

GL_GERICHTE GL-771 vom 2. März 2017

GL Gerichte, 2017-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-771

FR: GL_GERICHTE GL-771 du 2 mars 2017

IT: GL_GERICHTE GL-771 del 2 marzo 2017

Erwägungen

E. 3

3.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt nach Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

3.2 Ist ein Versicherter nach einem Unfall voll oder teilweise arbeitsunfähig, hat er nach Art. 10 Abs. 1 UVG Anspruch auf Übernahme der Kosten der zweckmässigen Behandlung der Unfallfolgen. Überdies besteht zunächst Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

3.3 Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden und laufen keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vor-übergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (BGE 137 V 199 E. 2.1).

3.4 Erfolgt der Fallabschluss zu Recht, so hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, welche grundsätzlich mit der Invalidenrente festgesetzt oder ■ falls kein Rentenanspruch besteht ■ bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt wird (Art. 24 Abs. 2 UVG). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3.

3.5 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten

angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) haben die kantonalen Versicherungsgerichte die Beweise ohne Bindung an förmliche Beweisregeln umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 157 E. 1c).

E. 4

4.1 Am 3. Juni 2013 wurden beim Beschwerdeführer am Spital G._____, Chirurgische Klinik, Allgemeine Chirurgie, drei Operationen durchgeführt: Eine offene Reposition und Marknagelung mit statischer Verriegelung; eine geschlossene Reposition und Fixateur externe kniegelenksüberbrückend Tibia auf Femur links und eine geschlossene Reposition, Fixateur externe Tibiakopf auf Tibiaschaft rechts; eine Logenspaltung der Tibialis Anterior- und Peroneallogen links.

Gemäss Operationsbericht vom 3. Juni 2013 von Dr. med. H._____ sei der Beschwerdeführer zusammen mit einem Balkon abgestürzt und dabei von Betonteilen teilweise verschüttet worden. Er sei als Schockraum-Patient zu ihnen gekommen. Nach rascher Diagnostik hätten sich Unterschenkelfrakturen beidseits sowie eine Femurschaftfraktur mit Biegekeilen rechts gezeigt. Verletzungen des Abdomens, der Wirbelsäule oder des Schädels könnten ausgeschlossen werden. In der gleichen Sitzung würden die offenen Unterschenkelfrakturen mittels Fixateur externe versorgt, für den Oberschenkel bestehe die Indikation zur Marknagelung.

4.2 Am 11. Juni 2013 wurden beim Beschwerdeführer zwei weitere Operationen im Spital G._____ vorgenommen. Aufgrund der komplexen proximalen Tibiafraktur links mit Destruktion der metaphysären Zone und Impressionsspaltfraktur des lateralen Tibialplateaus sowie zusätzlicher Fibularköpfchenfraktur wurde einerseits eine offene Reposition und Gelenksrekonstruktion, Fixation mittels lateraler 3.5 mm PLT LCT Platte und zusätzlicher Drittelrohr-LCP-Platte durchgeführt. Sodann wurden aufgrund der proximalen Tibiafraktur mit mehrfragmentären Metaphysenkomponente rechts eine Entfernung Fixateur externe, eine Osteosynthese mit proximaler, lateraler Tibia-LC-Platte 4.5 mm, sowie ein Wunddébridement und Epigardauflage Knie medial rechts vorgenommen.

4.3 In seinem Schreiben vom 15. November 2013 berichtete Dr. H._____ über die ambulante Behandlung vom 13. November 2013. Es gehe dem Beschwerdeführer insgesamt recht gut. Es hätten sich keine Zeichen einer Infektion oder einer anderweitigen mechanischen Komplikation bezüglich der Osteosynthesen gezeigt. Momentan stehe die

neuralgiforme Schmerzproblematik im rechten Unterschenkel fast im Vordergrund. Die Behandlung dieser Problematik mit Lyrica sei leider wenig erfolgreich gewesen, offenbar habe sich nach Einsetzen von Neurontin eine zumindest vorübergehende Besserung ergeben. Die Beweglichkeit im linken Kniegelenk sei annähernd normal. Im rechten Kniegelenk zeige sich ein minimales Extensionsdefizit, die Flexion sei ebenfalls weitgehend normal. In der klinischen Untersuchung zeige sich ebenfalls eine eher zunehmende narbige Einziehung im Bereich des dorsomedialen proximalen Unterschenkels mit Druckdolenz und ebenfalls Auslösung von Schmerzen distal. Sehr wahrscheinlich würden die Schmerzen doch eher von diesem Bereich ausgehen. Insgesamt scheinere der ossäre Heilungsverlauf erwartungsgemäss zu erfolgen und die Stabilität scheinere doch so gut, dass auf Vollbelastung übergegangen werden könne. Leider sei ein zunehmend neuralgiformes Schmerzbild störend bei der Mobilisation. Nach Rücksprache mit der Klinik I. _____ müsse hier ein schmerztherapeutischer Ansatz mit gezielten Infiltrationen als beste Option angesehen werden. Der Beschwerdeführer sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig in seinem Beruf als Bau- und Abbrucharbeiter. Eine genaue Prognose erscheine momentan sehr schwierig, insbesondere bleibe abzuwarten, ob die Schmerzsymptomatik am Unterschenkel noch besser kontrolliert werden könne.

4.4 Am 17. April 2015 wurde beim Beschwerdeführer am Spital J. _____ eine Knie-Totalprothese implantiert sowie eine diagnostische Arthroskopie und arthroskopische Innenmeniskushinterhornresektion am rechten Kniegelenk durchgeführt.

4.5 Gemäss Austrittsbericht der Klinik I. _____ vom 27. Mai 2015 habe das Hauptziel der aktuellen Phase der Rehabilitation, namentlich das selbständige Wohnen zuhause, weitgehend erreicht werden können. Bei Klinikeintritt sei der Patient bei erlaubter Vollbelastung mit zwei Unterarmgehstöcken für kurze Strecken mobil gewesen. Ein Bewegungsdefizit habe vor allem im linken Knie bestanden. Die Schmerzmedikation mit Novalgin habe sistiert, Dafalgan reduziert werden können. Eine Weiterführung der Thromboembolieprophylaxe mit Xarelto 10 mg bis zur sicheren Vollbelastung werde empfohlen.

Der Beschwerdeführer sei psychosomatisch mitbetreut worden mit folgender Beurteilung: Nach dem Unfall im Juni 2013 habe er mit Symptomen einer Traumafolgestörung sowie mit Symptomen einer depressiven Episode bei unklarem weiterem beruflichem und gesundheitlichem Verlauf reagiert. Bei der Behandlung hätten sich zudem die mangelnden Sprachkenntnisse negativ ausgewirkt. Bei zugrundeliegender depressiver Episode und Traumafolgestörung habe er ausserdem eine Panikstörung entwickelt. Im Verlauf der Rehabilitation seien drei psychologische Gespräche durchgeführt worden. Die Gespräche hätten der diagnostischen Abklärung gedient. Es sei Cipralex, zunächst 10 mg, verordnet worden. Die Dosis sei am 22. Mai 2015 ■ nach Ausbleiben verstärkter Suizidimpulsen und auf Wunsch des Beschwerdeführers nach höherer Dosierung ■ bei weiterhin bestehenden Symptomen der depressiven Episode erhöht worden.

Bei Klinikaustritt sei der Beschwerdeführer an Unterarmgehstöcken im 4-Punkte-Gang für etwa 700 Meter selbständig mobil gewesen. Er habe 30 Treppenstufen ohne Pause mithilfe des Geländers rauf- und runtergehen können. Velofahren habe er für 20 Minuten können. Die Beweglichkeit des Kniegelenks links habe aktiv F/E 110/5/0° und passiv F/E 120/5/0° betragen. Limitiert sei das Bewegungsausmass durch Schmerzen gewesen. Ein Kraftdefizit habe in Flexion und Extension bestanden. Im Kniegelenk rechts habe ein Stabilitäts- und Kraftdefizit bestanden. Eine ambulante Physiotherapie zur Verbesserung der Belastbarkeit,

Gangssicherheit und im Verlauf Stockabbau sei weiterzuführen.

4.6 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 17. September 2015 stellte med. pract. E. _____ folgende Diagnosen nach dem Sturz bei den Abbrucharbeiten vom 3. Juni 2013: Distrale Femurfraktur mit Biegekeil rechts, Status nach offener Reposition und Marknagelung mit statischer Verriegelung am 3. Juni 2013, delayed Union mit hypertropher Pseudarthrose im Bereich der Femurfraktur rechts mit Aussenrotationsfehlstellung (ca. 15°) auf Frakturebene, Metallentfernung, Derotationsosteotomie auf Frakturebene und Fixation mittels distaler Femur LCP 4.5/5 mm am 16. April 2014 und konventionell-radiologisch und computertomographisch konsolidierter Fraktur 9. September 2015 (1.); extraartikuläre, metaphysäre Fraktur der rechten proximalen Tibia rechts mit ausgedehntem Décollement medial bis dorsal, zweitgradig offen auf der mediodorsalen Seite, Status nach geschlossener Reposition, Fixateur externe Tibiakopf auf Tibiaschaft rechts am 3. Juni 2013, Osteosynthese mit proximaler, lateraler 9 Loch-Tibia-LC-Platte, Wunddébridement und Epigardauflage Knie medial rechts am 11. Juni 2013, Metallentfernung am 2. Oktober 2014 und arthroskopischer Behandlung einer Meniskusläsion medial im Spital J. _____ am 14. April 2015 (2.); komplexe proximale Tibiafraktur links mit Destruktion der metaphysären Zone und Impressionsspaltfraktur des lateralen Tibiaplateaus sowie Fibulaköpfchenfraktur, ausgedehntes Weichteilquetschtrauma, Status nach geschlossener Reposition und Fixateur externe kniegelenküberbrückend Tibia auf Femur links am 3. Juni 2013, offener Reposition und Gelenksrekonstruktion, Fixation mittels lateraler 3.5 mm PLT LCP-Platte und zusätzlich Drittelrohr-LCP-Platte am 10. März 2013 (recte: 11. Juni 2013), Metallentfernung am 2. Oktober 2014, Implantation einer Kniegelenks-Totalendoprothese am 17. April 2014 (3.); Logensyndrom laterale Logen Unterschenkel links, Status nach Logenspaltung der Anterior- und Peroneallogen links am 3. Juni 2013 und Faszienverschluss anlässlich der Osteosynthese Tibia links am 10. März 2013 (recte: 11. Juni 2013) (4.); segmentale Lungenembolien beidseits unter oraler Antokoagulation mit Marcoumar bis Ende Januar 2014 (5.); neuralgiforme Reizung insbesondere des Nervus saphenus rechts proximal des Knies, Status nach Neurolyse Nervus saphenus Knie rechts am 2. Oktober 2014, mit deutlicher Regredienz der Schmerz-Symptomatik (6.); etablierte posttraumatische Belastungsstörung (7.).

Durch den Unfall bei den Abbrucharbeiten sei es beim Beschwerdeführer zu einer Mehrfachverletzung der Beine gekommen. Nach den oben ausgeführten Operationen habe eine adäquate Mobilisation und Funktionalität des Beschwerdeführers wieder hergestellt werden können. Er habe weiterhin Schmerzen in beiden Knien, welche sich unter Belastung und Bewegung sowie bei bestimmten Drehbewegungen zeigen und ihn schmerzhaft einschränken würden. Im bisherigen Behandlungsregime habe man versucht, sich der Ursache der Beschwerden mit diagnostischen Infiltrationen zu nähern, habe aber die Ursache nicht vollends eingrenzen können. Es bestehe eine deutliche Unsicherheit und ein Vermeidungsverhalten für beide Beine, welche eine Reintegration in den beruflichen Alltag sehr erschweren würden. Zusätzlich würden ausgeprägte Symptome einer Psychotraumatisierung bestehen. Der Beschwerdeführer schildere, in Albträumen immer wieder abzustürzen und begraben zu werden. Er bekomme Panik und Angstattacken. Erschwert werde die Situation durch den Umstand der Sprachbarriere und die nicht mit ihm zusammenlebende Familie, welche sich offensichtlich über den Gesamtumfang der somatischen und psychischen Folgen des Unfalls nicht bewusst sei. Er sei an einer beruflichen Integration interessiert, da er auch davon überzeugt sei, dass ihm dies bei seinen

seelischen Problemen helfen würde.

Da noch kein definitiver Endzustand im Bereich der Knie vorhanden sei, werde derzeit noch keine Schätzung der Integritätsentschädigung vorgenommen.

4.7 Dr. med. K. _____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, führte in seinem Bericht vom 21. September 2015 an Dr. med. L. _____, Chefarzt Anästhesie des Spitals G. _____, aus, dass man sich im Falle des Beschwerdeführers notwendigerweise zunächst auf die schweren Verletzungen konzentriert habe und immer noch versuche, eine Verbesserung zu erreichen, die Möglichkeiten allerdings langsam ausgeschöpft seien. Daneben bestehe eine schwierige psychosoziale Situation. Er habe bemerkt, dass der Beschwerdeführer starke chronische Schmerzen habe. Eine Schmerzbehandlung in Zusammenarbeit mit einem Psychiater sei in dieser Situation zu empfehlen.

4.8 Dr. L. _____ führte in seinem Brief an Dr. K. _____ vom 11. November 2015 aus, dass der Beschwerdeführer einen starken Leidensdruck vermittele. Er könne aktuell nach eigenen Angaben nur eine kurze Strecke von maximal 50-80 m an Gehstöcken zurücklegen. Die Schmerzen seien auf der VAS in der Höhe von 7-8 einzuordnen. Die psychiatrische Medikation sei als unterstützende Therapie bei chronischen Schmerzen ausreichend. Er empfehle, die konservative Schmerztherapie auszubauen und den Beschwerdeführer anzuhalten, die Medikation regelhaft einzunehmen.

4.9 Die Beschwerdegegnerin beauftragte Dr. med. F. _____ mit einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung. In seinem Bericht vom 15. Januar 2016 hielt Dr. F. _____ fest, dass beim Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht ausgeprägte depressive und psychotraumatologische Symptome bestehen würden. Hinweise auf erhebliche Verdeutlichungen, Aggravationen oder Simulationen würden sich keine finden. Die Beurteilung der ICD-10-Forschungskriterien für eine Depression ergebe aktuell und übereinstimmend mit dem klinischen Gesamteindruck, dass der Beschwerdeführer an einer schweren Depression leide. In psychotraumatologischer Hinsicht würden recht häufige Albträume, intrusive Erinnerungen und Flashbacks imponieren. Die Albträume würden jeweils filmartig den tatsächlichen Unfallablauf wiederholen und zusammen mit den Schmerzen zu starken Durchschlafstörungen führen. Mehrmals pro Woche erwache der Beschwerdeführer in panikartigen Zuständen mit starker vegetativer Symptomatik aus einem Albtraum. In Situationen, die ihn an den Unfall erinnerten und in unbeherrschbaren Situationen auf der Strasse oder im Avoi werde er von intrusiven Erinnerungen überschwemmt, welche sich oft bis zu einem typischen Flashback ausweiten würden. Der in körperlicher und psychischer Hinsicht grundsätzlich robuste und belastbare Beschwerdeführer habe den Unfall als lebensbedrohlich erlebt. Er habe dabei plötzlich und unvermittelt ganz real den Boden unter den Füßen verloren. Beim Sturz sei er unter Schutt und der Mulde eingeklemmt worden. Wegen der massiven Schmerzen habe er sich bereits im Himmel gewähnt. Dass er in der Folge eine weiterhin bestehende posttraumatische Belastungsstörung entwickelt habe, sei ebenso eine Tatsache wie die Realität, dass die seit rund zwei Jahren vorliegende, schwere psychiatrische Störung die berufliche Leistungsfähigkeit und eine berufliche Wiedereingliederung in erheblicher Weise beeinträchtige. Als psychiatrische Diagnosen seien eine depressive Episode (ICD-10: F32.2) ohne psychotische Symptome, aktuell schwer, bestehend seit Ende 2013, mit chronifizierendem und therapieresistentem Verlauf sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), verursacht durch den Arbeitsunfall und bestehend seit Ende 2013, zu stellen. Neben einigen unfallfremden Faktoren sei davon auszugehen, dass

sich die vorliegende psychiatrische Störung ohne den Unfall nicht in dieser Zeit und auf diese Weise entwickelt hätte.

Der Beschwerdeführer sei in der Rehaklinik I. _____ unter anderem psychosomatisch betreut worden und befinde sich aktuell in psychologischer Behandlung bei einem [] sprechenden Psychotherapeuten. Die durchgeführte Psychopharmakotherapie sei angemessen. Trotzdem sei es in den letzten zwei Jahren nicht zu einer Verbesserung des psychischen Zustands gekommen und seit dem Frühjahr 2015 akzentuiere sich die depressive Symptomatik noch zusätzlich. Die geringen Deutschkenntnisse würden einen psychotherapeutischen Zugang auf Deutsch verunmöglichen. Aus diesen Gründen sei nicht davon auszugehen, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen, anhaltenden Verbesserung des psychischen Zustandes führen würde. Die Fortsetzung der laufenden, ambulanten Psychotherapie sei aus psychiatrischer Sicht indiziert, um weiteren Verschlechterungen des psychischen Zustands vorzubeugen. Eine namhafte Verbesserung der psychischen Störung sei davon aber kurz- und mittelfristig nicht zu erwarten, insbesondere solange sich an der psychosozialen Gesamtsituation des Beschwerdeführers nichts Grundsätzliches ändere.

Zur Frage der Integritätsentschädigung führte Dr. F. _____ aus, dass eine längerfristige Verbesserung bei Stabilisierung der psychosozialen Bedingungen nicht auszuschliessen sei. Es sei daher zu empfehlen, über den Anspruch auf Integritätsentschädigung frühestens in zwei bis drei Jahren nach Abschluss des Rentenverfahrens zu entscheiden.

4.10 Auf der Grundlage der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. September 2015 nahm med. pract. E. _____ am 21. März 2016 eine erneute medizinische Beurteilung des Integritätsschadens vor. Er schätzte den Integritätsschaden dabei auf 30 %. Sein Ergebnis begründete er wie folgt: Beim Beschwerdeführer sei es im Rahmen des Traumas zu Frakturen in beiden unteren Extremitäten gekommen. Links sei im Rahmen der posttraumatischen Veränderungen im Knie eine Totalprothese implantiert worden. Im rechten Knie bestünden weiterhin ein Defektzustand in der Frakturzone sowie eine resultierende Beinlängendifferenz von 3,5 cm.

Grundlage für die Beurteilung der Integritätsentschädigung bilde für das linke Knie die Feinrastertabelle 5 der Suva (betreffend Arthrosen). Hierin werde die schwere femorotibiale Arthrose mit 15-30 % beurteilt. Durch die Implantation einer Knieprothese sei der Beschwerdeführer besser gestellt als im Vollbild der Arthrose, sodass eine Integritätsentschädigung von 20 % anzusetzen sei.

Grundlage für das rechte Bein bilde die Feinrastertabelle 2 der Suva (betreffend Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten), in welcher die Beinlängendifferenz von 2-4 cm mit 10 % bewertet werde. Beim Beschwerdeführer finde sich eine Beinlängendifferenz von 3,5 cm. Zusammenfassend halte er eine Integritätsentschädigung von 30 % für gerechtfertigt und geschuldet. Weiterhin seien dem Beschwerdeführer im Rahmen des Art. 21 UVG jährlich drei Serien Physiotherapie anzuerkennen.

4.11 In seinem ärztlichen Attest vom 4. Oktober 2016 stellte M. _____, Facharzt für Psychiatrie, beim Beschwerdeführer die Diagnose einer längeren adaptiv depressiven Reaktion (ICD-10: F.43.2). Der Beschwerdeführer sei mit den Anzeichen einer depressiven Reaktion im Mai 2014 erstmals in seine Praxis gekommen. Er setze die Behandlung im Ausland fort.

E. 5

Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer zu 100 % erwerbsunfähig ist und ihm eine entsprechende Invalidenrente zusteht. Uneinigkeit besteht jedoch hinsichtlich der Höhe der Integritätsentschädigung bzw. der Integritätseinbusse. Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die Beurteilung des Integritätsschadens von med. pract. E. _____ vom 21. März 2016 (E. II/4.10), welche auf der Grundlage der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. September 2015 erfolgte. Danach sei beim Beschwerdeführer eine Integritätseinbusse von 30 % festzustellen. Der Beschwerdeführer rügt, dass die Integritätseinbusse falsch berechnet worden sei und in Wirklichkeit höher ausfalle.

5.1 Hinsichtlich des linken Knies ist unbestritten, dass die Feinrastertabelle 5 der Suva (betreffend Arthrosen) anwendbar ist. Am linken Knie des Beschwerdeführers wurde rund zwei Jahre nach seinem Unfall eine Protheseimplantation durchgeführt. Praxisgemäss ist bei Endoprothesen auf den unkorrigierten Zustand abzustellen (Spalten 2 und 3), d.h. auf den Schweregrad der Arthrose vor der Prothesenimplantation (BGer-Urteil U 313/02 vom 4. September 2003 E. 4.3; Suva-Tabelle 5 [Revision 2011], Integritätsschaden bei Arthrosen, S. 5.2). Bei Prothesen, die direkt nach dem Unfall eingesetzt werden (primäre Endoprothesen), kommen dagegen die Spalten 5 und 6 der Feinrastertabelle zur Anwendung. Med. pract. E. _____ zog somit richtigerweise die Spalte 3 heran. Der Integritätsschaden bei einer schweren Femorotibial-Arthrose beträgt danach 15-30 %. Wenn med. pract. E. _____ nun aber argumentiert, dass der Beschwerdeführer durch die Implantation einer Totalknieprothese besser gestellt sei als im Vollbild der Arthrose, weshalb eine Integritätsentschädigung von 20 % angemessen sei (vgl. E. II/4.10), berücksichtigt er bei seiner Beurteilung des Schweregrads fälschlicherweise die Protheseimplantation. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass er den Integritätsschaden am linken Knie höher als 20 % geschätzt hätte, wenn er ■ wie es die Rechtsprechung statuiert ■ auf den unkorrigierten Zustand abgestellt hätte.

Nach dem Gesagten kann hinsichtlich des linken Knies nicht auf die Schätzung des Integritätsschadens von med. pract. E. _____ vom 21. März 2016 abgestellt werden. Es hat vielmehr eine Neueinschätzung durch ihn oder einen anderen Arzt im Sinne der Erwägungen zu erfolgen.

E. 5.2

5.2.1 Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, bei der Beurteilung des Integritätsschadens hätten die allfällige Arthrose im rechten Knie und im Tibia sowie seine weiterhin bestehenden Schmerzen in beiden Knien berücksichtigt werden müssen.

5.2.2 Med. pract. E. _____ bewertete den Integritätsschaden am rechten Knie mit 10 %. Dabei zog er die Feinrastertabelle 2 der Suva (betreffend Funktionsstörungen der unteren Extremität) heran, die eine Beinlängendifferenz von 3-4 cm mit 10 % bewertet. Dieses Vorgehen wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Aufgrund zusätzlich bestehender Leiden, namentlich der allfälligen Arthrose im rechten Knie und im Tibia, ist der Integritätsschaden gemäss seiner Auffassung jedoch höher zu bewerten. Wie der Beschwerdeführer auf die genannten Leiden schliesst, begründet er nicht und kann auch nicht nachvollzogen werden. Keinem der ärztlichen Berichte ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer Arthrose im rechten Kniegelenk (oder im Tibia) leiden würde. Im Zusammenhang mit dem rechten Bein wurde eine Tibiafraktur rechts festgestellt für die eine Osteosynthese mit proximaler, lateraler Tibia-LC-Platte 4.5 mm durchgeführt wurde.

Am rechten Knie wurde ausserdem ein Wunddébridement vorgenommen. Hierbei handelt es sich um eine Hautoberflächenbehandlung. Am 17. April 2015 führte man eine arthroskopische Behandlung einer Meniskusläsion rechts durch. Sodann wurde eine neuralgiforme Reizung, insbesondere des Nervus saphenus rechts in der Nähe des Knies, diagnostiziert. Hierzu schreibt med. pract. E._____, dass eine deutliche Regredienz der Schmerz-Symptomatik bestehe.

Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG muss eine körperliche Schädigung dauerhaft sein. Kann noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden, so ist noch keine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Eine sich noch verbessernde Symptomatik wie die genannte neuralgiforme Reizung kann daher nicht entschädigt werden. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von med. pract. E._____ hinsichtlich des rechten Knies eine Integritätseinbusse von 10 % annahm.

E. 5.3

5.3.1 Der Beschwerdeführer rügt weiter, dass seine psychischen Beschwerden und die damit und mit den chronischen Schmerzen einhergehende Verminderung der Lebensqualität berücksichtigt hätten werden müssen.

5.3.2 Sowohl im Bericht der Rehaklinik I._____ vom 27. Mai 2015 als auch in denjenigen von med. pract. E._____, Dr. F._____ und M._____ werden beim Beschwerdeführer eine posttraumatische Belastungsstörung und/oder eine (schwere) depressive Episode diagnostiziert. Gemäss Bericht der Rehaklinik I._____ habe der Beschwerdeführer bei zugrundeliegender depressiver Episode und Traumafolgestörung ausserdem eine Panikstörung entwickelt. Sehr ausführlich und schlüssig fiel das Gutachten von Konsiliarpsychiater Dr. F._____ vom 15. Januar 2016 aus, welches auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht und als einziger Bericht auch eine Zukunftsprognose stellt. Es wird ausgeführt, dass zwar nicht davon auszugehen sei, dass weitere therapeutische Massnahmen innerhalb der kommenden ein bis zwei Jahre zu einer namhaften Verbesserung führen würden. Eine längerfristige Verbesserung bei Stabilisierung der psychosozialen Bedingungen sei jedoch nicht auszuschliessen. Es empfehle sich deshalb, den allfälligen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung aufgrund der psychischen Unfallfolgen frühestens in zwei bis drei Jahren nach Abschluss des Rentenverfahrens zu prüfen.

5.3.3 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Unfalls vom 3. Juni 2013 an psychischen Störungen leidet. Wie Dr. F._____ jedoch überzeugend darlegte, konnte zum Verfügungszeitpunkt noch nicht abschliessend festgestellt werden, ob die psychischen Unfallfolgen voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang weiterbestehen werden. Es kann insbesondere noch nicht ausgeschlossen werden, dass eine mögliche Verbesserung der psychosozialen Bedingungen zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit führen wird. Erfahrungsgemäss können psychische Störungen im Verlaufe von ein bis sechs, eventuell noch mehr Jahren wieder abklingen. Üblicherweise kann deshalb zur Dauerhaftigkeit psychischer Störungen erst fünf bis sechs Jahre nach dem Unfallereignis Stellung genommen werden (vgl. Suva-Tabelle 19 [Revision 2011], Integritätsschaden bei psychischen Folgen von Unfällen, S. 4).

Von der Beurteilung von Dr. F._____ abweichende ärztliche Berichte liegen nicht vor. Ferner ist auch nicht zu erwarten, dass der vom Beschwerdeführer zitierte mag. phil. D._____, bei dem sich der Beschwerdeführer offenbar seit Juni 2015 in

psychotherapeutischer Behandlung befindet, bezüglich der Dauerhaftigkeit der psychischen Beschwerden anderer Ansicht ist. So erwähnt der Beschwerdeführer lediglich, dass mag. phil. D. _____ bei ihm psychische Störungen festgestellt habe, deren Folgen eindeutige Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit, die Konzentration und das Gedächtnis hätten. Im Übrigen legt der Beschwerdeführer auch nicht dar, dass oder weshalb dem Gutachten von Dr. F. _____ nicht gefolgt werden könne.

Entsprechend führte die Beschwerdegegnerin sowohl in ihrer Verfügung vom 29. März 2016 als auch in ihrer Beschwerdeantwort aus, dass gemäss ärztlicher Beurteilung zum aktuellen Zeitpunkt nicht zuverlässig gesagt werden könne, ob bezüglich der psychischen Beeinträchtigungen ein dauernder Integritätsschaden zurückbleibe, weshalb eine Neuurteilung in ca. zwei Jahren vorgesehen sei.

5.3.4 Über eine Integritätsentschädigung aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen war im Verfügungszeitpunkt folglich noch nicht zu entscheiden und das Vorgehen der Beschwerdegegnerin rechtmässig, zumal sie eine Integritätseinbusse aufgrund der psychischen Folgen des Unfalls nicht etwa verneinte, sondern die Entscheidung lediglich auf einen späteren Zeitpunkt verschoben hat.

E. 6

Insgesamt folgt daraus, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist. Hinsichtlich des linken Knies des Beschwerdeführers ist die Sache zur Ergänzung des Sachverhalts und zur Neuurteilung der Integritätseinbusse an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

III.

1.

Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

2.

Eine Rückweisung mit offenem Ausgang gilt praxisgemäss als Obsiegen des Beschwerdeführers (BGE 137 V 210 E. 7.1). Dementsprechend hat der Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

3.

Bei dieser Entscheidung handelt es sich um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG).

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