert mit auch bei höheren Beanspruchungen nur marginalen Auswirkungen auf die Belastbarkeit. Für den vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerz gebe es weder eine pathophysiologische noch neurologische Erklärung (vgl. Vi-act. 427-6f./15). Das Hauptargument des Beschwerdeführers bestehe darin, dass er sich tagsüber mehrmals in nicht vorhersehbaren Intervallen wegen Rückenschmerzen zwingend hinlegen müsse. Daraus werde abgeleitet, dass eine Verwertung seiner auch von ihm gesehenen Fähigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nicht möglich sei. Aus medizinischer Sicht lasse sich dies jedoch nicht stützen, es müsse daher eine bewusstseinsnahe Komponente angenommen werden (vgl. Vi-act. 427-8/15).

**5.3.2** Welche Tätigkeiten und Verrichtungen der Beschwerdeführer in welchem leistungsmässigen und zeitlichen Umfang ausüben könne, beantworteten die Gutachter - gestützt auf die nachfolgenden Fragen der Vorinstanz - im interdisziplinären Gutachten wie folgt (Vi-act. 427-8ff./15):

5. a) **Ist von weiteren medizinischen Behandlungsmassnahmen bezüglich der unfallbedingten physischen Diagnosen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Steigerung oder gar die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Software-Fachmann zu erwarten?**

Weitere Behandlungsmassnahmen sind nicht nötig. (...) Eine Tätigkeit als Software-Fachmann kann erwartet werden. In zeitlicher Hinsicht voller Einsatz, während eines Tages wiederholt kurze Pausen von gesamthaft 1 Stunde Dauer.

**b) Ist von weiteren medizinischen Behandlungsmassnahmen bezüglich der unfallbedingten psychischen Diagnosen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Steigerung oder gar die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Softwarefachmann zu erwarten?**

Für die weitgehend abgeklungene posttraumatische Belastungsstörung sind keine weiteren spezifischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen mehr indiziert. (...)

Bei gut kontrolliertem Umgang mit der Opiatmedikation ist auch gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit als Softwarefachmann gegeben.

**6. a) Bestehen aktuell aufgrund der unfallbedingten physischen Gesundheitsschäden Einschränkungen im angestammten Beruf als Software-Fachmann und wenn ja, in welchem Umfang?**

Bei landesüblich normaler Arbeitszeit sind während des Tages wiederholt zusätzliche kurze Pausen von gesamthaft 1 Stunde Dauer notwendig, bedingt durch das Wechseln der Körperstellung und Lockerungsübungen.

**b) Bestehen aktuell aufgrund der unfallbedingten psychischen Gesundheitsschäden Einschränkungen im angestammten Beruf als Softwarefachmann und wenn ja, in welchem Umfang?**

Die Situation bezüglich des effektiven Umfangs der Opiateinnahme ist intransparent, (...).

Offensichtlich hat der Versicherte die nötigen psychischen Ressourcen bzw. die nötige Steuerungsfähigkeit, seine Opiateinnahme bezüglich Nebenwirkungen so zu steuern, dass er in äusserlich kompensiert wirkendem Zustand die Leistungsfähigkeit bzw. das Leistungsprofil erbringen kann, wie es hier in Bellikon objektiviert werden konnte und aus ärztlicher Sicht als zumutbar attestiert wird.

Aus psychiatrischer Sicht bestehen keine zusätzlichen Einschränkungen hinsichtlich der Tätigkeit im angestammten Beruf als Softwarefachmann.

(...)

**7. (...)**

**8. Falls von weiteren Behandlungsmassnahmen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und die angestammte Tätigkeit als Software-Fachmann also - zumindest teilweise - für den Versicherten nicht mehr zumutbar erscheint, formulieren Sie bitte ein sogenanntes Zumutbarkeitsprofil, womit dargelegt werden soll, welche Arbeitspositionen und Bewegungen, Gewichtsbelastungen, Expositionen usw. (z.B. Sitzen, Stehen, Gehen, Wechselbelastung, Lasten tragen und -heben, Kauern, Knien, Treppen und Leitern Steigen, Hantieren mit Werkzeugen und -stücken usw.) dem Versicherten in Anbetracht der Unfallfolgen noch zumutbar bzw. zu vermeiden sind und allenfalls in welchem leistungsmässigen und zeitlichen Umfang. Diskutieren Sie dabei bitte eine allfällige Wechselwirkung der einzelnen Einschränkungen aus psychischer und physischer Sicht.**

Die Tätigkeit als Software-Fachmann ist weiterhin möglich, Arbeitszeit voll, während eines Tages wiederholt kurze Pausen von gesamthaft 1 Stunde Dauer wegen Zeitverlust durch Änderung der Körperstellung und Entspannungsübungen.

Generell ist eine wechselbelastende Tätigkeit zu fordern, Gewichte von 10 kg können gehandhabt werden, bezüglich Gehfähigkeit keine Einschränkungen, auch Kauern, Knien, Ersteigen von Leitern sind möglich. Marginale Einschränkung der Geschicklichkeit wegen der Deformation des Endglieds des Zeigefingers links (Unfall vom 29.03.2010). Arbeitszeit vollschichtig, bei wenig variierender Körperhaltung während eines Tages wiederholt kurze Pausen von gesamthaft 1 Stunde Dauer, bedingt durch das Wechseln der Körperstellung und Lockerungsübungen. Aus psychiatrischer Sicht ergeben sich keine namhaften Wechselwirkungen.  
(...)

**5.3.3** Dieses interdisziplinäre Gutachten vom 17. Dezember 2015 stützt sich auf das orthopädisch-wirbelsäulenchirurgische Teilgutachten von Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ vom 20. November 2015 (persönlicher Untersuchung am 28.9.2015), das orthopädische Teilgutachten von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2015 (persönlicher Untersuchung am 10.9.2015), das neurologische Teilgutachten von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie) vom 1. Dezember 2015 (persönlicher Untersuchung am 7. und 28.9.2015) und das psychiatrische Teilgutachten von Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vom 16. Dezember 2015 (psychiatrische Untersuchung stationär vom 8. und 11.9.2015) bzw. die darin festgehaltenen Zumutbarkeitsprofile (vgl. Vi-act. 427 bis 432).

**5.3.4** Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 20. November 2015 die folgenden orthopädischen Diagnosen (Vi-act. 428-6/11):

**3.1 Orthopädische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronische Dorsalgie

bei

- St. n. Kompressionsfraktur des BWK7 und geringer Deckplattenimpression des BWK5, fraglich auch des BWK6 am 24.10.2003
- St. n. konservativer Wirbelbruchbehandlung

mit

- Keilwirbelbildung BWK7 von ca. 17°
- Diskopathie und Spondylose Th 6/7

ohne

- Beeinträchtigung neuraler Strukturen
- Reizzustand von knöchernen oder weichteiligen Strukturen der Wirbelsäule
- substantielle degenerative Folgeveränderungen in Nachbarsegmenten

**3.2 Orthopädische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Status nach Acromioklavikulargelenksluxation Tossy I links am 24.10.2003, beschwerdefrei stabil verheilt
2. Osteochondrose C5/6
3. Chondrose L4/5
4. St. n. Teilamputation des Zeigefingerendgliedes links am 29.03.2010

In der Folge kam Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ zu folgender Beurteilung (Vi-act. 428-7/11):

**4.5.** Die genannten, bei übereinstimmender klinischer Untersuchung durch zwei orthopädische Experten an unterschiedlichen Daten und durch aktuelle Bildgebung radiologisch und kernspintomographisch objektivierten unfallkausalen Veränderungen an der Brustwirbelsäule stellen einen stabilen, seit Jahren ohne Progredienz gleichgebliebenen strukturellen Zustand dar, der nach allgemeiner wirbelchirurgischer Erfahrung in der angestammten Tätigkeit als Software-Ingenieur bei vollschichtiger Tätigkeit eine leichte zeitliche Verminderung der produktiven Arbeit erklärt, weil vermehrt Pausen für Lockerungsübungen und Haltungswechsel den Arbeitsfluss begründbar unterbrechen. Ich schätze nach bestem Wissen und Gewissen diese zeitliche Einschränkung auf 1 Stunde pro Tag bei im Übrigen vollschichtiger Arbeitspräsenz und uneingeschränkter Leistung.

**4.6.** Die angestammte Tätigkeit als Software-Ingenieur stellt gleichzeitig eine leidensangepasste Tätigkeit dar, da sie an einem ergonomisch anpassbaren Arbeitsplatz in frei wählbarer und veränderbarer Position ohne Zwangshaltung und ohne Handhaben von Lasten ausgeübt werden kann. Generell können aus wirbelchirurgischer Sicht wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Vorneigen, Heben, Tragen und Bewegen von Gewichten über 10 kg mit vollschichtiger Präsenz und zeitlicher Einschränkung um 1 Stunde pro Tag durch vermehrt notwendige Pausen bei ansonsten voller Leistung ausgeübt werden.

**4.7.** Durch die (...) aufgeführten organischen Veränderungen sind jedoch somatisch nicht erklärbar: das vorgebrachte Ausmass der subjektiven Beeinträchtigung (maximal 50% Tätigkeit vollstellbar), die vorgebrachte subjektive häufige Notwendigkeit von Liegepausen untertags (die zudem, wenn zu früh nach Anstrengungsgrenze ausgeführt, zur Schmerzverstärkung führen würden und daher erst mit Zeitverzögerung von einer halben Stunde einzusetzen seien) und die erst mehrere Jahre nach dem Ereignis begonnene und in ungewöhnlichem Mass gesteigerte Schmerzmitteleinnahme (...). Diese Aussage ist durch den Befund des aktuellen MRI vom 01.10.2015 bekräftigt (...), von der Mitwirkung nichtorganischer Faktoren hinsichtlich Schmerzklage ist auszugehen.

**4.8.** Es besteht eine Inkonsistenz zwischen dem vorgebrachten Schmerzausmass und den subjektiven Fähigkeitsgrenzen einerseits und den selbst berichteten, im Alltag ausgeübten körperlichen Tätigkeiten andererseits. Der Computerbedienung nur im Liegen mit dem Laptop auf dem Bauch steht der selbst gebaute Spezialstuhl gegenüber, der die Sitzfähigkeit am Computer gegenüber einem Normalstuhl auf bis zu viereinhalb Stunden verdoppelt; Autoreparaturen einschliesslich Unterbodenarbeiten oder Schneekettenanlegen sind ebenso möglich wie der Aufstieg zu SAC-Hütten oder das regelmässige Hanteltraining in maximal rückenbelastender Form (...). Diese Fähigkeiten entsprechen voll den bei einem Frakturheilungsergebnis der mittleren BWS wie dem vorliegenden gewöhnlich zu erwartenden Fähigkeiten; den verbliebenen somatischen Einschränkungen ist mit den oben in Kap. 4.5 und 4.6 gesetzten Limiten Rechnung getragen.

**5.3.5** Dr.med. I.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 17. Dezember 2015 die folgenden orthopädischen Diagnosen (vgl. Vi-act. 431-44f./48):

### **Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Chronische Dorsalgie bei Status nach Kompressionsfraktur von BWK7 von 15 bis 20°, solide konsolidiert (ICD-10 S22.04)
- Fragliche Deckplattenimpression BWK 5 und BWK 6 am 24.10.2003 (ICD-10 S22.03)

### **Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Abhängigkeit von Oxycontin und Tramal (ICD-10 F11.2)
- AC-Luxation ersten Grades links, folgenlos abgeheilt (ICD-10 S43.5)
- Riss-Quetsch-Wunde am Skalp, abgeheilt (ICD-10 S01.0)
- Teilamputation Endglied Zeigefinger links (Unfall vom 29.03.2010) (ICD-10 S68.1)
- Osteochondrose C 5/6 (ICD-10 M42.12)
- Chondrose L4/5 (ICD-10 M42.16)

Er kam dabei zu folgender Beurteilung (Vi-act. 431-42ff./48):

### **5. Beurteilung**

Es geht um die Frage der Belastbarkeit des Achsenskelettes nach einer Kompressionsfraktur von BWK7 im Ausmass von 15 bis 20°, die solide konsolidiert ist. Die anliegenden Strukturen zeigen keine besonderen degenerativen Veränderungen, auch nicht die übrige Wirbelsäule. Die leichten Deckplatteneinbrüche an BWK5 und evtl. 6 sind unbedeutend. Die radiologischen Veränderungen an der distalen LWS sind altersentsprechend und nicht zwingend symptomatisch.

Die übrigen Verletzungen, Riss-Quetsch-Wunde im Skalp und AC-Luxation ersten Grades an der Schulter links, sind abgeheilt und haben keine Beschwerden oder Funktionseinbussen zurückgelassen. (...)

(...)

Eine Deformation der Wirbelsäule im vorhandenen Ausmass wird üblicherweise gut toleriert. Erträgliche Rückenschmerzen sind verständlich, was sich mit Lockerungsgymnastik und Wechselbelastung unter Kontrolle halten lässt. (...)

Üblicherweise wird bei einer derartigen Fraktur ein Arbeitseinsatz bis zu einer bis mindestens mittelschweren Tätigkeit ohne wesentliche Einschränkungen bei voller zeitlicher Präsenz erreicht. Weshalb die Entwicklung beim Exploranden derart ungünstig war, lässt sich auf orthopädischer Ebene nicht erklären.

Die Schätzung vom 29.06.2011 des Schweizerischen Instituts für Versicherungsmedizin mit der Möglichkeit, eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit einem sitzend auszuführenden Anteil von höchstens 40 % und nicht länger als 30 Minuten ohne Unterbruch und einem Pensum von 80 % bei 15 %ig verminderter Leistungsfähigkeit zu erbringen, ist zurückhaltend.

Die hier gezeigten Leistungen insbesondere in der Physio- weniger in der Ergotherapie - (...) - lassen von den Gewichten her eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit als möglich erachten. Dies entspricht auch dem, was der Explorand nach seinen Schilderungen in seiner Werkstätte leistet.

In zeitlicher Hinsicht besteht aus orthopädischer Sicht kein Grund von einer landesüblich normalen Arbeitszeit von 40 bis 44 Stunden abzuweichen. Für gelegentliche Pausen zum Lösen von Verspannungen kann über den Arbeitstag zusammengerechnet von einem Zeitbedarf von einer Stunde ausgegangen werden, was die Leistung entsprechend reduzieren würde. Zwischen den Pausen ist eine normale Leistungsfähigkeit zu erwarten.

Der vom Exploranden angegebene Zwang, sich wegen Schmerzen immer wieder hinlegen zu müssen, lässt sich auf orthopädischer Ebene nicht erklären. Die tra-

genden Strukturen sind solide konsolidiert, eine wesentliche Irritation der Muskulatur besteht nicht, Hinweise für einen Reizzustand finden sich nicht, auch nicht mittels MRI.

### **5.1. Konsistenz**

Die Konsistenz der Schilderungen des Exploranden ist auf den ersten Blick recht gut. Bei näherem Hinsehen finden sich deutliche Inkonsistenzen, so bei der Handhabung von Gewichten in Ergo- und Physiotherapie schon innerhalb der Tests, noch viel mehr im Verhältnis zu den hobbymässig durchgeführten Arbeiten wie Karosseriereparaturen an einem Auto.

(...)

Aufgrund dieser Fakten sind auch die Schmerzschilderungen des Exploranden zu werten. Die geschilderte Notwendigkeit sich mehrmals täglich hinlegen zu müssen widerspricht der orthopädischen Erfahrung bei einem Status mit einem Keilwirbel in der mittleren BWS von 15-20° ohne Zusatzverletzungen und ohne erhebliche degenerative Veränderungen. Deshalb wird die Belastbarkeit im Gutachten höher geschätzt als subjektiv angegeben.

(...)

Das Hauptargument des Exploranden besteht darin, er müsse sich tagsüber mehrmals in nicht vorhersehbaren Intervallen wegen Rückenschmerzen zwingend hinlegen. Daraus wird abgeleitet, dass eine Verwertung seiner auch von ihm gesehenen Fähigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nicht möglich sei. Aus orthopädischer Sicht lässt sich dies nicht stützen, man kann nicht umhin, eine bewusstseinsnahe Komponente anzunehmen.

**5.3.6** Mithin haben die Gutachter Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ und Dr.med. I.\_\_\_\_\_ den aktenmässigen Verlauf der Suva zusammengefasst, sie nahmen die Anamnese auf, erhoben im Rahmen einer persönlichen Untersuchung einen klinischen Befund, berücksichtigten die bildgebenden Befunde und gaben eine Beurteilung ab. Sämtliche Abklärungen der Rehaklinik Bellikon wie auch die Beurteilung der entsprechenden Gutachter ergaben in der Folge übereinstimmend, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten und gleichzeitig leidensangepassten Tätigkeit als Software-Ingenieur vollzeitlich arbeitsfähig sei. Bei diesen indizierten Tätigkeiten bestünde keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Lediglich in zeitlicher Hinsicht bestünde eine Einschränkung von rund einer Stunde pro Arbeitstag - da vermehrt Pausen für Lockerungsübungen und Haltungswechsel den Arbeitsfluss begründbar unterbrechen - bei im Übrigen vollschichtiger Arbeitspräsenz und uneingeschränkter Arbeitsleistung.

**5.4.1** Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ weist denn auch darauf hin (vgl. Vi-act. 428-9/11 lit. d), dass Dr.med. N.\_\_\_\_\_ im interdisziplinären Gutachten vom 29. Juni 2011 eine gewisse Diskrepanz zwischen der 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten, den Befunden bei der Untersuchung und seinen Tätigkeiten im Alltag festgestellt habe und dass es aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar sei, warum der Beschwerdeführer bei stabilen Verhältnissen im Bereich der beiden BWS-Frakturen nicht wenigstens teilarbeitsfähig sein sollte.

Diesbezüglich bringt Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_ des Weiteren vor, dass der gleiche Tatbestand und die gleiche Diskrepanz auch weiterhin vorliegen würden. Indes stütze sich die Beantwortung der damaligen Fragen stärker auf die psychiatrische und neurologische Beurteilung, welche Inkonsistenzen aufweise (vgl. Vi-act. 428-9/11 lit. d). Zudem seien die Gutachter damals bei den genannten Zumutbarkeitslimiten von den subjektiven Vorbringen des Exploranden bei der psychiatrischen Exploration ausgegangen (Sitzen maximal 30 min. und nicht länger als 3 h pro Tag), welche schliesslich als zum Arbeitsabbruch führend eingestuft wurden. Dies sei indes auch durch die damaligen somatischen Befunde objektiv nicht begründbar. Diesbezüglich hält er fest (vgl. Vi-act. 428-10/11):

Aus der Zusammenschau der aktuell erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde sowie der vom Exploranden beschriebenen körperlichen Fähigkeiten weicht aus orthopädisch-wirbelchirurgischer Sicht die eigene Beurteilung der Gesamteinstufung des SIVM Gutachtens im Sinne einer geringeren Arbeitsfähigkeit ab. Auch wenn dem Orthopäden eine Aussage über den Kausalzusammenhang einer chronischen Schmerzstörung als fachfremd nicht zusteht, ist ihm neben der biomechanischen und pathoanatomischen Beurteilung eine Aussage über das Schmerzausmass möglich, das nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge bei einer einfachen Kompressionsfraktur eines mittleren Brustwirbelkörpers erwartet und begründet werden kann, die stabil, ohne kernspintomographischen Reizzustand, ohne Fersenfallschmerz, ohne namhafte Beweglichkeitseinschränkung, mit einer segmentalen Keilkyphose von ca. 17°, aber ohne Vermehrung der BWS-Gesamtkyphose knöchern ausgeheilt ist, und die nach Selbstdeklaration körperliche Aktivitäten im Privatleben zulässt, wie sie in Kap. 2.1 und 4.8 beschrieben sind. Nach allgemeiner empirischer wirbelchirurgischer Erfahrung begründbar bleibt dabei lediglich die Notwendigkeit einer Hebe/Tragebeschränkung, einer Wechselbelastung und vermehrter Bewegungs- und Entspannungspausen, durch die die produktive tägliche Arbeitszeit eines Normalpensums um jeweils 1 Stunde herabgesetzt wird. Diese Einstufung hat gegenüber der SIVM-Einstufung die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich, dem objektiven Tatbestand am ehesten zu entsprechen.

Hinsichtlich der tabellenkonformen Schätzung des körperlichen Integritätsschadens auf 15% besteht kein Unterschied, in diesem ist der Schmerz als solcher bereits enthalten. (...)

**5.4.2** Auch Dr.med. I. \_\_\_\_\_ weist in seinem Gutachten darauf hin, dass die Schätzung des SIVM-Gutachtens vom 29. Juni 2011 - eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit einem sitzend auszuführenden Anteil von höchstens 40% und nicht länger als 30 Minuten ohne Unterbruch und einem Pensum von 80% bei 15%ig verminderter Leistungsfähigkeit zu erbringen - zurückhaltend ist (vgl. Vi-act. 431-43/48). Denn üblicherweise werde bei einer derartigen Fraktur ein Arbeitseinsatz bis zu einer bis mindestens mittelschweren Tätigkeit ohne wesentliche Einschränkungen bei voller zeitlicher Präsenz erreicht. Weshalb die Entwicklung beim Exploranden derart ungünstig war, lasse sich auf orthopädischer Ebe-

ne nicht erklären. Mithin bestehe in zeitlicher Hinsicht aus orthopädischer Sicht kein Grund von einer landesüblich normalen Arbeitszeit von 40 bis 44 Stunden abzuweichen. Für gelegentliche Pausen zum Lösen von Verspannungen könne über den Arbeitstag zusammengerechnet von einem Zeitbedarf von einer Stunde ausgegangen werden, was die Leistung entsprechend reduzieren würde. Zwischen den Pausen sei eine normale Leistungsfähigkeit zu erwarten (vgl. Vi-act. 431-43/48).

**5.4.3** Entgegen der beschwerdeführerischen Ansicht setzen sich somit sowohl Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 20. November 2015 (vgl. Vi-act. 428-9/11) wie auch Dr.med. I. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 17. Dezember 2015 (vgl. Vi-act. 431-43/48) mit dem interdisziplinären Gutachten SIVM bzw. dem orthopädischen Fachgutachten von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2011 auseinander. Insoweit kann der Beschwerde (resp. der Einsprache), wonach die Vorinstanz die Beurteilung von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ überhaupt nicht bzw. nur ungenügend berücksichtigt habe, nicht gefolgt werden. Sie legen nachvollziehbar und schlüssig dar, dass die damalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten SIVM vom 29. Juni 2011 nicht bloss die medizinische Beurteilung, sondern auch die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers berücksichtigte (vgl. hierzu Vi-act. 153-33/40 psychiatrische Beurteilung S. 30) und mithin auf eine Selbstlimitation respektive eine zu tiefe Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit zufolge der beklagten Schmerzen hinauslief (vgl. u.a. Vi-act. 153-31/40 orthopädische Beurteilung). Objektivierbare Pathologien lagen keine vor bzw. für die geklagten Beschwerden fand sich kein Korrelat. Diese Begründung ist schlüssig und aufgrund der medizinischen Berichte sowie bildgebenden Befunde nachvollziehbar. Diese Ansicht vertrat zudem bereits der RAD-Arzt der Invalidenversicherung am 26. September 2011, der die von den SIVM-Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 80% und zusätzliche Leistungseinbusse von 15% als "ziemlich versichertenfreundlich" wertete (Vi-act. 158). Der organische Schaden als solcher sei als leicht bis höchstens mittelschwer zu beurteilen; Versicherte mit einsegmentalen Wirbelkörperkompressionsfrakturen im Bereich BWS und ohne neurologische Symptomatik kämen nach abgeschlossener Reha in aller Regel wieder gut durchs Leben. Auch der Tagesablauf des Versicherten zeige, dass ein erfreuliches Aktivitätsniveau vorhanden sei.

Zu berücksichtigen ist ebenso, dass in der psychiatrischen Beurteilung des interdisziplinären Gutachtens vom 29. Juni 2011 darauf hingewiesen wird, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers werde primär durch seine Schmerzen eingeschränkt, welche er selbstdeklarierend als fast ständig im Bereich von NRS 3-4 (Numerische Ratingskala der Schmerzintensität) beschreibe. Objektiv seien

diese Schmerzen jedoch, wenn man sie anhand ihrer Auswirkungen operationalisiert und mit anderen Patienten vergliche, stärker als angegeben. Mithin handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren, wobei die posttraumatische Belastungsstörung fast vollständig remittiert sei (vgl. Vi-act. 428-10/11 i.V.m. Vi-act. 153-33/40). Mithin ist der Auffassung von Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_ zu folgen - bekräftigt durch den Befund des aktuellen MRI vom 1. Oktober 2015 -, wonach sich das bereits über sieben Jahre zurückliegende interdisziplinäre Gutachten vom 29. Juni 2011 in seiner Gesamtheit stärker auf die psychiatrische und neurologische Beurteilung abstützt denn auf die orthopädische, die insbesondere auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und mithin auf eine zu tiefe Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit zufolge der beklagten Schmerzen abstellte. Dies wird schliesslich durch die Beantwortung der Fragen im interdisziplinären Gutachten vom 29. Juni 2011 untermauert, wonach die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Bereich technischer Informatik - bei Anpassung der Arbeitsbedingungen gemäss den Vorschlägen in der psychiatrischen Beurteilung - bei 50% und diejenige für andere, zumutbare Tätigkeit bei 80% liege (vgl. Vi-act. 153-36/40 [Frage 6.1 und 7.1]). Aus psychiatrischer Sicht liegen zwischenzeitlich unbestrittenermassen jedoch keine Einschränkungen mehr vor, wie sie ihm Zeitpunkt des interdisziplinären Gutachtens vom 29. Juni 2011 vorgelegen haben.

Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch aus seinem hohen Schmerzmittelkonsum nichts zu seinen Gunsten abzuleiten (vgl. Beschwerde S. 11f. Ziff. 7.1.1.3.), da deren Indikation insbesondere die Klagen des Beschwerdeführers waren und sich eine klare Begründung auf somatischer Ebene nicht finden liess, sodass der Medikamentenkonsum des Beschwerdeführers den Grad einer Abhängigkeit erreicht zu haben scheint (vgl. Vi-act. 431-43/48). Zudem wurde die Sinnhaftigkeit des tatsächlichen Schmerzmittelkonsums bereits im Gutachten von 2006 kritisch in Frage gestellt.

**5.4.4** Schliesslich gilt es darauf hinzuweisen, dass die rein subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers betreffend seine Schmerzen und seine Arbeitsfähigkeit nicht massgebend ist (vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. 7.1.1.2. und S. 11 Ziff. 7.1.1.3.). Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130 Erw. 4.2.2 [8C\_7/2014]). Dies wurde sowohl in den Teilgutachten vom 20. November 2015 sowie vom 17. Dezember 2015 als auch im interdisziplinären Gutachten vom 17. Dezember 2015 hinreichend dargelegt. Aus dem bereits über sieben Jahre zurückliegenden interdisziplinären Gutachten vom 29. Juni 2011 kann der Beschwerdeführer, wie be-

reits zuvor ausgeführt, nichts zu seinen Gunsten ableiten, da jenes auch die subjektiv geklagten Beschwerden und mithin die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers wesentlich mitberücksichtigte. Zudem enthielt das interdisziplinäre Gutachten von 2011 noch psychiatrische Diagnosen, wogegen vier Jahre später im Gutachten 2015 eine psychiatrische Störung ausgeschlossen werden konnte. Mit dem Zumutbarkeitsprofil von 2011 werden somit weder die Einschätzung von Prof. em. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ noch von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ in Frage gestellt. Es bestehen mithin keine auch nur geringen Zweifel an deren Beurteilung bezüglich der zumutbaren beruflichen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, zumal diese schlüssig und aufgrund der medizinischen Berichte sowie bildgebenden Befunde nachvollziehbar ist.

**5.4.5** Ebensovienig vermag der Beschwerdeführer aus dem von der Eingliederungsberaterin verfassten Verlaufsprotokoll vom 17. Januar 2014 bis 15. Mai 2014 bezüglich seines mehrmonatigen Praktikums bei der Q.\_\_\_\_\_ Ltd. etwas zu seinen Gunsten abzuleiten. Denn entgegen der beschwerdeführerischen Ansicht haben sich die Gutachter, wenn auch etwas rudimentär, damit auseinandergesetzt (vgl. Vi-act. 431-24/48). Zudem handelt es sich beim Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberaterin ohnehin nicht um eine ärztliche Einschätzung und mithin auch nicht um eine entscheidungswesentliche Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden können. Der Verlaufsbericht (Vi-act. 255) enthält denn auch keine Beurteilung durch die Eingliederungsberaterin, sondern nur Rückmeldungen des Beschwerdeführers, mithin seine eigene subjektive Einschätzung.

**5.5** Als Zwischenfazit ist daher nicht zu beanstanden, sondern nachvollziehbar und schlüssig, wenn die Vorinstanz auf der Basis des voll beweiskräftigen interdisziplinären Gutachtens der Rehaklinik Bellikon vom 17. Dezember 2015 zur Einschätzung gelangte, dem Beschwerdeführer sei seine angestammte Tätigkeit als Software-Ingenieur vollzeitlich - bei wenig variierender Körperhaltung während eines Tages und wiederholt kurzen Pausen von gesamthaft einer Stunde/Tag (bedingt durch das Wechseln der Körperstellung und Lockerungsübungen) - zumutbar. Nicht gefolgt werden kann der Forderung des Beschwerdeführers, er sei auch in einer leidensangepassten Tätigkeit maximal zu 50% arbeitsfähig, was gar unter der Beurteilung des SIVM-Gutachtens von 2011 liegen würde (vgl. Erw. 4.13).

**6.1** Zur Ermittlung des Valideneinkommens stellte die Vorinstanz auf die LSE Tabelle 2014 TA1, durchschnittlicher Bruttolohn der Sektoren 62 und 63 (Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen) ab und darin auf das

Kompetenzniveau 4, was der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Softwareentwickler entspreche. Daraus ergebe sich ein jährliches Einkommen von Fr. 118'258.-- (Fr. 9'350.-- / 40 h x 41.7 h x 12 Monate sowie teuerungsangepasst um 0.4% [2015] und 0.7% [2016]). Da dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Softwareentwickler (oder eine andere Tätigkeit in den Sektoren 62 oder 63) weiterhin zumutbar sei, mithin vom selben Tabellenlohn auszugehen sei, hat die Vorinstanz den Invalidenlohn dem Validenlohn gleichgesetzt, aber einen zeitlichen Abzug vorgenommen, da gemäss gutachterlicher Zumutbarkeitsbeurteilung von täglich vermehrten Pausen im Umfange von 1 Stunde auszugehen sei (100% / 42 Wochenstunden x 5 zusätzliche Pausenstunden pro Woche = 11.9%). Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn rechtfertige sich nicht. Hieraus resultiere zusammenfassend ein Invaliditätsgrad von 12% (Einspracheentscheid Erw. 5; Vi-act. 474).

**6.2** Dem hält der Beschwerdeführer entgegen, die Vorinstanz lege ein viel zu hohes Invalideneinkommen fest. Nach dem Unfall vom 24. Oktober 2003 und mithin seit bald 15 Jahren sei er nicht mehr in seinem angestammten Beruf als Software-Entwickler erwerbstätig gewesen. In dieser Zeit habe sich dieser Beruf in technischer Hinsicht wesentlich verändert. Mithin erscheine es völlig unrealistisch, dass der Beschwerdeführer wieder eine Stelle in diesem Bereich finde, was seine gescheiterten Arbeitsbemühungen belegen würden. Bezeichnenderweise sei dem Beschwerdeführer im Anschluss an sein Praktikum bei der Q. \_\_\_\_\_ Ltd. denn auch keine Festanstellung angeboten worden. Dies rechtfertige es bei der Bemessung des Invalideneinkommens, auf den durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Kompetenzniveau 1) abzustellen. Es sei für das Jahr 2016 ein Jahreslohn von Fr. 67'052.50 (Fr. 5'312.-- gemäss LSE 2014 und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung) bei einem Vollzeitpensum bzw. Fr. 33'526.25 bei einem 50%-Arbeitspensum heranzuziehen. Zudem rechtfertige sich aufgrund der leidensbedingten Arbeitsunfähigkeit, der langen Arbeitsabsenz, dem Alter und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer in der neuen Tätigkeit über keine Berufserfahrung verfüge, ein Abzug von 20%. Mithin betrage das Invalideneinkommen maximal Fr. 26'821.--. Bezüglich des Valideneinkommens sei vom Lohn auszugehen, den der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls erzielte habe, welcher Fr. 106'600.-- (Fr. 8'200.-- x 13) betrug. Es gäbe keine Hinweise darauf, dass der Versicherte die damalige Stelle ohne Unfall zwischenzeitlich verloren hätte. Der Nominallohnentwicklung angepasst resultiere somit ein Jahreslohn von Fr. 127'141.-- (Fr. 119'831.30 x 1.061). Werde das Invalideneinkommen von Fr. 26'821.-- dem Valideneinkommen von Fr. 127'141.-- gegenübergestellt, resultiere daraus ein Invaliditätsgrad resp. eine Invalidenrente von 79% (vgl. Be-

schwerde vom 6.9.2018 S. 14ff. Ziff. 7.2ff.). Auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 79% und eines versicherten Verdienstes von Fr. 131'341.85 resultiere somit eine monatliche Rente von Fr. 6'918.-- (vgl. Beschwerde S. 16 Ziff. 10).

**6.3** Den Invaliditätsgrad hat die Vorinstanz mittels Prozentvergleich ermittelt (vgl. Erw. 3.5). Sie ging davon aus, dass das Validen- und Invalideneinkommen des Beschwerdeführers demselben Tabellenlohn entspreche und sich der IV-Grad aus dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ergebe (1h zusätzliche Pause / Tag). Diese Methode ist rechtens, soweit erstens das Valideneinkommen anhand der Tabelle festzusetzen ist und zweitens das Invalideneinkommen demselben Tabellenlohn entspricht. Seitens des Beschwerdeführers wird beides bestritten. Soweit der Beschwerdeführer auch noch geltend macht, der Grad der Arbeitsunfähigkeit entspreche nicht nur einer Stunde zusätzliche Pause / Tag (= 12%), sondern 50%, so kann dem mit Verweis auf die Ausführungen zur ärztlich beurteilten Zumutbarkeit (vgl. Erw. 5) nicht gefolgt werden.

**6.3.1** Der Beschwerdeführer trat seine Stelle bei P. \_\_\_\_\_ AG in \_\_\_\_\_ am 1. September 2003 an. Noch während der Probezeit verunfallte er am 24. Oktober 2003 (Vi-act. 288). Am 15. Januar 2004 nahm er die Arbeit zu 50% wieder auf. Ab dem 1. Februar 2004 war er erneut zu 65% und ab dem 16. Februar 2004 zu 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 296). Per 30. April 2004 wurde die Anstellung seitens der Arbeitgeberin gekündigt, da eine Wiederaufnahme der Arbeit am Arbeitsort \_\_\_\_\_ aus Sicht des Beschwerdeführers nicht möglich sein werde (Vi-act. 306). Rund ein Jahr später wurde die Firma zur T. \_\_\_\_\_ AG mit Sitz in \_\_\_\_\_ fusioniert (vgl. Handelsregisterauszug SH). Es folgten weitere Reorganisationen und heute ist es ein Betrieb der U. \_\_\_\_\_ GmbH (vgl. Keine Angst vor dem Wandel, [www.siemens.ch/monitor/article/322](http://www.siemens.ch/monitor/article/322); eingesehen am 21.12.2018). Der Stellenantritt des Beschwerdeführers erfolgte 2003 in einer Zeit von Veränderungen im persönlichen Umfeld. Es handelte sich um die erste volle Anstellung nach einer selbständigen Erwerbstätigkeit sowie verschiedenen Teilzeitstellen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz den Validenlohn anhand des Tabellenlohnes ermittelte, ist es doch überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer heute nicht mehr an seiner Arbeitsstelle wie im Unfallzeitpunkt wäre (vgl. Erw. 3.3). Der Beschwerdeführer begründet seine Forderung, als Validenlohn seinen damaligen Lohn hochzurechnen, denn auch nur mit dem Grundsatz gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung und dass es keine Hinweise gebe, dass er die Stelle zwischenzeitlich verloren hätte. Dem kann aufgrund der vielen Reorganisationen des Betriebes sowie der Berufsbiographie des Beschwerdeführers (vgl. Vi-act. 164) nicht gefolgt werden.

**6.3.2** Ist auf Tabellenlöhne abzustellen, so ist die Anwendung von LSE 2014 Tabelle TA1, Sektor 62-63 (Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen), Kompetenzniveau 4 mit einem Monatslohn Männer von Fr. 9'350.-- (bei 40 h/Wo inkl. 13. Monatslohn) grundsätzlich nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden sowie der Nominallohnentwicklung (0.4% für 2015 und 0.7% für 2016) ergibt dies einen Validenlohn von Fr. 118'258.--. Der Beschwerdeführer rügt denn auch nicht die konkrete Anwendung der Tabelle.

**6.3.3** Bei Anwendung des Prozentvergleichs geht die Vorinstanz davon aus, dem Beschwerdeführer sei die Tätigkeit als Software-Entwickler weiterhin möglich und dies auf Kompetenzniveau 4, so dass auch für den Invalidenlohn von LSE 2014 Tabelle TA1, Sektor 62-63, Kompetenzniveau 4 mit einem Monatslohn Männer von Fr. 9'350.-- auszugehen sei. Begründet wird dies weder in der Verfügung vom 6. Juni 2017 (Vi-act. 460) noch im Einspracheentscheid vom 17. August 2018 (Vi-act. 474). Die Vorinstanz beschränkt sich auf die Feststellung, dem Beschwerdeführer sei die Tätigkeit als Software-Entwickler weiterhin zumutbar. Diese Feststellung wird gestützt sowohl durch das medizinische Gutachten wie auch durch die Tatsachen, dass der Beschwerdeführer im Assessment des Jobcoaching sehr gut abschnitt (vgl. Erw. 4.14), dass ihm entsprechende Stellen vermittelt wurden und auch die effektive Tätigkeit bei der Q.\_\_\_\_\_ Ltd. diesem Bericht entsprach. Zudem hat er selber sich gegenüber der Suva mehrmals dahingehend geäußert, dass er im Bereiche der technischen Informatik tätig sein wolle (neben anderen Vorstellungen wie Kinderbuchautor oder Führung eines eigenen B&B). Zudem beschäftigte er sich weiterhin selbständig mit Informatikprojekten und publizierte diese (zumindest teilweise; vgl. www.\_\_\_\_; eingesehen am 24.12.2018; vgl. Vi-act. 210). Dennoch erscheint es als unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer eine Anstellung auf Kompetenzniveau 4 finden kann. Diese wird umschrieben als "Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen" (vgl. LSE 2014 Tabelle TA1). Der Beschwerdeführer weist zwar eine mehrjährige Berufserfahrung auf. Seine letzte Stelle hatte er aber 2003 inne. Seither hat er sich zwar auch mit technischer Informatik befasst und 2012 hat ihm der Jobcoach bescheinigt, er sei hier nach wie vor auf einem guten Wissensstand (vgl. Erw. 4.14). Da er aber über keine eigentliche Berufsausbildung verfügt und die gelegentliche Beschäftigung während der letzten 15 Jahre mitnichten einer eigentlichen Berufserfahrung gleichkommt, erscheint es nicht als wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer eine Stelle des höchsten Kompetenzniveaus finden kann. Eher wahrscheinlich ist, dass er Stellenabsagen erhält mit vergleichbaren Begründungen wie der V.\_\_\_\_\_ AG, für

die eine Anstellung nicht in Frage kam, da im besagten Segment Mitarbeiter auf Niveau Ingenieure beschäftigt würden (Vi-act. 225). Dem entspricht der Beschwerdeführer nicht. Dem Beschwerdeführer stehen hingegen Stellen auf Kompetenzniveau 3 der Sektoren 62+63 (Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen) offen, das umschrieben ist mit "Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen". Dies wird bestätigt durch seine persönlichen Arbeiten (vgl. Homepage), die Einschätzung des Jobcoaches aufgrund des absolvierten Assessments (Erw. 4.14) sowie das erfolgreiche Absolvieren des Praktikums bei der Q.\_\_\_\_\_ Ltd. und nicht zuletzt auch aufgrund seiner eigenen Einschätzung und Stellensuche. Mit derselben Begründung kann andererseits den Ausführungen des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden, wonach einzig noch einfache repetitive Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art auf Kompetenzniveau 1 möglich seien.

Gemäss LSE 2014 erreichen Männer im Sektor 62+63 auf Kompetenzniveau 3 ein monatliches Einkommen (40h/Wo, inkl. 13. Monatslohn) von Fr. 7'269.--. In Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden sowie der Nominallohnentwicklung (0.4% für 2015 und 0.7% für 2016) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 91'938.--. Unbestritten ist sodann, dass der Beschwerdeführer total eine Stunde zusätzlicher Pause pro Arbeitstag benötigt, was einer Arbeitsunfähigkeit von 12% entspricht. Damit ergibt sich ein Invalidenlohn von Fr. 80'905.--.

**6.3.4** Von diesem Tabellenlohn nimmt die Vorinstanz keinen leidensbedingten Abzug vor (vgl. Einspracheentscheid Erw. 5a). Der Beschwerdeführer verlangt einen solchen von 20% aufgrund der langen Arbeitsabsenz, des Alters sowie des Umstandes, dass er in der neuen Tätigkeit über keine Berufserfahrung verfüge.

Vorliegend rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn nicht. Denn mit diesem soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person aufgrund dieser Faktoren die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (vgl. Erw. 3.4.3). Dies ist beim Beschwerdeführer nicht der Fall.

Ob das Merkmal "Alter" einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreter Umstände des Einzelfalls zu prüfen (Urteil BGer 8C\_227/2018 vom 14.6.2018 Erw. 4.2.3.4). Beachtlich ist dabei, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, dies jedoch als invaliditätsfrem-

der Faktor regelmässig ausser Betracht zu fallen hat. Ausserdem steht fest, dass sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohn erhöhend auswirkt. Im Rahmen des Jobcoachings hat sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer im Bereiche der technischen Informatik auf dem aktuellen Wissensstand ist und ihm trotz seines Alters mehrere Stellen vermittelt werden konnten. Auch anschliessend fand er ohne Unterstützung die Stelle bei der Q. \_\_\_\_\_ Ltd.. Dass es schliesslich weder in R. \_\_\_\_\_ noch bei den anderen Firmen zu einer Anstellung kam, hing nicht mit dem Alter des Beschwerdeführers zusammen. Dass sich das Alter lohnmindernd ausgewirkt hätte, ist ebenso wenig erwiesen. Das Nämliche gilt auch hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Faktoren der langen Arbeitsabsenz und fehlenden Berufserfahrung. Beides hinderte nicht, dass ihm Stellen vermittelt werden konnten. Zudem hat er sich trotz Stellenlosigkeit selber mit der Thematik der technischen Informatik beschäftigt und auch entsprechende Ergebnisse publiziert. Das durchgeführte Assessment attestiert ihm aktuelles Wissen. Die Q. \_\_\_\_\_ Ltd. hat das Arbeitsergebnis des Beschwerdeführers nicht als mangelhaft beurteilt. In keiner der dokumentierten Stellenvermittlungen wurde fehlende Berufserfahrung des Beschwerdeführers als Argument gegen ihn vorgebracht. Auch der Jobcoach selber sah hierin kein Hindernis. Es ist daher nicht sachgerecht, vom Tabellenlohn Kompetenzniveau 3 wegen dem Alter des Beschwerdeführers, der langen Berufsabsenz oder fehlender Berufserfahrung einen leidensbedingten Abzug vorzunehmen. Der Beschwerdeführer begründet denn auch gar nicht, weshalb bei ihm die vorgebrachten Faktoren berücksichtigt werden müssten. Dass er aus gesundheitlichen Gründen einen vermehrten Pausenbedarf hat, wird schliesslich bereits in der Arbeitsunfähigkeit von 12% berücksichtigt.

**6.3.5** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 118'258.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 80'905.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 32% (BGE 103 V 121). Damit erweist sich die Beschwerde insoweit begründet, als der Einspracheentscheid vom 17. August 2018, mit welchem der am 6. Juni 2017 verfügte Invaliditätsgrad von 12% bestätigt wurde, aufgehoben wird.

Die Vorinstanz wird die tatsächliche Rente bei einem Invaliditätsgrad von 32% neu zu berechnen haben. Dabei wird sie auch den versicherten Verdienst festsetzen und insbesondere begründen müssen, inwiefern die Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner Einsprache und der Beschwerde unbegründet sind. Weder im Einspracheentscheid vom 17. August 2018 noch in der Vernehmlassung vor Verwaltungsgericht ging sie darauf ein.

Im Einspracheentscheid führt sie aus, der Lohn der vormaligen Arbeitgeberin sei entsprechend Art. 24 Abs. 2 UVV der Teuerung bis auf das Vorjahr des Renten-

beginns angepasst worden (Einspracheentscheid Erw. 6b). Der versicherte Verdienst (inkl. Kinderzulagen) beträgt gemäss Verfügung Fr. 128'466.--. Die Rentenauszahlung beginnt am 1. Juni 2016 (Vi-act. 448, 460). Gemäss Berechnungsblatt vom 9. Mai 2016 (Vi-act. 444) wurde der letzte Lohn (Fr. 8'200 x 13 = Fr. 106'600.--) bis 2015 (Jahr vor Rentenbeginn) der Teuerung angepasst, im Formular aber wohl fälschlicherweise als "aufgewerteter Verdienst bis 2012 in CHF" beschrieben. Ohne Erläuterung nicht nachvollziehbar ist, weshalb ab 2010 die Teuerung des Wirtschaftszweiges N (Sektoren 77-82, sonstige wirtschaftliche Tätigkeiten) herangezogen wurde, nachdem der Beschwerdeführer im Sektor Informatik tätig war und auch weiterhin die Sektoren 62 und 63 als zumutbares Tätigkeitsfeld relevant sind und für die Jahre 2003 bis 2010 die Teuerung des Wirtschaftszweiges J/K berücksichtigt wurde.

**7.1** Die Vorinstanz hält schliesslich fest, gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 17. Dezember 2015 liege unter Berücksichtigung der Suva-Tabelle 7 eine Integritätseinbusse unter Einrechnung der zu erwartenden künftigen Entwicklung von 15% vor; dementsprechend rechtfertige sich eine Integritätsentschädigung von 15%. Diese ergebe sich - gestützt auf die Position 1 (Frakturen LWS/BWS/HWS) der Tabelle 7 der Publikation der Suva "Integritätsentschädigung gemäss UVG - aus der dauernden Beeinträchtigung der körperlichen Integrität infolge der Kompressionsfraktur von BWK7. Insoweit würden keine weiteren, davon abweichenden oder gar gegenteiligen ärztlichen Berichte zur Schätzung des Integritätsschadens vorliegen. Aus psychiatrischer Sicht liege ohnehin keine dauerhafte, unfallbedingte psychische Diagnose mehr vor. Darüber hinaus erweise sich die Opiatabhängigkeit des Beschwerdeführers gemäss Gutachten vom 17. Dezember 2015 als therapierbar und deshalb stehe ihm eine darüberhinausgehende Integritätsentschädigung nicht zu (vgl. Verfügung vom 6.6.2017, S. 4 sowie Einspracheentscheid vom 17.8.2018, S. 11, Erw. 8).

**7.2** Demgegenüber vertritt der Beschwerdeführer die Ansicht, dass der Schmerzmittelentzug nicht gelang, weshalb weiterhin starke Dauerschmerzen beständen. Gemäss Suva-Tabelle betrage der Integritätsschaden bei einer Kyphose von 10-20° und mehr oder weniger starken Dauerschmerzen 20-25%. Es sei von einer Integritätsentschädigung von mindestens 25% auszugehen (vgl. Beschwerde S. 17 Ziff. 11).

**7.3.1** Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Integritätsent-

schädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 Gebrauch gemacht. Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, 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 (Art. 36 Abs. 1 UVV).

**7.3.2** Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 Erw. 1 b; BGE 113 V 219 Erw. 2a; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 Erw. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV 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. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher, geistiger und psychischer Integritätsschäden (Ziff. 1 Abs. 2).

**7.3.3** Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (vgl. [www.suva.ch/dech/unfall/unfall/versicherungsmedizin](http://www.suva.ch/dech/unfall/unfall/versicherungsmedizin); letztmals besucht am 10. Dezember 2018). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen (sog. Feinraster) stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 Erw. 1c; Urteil BGer 8C\_19/2017 vom 22.5.2017 Erw. 4.2).

**7.3.4** Somit fällt es in einem ersten Schritt dem Arzt oder der Ärztin zu, sich unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen

aufgeführten Integritätsschäden dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht ist und - bejahendenfalls - welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dass sie sich hierfür an die medizinischen Angaben zu halten haben, ändert nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung, im Streitfall des Gerichts, und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil BGer 8C\_826/2013 vom 28.5.2013 Erw. 2.4 mit Verweis auf SVR 2009 UV Nr. 27 S. 97; 8C\_459/2008 Erw. 2.3; Urteil U 121/06 vom 23.4.2007 Erw. 4.2; zum Zusammenwirken ärztlicher Einschätzung und juristischer Wertung bei der Bemessung der Integritätseinbusse vgl. auch Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1997, S. 68 ff.).

**7.4.1** Was die medizinisch-theoretisch ermittelte Beeinträchtigung der Integrität des Beschwerdeführers anbelangt, so steht fest, dass eine Schädigung der körperlichen Integrität vorliegt. Grundlage der Beurteilung des Vorliegens des Integritätsschadens bildet, wie bereits zuvor bei der Ermittlung der Arbeitsfähigkeit, ebenfalls der medizinische Befund. Die Vorinstanz legte ihrem Entscheid daher namentlich auch das interdisziplinäre Gutachten vom 17. Dezember 2015 zugrunde, welches den dauerhaften und erheblichen Schaden der Integrität in folgendem Umfang festhält (Vi-act. 427-12/15 Frage 10a):

Die Kompressionsfraktur von BWK7 hat eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen Integrität hinterlassen. Die AC-Luxation ersten Grades links hat zu keiner dauerhaften Beeinträchtigung geführt.

Hinzugezogen sei die Tabelle 7 der Publikation der Suva "Integrationsentschädigung gemäss UVG". Zu verwenden ist die Position 1: "Frakturen LWS/BWS/HWS", im Ausmass von 10° bis 20°.

In der Schmerzfunktionsskala befinden wir uns im Bereich ++, was geringen Dauerschmerzen entspricht, die sich bei Belastung verstärken und auch in Ruhe etwas vorhanden sind. Entsprechend ergibt sich eine Einbusse von 10 bis 20 %. Die Intensität der Beschwerden ist nur schwierig einzugrenzen. Die geklagten Beschwerden einerseits und die laut Erklärung des Exploranden erbrachten Leistungen divergieren, auch bei der Testung ist die Konsistenz nur partiell gegeben, was eher für den unteren Rand des Referenzbereichs spricht. Andererseits liegt durch die intraspongiose Verlagerung von Bandscheibenanteilen in den BWK 7 und die Ausbildung von Kantenspondylophyten im Segment Th 6/7 eine Osteochondrose

vor, die eine weitere langsame Zunahme erwarten lässt. Wir schätzen daher nach bestem Wissen und Gewissen die Integritätseinbusse unter Einrechnung der zu erwartenden künftigen Entwicklung auf **15%** ein.

Es stützt sich dabei auf die folgende Beurteilung von Prof. em. Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (Vi-act. 428-7/11):

**4.10.** Als ausschliessliche Folge der unfallkausalen somatischen BWS-Veränderungen ist eine namhafte Schädigung der körperlichen Integrität auf Lebensdauer entstanden. Die SUVA Tab.7 führt bei der hier zutreffenden Schmerzfunktionskala "++" (geringe Dauerschmerzen, bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe) und einer BWS-Frakturkyphose von 10-20° einen Referenzwert von "10-20%" für die Integrationsentschädigung an. In casu zu berücksichtigen ist einerseits, dass die geklagten Beschwerden mit den objektiven Befunden und den gleichzeitig berichteten körperlichen Fähigkeiten keine gute Konsistenz haben, was eher für den unteren Rand des Referenzbereiches spricht, dass andererseits durch die intraspongiose Verlagerung von Bandscheibenanteilen in den BWK 7 und die Ausbildung von Kantenspondylophyten im Segment TH6/7 eine Osteochondrose vorliegt, die eine weitere langsame Zunahme erwarten lässt. Ich schätze daher nach bestem Wissen und Gewissen die Integritätseinbusse unter Einrechnung der zu erwartenden künftigen Entwicklungen auf 15% ein.

**7.4.2** Gemäss Feinraster der Suva, Tabelle 7 (Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaffektionen; 2001), beträgt der Integritätsschaden bei der vorliegend diagnostizierten und unbestrittenen Kyphose von 10-20°, entgegen der beschwerdeführender Behauptung, zwischen 10-20%, weshalb bereits aufgrund dessen eine Integritätsentschädigung von 25% nicht angezeigt ist. Gestützt auf den obenwähnten medizinischen Befund, welcher sich denn auch als schlüssig und nachvollziehbar erweist, ergibt sich, dass ein Anspruch auf Integritätsentschädigung von 15% angebracht ist. Diese Einschätzung erweist sich auch unter Berücksichtigung des interdisziplinären Gutachtens vom 29. Juni 2011 als schlüssig, das im Ergebnis zur gleichen Einschätzung gelangt ist. Diesbezüglich sei darauf hingewiesen, dass die damaligen Gutachter ebenfalls von einer 15%igen Integritätsschaden bezüglich der körperlichen Integrität und einer Beeinträchtigung der psychischen Integrität von 20% ausgingen (vgl. Vi-act. 153-35/40 [Ziff. 2.1]: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; Vi-act. 153-36f./40 [Ziff. 8.1f.]). Zwischenzeitlich ist jedoch die psychische Beeinträchtigung unbestrittenermassen gänzlich abgeklungen (vgl. Vi-act. 153-33f./40; Vi-act. 427-10/15). Dementsprechend äusserte sich auch das vom Beschwerdeführer vorgebrachte Gutachten vom 12. Oktober 2007, wonach es den Integritätsschaden zufolge der somatischen und nicht psychischen Unfallfolgen zwischen 10-20% schätzte. Mithin wird die Beurteilung im interdisziplinären Gutachten vom 17. Dezember 2015 von den weiteren bei den Akten liegenden ärztlichen Berichten bestätigt. Schliesslich gilt es der Vorinstanz beizupflichten, wonach die Opiat-

abhängigkeit nicht als dauerhaft qualifiziert werden kann, was denn auch einer weitergehenden Integritätsentschädigung entgegensteht.

**7.4.3** Sowohl der medizinische Befund liegt demnach nachvollziehbar vor als auch die rechtliche Beurteilung, dass der medizinische Befund einem Integritätschaden von 15% entspricht. Mithin steht dem Beschwerdeführer eine Entschädigung in der Höhe von 15% zu. Insoweit ist der vorinstanzliche Entscheid denn auch nicht zu beanstanden.

**8.** Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde insoweit als begründet, als die Vorinstanz den Invaliditätsgrad auf 12% und nicht auf 32% festsetzte. Der Einspracheentscheid vom 17. August 2018 und die Verfügung vom 6. Juni 2017 sind aufzuheben und die Sache zur Berechnung der Rente bei einem Invaliditätsgrad von 32% an die Vorinstanz zurückzuweisen. Im Übrigen, soweit der Beschwerdeführer einen höheren Invaliditätsgrad sowie eine über 15% hinausgehende Integritätsentschädigung fordert, ist die Beschwerde abzuweisen.

**9.1** Es werden keine Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten, Barauslagen) erhoben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**9.2.1** Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem beanwalteten Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung zu entrichten (Art. 61 lit. g ATSG). Die Bemessung der Parteientschädigung richtet sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975. Die Vergütung wird nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 Satz 3 GebTRA). § 14 GebTRA sieht für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vor. In diesem Rahmen ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen (§ 2 Abs. 1 GebTRA). Im Lichte all dieser Aspekte, der Aktenlage sowie mangels Einreichung einer Kostennote durch den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wird die reduzierte Parteientschädigung auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festgelegt.

**9.2.2** Für das Einspracheverfahren wird in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 52 Abs. 3 ATSG). Entsprechendes macht der Beschwerdeführer vorliegend denn auch nicht geltend.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 6. Juni 2017 und der Einspracheentscheid vom 17. August 2018 aufgehoben werden und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Neuberechnung der Rente bei einem Invaliditätsgrad von 32% an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat den anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer für das verwaltungsgerichtliche Verfahren mit einer reduzierten Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu entschädigen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 18. Januar 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 28. Januar 2019