

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/66 vom 14. Dezember 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_66

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/66 du 14 décembre 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/66 del 14 dicembre 2011

Regeste

Art. 6, 18 und 24 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem Autounfall. Prüfung des Anspruchs auf Rente und Integritätsentschädigung (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Dezember 2011, UV 2010/66).

Erwägungen

E. 1

Streitpunkt im vorliegenden Verfahren bildet zum einen die Frage der Rechtmässigkeit der Einstellung der Invalidenrente per 31. März 2006 und zum anderen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere als die ihm bereits ausgerichtete Integritätsentschädigung hat. Vorab zu klären ist, inwiefern die gesundheitlichen Beschwerden für die Zeit nach dem 31. März 2006 in einem adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 4. März 1996 stehen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (Erw. 2.2, 2.5, 2.6) die rechtlichen Voraussetzungen der Unfallkausalität sowie der Ausrichtung von Renten und Integritätsentschädigungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Gemäss Bericht der Schulthess Klinik, Zürich, vom 7. Mai 2002 zeigten sich radiologisch eine Bogenschlussanomalie und ein horizontal gestelltes Sakrum, wodurch sich ungünstige statische Verhältnisse mit zunehmender Belastung vor allem der unteren Abschnitte der LWS ergeben würden, was dann die lumbale Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers erkläre (UV-act. M50). Einem weiteren Schreiben der Schulthess Klinik vom 5. Dezember 2002 ist zu entnehmen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen den seit 1999 bestehenden lumbalen Rückenschmerzen und dem Unfall nicht sicher sei (UV-act. M50). Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer im Jahr 2003 durch einen Detektiv überwachen. In den im Verlauf des Jahres 2003 erstellten Observationsberichten wurde im Wesentlichen festgehalten, dass der Beschwerdeführer sich teilweise mit Krücken fortbewegt habe, in anderen Situationen jedoch ohne Verwendung der Krücken oder eines Stockes keine Behinderung oder eine Abnormität im Bewegungsablauf zum Ausdruck gekommen sei (UV-act. B2-B6). Im Gutachten des Zentrums AEH, Zürich, vom 27. Juli 2005 wurden folgende Diagnosen festgehalten: Status nach komplexer Verletzung des linken Fusses, intermittierende linksseitige Kniebeschwerden, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung linksseitig bei Wirbelsäulenfehlform (Hohl-/Rundrücken), Haltungsdysfunktion und Zeichen allgemeiner Dekonditionierung und Auswirkungen durch die veränderte Statik bei Funktionsstörungen des linken Fusses sowie eine prolongierte gemischte

Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens und andauernder Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (UV-act. M65). Am 14. Februar 2006 bestätigten Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin/Rheumatologie, und Dr. med. D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, Zentrum AEH, ein thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung linksseitig. Vordergründig bestehe ein Kausalzusammenhang mit der manifesten Wirbelsäulenfehlform (Hohl-/Rundrücken) und der Haltungsinsuffizienz. Andererseits würden durch die Funktionsstörungen des linken Fusses Auswirkungen auf die Statik mit schmerzhaften Triggerpunkten im Bereich der Gluteal- und der Hüftmuskulatur bestehen, was zumindest teilweise auch Ausstrahlungen bei Schmerzen erklären könnte. Insgesamt bestehe jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallkausalität. Die linksseitigen Kniebeschwerden würden als Überlastungssymptomatik imponieren. Diesbezüglich erscheine die verminderte Kraftausdauer im gesamten linken Bein ursächlich mitzuspielen; es bestehe lediglich ein möglicher (indirekter) Zusammenhang zum Unfallereignis. Aus der Anwendung der Suva-Tabelle betreffend Einschränkungen des Sprunggelenks mit Versteifung ergebe sich eine "Integritätsstörung" von 25% (UV-act. M70). Der Psychiater Dr. med. E.____ hatte am 21. Januar 2006 unter Bezugnahme auf die AEH-Begutachtung unter anderem sinngemäss festgehalten, die von ihm diagnostizierte Anpassungsstörung sei (bei ausgeprägter sozioökonomischer Determination) mehrheitlich unfallfremd. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% erscheine zumutbar und wahrscheinlich. Langfristig sei von einer 40-50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (UV-act. M71). Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 30. April 2006, der Patient wünsche keine psychiatrische Behandlung. Bei der vorliegenden psychischen Störung handle es sich um eine chronifizierte Veränderung, die durch das Weiterbestehen der auslösenden Bedingungen ständig unterhalten werde (UV-act. M73).

2.2 Im Urteil vom 5. Januar 2009, 8C_684/2008, führte das Bundesgericht aus, die Schlussfolgerung im Zusatzbericht des AEH vom 14. Februar 2006 hinsichtlich Unfallkausalität des thorako- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms stehe im Widerspruch zur Tatsache, dass das AEH an anderer Stelle dieses Berichts die Frage verneint habe, ob sich die Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall aus eigener Dynamik heraus auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätte. Die Verneinung der Unfallkausalität divergiere auch mit der diagnostischen Aussage des AEH im Gutachten vom 27. Juli 2005, bezüglich der Rückenproblematik bestünden Auswirkungen durch die veränderte Statik bei Funktionsstörungen im Bereich des linken Fusses. Auch die Schlussfolgerung im Bericht des AEH vom 14. Februar 2006 hinsichtlich der Knieschmerzen links überzeuge nicht. Soweit das Zentrum AEH auf das Fehlen von Brückensymptomen verweise, sei dem entgegenzuhalten, dass gerade bei Fehlbelastungen die Symptome im Sinn indirekter Unfallfolgen erst später auftreten könnten (Urteil des EVG vom 22. November 2006, U 303/06, Erw. 6.2.1 mit Hinweisen). Weiter sei hinsichtlich des thorako- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms sowie der linken Knieproblematik zu bemängeln, dass das AEH keine bildgebende Untersuchung vorgenommen, sondern hierzu auf die Anamnese verwiesen habe. Eine bildgebende Untersuchung des linken Knies sei den Akten nicht zu entnehmen. Ohne aktuelle bildgebende Untersuchung von Rücken und linkem Knie könne aber die natürliche indirekte Unfallkausalität der entsprechenden gesundheitlichen Beschwerden im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 13. März 2007 nicht rechtsgenügend beurteilt werden. Zudem dränge sich angesichts der in

Frage stehenden Rücken- und Kniebeschwerden zusätzlich eine aktuelle orthopädische Beurteilung auf, die im Rahmen der Begutachtung des AEH nicht stattgefunden habe (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2007, U 246/06, Erw. 4.3). Aus dem Bericht des Schweizer Paraplegiker Zentrums vom 12. Juni 2006 könne der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal auch darin gesagt worden sei, es sei (eventuell) eine aktuelle bildgebende Diagnostik der BWS/LWS (Röntgen und MRI) erforderlich. Nach dem Gesagten könne auf die Beurteilung der (indirekten) Unfallkausalität der Rücken- und linken Kniebeschwerden durch die AEH-Ärzte nicht abgestellt werden. Damit rechtfertige es sich auch nicht, ihrer Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in somatischer Hinsicht zu folgen (Urteil 8C_684/2008, a.a.O., Erw. 5.2). Sodann seien die Ausführungen von Dr. E.____ im Zusatzbericht vom 21. Januar 2006 insgesamt nicht schlüssig hinsichtlich der Frage, ob der Unfall vom 4. März 1996 im Zeitpunkt des Einspracheentscheides überwiegend wahrscheinlich zumindest eine natürliche Teilursache der psychischen Beschwerden gewesen sei oder nicht. Der beratende Psychiater der AXA, Dr. med. G.____, habe denn auch erst auf Grund eines Telefonats mit Dr. E.____ vom 22. Februar 2006 in einer Aktennotiz festhalten können, gemäss diesem sei das psychische Beschwerdebild nicht durch den Unfall bzw. seine Folgen bedingt. Auf diese Aktennotiz zur wesentlichen Frage der natürlichen Unfallkausalität könne indes nicht abgestellt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, Erw. 9.4), zumal Dr. G.____ zu dieser Frage nicht Stellung genommen habe. Weiter sei zu beachten, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. H.____ eine längere depressive Reaktion bei Immigration aus dem Kosovo und Verkehrsunfall im März 1996 diagnostiziert habe (Bericht vom 25. Oktober 2005). Der Psychiater Dr. F.____ habe angegeben, infolge der chronischen Schmerzen und anderer körperlicher Beeinträchtigungen sowie psychosozialer Belastungen leide der Beschwerdeführer an chronisch depressiver Entwicklung mit ungünstiger Prognose, solange die auslösenden Faktoren weiter bestünden (Bericht vom 3. April 2006). Auf Grund der Berichte der Dres. H.____ und F.____ sei mithin eine teilweise natürliche Unfallkausalität der psychischen Beschwerden nicht auszuschliessen. Diese Frage bedürfe jedoch angesichts der insgesamt unklaren Aktenlage weiterer Prüfung (Urteil 8C_684/2008, a.a.O., Erw. 6.2).

2.3 Im Nachgang zum erwähnten Bundesgerichts-Urteil führten die Ärzte des Schweizer Paraplegiker Zentrums gestützt auf eine Anfrage der Beschwerdegegnerin (UV-act. A221) im Bericht vom 17. Juni 2009 unter anderem aus, infolge der Fussverletzung und der lang anhaltenden Schmerzhaftigkeit sei es zu einer Atrophie des linken Beins gekommen. Die Fussbelastung sei mittlerweile seitengleich; mit der jetzt bestehenden Schuhzurichtung sei der Patient gut versorgt. Im Bereich des Rückens bestehe eine Muskeldysbalance. Im Brust- und Schulterbereich fänden sich ebenfalls linksseitig betont myofasziale Schmerzen. Dem Patienten sei die Notwendigkeit eines konsequenten Übungsprogramms zum Muskelaufbau und zur Haltungskorrektur verdeutlicht worden. Eine neuropsychologische Testung habe in der Interpretation der nicht validen Untersuchungsergebnisse ein nicht schlüssiges Ergebnis ergeben. Die Testergebnisse könnten neben einer bewussten Aggravation auch im Rahmen einer psychiatrischen Störung auftreten. In der Verhaltensbeobachtung hätten sich keine Hinweise für neuropsychologische Funktionseinbussen ergeben. Eine psychiatrische Vorstellung habe keine Hinweise auf Depression ergeben. Eine deutliche Beeinträchtigung resultiere aus der laufenden sozialen und versicherungsmässigen Problematik (UV-act. M76). Die von der Beschwerdegegnerin als Folge des bundesgerichtlichen Rückweisungsurteils veranlasste medizinische Abklärung durch die Gutachterstelle Solothurn für interdisziplinäre Begutachtungen (Gutso) ergab gemäss Bericht vom 21.

Dezember 2009 die Diagnosen (aktuell) einer ungünstigen Rückfussstatik bei Status nach Arthrodesierung des USG links in vermehrtem Varus nach komplexer Fussfraktur (4. März 1996), leichtgradiger posttraumatischer OSG-Arthrose nach Pilontibial-Fraktur am 4. März 1996, Hypästhesien im Bereich des Fusses rechts, Beckenkammschmerzen links und Chondropathia patellae links (1), von intermittierenden Lumbalgien um statisch bedingte Fehl- und Überbelastung (2) sowie eines schädlichen Alkoholgebrauchs mit Verdacht auf Alkoholabhängigkeitssyndrom bei psychischen (affektiven) und verhaltensmässigen (Aggressivität) Beeinträchtigungen, möglicherweise primär vor dem Hintergrund der Anpassungsproblematik aus multifacettären Gründen. In abschliessender Würdigung der Auswirkungen des Unfalls vom 4. März 1996 auf die Einschränkungen des Patienten und daraus resultierenden langfristigen Konsequenzen seien folgende Schlussfolgerungen festzuhalten: Dem Beschwerdeführer sei (seit 1. April 2006) eine sitzende Tätigkeit ganztags ohne weiteres und ohne zeitliche Limiten zumutbar. Am günstigsten sei eine Wechselbelastung mit 2/3 sitzender und 1/3 stehender und gehender Tätigkeit ohne Notwendigkeit des Hebens und Tragens schwerer Gewichte (über 10 kg), insbesondere repetitiv. Bezüglich der sicher unfallkausalen Folgen errechne sich insgesamt ein Integritätsschaden von 20%. Dieser beziehe sich weitgehend auf den linken Fuss (Arthrodesese des USG), gemäss Suva-Tabelle 5 mit 15% beziffert, sowie auf die beginnende, funktionell kaum ins Gewicht fallende Arthrose des OSG zusammen mit Narbendysästhesien am linken Fuss nach diversen Eingriffen. Diese Zusatzschädigungen zusammen mit den Dysästhesien am linken Beckenkamm nach Spongiosaentnahme würden eine Erhöhung um 5% auf total 20% zulassen. Dysästhesien allein hätten nicht ein erhebliches Ausmass, und auch der als noch "beginnende Arthrose im OSG" festgestellte Schaden hätte allein betrachtet nicht ein erhebliches Ausmass. Ein Fortschreiten der Arthrose im OSG sei zwar denkbar, im zeitlichen und qualitativen Ausmass aber keineswegs voraussehbar. Der Vergleich zum Beinwert bei Amputation des Unterschenkels, mit 40% eingeschätzt, gestatte ebenfalls die Annahme einer 20%igen Integritätsentschädigung (an der oberen Limite), sei es doch dem Patienten möglich, hinkfrei und ohne Gehhilfen zumindest auf ebenem Boden zu gehen. Bei den intermittierenden Lumbalgien und dem Alkoholkonsum handle es sich nicht um unfallkausale Diagnosen. Unfallfremd sei auch die Chondropathia patellae. Die Befunde betreffend die linke untere Extremität, welche die Diagnose der leichtgradigen posttraumatischen OSG-Arthrose, die Hypästhesien im Bereich des Fusses rechts und die Beckenkammschmerzen links nach Spongiosaentnahme begründen würden, hätten sowohl am 31. März 2006 als auch aktuell sicher in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 4. März 1996 gestanden. In der bisherigen Tätigkeit als Kellner bestehe eine zumindest 50%ige Einschränkung in Bezug auf ein Vollpensum (ab Begutachtung). Zuvor habe seit 1. April 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Bei einer den Unfallfolgen angepassten und zumutbaren Tätigkeit ergebe sich zusätzlich keine leistungsmässige Einschränkung. Es fänden sich Hinweise auf eine Fehlanpassung. Dies aufgrund der Tatsache, dass ausgehend von den Angaben des Patienten ein Alkoholkonsum betrieben und die Zukunftsperspektive subjektiv als deutlich beeinträchtigt beurteilt werde. Eine Fehlanpassung aufgrund der in Frage gestellten Compliance könne auch dem Bericht des Schweizer Paraplegiker Zentrums vom 17. Juni 2009 entnommen werden. Vor diesem Hintergrund sei eine Angewöhnung/Anpassung an die Beschwerden nicht mehr zu erwarten. Die im Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden durchgeführten Behandlungen seien nicht effektiv gewesen, wofür es diverse Gründe geben könne,

einschliesslich der in Frage gestellten Compliance. Bereits im AEH-Gutachten sei festgehalten worden, dass der Patient schwierig zu erreichen sei. Es könne aufgrund der Aktenlage nicht widerlegt werden, dass die seit 1. April 2006 durchgeführten somatischen Behandlungen aufgrund der Folgen des Unfalls vom 4. März 1996 nicht nötig gewesen seien. Eine Behandlung, welche den Gesundheitszustand namhaft verbessern könne, sei aufgrund der Erfahrungen in der bisherigen Therapie nicht zu erwarten. Eine symptomatische Behandlung sei sicherlich angebracht, wobei der Effekt derselben von der Compliance abhängt. Die psychiatrischen Diagnosen seien nicht unfallkausal. Aufgrund der Tatsache, dass der Beginn der psychischen Störungen auf Ende 2003 (UV-act. M66) explizit dokumentiert worden sei, tauche der Eindruck auf, dass die Erstmanifestation der psychischen Störungen durch nicht näher zu bezeichnende psychosoziale Belastungen ausgelöst worden sei. Weder der Unfall vom 4. März 1996 noch die mit der Behandlung der Unfallfolgen in Zusammenhang stehenden Komplikationen seien als Auslöser oder massgebende Ursache der psychischen Störung zu postulieren (UV-act. M78 S. 82-112). Der Hausarzt Dr. med. I.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 19. Februar 2010 unter anderem über die psychosoziale Dauerbelastung, die im Nachgang zum Unfall vom 4. März 1996 beim Beschwerdeführer aufgetreten sei, sowie über den negativen Effekt der Videoüberwachung, die den Patienten verunsichert bzw. verängstigt habe. Allfällige psychische Störungen seien Folge des Unfalls und des langwierigen Verlaufs (UV-act. A247).

E. 3

3.1 Unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten als belegt zu erachten ist, dass die gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund der Fussverletzung links des Beschwerdeführers in einem natürlichen und adäquaten Zusammenhang zum Unfall vom 4. März 1996 stehen. Aufgrund der Darlegungen im Gutachten der Gutso sind sodann auch die Beckenkammschmerzen links als natürlich unfallkausal anzusehen. Streitig ist hingegen, ob die weiteren geltend gemachten körperlichen Beschwerden (linksseitige Kniebeschwerden, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom) und psychischen Leiden eine natürliche und adäquate Folge des Unfallereignisses bilden und eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Folge haben. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen kam im Entscheid vom 3. Juni 2008 (UV 2007/58) zum Schluss, die Beurteilung von Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, vom 11. Juli 2001 (UV-act. M44) vermöge nicht überzeugend darzulegen, dass die Rückenprobleme eine Folge des Unfalls seien. Insbesondere seien nicht sämtliche Diagnosen und Beschwerden bei der Beurteilung mit einbezogen worden, so beispielsweise die Auswirkungen der vorbestehenden und nicht unfallbedingten Wirbelsäulenfehlform auf das thorako- und lumbovertebrale Schmerzsyndrom. Gemäss Bericht des Schweizer Paraplegiker Zentrums vom 12. Juni 2006 habe die Immobilität und das jahrelange Gehen an Stöcken die LWS-Beschwerden provoziert. Der Bericht sei allerdings nicht hinreichend begründet worden. Die Rückenprobleme seien somit nicht mit überwiegender und die Kniebeschwerden lediglich im Sinn einer möglichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen (Entscheid, a.a.O., Erw. 3.2).

3.2 Dieses Ergebnis bestätigte sich aufgrund der Abklärungen durch die Gutachterstelle Solothurn. Die Gutachter legten gestützt auf die Vorakten und Untersuchungen des Beschwerdeführers dar, die Beschwerden im unteren Rückenbereich seien irgendeinmal im Verlauf nach dem Unfall vom 4. März 1996 aufgetreten und hätten offenbar ein intermittierendes Auftretensmuster gezeigt. Schon aufgrund der Tatsache, dass diese

Beschwerden nicht unmittelbar nach dem Unfall dokumentiert worden seien und mittlerweile keine Fehlbelastungen mehr postuliert werden könnten, könne es sich weder um primäre noch sekundäre unfallkausale Symptome (Unfall vom 4. März 1996) handeln. Es erscheine medizinisch plausibel, dass die durch die überbrückenden Osteophyten bewirkte Bewegungsstörung des rechten Iliosakralgelenks eine Funktionsstörung der Verbindung Lendenwirbelsäule-Sacrum-Beckenring mit sich bringe, was myofasziale Fehlreaktionen der Glutelamuskulatur zur Folge habe. Mit dieser Krankheitshypothese, welche sich mit radiologischen Befunden untermauern lasse, seien die seit 1999 dokumentierten rezidivierenden unteren Rückenschmerzen vorbehaltlos erklärt. Bei den rezidivierenden lumbalen Beschwerden (Schmerzen im unteren Rückenbereich) handle es sich um eine statisch bedingte Fehl- und Überlastung im Zusammenhang mit der vorbestehenden Torsionsskoliose. Diese Beurteilung sei anhand der Aktenlage und der aktuellen Befunde in Übereinstimmung zwischen dem orthopädischen, traumatologischen und rheumatologischen Experten im Konsens erfolgt (UV-act. M78 S. 81 in Verbindung mit S. 77).

3.2.1 Dazu ist vorab festzuhalten, dass die Gutachter der Gutso einen Unfall-Vorzustand nur bezogen auf die als natürlich unfallkausal beurteilten Beschwerden betreffend die linke untere Extremität diskutierten (und verneinten); die Darlegungen bezogen sich somit entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 8 unten) nicht auf die Rückenproblematik (vgl. UV-act. M78 S. 87) und die psychischen Beschwerden (UV-act. M78 S. 102). Die Feststellungen der Gutso-Gutachter stehen im Einklang mit den anlässlich der Observierung im Jahr 2003 beim Beschwerdeführer beobachteten und anhand von Bildern dokumentierten Bewegungsmustern (vgl. UV-act. B2-B2). Die Beschwerdegegnerin veranlasste die Überwachung des Beschwerdeführers, weil dieser unbestrittenermassen seine Auskunftspflicht verletzt hatte (vgl. act. G 5 S. 8). Auch beschränkte sich die Überwachung auf den öffentlichen Raum (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juni 2009, 8C_807/2008; Ueli Kieser, Überwachung - Eine Auslegung von Art. 44a ATSG [Entwurf], in: hill 2009 Fachartikel Nr. 1, Kap. V, Ziff. 1). Die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. K.____, Schweizer Paraplegiker Zentrum, im Jahr 2003, wonach er nur mit Gehhilfen gehen könne (UV-act. M53 S. 2), wurde durch die im selben Jahr festgehaltenen Ergebnisse des Observierungsberichts widerlegt. Die Feststellung im Bericht von Dr. K.____ vom 21. August 2003, dass (unfallbedingte) "Fehleinsätze" vorliegen würden, die zu einem konsekutiven Befall der Körperachse geführt hätten (UV-act. M53 S. 3), basierte somit teilweise auf unzutreffenden Sachverhaltsschilderungen des Beschwerdeführers. Hinzu kommt, dass der vorerwähnte Bericht am 21. August 2003 und derjenige von Dr. J.____ am 11. Juli 2001 (UV-act. M44) und damit zu Zeitpunkten erstellt wurden, als die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nach wie vor und auch noch lange danach Leistungen ausrichtete. Im vorliegenden Verfahren geht es - und dies ist hier entscheidend - um Ansprüche ab April 2006. Der Beschwerdeführer wies beim Gehen anlässlich der gutachterlichen Untersuchung durch die Gutso-Ärzte im Wesentlichen keine Gangstörung, insbesondere auch kein Hinken, auf (UV-act. M78 S. 76). Eine inhaltliche Auseinandersetzung der Gutso-Gutachter mit den Feststellungen im vorerwähnten Bericht des Schweizer Paraplegiker Zentrums vom 21. August 2003 (implizit erwähnt in UV-act. M78 S. 70 unten) fand im Ergebnis insofern statt, als sie vermerkten, die durchgeführte Überwachung (Bilddokumentation) habe Fehlangaben des Beschwerdeführers bestätigt, wonach er beispielsweise zum Gehen zwei Stöcke benötigen würde und nicht Auto fahren könne. Die im Überwachungsmaterial dokumentierte Funktionsfähigkeit ziehe neben den Angaben zur Beeinträchtigung auch die

Grundlagen der Diagnostik in Zweifel, da bestimmte beobachtete Funktionen bei den angegebenen medizinischen Diagnosen, insbesondere bei einem CRPS und chronischem lumbovertebralen Syndrom, über den langen Überwachungszeitraum kaum möglich seien (UV-act. M78 S. 71). Die Gutso-Gutachter würdigten den Umstand, dass in den medizinischen Akten seit 1999 rezidivierende untere Rückenschmerzen dokumentiert wurden und bezogen ihn auch in ihre Schlussfolgerung mit ein (UV-act. M78 S. 77). Dabei war es nicht ihre Aufgabe, jedes einzelne Aktenstück - ungeachtet seines Stellenwerts für die zu beantwortenden Gutachterfragen - explizit zu untersuchen und zu würdigen; vielmehr durften sie sich in der gutachterlichen Stellungnahme auf die für die Fragestellung wesentlichen Unterlagen beschränken. Den Gutachtern standen dabei die im Begutachtungszeitpunkt verfügbaren medizinischen Akten einschliesslich des Röntgendossiers (vgl. UV-act. M78 S. 2 unten) zur Verfügung, womit ihnen auch die früheren bildgebenden Abklärungen vorlagen. Der Umstand, dass letztere im Gutachten nicht im Einzelnen erwähnt bzw. diskutiert wurden (act. G 1 S. 6), ist nicht geeignet, dessen Beweiswert in Frage zu stellen, zumal Grund der Begutachtung vorab die Vorgabe des Bundesgerichts im Urteil vom 5. Januar 2009 betreffend Erstellung einer aktuellen bildgebenden Diagnostik der BWS/LWS und deren Würdigung bildete. Diese Vorgabe erfüllt das Gutachten unbestrittenermassen (vgl. UV-act. M78 S. 2f). Ein Vergleich der aktuellen Bilder mit früheren Aufnahmen drängte sich hier insofern nicht auf, als die Gutachter hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Fehlbelastung bzw. Überbelastung der rechten unteren Extremität zum Schluss kamen, dass die Befunde der 3-Phasen-Skelettszintigraphie eine alltägliche Schonung des ursprünglich verletzten linken Fusses mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen würden. Der Patient belaste somit seine beiden Beine praktisch gleichseitig; er habe 13 ½ Jahre nach einer radiologisch bestätigt ausgeheilten Calcaneustrümmerfraktur sekundär Osteoarthrosen entwickelt (UV-act. M78 S. 77). Die Gutachter stellten beim Beschwerdeführer eine innerhalb eines Zentimeters seitengleiche Beinlänge (UV-act. M78 S. 61) und damit eine Beinlängendifferenz geringen Ausmasses fest, welche in aller Regel nicht geeignet ist, eine schwerwiegende Beeinträchtigung (Rückenbeschwerden) zu bewirken bzw. welche sich weitgehend im Rahmen natürlicher Beinlängenunterschiede hält (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 18. August 2000 i/S H., U 4/00, Erw. 3c mit Hinweisen, und vom 28. Mai 2004, U 122/02, Erw. 4.1). Dieses Ergebnis bestätigt implizit auch die bereits im Jahr 2003 im Observations-Bericht dokumentierten, je nach Situation weitgehend uneingeschränkten Bewegungsabläufe beim Beschwerdeführer. Der orthopädische Chirurg Dr. med. L. ___ vermerkte im Übrigen bereits im Bericht vom 3. Juli 1998 eine Beinlängendifferenz von rund einem Zentimeter (vgl. UV-act. M24 S. 4), wodurch hier von einem gesicherten Messwert ausgegangen werden darf.

3.2.2 Die Gutachter der Gutso

kamen im Weiteren zum Schluss, dass es sich bei den Beschwerden im linken Knie um eine Chondropathia patellae handle und posttraumatische Veränderungen weder klinisch noch radiologisch erkannt werden könnten. Die Knieschmerzen würden keine Arbeitsunfähigkeit (in einer adaptierten Tätigkeit) bewirken. Das gleiche gelte für die Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte, welche ohnehin nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien. Hier bestünden objektiv höchstens Enthesiopathien leichten Grades (UV-act. M78 S. 81). Gemäss Alfred M. Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie (4. Auflage 2002) ist die Chondropathia patellae - auch als patello-femorales Schmerzsyndrom bezeichnet - einer Quantifizierung durch radiologische Messmethoden nur beschränkt zugänglich und weist eine Vielzahl möglicher Ursachen auf. Röntgenaufnahmen zeigen in den meisten Fällen

normale Verhältnisse. Bei der Mehrzahl der Fälle ist der objektive Befund gering, so dass aufwändigere Abklärungen nicht weiterhelfen bzw. tunlichst vermieden werden sollten (vgl. Debrunner, a.a.O., 1047, 1049, 1051). Auch beim Beschwerdeführer ergab sich ein unauffälliger bzw. normaler Kniebefund (vgl. UV-act. M78 S. 60 und 65). Wenn die Gutachter der Gutso die von ihm angegebenen Kniebeschwerden unter die Diagnose einer Chondropathia patellae einordneten, so erscheint dies mit Blick auf die geschilderten Gegebenheiten zum einen nachvollziehbar. Zum anderen macht der fehlende (objektivierte) Kniebefund deutlich, dass ein indirekt unfallbedingter (durch Überbelastung bewirkter) Knieschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten kann. In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen (vgl. dazu den Standpunkt des Beschwerdeführers in act. G 1 S. 8), sondern nur darzutun hat, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist (Urteil des EVG vom 27. Februar 2004 i.S. A. [U 29/03]). Ein Grund für weitere Erläuterungen hinsichtlich der Bewertung der Knie-Beschwerden im Sinn einer Chondropathia ist in dieser Situation nicht ersichtlich.

3.2.3 Hinsichtlich der natürlichen Kausalität der psychischen Beschwerden führten die Gutachter der Gutso im Wesentlichen aus, eine psychische Symptomatik sei in den Akten während Jahren (nach dem Unfall) nicht erwähnt worden. In der konsiliarischen Untersuchung vom 23. August 2000 - in einem Zeitpunkt, als der Patient aufgrund der Zunahme der Beschwerden und Komplikationen (einschliesslich CRPS Typ 1) auf dem Höhepunkt der negativen gesundheitlichen Entwicklung gestanden habe - sei eine psychische Störung bzw. psychiatrische Diagnose explizit verneint worden. Vom behandelnden Psychiater Dr. H.____ (Bericht vom 25. Oktober 2005) werde die erste depressive Krise im Dezember 2003 angegeben und somit der Beginn der psychischen Probleme mit einer deutlichen Latenz zum Unfall vom 4. März 1996. Dies spreche gegen primär unfallkausale psychische Störungen. Die im Dezember 2003 aufgetretenen psychischen Beschwerden könnten nicht als Folge der unfallbedingten Beschwerden interpretiert werden, wenn berücksichtigt werde, dass der Patient zwischen Anfang Mai und Ende Oktober 2003 überwacht worden sei und dabei aufgrund der Aktivitäten, welche er entfaltet habe, keine übermässigen Beschwerden hätten nachgewiesen werden können. Weder die Erstmanifestation der psychischen Beschwerden noch die psychischen Symptome im Verlauf oder die aktuellen psychischen Probleme seien auf den Unfall vom 4. März 1996 zurückzuführen (UV-act. M78 S. 78, 81). Diese Beurteilung lässt sich insofern im Ergebnis mit derjenigen von Dr. E.____ (UV-act. M71) vereinbaren, als dieser Arzt die von ihm diagnostizierte Anpassungsstörung (bei ausgeprägter sozioökonomischer Determination) als mehrheitlich unfallfremd bezeichnete. Der Umstand allein, dass sich der Beschwerdeführer mit den Ergebnissen einer (soweit ersichtlich rechtmässig erfolgten) Überwachung konfrontiert sah (vgl. act. G 1 S. 12f), vermag keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Wie sich nachstehend ergeben wird, kann die Frage der natürlichen Unfallkausalität der psychischen Beschwerden offen bleiben, da die diesbezügliche Adäquanz zu verneinen ist.

3.2.4 Konkrete weitere Anhaltspunkte, aufgrund welcher die Befunde und Schlussfolgerungen der Gutachterstelle Solothurn anzuzweifeln wären, ergeben sich weder aus den Akten noch den Eingaben des Beschwerdeführers. Eine nochmalige Begutachtung vermöchte in dieser Situation überwiegend wahrscheinlich nicht zu neuen bzw. "besseren" Erkenntnissen zu führen.

Damit ist auf die Beurteilung im Gutso-Gutachten und entsprechend auch auf die dort bestätigte Arbeitsfähigkeit für eine dem Gesundheitsschaden adaptierte Tätigkeit abzustellen.

E. 4

4.1 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31) vom Unfallereignis auszugehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbeschränkung zu (BGE 123 V 102 Erw. 3b; SVR 1999 UV Nr. 10, SVR 2001 UV Nr. 8, je mit Hinweisen). Dabei ist auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Hierzu gehören auch jene Versicherten, die auf Grund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde (BGE 125 V 462 Erw. 5c mit Hinweisen).

4.2 Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 Erw. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 Erw. 2, SVR 2001 UV Nr. 8 S. 32, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder gehäuft oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

4.3 Der Beschwerdeführer verursachte als Lenker eines Personenwagens auf der Autobahn am 4. März 1996 einen Selbstunfall und kollidierte dabei mit der Mittel- und Aussenleitplanke. Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs ist vorliegend von einem mittelschweren Ereignis auszugehen, welches weder im Grenzbereich zu den leichten noch im Grenzbereich zu den schweren Unfällen liegt (vgl. auch die Zusammenfassung der Rechtsprechung in RKUV 2003 Nr. U 481 S. 204 Erw. 3.3.2). Der Unfall ereignete sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen noch war er - objektiv betrachtet - von besonderer Eindrücklichkeit. Der Beschwerdeführer erlitt dabei eine komplexe Verletzung des linken Fusses mit mehreren Frakturen. Im Schreiben vom 7. August 2000 (UV-act. M33) diagnostizierte Dr. J.____ ein CRPS I am linken Fuss. Im Bericht vom 14. September 2000 (UV-act. M35) wurde im Universitätsspital Zürich unter anderem die Diagnose einer Algodystrophie am linken Fuss erhoben. Das Schweizer Paraplegiker Zentrum bestätigte im Bericht vom 21. August 2003 (UV-act. M53) die Diagnose eines chronifizierten CRPS-Syndroms am linken Fuss, welches gemäss Gutachten vom 27. Juli 2005 (UV-act. M65 S. 7) als regredient beurteilt wurde. Rechtsprechungsgemäss ist einem CRPS bzw. einer Algodystrophie die Eignung grundsätzlich zuzubilligen, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen (vgl. dazu

E. Wehking: Das komplexe regionale Schmerzsyndrom [CRPS] in Abgrenzung psychogener Störungen, in: Versicherungsmedizin 59 [2007] Heft 1; Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Juli 2007, UV 2006/89, und vom 18. Oktober 2005, UV 2005/28). Somit lagen im Nachgang zum Unfallereignis vom 4. März 1996 Beschwerden vor, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, weshalb das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung als erfüllt zu betrachten ist. Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung liegen nicht vor und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Im Nachgang zur Operation der Unfallfolgen bildete sich eine obere und vorab schmerzhaftere untere Sprunggelenks-Arthrose links. Am 2. Mai 2000 erfolgte deshalb ein operativer Eingriff (Arthrodese) mit anschliessender Metallentfernung am 22. März 2001 (UV-act. M31, M40). Der postoperative Heilungsverlauf wurde durch einen tiefen Wundinfekt erschwert, welcher wiederholte Debridements und eine stationäre Wundbehandlung in der Klinik Sanitas notwendig machten. Prof. Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie, stellte im Bericht vom 3. Juli 2000 den vollständigen Wundverschluss fest. Die Röntgenkontrolle vom 28. Juni 2000 hatte knapp zwei Monate postoperativ einen zeitgerechten Durchbau gezeigt (UV-act. M32). Den medizinischen Akten sind somit zweifellos Schwierigkeiten im Heilungsverlauf zu entnehmen. Allerdings kann nicht von erheblichen Komplikationen oder einem besonders schwierigen Heilungsverlauf ausgegangen werden. Besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2006, U 79/05), sind vorliegend nicht gegeben. Dem Beschwerdeführer wurde ab Erstbehandlung am Unfalltag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (UV-act. M1). Gemäss Gutachten vom 25. Oktober 2002 (UV-act. M52) wurde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine angepasste Tätigkeit auf 50% festgelegt. Dr. med. N.____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Beratender Arzt der Winterthur-Versicherungen, erachtete den Beschwerdeführer mit Stellungnahme vom 18. November 2003 (UV-act. M56) in einer angepassten, teils sitzenden, teils stehenden/gehenden Tätigkeit für voll arbeitsfähig. Gemäss den Gutachten des Zentrums AEH vom 27. Juli 2005 (UV-act. M65) und der Gutso vom 21. Dezember 2009 (UV-act. M78) war dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit in seinem angestammten Beruf als Kellner nicht mehr zumutbar. Eine den Behinderungen angepasste Tätigkeit erachteten die Gutachter (bezogen auf die unfallkausalen Beschwerden) als ganztags zumutbar. Somit ist den Akten bis zum 18. November 2003 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen, wodurch eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als ausgewiesen gelten kann. Das Kriterium des Grads und der Dauer physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist dementsprechend zu bejahen. Nach Lage der medizinischen Akten machte der Beschwerdeführer seit dem Unfall dauerhafte Schmerzen geltend. Die von der Beschwerdegegnerin veranlasste Observierung lässt allerdings insofern auf eine Diskrepanz zwischen den geklagten und den tatsächlichen Beschwerden schliessen, als der Beschwerdeführer sich dort häufig uneingeschränkt bewegte. Somit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Bestehen erheblicher Beschwerden mit Dauercharakter, d.h. ohne wesentlichen Unterbruch, ausgegangen werden. Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann dementsprechend nicht als belegt gelten. Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Die Behandlungen verteilen sich zwar insgesamt auf einen relativ langen Zeitraum. Allerdings bestand zwischen den einzelnen Eingriffen und Behandlungen zum Teil ein erheblicher zeitlicher Abstand. Die ärztlichen Behandlungen betrafen zudem häufig

Untersuchungen und Abklärungen, welche nicht mit Behandlungen gleichgesetzt werden können. Da somit höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, wovon keines in besonders ausgeprägter Weise, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Rechtsprechung für die Bejahung einer Unfallkausalität bei mittelschweren Unfällen (Schleudertrauma-Bereich) im engeren Sinn die Erfüllung von drei Adäquanzkriterien vorausgesetzt wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, Erw. 4.5).

E. 5

5.1 Zu prüfen ist, ausgehend von der Zumutbarkeitsbeurteilung im Gutachten der Gutso, der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Gemäss Schreiben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom 14. Mai 1997 (UV-act. A15) betrug der Grundlohn Fr. 3'460.65 zuzüglich eines anteilmässigen 13. Monatslohns von Fr. 288.30, also Fr. 3'748.95. Nach ihren Angaben vom 14. März 2006 hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2006 einen Grundlohn von Fr. 3'200.-- erhalten (UV-act. A198). Konkrete Gründe, wieso der Lohn 2006 tiefer als derjenige von 1996 hätte sein sollen, sind nicht ersichtlich, weshalb es gerechtfertigt erscheint, von dem Lohn im Jahr 1996 - welchen der Beschwerdeführer auch tatsächlich erhalten hat - auszugehen. Da Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln sind und Rentenleistungen ab 1. April 2006 zur Diskussion stehen, muss der Lohn aus dem Jahr 1996 unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung auf das Jahr 2006 angepasst werden. Der Nominallohnindex auf der Basis des Jahres 1993 belief sich für die Kategorie Gastgewerbe im Jahr 1996 auf den Wert von 104.8 und im Jahr 2006 auf den Wert von 117.4. Daraus errechnet sich ein Valideneinkommen von Fr. 50'396.-- ($3'748.95 \times 12 : 104.8 \times 117.4$). Eine Unterdurchschnittlichkeit liegt insofern nicht vor, als sich aus der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2006 des Bundesamtes für Statistik, TA1, Gastgewerbe, Niveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt), ein vergleichbarer, um weniger als 5% abweichender Betrag (Fr. 51'629.-- = $4'127.-- \times 12 : 40 \times 41.7$) errechnen liesse. Das vom Beschwerdeführer im Jahr 1997 während acht Monaten erzielte Einkommen aus selbständiger Tätigkeit (s. Auszug aus dem individuellen Konto; IV-Akten [CD]) hat dabei ausser Betracht zu bleiben, da es zum einen nach dem Unfall anfiel und zum anderen lediglich einen kurzen Zeitraum betraf, weshalb nicht als belegt gelten kann, dass es ohne Eintritt des Unfalls überwiegend wahrscheinlich Teil der (hypothetischen) beruflichen Laufbahn gebildet hätte.

5.2 Das zumutbare Invalideneinkommen ist gestützt auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln und dabei auf Tabelle 1 (Privater Sektor) Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen. Zugrunde zu legen sind - wie beim Valideneinkommen - die Zahlen des Jahres 2006. Der Beschwerdeführer wäre in der Lage, seine Restarbeitsfähigkeit in sämtlichen Branchen zu verwerten, weshalb vom allgemeinen Durchschnittslohn aller Branchen auszugehen ist. Aus der LSE 2006 TA 1 Niveau 4 ist für Männer ein Monatssalär von Fr. 4'732.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 56'784.-- basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2006, d.h. auf 41.7 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 59'197.-- ergibt. Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Versicherter, der gesundheitsbedingt lediglich noch leichtere Hilfsarbeiten ausführen kann, seine Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg zu verwerten in der Lage ist. Zudem können weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder

Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 126 V 75). Den vorliegenden Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, welche einen Leidensabzug rechtfertigen würden, zumal der Beschwerdeführer in einer dem Gesundheitsschaden angepassten wechselbelastenden Tätigkeit nicht weiter eingeschränkt ist. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 50'396.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 59'197.-- ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Selbst bei Vornahme eines (hier nicht ausgewiesenen) Leidensabzuges beim Invalideneinkommen von 20%, wie ihn die Invalidenversicherung bei ihrer Rentenbemessung gewährte (vgl. IV-Akten S. 533f gemäss der von der Beschwerdegegnerin eingereichten CD der IV-Stelle St. Gallen), wäre der Rentenanspruch zu verneinen. Eine Bindungswirkung des Unfallversicherers an die Invaliditätsschätzung der IV besteht vorliegend nicht (BGE 133 V 549), zumal die IV der Invaliditätsgrad-Bemessung die nicht unfallkausale psychische bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% (gestützt auf das AEH-Gutachten; UV-act. M65 S. 10f) zugrunde legte (vgl. IV-Akten, CD S. 466-469). Die Einstellung der Invalidenrente per 31. März 2006 ist dementsprechend nicht zu beanstanden.

E. 6

Abzuklären bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Integritätsentschädigung. Die Gutachter der Gutso begründeten im Bericht vom 21. Dezember 2009 einlässlich und überzeugend den durch die unfallkausale Fussverletzung bedingten Integritätsschaden und bezifferten ihn auf 20%. Konkrete Anhaltspunkte, aufgrund welcher diese Einschätzung in Frage zu stellen wäre, werden weder geltend gemacht noch ergeben sich solche aus den Akten. Für die nicht unfallkausalen Gesundheitsschädigungen am Rücken und am linken Knie sowie für die psychischen Beeinträchtigungen kann eine Integritätsentschädigung zum vornherein nicht zur Diskussion stehen. Die Beschwerdegegnerin leistete dem Beschwerdeführer eine vergleichsweise auf der Basis einer Integritätseinbusse von 30% festgesetzte Entschädigung (UV-act. A176), deren Rechtsbeständigkeit sie auch im vorliegenden Verfahren nicht in Frage stellen lässt (act. G 5 S. 9f).

E. 7

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 28. Juli 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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