

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/95 vom 21. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_95

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/95 du 21 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/95 del 21 ottobre 2019

Regeste

Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale organische Beschwerden vor, der Beschwerdeführer war aber adaptiert voll arbeitsfähig. Anspruch auf eine leicht höhere Rente sowie eine Integritätsentschädigung in leicht grösserem Ausmass als zugesprochen. Gutheissung der Beschwerde, jedoch kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Oktober 2019, UV 2017/95).

Volltext

Entscheid vom 21. Oktober 2019 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2017/95 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Invalidenrente / Integritätsentschädigung Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.____, dem Einzelunternehmen seiner Ehefrau, tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 29. Juni 2009 befuhr er mit einem Kleinbagger eine aus Schaltafeln erstellte Rampe. Als diese nachgab, wurde der Versicherte vom kippenden Kleinbagger erfasst und zu Boden gedrückt, wo er unter der Kabine zu liegen kam (Suva-act. 2-2, 87). Die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), wo sich der Versicherte vom 29. Juni bis 17. Juli 2009 stationär befunden hatte, listeten in ihrem Austrittsbericht vom 20. Juli 2009 als Diagnosen eine Fraktur des 12. Brustwirbelkörpers (BWK), eine Beckenfraktur mit Os ilium-Fraktur links und Os pubis-Fraktur rechts, eine Lungenkontusion beidseits sowie eine akute Belastungssituation auf. Sie attestierten ihm vom Unfalltag bis zum 7. August 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Der Versicherte hatte sich am 1. Juli 2009 einer dorsalen Spondylodese Th11-L1 sowie einer Beckenosteosynthese unterzogen (Suva-act. 6 f.). Am 9. Dezember 2009 wurde im KSSG eine Osteosynthesematerialentfernung (OSME) der dorsalen Spondylodese Th11-L1 durchgeführt. Die behandelnden Ärzte attestierten dem Versicherten bis zum 23. Dezember 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 24 ff.). Der Versicherte war auch nach diesem Datum weiterhin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Suva-act. 36, 49). Vom 28. Juni bis 19. August 2010 befand sich der Versicherte stationär in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden Ärzte listeten in ihrem Austrittsbericht vom 27. August 2010 als Diagnosen den Unfall vom 29. Juni 2009 sowie eine Anpassungsstörung mit Angst

und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) auf. Bei Austritt hätten noch Flexionsschmerzen im Becken-Hüftbereich links, Bewegungs- und Belastungsschmerzen am Iliosakralgelenk (ISG) links, ein hinkendes Gangbild mit Entlastung rechts bei aktuellem Gehen mit zwei Unterarmgehstützen sowie eine Wetterfühligkeit bestanden. Für die angestammte Tätigkeit als Innenbauausstatter bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 64). Die Einzelfirma der Ehefrau des Versicherten wurde per 31. Dezember 2010 aufgelöst (vgl. Suva-act. 120). Die behandelnden Ärzte des KSSG berichteten am 17. Februar 2011 unter anderem über einen Verdacht auf eine Pseudoarthrose am Os ilium links (Suva-act. 91). Am 3. März 2011 hielt die zuständige Ärztin des KSSG mit Verweis auf ein am 20. Februar 2011 erstelltes CT fest, es scheine im Vergleich zu den Voraufnahmen eine zunehmende Durchbauung stattgefunden zu haben, welche nun mindestens partiell im Bereich der osteosynthetisch versorgten Fraktur an der Ala ossis ilii bestehe. Somit könnte doch das ISG für die Beschwerden verantwortlich sein (Suva-act. 98). Aufgrund eines nicht-seminomatösen Keimzelltumors am Hoden links musste sich der Versicherte am 24. März 2011 einer inguinalen Semicastratio, danach drei Chemotherapiezyklen und am 22. August 2011 einer retroperitonealen Lymphadenektomie unterziehen (Suva-act. 111, 119, 126). Durch eine am 21. Oktober 2011 durchgeführte Infiltration am linken ISG (vgl. Suva-act. 130) konnten die behandelnden Ärzte des KSSG die iliosakrale Region als Schmerzgenerator objektivieren (Suva-act. 132). Vom 14. Dezember 2011 bis 18. Januar 2012 befand sich der Versicherte erneut stationär in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden Ärzte hielten in ihrem Austrittsbericht vom 23. Januar 2012 als Diagnosen den Unfall vom 29. Juni 2009 mit den entsprechenden Verletzungen, einen nicht seminomatösen Keimzelltumor am Hoden links sowie eine Anpassungsstörung mit längerer ängstlich-depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und eine vollständige Remission der psychotraumatologischen Symptomatik fest. Sie erachteten die angestammte Tätigkeit für nicht, eine adaptierte Tätigkeit hingegen für ganztags zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass es sich um einen Endzustand handle (Suva-act. 142). Am 23. November 2012 wurde im KSSG eine Entfernung der Symphysenplatte und aufgrund einer festgestellten medialen Inguinalhernie rechts ein Inguinalhernienrepair beidseits durchgeführt. Die behandelnden Ärzte attestierten dem Versicherten vom 23. November bis 5. Dezember 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 181, 185). Dr. med. C.____, Orthopädie des Spitals D.____, befand am 21. März 2013, es zeige sich keine wesentliche pathologische Veränderung, welche die geklagten Schmerzen im Bereich der Beckenfraktur erklären würde. Aus orthopädischer Sicht sei eine leichte bis sehr leichte Tätigkeit im Rahmen des Zumutbaren. Er sehe keinen Grund für die geschilderten Beschwerden (Suva-act. 197). Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersuchte den Versicherten am 3. April 2013. Tags darauf berichtete er, die Untersuchung sei gekennzeichnet gewesen durch eine erhebliche Malcompliance des Versicherten. Die angegebenen Beschwerden korrelierten nicht mit den Untersuchungsbefunden. Der Versicherte sei für eine adaptierte Tätigkeit ganztags vermittelbar (Suva-act. 203). Die Suva teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 12. April 2013 mit, spätestens ab dem 1. August 2013 sei ihm die volle Arbeitsaufnahme in einer leichten Tätigkeit zumutbar. Sie stelle ihre Taggeldleistungen auf diesen Zeitpunkt ein (Suva-act. 204). Vom 8. April bis 1. Mai 2013 befand sich der Versicherte stationär in den Kliniken Valens. Die Ärzte hielten in ihrem Austrittsbericht vom 17. Mai 2013 als Diagnosen unter anderem eine chronische Schmerzsymptomatik inguinal beidseits sowie eine schmerzbedingte Schwäche des linken Beins fest (Suva-act. 210). Sie attestierten dem

Versicherten für die Dauer des Aufenthalts eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Danach sei er für eine adaptierte Tätigkeit arbeitsfähig. Es sei der Einstieg mit 50% zu empfehlen und dann eine allmähliche Steigerung des Pensums unter Aufsicht des Hausarztes (Suva-act. 223, 234-4 f.). Mit Verfügung vom 1. September 2014 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. August 2013 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 14% zu und verneinte den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 271, vgl. Suva-act. 256). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. A. Fiechter, Widnau, am 26. September 2014 Einsprache (Suva-act. 277, vgl. Suva-act. 294). Er reichte unter anderem den Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 24. September 2014 ein. Dieser hatte über eine durch eine schmerzbedingte Minderinnervation verursachte Schwäche des linken Beins berichtet. Aus seiner Sicht könnten die in die Glutealmuskulatur hineinragenden Verankerungsschrauben für die Schmerzsymptomatik verantwortlich sein (Suva-act. 283). Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin, hatte am 25. September 2014 beurteilt, die aktuellen Beschwerden des Versicherten seien mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die Osteosynthese der Beckenfraktur zurückzuführen (Suva-act. 284). Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, empfahl gestützt darauf am 26. Juni 2015 die Metallentfernung (Suva-act. 303). Mit Schreiben vom 21. Juli 2015 hob die Suva ihre Verfügung vom 1. September 2014 vollumfänglich auf, da der Abschluss der medizinischen Behandlung zu früh erfolgt sei. Sie erachtete die Einsprache vom 26. September 2014 als formlos erledigt (Suva-act. 305). Die Suva forderte den Vertreter des Versicherten sowie Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, am 17. bzw. 25. August 2015 auf, umgehend die Metallentfernung zu veranlassen (Suva-act. 311, 314). Dr. F.____ wies den Versicherten zur Beurteilung der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG zu (Suva-act. 315, 320). Die dort tätigen Dr. med. J.____ und med. pract. K.____ befanden am 1. Oktober 2015, eine Metallentfernung im Bereich der Ala ossis illi wäre möglich und danach wären die Beschwerden gluteal wahrscheinlich besser. Die Beschwerden im Bereich der Glutealmuskulatur am lateralen Oberschenkel links würden durch die Metallentfernung wohl eher nicht beeinflusst (Suva-act. 324). Rechtsanwalt Fiechter kündigte am 23. Oktober 2015 an, eine Zweitmeinung einholen zu wollen, womit sich Dr. H.____ einverstanden erklärte (Suva-act. 325 f.). Nachdem Rechtsanwalt Fiechter über eine weitere ausstehende Untersuchung berichtet hatte (vgl. Suva-act. 331), gewährte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 8. Dezember 2015 dafür eine Frist von 30 Tagen. Sollte er sich gegen die Metallentfernung entscheiden oder den Eingriff weiter hinausschieben, habe er noch Anspruch auf jene Leistungen, die beim erfolgreichen Eingriff anfangs Januar 2016 wahrscheinlich hätten ausbezahlt werden müssen. Konkret wären dies Taggeldleistungen bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% für acht Wochen und von 50% für weitere vier Wochen. Anschliessend würden die Taggelder eingestellt und die Rente erneut geprüft (Suva-act. 332). Dr. med. L.____, Orthopädie M.____, hatte den Versicherten am 7. Dezember 2015 erstmals untersucht (Suva-act. 333). Am 4. Januar 2016 beurteilte er, die zwei Platten am Os ilium links sollten entfernt werden (Suva-act. 334). Rechtsanwalt Fiechter teilte der Suva mit Schreiben vom 5. Januar 2016 mit, der Versicherte sei bereit sich der Operation zu unterziehen (Suva-act. 335). Die Suva forderte Rechtsanwalt Fiechter am 22. Januar 2016 letztmals auf, den Eingriff umgehend zu veranlassen (Suva-act. 336). Nach einem weiteren Untersuch hielt Dr. J.____ am 24. März 2016 fest, die OSME sei technisch sicherlich möglich, er gehe jedoch nach wie vor nicht davon aus, dass der

Versicherte davon wesentlich profitieren werde (Suva-act. 345). Dr. J.____ führte die OSME am Os ilium links am 31. März 2016 durch (Suva-act. 347). Auf Nachfrage der Suva (vgl. Suva-act. 346) äusserte sich Dr. J.____ am 11. April 2016 zur Ursache der Glutealinsuffizienz (vgl. Suva-act. 351). Am 23. Mai 2016 berichtete er, die Operation habe das Beschwerdebild des Versicherten wie erwartet in keinster Weise verbessert. Der Versicherte beschreibe eine störende Anästhesie distal der Operationsnarbe. Eine vollständige Regredienz des anästhetischen Areals könne nicht erwartet werden; dies sei wahrscheinlich zugangsbedingt (Suva-act. 352). Am 9. August 2016 wurde der Versicherte durch Kreisarzt Dr. H.____ untersucht. Dieser befand gleichentags, es bestehe als Folge des Unfallereignisses eine weiterhin glaubhaft geschilderte Beschwerdesymptomatik im Bereich des linken proximalen Oberschenkels bzw. des linken ISG. Ausserdem liege eine leichte Insuffizienz der linken Glutealmuskulatur vor. Vier Monate nach der letzten operativen Versorgung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es zu keiner namhaften Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes des Versicherten mehr kommen werde. Eine adaptierte Tätigkeit sei ihm vollschichtig zumutbar (Suva-act. 366). Den Integritätsschaden schätzte Dr. H.____ auf 14.5% (Suva-act. 367). Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG berichteten am 11. August 2016 über eine Meralgia paraesthetica links seit der OSME am Os ilium links am 31. März 2016 sowie belastungsabhängige, krampfartige, von inguinal nach krural ausstrahlende Schmerzen am linken Bein. Die Sensibilitätsstörung im Bereich des Versorgungsgebietes des Nervus cutaneus femoris lateralis dürfte am ehesten durch die im März 2016 stattgehabte Operation bedingt sein (Suva-act. 368). Mit Verfügung vom 30. August 2016 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. September 2016 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 14% sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 14.5% zu (Suva-act. 370). Dagegen liess der Versicherte am 21. September 2016 Einsprache erheben (Suva-act. 378-2 ff.). Mit Entscheid vom 4. Oktober 2017 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 402). Gegen den Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2017 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Fiechter, die vorliegende Beschwerde vom 6. November 2017. Darin beantragte er, die Invalidenrente sei ab 1. September 2016 angemessen zu erhöhen, mindestens aber auf 60% Erwerbsunfähigkeit, respektive eine 60% Rente. Weiter sei die Integritätsentschädigung aufgrund des Unfalls vom 29. Juni 2009 angemessen zu erhöhen, mindestens aber auf der Basis einer Integritätseinbusse von 30%. Zudem sei die Integritätsentschädigung mit 5% ab 1. August 2013 zu verzinsen. Eventualiter sei ein neutrales orthopädisches Gutachten zu erstellen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Am 23. November 2017 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. G.____ vom 16. November 2017 sowie Berichte des KSSG einreichen (act. G3). Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 23. Januar 2018 die Abweisung der Beschwerde. Der Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2017 sei bezüglich der Integritätsentschädigung zu bestätigen und im Rentenpunkt aufzuheben. Es sei festzustellen, dass dem Beschwerdeführer kein Rentenanspruch zustehe (reformatio in peius). Eventuell sei die Beschwerde abzuweisen und der Einspracheentscheid in allen Punkten zu bestätigen (act. G7). Der Beschwerdeführer liess am 23. Februar 2018 seinen Medikationsplan einreichen (act. G9). In seiner Replik vom 11. April 2018 liess er an seinem Rechtsbegehren festhalten und zusätzlich eventualiter beantragen, es sei ein unabhängiges spezialisiertes arbeitsmedizinisches Gutachten zu erstellen (act. G13). Am 16. Mai 2018 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zur Replik (act. G15). Erwägungen

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) 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, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2009 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie die Höhe der Integritätsentschädigung. 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, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Angesichts der in Erwägung 2.1 ausgeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181, E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanzen als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. 5d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 286, E. 3a). 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange

umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Vorerst ist zu prüfen, welche organisch objektivierbaren Unfallfolgen per 30. August 2016 noch vorhanden waren. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses (Art. 19 Abs. 1 UVG) wurde vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten und ist aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen (vgl. Suva-act. 366). Der Beschwerdeführer entwickelte nach dem Unfall zwar eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) (Suva-act. 64, 142). Diese hatte im Zeitpunkt des Fallabschlusses jedoch unbestritten keine relevanten Auswirkungen mehr auf die Arbeitsfähigkeit. Der 2011 festgestellte Keimzelltumor am Hoden links ist als unfallfremd zu betrachten. Für den vom Beschwerdeführer in seinem Schreiben vom 6. September 2013 hergestellten Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den aufgrund der Unfallverletzungen notwendigen Röntgenaufnahmen (vgl. Suva-act. 232) liegen keine Belege vor. In den medizinischen Akten finden sich keine Hinweise auf einen möglichen Kausalzusammenhang und auch der Beschwerdeführer brachte einen solchen im weiteren Verfahren nicht mehr vor. Der Beschwerdeführer erlitt bei seinem Unfall vom 29. Juni 2009 eine BWK12-Fraktur, eine Beckenfraktur mit Os ilium-Fraktur links und Os pubis-Fraktur rechts sowie eine Lungenkontusion beidseits (Suva-act. 6). Bezüglich der Lunge ist entsprechend der Beurteilung von Dr. H.____ vom 9. August 2016 von einer vollständigen Ausheilung auszugehen, obwohl der Beschwerdeführer ihm gegenüber berichtet hatte, gelegentlich bei Atemnot einen kortisonhaltigen Spray applizieren zu müssen (Suva-act. 366-8). Den weiteren medizinischen Akten sowie den Eingaben des Beschwerdeführers sind keine bei Fallabschluss noch bestehenden Beeinträchtigungen der Lunge zu entnehmen. Auch bezüglich der Wirbelsäule bestanden im relevanten Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine erheblichen Beschwerden mehr. Der zuständige Arzt der Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie der Klinik N.____ berichtete zwar am 22. September 2010 noch über eine therapieresistente Lumboischialgie linksseitig bei Status nach Polytrauma mit Wirbelsäulenfrakturen und anschliessender Spondylodese Th11 bis L1. Er führte aber aus, durch die konservative Therapie habe sich die Situation in Bezug auf die Rückenschmerzen deutlich verbessert. Der Versicherte beklage keine lumbalen Beschwerden bei Status nach Spondylodese und anschliessender Metallentfernung (Suva-act. 66). Bereits damals, wie auch in den nachfolgenden Berichten, standen die Beschwerden im Zusammenhang mit der Beckenfraktur im Vordergrund (vgl. u.a. Suva-act. 91, 142, 203, 210, 283). Spätestens anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. April 2013 klagte der Beschwerdeführer nicht mehr über Rückenschmerzen (vgl. Suva-act. 203). Dr. H.____ führte am 9. August 2016 aus, die Wirbelsäulenfraktur sei nach operativer Versorgung und Metallentfernung

komplikationslos verheilt. Auch die degenerativ vorgeschädigte Lendenwirbelsäule sei klinisch vollkommen unauffällig und funktionell frei beweglich (Suva-act. 366). Damit kann offenbleiben, inwiefern der bereits vor dem Unfall vom 29. Juni 2009 erlittene Bandscheibenvorfall (vgl. Suva-act. 231) die Beschwerden im Bereich des Rückens verursacht hatte. Bezüglich der Beckenfraktur hielt Kreisarzt Dr. H.____ am 9. August 2016 fest, es bestehe als Folge des Unfallereignisses eine weiterhin glaubhaft geschilderte Beschwerdesymptomatik im Bereich des linken proximalen Oberschenkels bzw. des linken ISG bei objektivierbarem Schonverhalten des linken Beines in Form einer Atrophie der linken Oberschenkelmuskulatur im Vergleich zur Gegenseite und einer deutlichen Atrophie des Musculus tensor fasciae latae links. Weiterhin bestehe eine leichte Insuffizienz der linken Glutealmuskulatur, die sich im Vergleich zu den Voruntersuchungen in den letzten Jahren jedoch deutlich gebessert habe. Die beklagte Beschwerdesymptomatik korreliere mit der posttraumatischen Störung der Bewegungskette und einer beginnenden bis fortgeschrittenen Arthrose des linken ISG nach osteosynthetischer Verblockung und konsekutiver Blockierung (Suva-act. 366-8). Der Beschwerdeführer beklagt darüber hinaus Beschwerden im Zusammenhang mit der am 31. März 2016 durchgeführten OSME am Os ilium links, insbesondere eine völlige Gefühlslosigkeit im Aussenbereich des linken Oberschenkels. Er sei von der Beschwerdegegnerin zum Eingriff gedrängt worden, obwohl die Erfolgschancen gering gewesen seien (act. G1). Ausschlaggebend sind grundsätzlich weder die Beweggründe des Eingriffs, noch dessen Erfolgschancen, sondern einzig allfällige im relevanten Zeitpunkt noch bestehende operationsbedingte Beschwerden. Dennoch ist festzuhalten, dass Dr. F.____ und Dr. G.____ die in die Glutealmuskulatur hineinragenden Verankerungsschrauben als mögliche Ursache der Schmerzsymptomatik eruierten (Suva-act. 283 f.). Nachdem auch Dr. H.____ sich für die seiner Ansicht nach zumutbare OSME ausgesprochen hatte (Suva-act. 303), forderte die Suva den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sowie den behandelnden Hausarzt wiederholt zu einer zeitnahen Abklärung und Durchführung einer OSME auf (vgl. Suva-act. 311, 314, 332). Dr. L.____ empfahl am 4. Januar 2016 die OSME (vgl. Suva-act. 334). Selbst Dr. J.____ und med. pract. K.____ hatten am 1. Oktober 2015 noch befunden, nach der OSME wären die Beschwerden gluteal wahrscheinlich besser. Die Beschwerden im Bereich der Glutealmuskulatur am lateralen Oberschenkel links würden wohl eher nicht beeinflusst (Suva-act. 324). Erst am 24. März 2016 äusserte Dr. J.____ grundsätzliche Zweifel an den Erfolgschancen der OSME. Er hielt jedoch fest, der Beschwerdeführer habe nach eingehender Besprechung den Eingriff gewünscht, so dass die entsprechende Indikation gestellt werde (Suva-act. 345, betreffend Einverständnis des Beschwerdeführers vgl. auch Suva-act. 335). Von einem "unter Druck setzen" durch die Beschwerdegegnerin zu einer nicht erfolgsversprechenden Operation kann damit nicht gesprochen werden. Dr. J.____ berichtete am 23. Mai 2016 über eine störende Anästhesie distal der Operationsnarbe. Eine vollständige Regredienz des anästhetischen Areals könne nicht erwartet werden, dies sei wahrscheinlich zugangsbedingt (Suva-act. 352). Auch die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG hielten am 11. August 2016 eine Meralgia paraesthetica links seit der OSME fest. Die Sensibilitätsstörung im Bereich des Versorgungsgebiets des Nervus cutaneus femoris lateralis dürfte am ehesten durch die im März 2016 durchgeführte Operation bedingt sein (Suva-act. 368). Dr. H.____ konnte bei seiner Beurteilung vom 9. August 2016 noch keine Kenntnis vom letztgenannten Bericht des KSSG haben. Er berücksichtigte die geschilderte Symptomatik jedoch insofern, als er eine circa handteller-grosse Hypästhesie distal der schräg über dem Beckenkamm verlaufenden Narbe festhielt und insgesamt von

einer glaubhaft geschilderten Beschwerdesymptomatik im Bereich des linken proximalen Oberschenkels bzw. des linken ISG sprach (Suva-act. 366-6, 366-8). Er trug den Beschwerden damit genügend Rechnung. Zusammenfassend waren im Zeitpunkt des Fallabschlusses als unfallkausale Folgen Beschwerden im Bereich des linken proximalen Oberschenkels bzw. des linken ISG mit Schonverhalten des linken Beines in Form einer Atrophie der linken Oberschenkelmuskulatur sowie einer deutlichen Atrophie des Musculus Tensor fasciae latae links, eine leichte Insuffizienz der linken Glutealmuskulatur und die erwähnte Hypästhesie vorhanden. Diese von Dr. H.____ in Kenntnis der Vorakten beschriebenen Beschwerden stimmen im Wesentlichen mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte überein (Suva-act. 352, 368, act. G3.1, G13.6). Weiter ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden zu beurteilen. Die vor dem Unfall ausgeübte angestammte Tätigkeit als Innenbauausstatter ist dem Beschwerdeführer unbestritten nicht mehr zumutbar. Kreisarzt Dr. H.____ beurteilte am 9. August 2016, eine adaptierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer vollschichtig zumutbar (Suva-act. 366). Bereits am 23. Januar 2012 hatten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Bellikon eine adaptierte Tätigkeit für ganztags zumutbar erachtet (Suva-act. 142). Dr. C.____ sowie Kreisarzt Dr. E.____ waren am 21. März bzw. 4. April 2013 gleicher Meinung gewesen (Suva-act. 197, 203). Die behandelnden Ärzte der Kliniken Valens hatten in ihrem Austrittsbericht vom 17. Mai 2013 einen Einstieg mit einem 50%-Pensum empfohlen, gingen dann aber von einer allmählichen Steigerung des Pensums unter Aufsicht des Hausarztes aus (Suva-act. 223, 234-4 f.). Ausser der Einschätzung von Dr. H.____ sind keine zeitnah zum Einstellungszeitpunkt erstellten ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen aktenkundig. Dr. J.____ und med. pract. K.____ hatten am 1. Oktober 2015 (vor der OSME) festgehalten, der Beschwerdeführer wünsche sich, dass er wieder zu 70% arbeiten könne und möchte auf keinen Fall eine "100%-Rente". Eine eigene Schätzung der Arbeitsfähigkeit nahmen sie jedoch nicht vor (vgl. Suva-act. 324). Den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Berichten ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer weiterhin in ärztlicher Behandlung (im Sinne von Kontrolluntersuchen) befindet. Eine konkrete Arbeitsfähigkeitsschätzung findet sich darin jedoch nicht (vgl. act. G3.1 f., 13.1, 13.6). Die zuständigen Ärzte des KSSG hielten am 1. Februar 2018 erneut fest, aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik sei aus Sicht des Beschwerdeführers eine Arbeitsfähigkeit von 100% nicht möglich, am ehesten ca. 70%. Die Ärzte äusserten sich nicht selbst zur Arbeitsfähigkeit, sondern befanden, zu einer genauen Beurteilung wäre ein spezialisiertes arbeitsmedizinisches Gutachten nötig (act. G13.6). Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeschrift zwar geltend machen, er sei auch in einer adaptierten Tätigkeit nur noch maximal zu 50% arbeitsfähig. Diese - selbst den erwähnten eigenen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit von 70% widersprechende - Aussage belegt er jedoch nicht mit ärztlichen Berichten (vgl. act. G1, S. 4 f.). Zusammenfassend ist entsprechend der überzeugenden Beurteilung der Kreisärzte von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Mit dem Zumutbarkeitsprofil (wechselbelastende, leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit; keine Zwangshaltungen der Wirbelsäule oder Tragen von Lasten über 15kg; kein repetitives Steigen auf Leitern, Treppen oder Gerüste sowie andere absturzgefährdete Bereiche; kein repetitives Arbeiten auf unebenem Untergrund oder in widrigen Witterungsverhältnissen; vgl. Suva-act. 366-8) trug Dr. H.____ den Einschränkungen des Beschwerdeführers, insbesondere auch der lokalen Gefühlslosigkeit, genügend Rechnung. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit. Basierend auf einer

Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1). Der Beschwerdeführer hatte in seinem Heimatland eine Verkäuferlehre absolviert, arbeitete danach jedoch nur kurzzeitig in diesem Beruf. Ab 1992 war er als ungelernter Handwerker bzw. Bauarbeiter beschäftigt (vgl. Suva-act. 21). Zuletzt war er von 2007 bis 2009 für die auf den Namen seiner Ehefrau eingetragene Einzelunternehmung im Bereich Raumausstattung tätig (Suva-act. 21, 241). Von Januar 2009 bis zu seinem Unfall vom 29. Juni 2009 erhielt er aufgrund eines Bandscheibenvorfalles Taggelder seiner Krankenversicherung (vgl. Suva-act. 231-2, 240), so dass der 2009 erzielte Verdienst für die Festsetzung des Validenlohns nicht massgeblich sein kann. Die Beschwerdegegnerin hatte erhebliche Schwierigkeiten, die relevanten Unterlagen bezüglich des Verdienstes des Beschwerdeführers bei der B.____ erhältlich zu machen (vgl. Suva-act. 240 ff.). Als diese schliesslich eingingen, wies die Beschwerdegegnerin an einem Gespräch vom 6. März 2014, an welchem unter anderem der Beschwerdeführer und der Treuhänder der Einzelunternehmung teilnahmen, zu Recht auf diverse Ungereimtheiten hin (vgl. Suva-act. 247). So hatten die Parteien eine Lohnvereinbarung von Fr. 65'000.-- unterzeichnet und für das Jahr 2008 deklarierte der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin ein Einkommen in dieser Höhe (Suva-act. 236, 241-7). Dies weicht aber von den weiteren Angaben ab. Im aktenkundigen Arbeitsvertrag vom 28. Februar 2007 wurde ein Lohn von Fr. 4'800.-- monatlich mal 12 Monate, entsprechend einem Jahreslohn von Fr. 57'600.--, vereinbart (act. G15.2). Auf den Erfolgsrechnungen 2007 bzw. 2008 sind Löhne und Gehälter von lediglich Fr. 17'902.55 bzw. Fr. 7'113.80 aufgeführt (act. G15.3 f.). Auf dem IK-Auszug findet sich sodann für das Jahr 2007 ein Betrag von Fr. 10'987.--, für das Jahr 2008 fehlt ein Eintrag (vgl. Suva-act. 200). Lohnabrechnungen wurden anscheinend nicht erstellt (vgl. Suva-act. 247). Im Bericht über das erwähnte Gespräch vom 6. März 2014 sind weitere abweichende Lohnangaben und Ungereimtheiten erwähnt, welche sich anhand der vorhandenen Akten nur teilweise nachvollziehen lassen (Suva-act. 247). Es fehlt damit an einer repräsentativen Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens, weshalb es sich rechtfertigt, auf die Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Männer, abzustellen. Der von der Beschwerdegegnerin angenommene Lohn für das Jahr 2007 von Fr. 57'600.-- (vgl. Suva-act. 250) ist nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 4 N 46 ff.). Da dem Beschwerdeführer wie im Validenfall Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf die LSE, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Männer, zu bestimmen. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig

benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Wie Kreisarzt Dr. H.____ festhielt, hat der Beschwerdeführer qualitative Einschränkungen (vgl. E. 4, Suva-act. 366) und es ist von der Notwendigkeit einer gewissen erhöhten Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers auszugehen. Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E 3.1.2). Es rechtfertigt sich damit, den Tabellenlohnabzug auf 15% festzusetzen. Für einen weitergehenden Abzug - wie vom Beschwerdeführer beantragt (act. G1, G13) - besteht keine Grundlage, zumal er weiterhin in einem Vollzeitpensum tätig sein kann und bei einer Hilfsarbeitertätigkeit eine fehlende Ausbildung nicht von Relevanz ist (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2017, 8C_771/2016, E. 5.2.2). Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten und unter Berücksichtigung eines 15%igen Tabellenlohnabzugs resultiert im Rahmen eines Prozentvergleichs ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 15%. Weiter ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer eine solche basierend auf einem Integritätsschaden von 14.5% zu (Suva-act. 367, 402). 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). Dr. H.____ führte am 9. August 2016 mit Verweis auf die Suva-Tabelle 2 "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten" aus, eine Lähmung der Glutealnerven werde mit 10% bewertet. Die vorliegende klinische Situation entspreche unter analoger Betrachtung einer partiellen Schädigung der Glutealnerven und sei mit 7.5% zu bewerten. Die bereits eingetretene posttraumatische Arthrose des linken ISG werde gemäss Tabelle 5 "Integritätsschaden bei Arthrosen" bei persistierender Störung der Bewegungskette und Funktionsbeeinträchtigung ebenfalls mit 7.5% bewertet (Suva-act. 367). Während diese Einschätzung überzeugend ist, unterlief Dr. H.____ bei der Bemessung des Gesamt-Integritätsschadens offenbar ein Rechnungsfehler. So kam er zum Schluss, es liege ein Integritätsschaden von 14.5% vor, wobei richtigerweise ein solcher von 15%

(7.5% + 7.5%) resultieren müsste (vgl. Suva-act. 367). Der Beschwerdeführer beanstandet die Schätzung von Dr. H. ___ nicht grundsätzlich, macht jedoch geltend, die zugesprochene Integritätsentschädigung werde seinen Schmerzen und Beeinträchtigungen im Alltagsleben nicht gerecht. Vor allem die Gefühlslosigkeit in einem sehr hohen Umfang im Bereich des linken Oberschenkels stelle eine permanente Gefährdung für nicht bemerkte Verletzungen und Folgeschäden dar. Zudem führten die Unfallverletzungen zu einem gestörten Gangbild, er könne sich nur hinkend fortbewegen (act. G1). In seiner Replik brachte er sodann vor, es bestehe eine schwere Instabilität beim Gehen unter starken Dauerschmerzen, ausgehend von der erfolglosen Operation im Hüftbereich. Aufgrund dieser Gleichgewichtsstörung sei mit Verweis auf Suva-Tabelle 14 ein Integritätsschaden von 7.5% ausgewiesen (act. G13). Der erwähnten Tabelle 14 "Integritätsschaden bei Störungen des Gleichgewichtssystems" ist bei leichten objektivierbaren pathodiagnostischen Systembefunden in Abhängigkeit der subjektiven Beschwerden eine Integritätsentschädigung zwischen 5 und 20% zu entnehmen. Die Tabelle bezieht sich auf durch Schwindel bedingte Gleichgewichtsstörungen und andere Störungen des Gleichgewichtsfunktionssystems (abrufbar unter <https://www.suva.ch/de-CH/material/Dokumentationen/tabelle-14-integritaetsschaden-bei-stoerungen-des-gleichgewichtssystems>, abgerufen am 6. September 2019). Solche sind beim Beschwerdeführer weder medizinisch ausgewiesen, noch macht er selbst solche Störungen geltend. Die Tabelle 14 ist damit vorliegend nicht anwendbar und es besteht auch keine andere Grundlage für die Zusprache einer Integritätsentschädigung bezüglich der geltend gemachten Instabilität. Weiter lässt der Beschwerdeführer vorbringen, die Ausfallerscheinungen im Bereich der Beine, herrührend von der Beckenverletzung mit beschädigten Nerven sowie von der fehlgeschlagenen Operation im Beckenbereich sei vergleichbar mit einem Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen. Er habe einen Beckenbruch erlitten, der mit Fixationen einerseits sowie mit der Entfernung derselben andererseits mit einem völlig unbefriedigenden Ergebnis behandelt worden sei. Er leide unter Dauerschmerzen, auch in Ruhestellung und nachts. Die Fraktur unterhalb der Lendenwirbelsäule mit den aktuellen Auswirkungen auf die Schmerzen und auf die Fortbewegung sei mit einer schweren Wirbelsäulenaaffektion gleichzusetzen, was gemäss Suva-Tabelle 7 eine Integritätsentschädigung von 25% (Mittelwert) rechtfertige (act. G13). Beim Beschwerdeführer lag eine BWK12-Fraktur vor, welche eine Spondylodese nötig machte (vgl. Suva-act. 6 f.). Wie in Erwägung 3.2 ausgeführt, lagen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung jedoch keine nennenswerten Beschwerden bezüglich der Wirbelsäule mehr vor. Die vorgebrachten Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Beckenbruch sind nicht mit einer Wirbelsäulenaaffektion gleichzusetzen. Unter diesen Voraussetzungen sieht die erwähnte Tabelle 7 "Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen" keine Integritätsentschädigung vor (abrufbar unter <https://www.suva.ch/de-CH/material/Dokumentationen/tabelle-07-integritaetsschaden-bei-wirbelsaeulenaaffektionen>, abgerufen am 6. September 2019). Zusammenfassend rechtfertigt sich kein über die - um den Rechenfehler korrigierte - Schätzung von Dr. H. ___ von 15% hinausgehender Integritätsschaden. Schliesslich lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die Integritätsentschädigung sei ab 1. August 2013 mit 5% zu verzinsen. Er lässt diesbezüglich ausführen, die Beschwerdegegnerin habe ihm ursprünglich ab 1. August 2013 eine Rente von 14% zugesprochen. Somit hätte bereits zu jenem Zeitpunkt auch über die Integritätsentschädigung verfügt werden können, weshalb ab jener Verfügung ein Zins von 5% zu leisten sei (act. G1). Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. September 2014 mit Wirkung ab 1. August 2013 eine Invalidenrente bei

einem Invaliditätsgrad von 14% zu und verneinte einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 271). Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht geltend macht (act. G7), stellte sich heraus, dass der medizinische Endzustand noch nicht erreicht war, weshalb sie ihre Verfügung mit Schreiben vom 21. Juli 2015 vollumfänglich aufhob und weiter Taggelder ausrichtete (vgl. Suva-act. 305). Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 24 Abs. 2 UVG mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt. Folglich wurde die Integritätsentschädigung korrekterweise erst nach dem Fallabschluss mit der Verfügung vom 30. August 2016 festgelegt (Suva-act. 370). Damit besteht keine Verzugszinspflicht im Sinne von Art. 26 Abs. 2 ATSG. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2016 eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 15% sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 15% zuzusprechen ist. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistungen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei grundsätzlich Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Vorliegend hat der Beschwerdeführer jedoch nur zu einem sehr geringen Teil (Invaliditätsgrad von 15% statt 14% und Integritätsschaden von 15% statt 14.5%) obsiegt. Es rechtfertigt sich daher nicht, die Beschwerdegegnerin zur Bezahlung einer Parteientschädigung zu verpflichten. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird gutgeheissen und der Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2017 aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab 1. September 2016 eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 15% auszurichten. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 15% auszurichten. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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