

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/45 vom 2. August 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2015_45

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/45 du 2 août 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/45 del 2 agosto 2017

Regeste

Art. 18 ff. UVG. Art. 24 UVG. Würdigung medizinischer Berichte. Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses bestanden noch gewisse unfallkausale Restfolgen, der Beschwerdeführer war jedoch angestammt voll arbeitsfähig, weshalb er keinen Rentenanspruch hat. Eine höhere Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen ist nicht ausgewiesen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. August 2017, UV 2015/45).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der UVV in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Hinsichtlich der für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen haben sich indessen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze ohnehin keine relevanten Änderungen ergeben.

E. 2

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Eine Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 24 Abs. 2 UVG mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt. 2.2 Der Unfallversicherer ist nur für Gesundheitsschäden

leistungspflichtig, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Aufgabe des Arztes ist es, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 Nr. 45).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 52 ff. zu Art. 43). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte bzw. Fachärztinnen im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Folgen von Unfällen, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465). Rechtsprechungsgemäss bildet das Datum des streitigen Einspracheentscheids die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1; KIESER, a.a.O., N 99 zu Art. 61). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2009, 8C_447/2009 E. 3.5).

E. 3

3.1 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2015 (Suva-I-act. 192). Diesem liegt die Verfügung vom 3. Juli 2014 zugrunde, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneint, eine Integritätsentschädigung zugesprochen und einen Anspruch auf die orthopädische Schuhversorgung sowie gelegentliche ärztliche Kontrollen anerkannt hat (Suva-I-act. 150).

Bezüglich weiterer Heilungskosten (Physiotherapie, Fitnessabo) verfügte die Beschwerdegegnerin nicht rechtsverbindlich, sondern gab lediglich die diesbezügliche Empfehlung von med. pract. G.____ wieder (vgl. Suva-I-act. 145, 150). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass sie betreffend weitere Heilungskosten nicht auf die Einsprache eintrat und im Einspracheentscheid eine separate Stellungnahme dazu in Aussicht stellte (Suva-I-act. 192). Zu prüfen ist damit vorliegend lediglich ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung. Ein allfälliger Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ist nicht Streitgegenstand. 3.2 Der Fallabschluss bzw. die Prüfung des Rentenanspruchs und des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung per Juli 2014 ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer bestreitet diesen Zeitpunkt denn auch nicht substantiiert. Med. pract. G.____ hielt am 23. Juni 2014 dazu fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei durch weitergehende Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erzielen. Somit dürfe von einem Endzustand ausgegangen werden. Weitere Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen drängten sich auch in Absprache mit dem Beschwerdeführer nicht auf (Suva-I-act. 145, S. 6). Die Tatsache, dass med. pract. G.____ sodann am 18. Februar 2015 befand, bei grosszügiger Beurteilung der Situation könne dem Beschwerdeführer eine Serie Physiotherapie pro Jahr zu Lasten der OSG-Fraktur rechts zugestanden werden (vgl. Suva-I-act. 183), ändert an dieser Einschätzung nichts, zumal die Physiotherapie gemäss Dr. C.____ vor allem der Anpassung und Korrektur des Trainingsprogramms sowie der Steigerung des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Fusses (Suva-I-act. 179) und nicht einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands diene. Zudem hatte Dr. C.____ befunden, eine Weiterführung der physiotherapeutischen Beübung bzw. ein Kraftaufbau sollte intensiviert werden, um trotz des GBS, mithin einer unstreitig unfallfremden Einschränkung (vgl. dazu nachfolgend E. 4), die Beschwerdesymptomatik aufzuhalten bzw. einer verfrühten Arthrose vorzubeugen (Suva-I-act. 133, 144). Demnach war spätestens zum Verfügungszeitpunkt vom 3. Juli 2014 (Suva-I-act. 150) von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der unfallbedingten Folgen (vgl. nachfolgende Erwägungen) keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr zu erwarten. Damals waren auch die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen (vgl. Suva-I-act. 135).

E. 4

Vorab ist abzuklären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu betrachten sind und damit für die Leistungsprüfung betreffend Rente sowie Integritätsentschädigung relevant sind. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im Wesentlichen auf die Beurteilungen der Kreisärztin G.____ (Suva-I-act. 145, 183). Der Beschwerdeführer spricht diesen die Beweiskraft ab und macht auch Vorbehalte gegenüber den Gutachten der PMEDA und der MEDAS geltend (act. G1, G20). 4.1 Der Beschwerdeführer erwähnte gegenüber der Beschwerdegegnerin aktenkundig erstmals am 9. Mai 2013 Rückenbeschwerden und machte sinngemäss geltend, diese seien durch den Unfall vom Dezember 2012 verursacht worden (Suva-II-act. 9, vgl. Suva-I-act. 118). Die Beschwerden machten eine TLIF L4-S1 monopostal links (IV-act. 78-24 f.) sowie eine Infiltration notwendig (IV-act. 78-8). Den Akten ist jedoch kein Zusammenhang der Rückenbeschwerden zum Unfall zu entnehmen. Im Gegenteil wies Dr. med. I.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, KSSG, auf einen Status nach Bandscheibenoperation 2000 hin (IV-act. 70-11, 78-19) und im Bericht des KSSG vom 24. März 2014 wurde die durch den

Zustand nach TLIF L4-S1 mit persistierender Lumboischialgie verursachte Arbeitsunfähigkeit als krankheitsbedingt bezeichnet (IV-act. 72-7). Zudem wurde beim Beschwerdeführer bereits im Januar 2004 eine Diskushernie L4/5 mit Chondrose festgestellt (IV-act. 92-2 f., Suva-I-act. 46-7 ff.). Entsprechend der Einschätzung der Beschwerdegegnerin (Suva-I-act. 124, 149) ist damit nicht bewiesen, dass die Rückenbeschwerden unfallkausal sind. Auch der Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Klinik H.____, vom 5. Februar 2015 ändert an dieser Auffassung nichts, zumal er keinen Hinweis auf einen Zusammenhang mit den Unfällen enthält (vgl. Suva-I-act. 187). Die vom Beschwerdeführer sinngemäss vorgebrachte Formel “post hoc ergo propter hoc“ hat keine beweisrechtliche Bedeutung (UELI KIESER, a.a.O., Art. 4 N 69).

4.2 Die Parteien machen zu Recht nicht geltend, die psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers stünden in Zusammenhang mit den Unfällen vom 17. September 2011 und 11. Dezember 2012. Er litt seit mindestens April 2011, dem ersten stationären Aufenthalt in der Klinik E.____, und somit vor den vorliegend relevanten Unfällen, unter psychischen Problemen (IV-act. 13, anamnestisch erste Beschwerden bereits in den 90er Jahren vgl. IV-act. 70-17). In den anderen psychiatrischen Berichten wurden diese nicht in erster Linie als Folgen der körperlichen Beschwerden diskutiert und die Unfälle wurden, wenn überhaupt, nur am Rande erwähnt (IV-act. 37, 70-16 ff., Suva-I-act. 203-61 ff., act. G20.1). Im Übrigen kann bei banalen Unfällen – wie den vorliegenden – gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6.a.) ohnehin auf Grund der Lebenserfahrung davon ausgegangen werden, dass solche nicht geeignet sind, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen.

4.3 Das bereits 2004 aufgetretene GBS mit residuellen Hypästhesien distal betont an beiden Unterschenkeln und Fingerkuppen (vgl. Suva-I-act. 145, IV-act. 70-13) steht unbestrittenermassen nicht in einem Kausalzusammenhang mit den später geschehenen Unfällen. Auch weitere gesundheitliche Einschränkungen des Beschwerdeführers, insbesondere die PAVK Stadium IIa, die hypertensive und koronare Herzkrankheit mit Status nach inferiorem Myokardinfarkt, die Osteopenie, die diabetische Stoffwechsellage (vgl. Suva-I-act. 145, IV-act. 70-13) sowie die Polyneuropathie (Suva-I-act. 203-52) sind unstrittig nicht unfallkausal.

4.4 Anerkannt werden von der Beschwerdegegnerin hingegen Unfallrestfolgen bezüglich der am 17. September 2011 erlittenen Luxationsfraktur des rechten OSG.

4.4.1 Med. pract. G.____ hielt im Bericht vom 23./27. Juni 2014 über die Abschlussuntersuchung vom 18. Juni 2014 (Suva-I-act. 145) als Restfolge eine leichte bis allenfalls mässige Arthrose fest. Sie begründete, das OSG rechts sei ordentlich beweglich. Es bestehe eine deutliche Druckdolenz über dem Malleolus medialis, weniger über dem Ligamentum deltoideum. Auch über dem Rückfuss-/Mittelfussübergang medial betont und im medialen Fussgewölbebereich sowie über dem Malleolus lateralis und dem Ligamentum longitudinale anterior (LTFA) bestehe eine Druckdolenz. Bei Pronationsbewegungen, weniger bei Supinationsbewegungen, komme es zu einer diskreten Schmerzzunahme. Das am 8. Januar 2014 erstellte Röntgenbild zeige eine regelrechte Artikulation im OSG und einen unwesentlich verschmälerten Gelenkspalt. Relevante degenerative Veränderungen bestünden nicht und es sei eine diskrete Irregularität im Bereich des Malleolus lateralis ersichtlich (Suva-I-act. 145). Dr. med. K.____, Klinik L.____, befand am 10. September 2014, es liege keine signifikante Arthrose im oberen oder unteren Sprunggelenk vor (Suva-I-act. 203-93f.). Dem Bericht von Dr. C.____ vom 9. Januar 2014 sei kein Hinweis auf eine Arthrose des OSG rechts zu entnehmen. Zum später auch von med. pract. G.____ verwendeten Röntgenbild hielt er fest, ossär zeige sich eine leichte

Sprunggelenksvalgusstellung bei jedoch unveränderter Gelenksspaltbildung (Suva-I-act. 133). Am 12. Juni 2014 befand Dr. C.____ nach einer weiteren Röntgenuntersuchung, der Befund sei im Vergleich zur Voraufnahme vom Januar 2014 unverändert (Suva-I-act. 144). Erst am 12. Juni 2015 berichtete Dr. C.____, auf der Röntgenaufnahme vom 10. Juni 2015 erscheine medial der tibiotalare Gelenkspalt im Vergleich zur Voraufnahme verschmälert. Ansonsten sei der Befund unverändert (Suva-I-act. 200). Daraus lässt sich für den Zeitpunkt des Fallabschlusses keine stärker ausgeprägte Arthrose ableiten, als sie von med. pract. G.____ bereits anerkannt wurde, zumal Dr. C.____ den Schweregrad der Arthrose aufgrund der ihm am 10. Juni 2015 bloss als solche erscheinende Verschmälерung des Gelenkspalts nicht festlegte. Der rheumatologische Teilgutachter der MEDAS, Dr. med. M.____, hielt fest, prognostisch sei die Entwicklung einer sekundären Arthrose im oberen Sprunggelenk hoch wahrscheinlich und erkläre zusammen mit der Fehlstatik im Knöchelbereich die bezüglich des rechten OSG angegebenen Beschwerden vollumfänglich (act. G20.1, S. 49). Dabei stützte er sich offensichtlich auf die Röntgenaufnahmen und die Einschätzungen von Dr. C.____, welche wie ausgeführt nicht auf eine stärkere Arthrose schliessen lassen, als sie med. pract. G.____ anerkannte. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdegegnerin (act. G22) ist damit eine zwischen dem Fallabschluss und dem MEDAS-Gutachten eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht ausgewiesen. Eine solche wäre vorliegend insofern ohnehin nicht relevant, als nur der Sachverhalt, wie er sich bis zum Einspracheentscheid entwickelt hat, zu berücksichtigen ist (BGE 121 V 366 E. 1.b; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2009, 8C_447/2009 E. 3.5. 4.4.2 Weiter diagnostizierte med. pract. G.____ einen Knick-Senk-Fuss beidseits, rechts stärker als links (Suva-I-act. 145). Die Ausführungen von Dr. C.____, wonach sich aufgrund des GBS eine deutliche Schwächung der Muskulatur mit einem Unvermögen des korrekten Aufrichtens des Fussgewölbes für die Tibialis posterior Sehne zeige (vgl. Suva-I-act. 133), deuten jedoch auf eine unfallfremde Ursache hin. Gegen eine Unfallkausalität spricht auch der Umstand, dass der Knick-Senk-Fuss beidseits, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, vorliegt (vgl. Suva-I-act. 145, 203-59). Von med. pract. G.____ wurde der Knick-Senk-Fuss rechts hingegen in der Beurteilung vom 23. Juni 2014 unter den Restbeschwerden infolge des Sturzereignisses vom 17. September 2011 genannt (Suva-I-act. 145). Die (Teil-)Kausalität kann letztlich offen gelassen werden, nachdem allfällige diesbezügliche Unfallrestfolgen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind (vgl. nachfolgende E. 5.2).

4.4.3 Der Beschwerdeführer hält das neurologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. N.____ für unbrauchbar, da dieser im Gegensatz zu Dr. K.____ und Dr. med. O.____ unter anderem einen unauffälligen Gang, keine Schonhaltung sowie keinen schmerz-beeinträchtigten klinischen Eindruck festgestellt habe (Suva-I-act. 201). Wie von Dr. O.____ festgehalten, ist das Gangbild wesentlich beeinflusst durch das unfallfremde GBS und die Polyneuropathie (Suva-I-act. 203-95 ff.). Auch Dr. C.____ führte die reduzierte Sensibilität und die Einschränkungen beim Zehenspitzen- bzw. Fersenstand auf das GBS zurück (IV-act. 78-2). Zudem sind entgegen der Kritik der Beschwerdeführers neben der Einschätzung von Prof. N.____ (vgl. Suva-I-act. 203-47 ff.) auch weitere Akten vorhanden, welche ein flüssiges Gangbild ohne Hinken festhalten (vgl. Suva-I-act. 188, Suva-act. 203-53). Demgegenüber beschrieb Kreisarzt Dr. med. P.____ bereits am 22. Dezember 2004, mithin lange vor den vorliegend relevanten Unfällen, ein etwas breitspuriges, leicht tapsiges Gehen sowie weitere Einschränkungen und führte dies auf das GBS zurück (Suva-I-act. 46-9 f.). Unabhängig davon, ob das Gangbild tatsächlich auffällig ist, kann jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich gesagt werden, dass die Ursache dafür in einem der beiden

Unfälle liegt. Die weitere am Gutachten der PMEDA durch den Beschwerdeführer und RAD-Arzt Dr. med. Q.____ geäusserte Kritik ist insoweit für das vorliegende Verfahren irrelevant, als sie sich auf das ohnehin nicht Unfallfolgen betreffende psychiatrische Teilgutachten beziehen (vgl. Suva-I-act. 201, IV-act. 94).

4.4.4 Die orthopädische Teilgutachterin der PMEDA, Dr. med. R.____, diagnostizierte eine unvollständig durchbaute laterale Malleolarfraktur und Fissur im Volkmann'schen Dreieck des rechten Sprunggelenks (Suva-I-act. 203-59). Sie stützte sich dabei auf den Bericht von Dr. K.____ vom 10. September 2014 (Suva-I-act. 203-93 f.). Im Gegensatz dazu hatte Dr. C.____ bereits am 10. April 2012 über eine komplett konsolidierte Fraktur berichtet (Suva-I-act. 69). Dr. C.____ und med. pract. G.____ (Suva-I-act. 133, 144 f.) stellten sodann basierend auf einer Röntgenuntersuchung vom Januar 2014 eine regelrechte Artikulation im OSG, eine leichte Sprunggelenksvalgusstellung bei jedoch unverändertem bzw. nicht wesentlich verschmälertem Gelenkspalt, keine relevanten degenerativen Veränderungen und eine diskrete Irregularität im Bereich des Malleolus lateralis fest. Die Diagnose von Dr. R.____ ist damit nicht nachvollziehbar. Selbst wenn die entsprechende Diagnose zuträfe, wären dem Gutachten keine darauf zurückführenden erhöhten Beschwerden bzw. Einschränkungen und/oder eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen.

4.5 Schliesslich sind weitere allfällige unfallkausale Restfolgen bezüglich der Fibulaköpfchenfraktur vom 11. Dezember 2012 zu prüfen (Suva-II-act. 1, 6).

4.5.1 Med. pract. G.____ erhob diesbezüglich klinisch nur noch eine diskrete Druckdolenz im Bereich des Fibulaköpfchens. Sie stellte am rechten Kniegelenk keine Schwellung, keinen Erguss und keine Rötung fest. Es bestehe eine mässige Druckdolenz über dem Fibulaköpfchen, weniger über dem lateralen und medialen Gelenkspalt (Suva-I-act. 145). Nach Ansicht von Röntgenbildern (vgl. Suva-I-act. 181) hielt sie am 18. Februar 2015 fest, es sei von einer konsolidierten Fibulaköpfchenfraktur auszugehen (Suva-I-act. 183).

4.5.2 Dr. R.____ stellte eine Chondropathia patellae Grad II des rechten Kniegelenks fest. Ein namhaftes Residuum der Fraktur des Fibulaköpfchens sei kernspintomografisch nicht evident (Suva-I-act. 203-59 ff.). Sie stützte sich dabei auf das von Dr. K.____ durchgeführte MRI und dessen Einschätzung (vgl. Suva-I-act. 203-93 f.). Eine signifikante Gonarthrose wurde von Dr. R.____ und Dr. K.____ verneint (Suva-I-act. 203-61, 203-94). Med. pract. G.____ diagnostizierte zwar keine Chondropathie, hielt aber fest, die deutliche Knorpelirregularität retropatellär sowie angedeutet auch im medialen Kompartiment sei als unfallfremder Vorzustand zu interpretieren (Suva-I-act. 183). Eine Chondropathie äussert sich vor allem durch Schmerzen beim Aufrichten aus der Hocke, einem Patellaverschiebeschmerz sowie allenfalls durch eine Kapselschwellung und einen Gelenkerguss (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., S. 373). Selbst wenn eine unfallbedingte Chondropathie vorläge, ist festzuhalten, dass med. pract. G.____ die Schmerzen als Hauptsymptom derselben bei ihrer Beurteilung berücksichtigte (Suva-I-act. 145, 183).

4.6 Die weiteren medizinischen Akten, insbesondere die Gutachten der PMEDA und der MEDAS, schmälern damit die Beweiskraft der Einschätzungen von med. pract. G.____ nicht. Als unfallkausale Restfolgen sind eine leichte bis allenfalls mässige Arthrose des rechten OSG und eine Druckdolenz im Bereich des rechten Fibulaköpfchens festzuhalten. Sollten der anerkannte Knick-Senk-Fuss sowie die Chondropathie (teilweise) unfallbedingt sein, so hätte dies, wie nachfolgend ausgeführt, keinen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Weitere medizinische Abklärungen erscheinen nicht notwendig.

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin verneint einen solchen (Suva-I-act. 192, act. G3, G22), während der Beschwerdeführer sinngemäss eine Invalidenrente von mindestens 50% beantragt (vgl. act. G1, G20). 5.1 Unter Invalidität wird laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). 5.2 Med. pract. G.____ schätzte den Beschwerdeführer in einer wechselbelastenden bzw. überwiegend sitzenden Bürotätigkeit unfallbedingt als voll arbeitsfähig ein (Suva-I-act. 145, 183). Dies ist angesichts der lediglich die untere rechte Extremität betreffenden Unfallrestfolgen, welche sich auf eine sitzende Tätigkeit nicht auswirken, nachvollziehbar und stimmt in somatischer Hinsicht auch mit dem Gutachten der PMEDA überein (Suva-I-act. 203). Eine allfällige psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. act. G20.1, Suva-I-act. 203) ist mangels Unfallkausalität vorliegend unbeachtlich. Dasselbe gilt für die gemäss dem neurochirurgischen Teilgutachten der MEDAS durch das unfallfremde lumbospondylogene Syndrom und die Auswirkungen des GBS bedingte Arbeitsunfähigkeit (act. G20.1, S. 45). Der rheumatologische Teilgutachter der MEDAS schätzte die Arbeitsfähigkeit in einer weitgehend sitzenden Tätigkeit auf 50% (act. G20.1, S. 45). Diese quantitative Einschränkung, selbst bei einer Tätigkeit im Sitzen, ist jedoch auf die unfallfremde Rückenproblematik zurückzuführen (vgl. act. G20.1, S. 48). Dr. C.____ verwies bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung am 8. Juli 2014 (letzte Kontrolle am 12. Juni 2014) auf den Hausarzt. Er hielt immerhin fest, rein sitzende Tätigkeiten und/oder ein Wechsel zwischen Sitzen und Stehen seien dem Beschwerdeführer zu 50% zumutbar. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht nur unfallkausale Einschränkungen, sondern auch einen Status nach TLIF L4-S1 und das GBS festhielt. Rein unfallbedingt wäre somit eine wesentlich höhere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten, womit kein Widerspruch zur Beurteilung von med. pract. G.____ zu erkennen ist (IV-act. 78-1 ff.). Insgesamt ist unfallbedingt somit entsprechend der kreisärztlichen Einschätzung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden bzw. überwiegend sitzenden Tätigkeit auszugehen, was auch der

angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Personalberater entspricht (Suva-I-act. 60, 145, 203-85). 5.3 Ausgehend von einer vollen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit erübrigt sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs, da offensichtlich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 10% resultiert.

E. 6

Der Beschwerde lässt sich kein konkreter Antrag auf eine höhere Integritätsentschädigung entnehmen. Doch selbst wenn man zugunsten des Beschwerdeführers nicht davon ausgehen wollte, dass die Höhe der zugesprochenen Integritätsentschädigung rechtskräftig geworden ist, wäre der Einspracheentscheid auch diesbezüglich nicht zu beanstanden, wie sich nachfolgend ergibt. 6.1 Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 UVV wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). 6.2 Gemäss Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) der Suva ist eine leichte Arthrose nicht entschädigungspflichtig, eine mässige Arthrose des OSG begründet eine Integritätseinbusse von 5-15%. Die Schätzung von med. pract. G. von 7,5% (Suva-act. 146) gestützt auf die vorliegende Fraktur, die radiologische Diagnostik und die von ihr erhobenen Untersuchungsbefunde ist damit nicht zu beanstanden. Eine allfällige zukünftige Verschlimmerung der Arthrose ist nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, so dass eine solche bei der Festlegung der Integritätsentschädigung nicht im Sinne von Art. 36 Abs. 4 UVV angemessen zu berücksichtigen ist. Die weiteren (allenfalls teilweise) unfallkausalen Restfolgen, insbesondere die Chondropathie und der Knick-Senk-Fuss, berechtigen nicht zu einer Entschädigung. Es besteht damit kein Grund, von der kreisärztlichen Beurteilung des Integritätsschadens abzuweichen.

E. 7

7.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2015 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 7.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.