

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00139 vom 30. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00139

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00139 du 30 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00139 del 30 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1965 geborene A. ___ war für die B. ___ AG als Bauarbeiter/Gruppenführer tätig und daher bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 9/1, 9/18, 9/22). Daneben war er nebenberuflich als Reiniger/Hauswart zweier Liegenschaften tätig (Urk. 9/50). Am 16. September 2007 kollidierte er als Lenker eines Motorrads mit einem entgegenkommenden Personenwagen, welcher nach links in einen Parkplatz abbog, und zog sich multiple Verletzungen, namentlich Frakturen zu. Der Versicherte wurde von der Sanität ins Spital C. ___ eingeliefert; noch am selben Tag wurde er ins Spital D. ___ zur weiteren Versorgung verlegt (Urk. 9/2, 9/16, 9/17, 9/20, 9/21, 9/23, 9/67). Vom 9. Oktober bis 15. November 2007 fand eine stationäre Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik E. ___ statt (Urk. 9/32). Am 9. April 2008 wurde der Versicherte von Kreisarzt Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, untersucht (Urk. 9/69). Während des Aufenthalts im Spital D. ___ vom 21. bis 24. Mai 2008 wurde das Osteosynthesematerial an der Hand links und der Patella rechts entfernt (Urk. 9/91). Mit einem weiteren operativen Eingriff wurde am 18. November 2008 eine perkutane Verschraubung einer Pseudarthrose im rechten Acetabulum vorgenommen (Urk. 9/122). Am 21. April 2009 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt (Urk. 9/139). Nach Vorliegen weiterer Röntgenbilder ergänzte Kreisarzt Dr. F. ___ am 16. Juni 2009 den Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 21. April 2009 (Urk. 9/160) und nahm die Beurteilung des Integritätsschadens vor (Urk. 9/159). Am 19. Oktober 2009 wurde die SUVA vom Haftpflichtversicherer der Unfallverursacherin orientiert, dass der Versicherte observiert worden sei; die Ergebnisse der Überwachung würden zeigen, dass die geklagten Beschwerden nicht mehr vorlägen und nur noch bei medizinischen Untersuchungen demonstriert würden (Urk. 9/169). In der Folge wurden die Observationsakten (Urk. 9/171) dem Kreisarzt vorgelegt, welcher dazu am 23. November 2009 Stellung nahm und das Zumutbarkeitsprofil revidierte (Urk. 9/178). Am 11. Januar 2010 nahm Dr. F. ___ sodann Stellung zur Frage der Zumutbarkeit einer adaptierten Nebenbeschäftigung (Urk. 9/190). Die SUVA übernahm die Kosten der Heilbehandlung und richtete für den entstandenen Erwerbsausfall Taggeldleistungen aus.

1.2. Mit Verfügung vom 22. Januar 2010 sprach die SUVA dem Versicherten für die verbliebene unfallbedingte Beeinträchtigung mit Wirkung ab 1. Februar 2010 eine auf einem Invaliditätsgrad von 26 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 99'593.-- beruhende Invalidenrente von monatlich Fr. 1'776.35 sowie eine auf einer Integrit tseinbusse von 25 % beruhende Integritätsentschädigung von Fr. 26'700.-- zu (Urk. 9/199).

Die dagegen gerichtete Einsprache des Versicherten vom 18. Februar 2010 (Urk. 9/205) wurde von der SUVA mit Entscheid vom 7. April 2010 abgewiesen (Urk. 2 [= 9/208]).

E. 1.3

1.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.3.2 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.4

1.4.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

1.4.2 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit

des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung der verbliebenen unfallbedingten Beeinträchtigungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massgebend auf die Einschätzungen des Kreisarztes Dr. F. Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, den medizinischen Akten könne entnommen werden, dass der Beschwerdeführer nicht durch die Folgen des Unfalls im Bereich des rechten Beines, der rechten Hand und des linken Armes, sondern auch durch unfallfremde Beschwerden, nämlich eine reduzierte Sehkraft des rechten Auges seit Kindheit sowie durch eine Adipositas beeinträchtigt sei. Daneben leide er auch unter psychischen Beschwerden. Da bloss das Kriterium der besonderen Begleitumstände gegeben sei, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis, welches als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren sei, zu verneinen. Die SUVA sei somit nur für die unfallbedingten Beschwerden am rechten Bein, an der rechten Hand und am linken Arm leistungspflichtig. Auf die kreisärztliche Beurteilung der Zumutbarkeit einer adaptierten Tätigkeit könne abgestellt werden, beruhe diese doch auf eingehenden Untersuchungen und berücksichtige sämtliche relevanten Akten und Röntgenbilder. Dabei habe sich der Kreisarzt auch eingehend mit dem Observationsmaterial auseinandergesetzt. Auf die Einschätzung des behandelnden Facharztes könne dagegen mangels Schlüssigkeit nicht abgestellt werden. Mit einer den Unfallfolgen angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer ein Haupterwerbseinkommen von mindestens Fr. 61'184.-- und ein Nebenerwerbseinkommen von Fr. 8'841.-- erzielen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 93'210.-- resultiere eine Erwerbsunfähigkeit von 24,87 %; die Zusprache einer auf einem Invaliditätsgrad von 26 % beruhenden Invalidenrente sei somit als entgegenkommend zu betrachten. Schliesslich wurde im angefochtenen Entscheid ausgeführt, dass die kreisärztliche Schätzung des Integritätsschadens auf 25 % ebenfalls nicht zu beanstanden sei (Urk. 2).

2.2. Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, die ihn behandelnden Ärzte würden von einer wesentlich stärkeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und einem wesentlich höheren Integritätsschaden ausgehen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin habe der Kreisarzt nicht begründet, weswegen er nach Durchsicht des Observationsmaterials zu einem anderen Zumutbarkeitsprofil gelange. Entsprechend sei nicht auf seine Einschätzung, sondern auf diejenige des behandelnden Arztes Dr. med. H. abzustellen. Schliesslich seien auch die psychischen Beschwerden zu berücksichtigen; da ein HWS-Distorsionstrauma vorliege, sei die Adäquanzbeurteilung nach den dafür geltenden Kriterien vorzunehmen (Urk. 1).

E. 3.1

3.1.1. Im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 21. April 2009 führte Dr. F. aus, eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung sei dokumentiert. Zu allfälligen unfallbedingten psychischen Störungen äussere er sich im Übrigen nicht, da dies Sache eines entsprechenden Facharztes wäre. Immerhin negiere der zuletzt beigezogene Psychiater die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung und befürworte einen raschen Fallabschluss auf rein somatischer Basis. Weiter hielt Dr. F. zur Situation an der rechten unteren Extremität fest, der Versicherte habe eine

schwere Beckenringverletzung erlitten, im Vordergrund seien eine Acetabulumfraktur rechts und eine Sprengung des ISG gewesen. Diese Verletzung habe man konservativ behandelt, die Patellaquerfraktur rechts sei mittels Zuggurtungsosteosynthese versorgt worden, die Metallentfernung habe man am 21. Mai 2008 durchgeführt. Wegen einer Pseudarthrose im Bereich der Fraktur am vorderen Acetabularpfeiler rechts sei am 18. November 2008 eine perkutane Verschraubung vorgenommen worden. Bei der Kontrolle am 7. Januar 2009 sei der behandelnde Arzt aufgrund der Röntgenbilder von einem zunehmenden Frakturdurchbau ausgegangen, die Beschwerden seien aber unverändert gewesen, als einzige Therapieoption sei ein alloplastischer Hüftgelenkersatz rechts angegeben worden. Heute klagt der Versicherte über ausgeprägte Schmerzen in der rechten Leiste sowie in der Glutealregion rechts, ebenso über einen anterioren Knieschmerz rechts. Der Versicherte hoffe, dass in den wärmeren Monaten die Beschwerden etwas zurückgehen würden, da er dies während eines Aufenthalts in Venezuela bei warmem Wetter erfahren habe. Klinisch sei die Beweglichkeit in Hüfte und Knie rechts eingeschränkt, objektiv müsse von einer posttraumatischen Arthrose in der rechten Hüfte und dem rechten Knie ausgegangen werden. Dies erkläre belastungsabhängige Schmerzen in Hüfte und Knie; trotzdem müsse angemerkt werden, dass die Angabe massiver glutealer Beschwerden bei Untersuchungen des rechten Beines medizinisch nicht recht erklärbar sei. Aktuell bestehe keine Therapieoption, insbesondere wäre durch einen alloplastischen Hüftgelenkersatz rechts die Beschwerdesituation kaum zu verbessern. Die Belastbarkeit des rechten Beines sei durch die Verletzungen im Hüft- und Kniebereich deutlich eingeschränkt, dies werde beim Zumutbarkeitsprofil zu berücksichtigen sein. Weiter führte Dr. F. ___ aus, die extraartikuläre Radiusfraktur links sowie die mehrfragmentäre Basisfraktur am Os metacarpale I links seien osteosynthetisch versorgt worden, die volare Platte am distalen Radius links sei noch in situ. Am Metacarpale I sei die Metallentfernung am 21. Mai 2008 durchgeführt worden. Am 11. November 2008 sei der Versicherte durch den Handchirurgen Dr. I. ___ fachärztlich beurteilt worden; dieser habe konsolidierte Frakturen festgestellt, am Radius aber eine aufgehobene Volarkippung der distalen Radiusgelenkfläche mit diskreter Ulnarverlängerung, jedoch keine radiocarpale Arthrose und kein Impaction-Syndrom beschrieben. Radiologisch würden zwar wulstförmige Hüftknochenbildungen am Daumensattelgelenk und am Os trapezium bestehen. Die Sensibilitätsstörung sei als nicht mehr erheblich einschränkend beurteilt worden. Dr. I. ___ habe bezüglich linker Hand ein Zumutbarkeitsprofil formuliert, welches zu berücksichtigen sei, allerdings ohne die Einschränkung für Ankerkopparbeiten, da der Versicherte keine Verletzungen von Oberarm oder Schultergürtel erlitten habe und die Rippenfrakturen folgenlos abgeheilt seien. Angesichts der heutigen Kraftmessung erscheine auch die Belastungsangabe in Kilogramm zu tief. Von einer Metallentfernung am linken Vorderarm habe Dr. I. ___ abgeraten (Urk. 9/139 S. 6 f.). Der Kreisarzt fuhr fort, der aktuelle Zustand des Versicherten sei seit einigen Monaten stabil, insbesondere dürfte gut fünf Monate nach der perkutanen Verschraubung der Pseudarthrose des vorderen Acetabularpfeilers rechts nicht mehr mit einer Verbesserung gerechnet werden. Im somatischen Bereich sei dadurch der versicherungstechnische Abschluss möglich. Bezüglich der Verletzungen im Bereich von Becken, Hüfte und Knie rechts sowie am linken Handgelenk und am Daumenstrahl links ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil: Vollzeitig zumutbar sei eine wechselbelastende, überwiegend im Sitzen zu leistende Arbeit. Die Belastbarkeit der linken, dominanten Hand sei dabei auf 15 kg beschränkt,

die dominante rechte Hand könne ohne Einschränkungen eingesetzt werden. Nicht zumutbar sei ein dauerndes Sitzen und eine fixierte Sitzposition, insbesondere wenn dabei eine Hüftflexion von 90° eingehalten werden müsse; günstig sei hingegen eine Arbeit überwiegend im Sitzen mit einem hohen Stuhl oder mit der Möglichkeit, das Gesäss auf einem Hocker abzustützen. Intermittierend Aufstehen und Herumgehen sei günstig, dabei dürften aber nur kurze Gehleistungen bis 30 m häufiger gefordert werden und Zusatzbelastungen seien auf 10 kg zu begrenzen, ausnahmsweise seien 15 kg zumutbar. Treppensteigen sei nur ausnahmsweise zumutbar, Arbeiten in unwegsamem Gelände oder mit Absturzgefahr seien nicht zumutbar (Urk. 9/139 S. 7).

3.1.2.2. Nach Vorliegen neuer Röntgenbilder vom 5. Juni 2009 ergab Dr. F. den Bericht über die Abschlussuntersuchung am 16. Juni 2009. Er führte aus, die tiefzentrierte Beckenübersichtsaufnahme ergab durch Aufnahmen der LWS im Stehen zeige den Zustand nach Acetabulumfraktur rechts und Schraubenosteosynthese. Nach radiologischen Kriterien sei der Knochen durchgebaut, die Schrauben würden stabil liegen. Die rechte Hüfte zeige im Seitenvergleich keine Gelenkspaltverschmälerung, es beständen auch keine Hinweise auf eine Femurkopfnekrose. Nach radiologischen Kriterien sei von einer leichten relativen Beinverkürzung rechts auszugehen, welche aber nicht unfallkausal sei; dazu passe auch die rechtskonvexe lumbale Skoliose. Insgesamt bestehe keine wesentliche posttraumatische Coxarthrose. Weiter hielt Dr. F. fest, am rechten Knie lasse sich die konsolidierte Patellafraktur finden, die Metallentfernung sei bereits durchgeführt worden. Als Folge davon bestehe eine mässig ausgeprägte Femoropatellararthrose, zusätzlich sei am rechten Knie auch die laterale Gelenkspalte verschmälert und es würden sich etwas wulstförmige Osteophyten lateral am Kniegelenk, insbesondere tibialseitig, finden. Insgesamt bestehe eine mässige femoropatellare und laterale Gonarthrose. Schliesslich hielt Dr. F. fest, die distale Radiusfraktur links sei in anatomischer Stellung geheilt, das Metall liege stabil in situ. Im ap-Bild persistiere eine feine radioluzide Linie in der distalen Radiusmetaphyse, dies sei jedoch ohne Belang. Das Radiocarpalgelenk zeige im Seitenvergleich keine Gelenkspaltverschmälerung und die Ulna+-Variante sei symmetrisch dargestellt. Im MC-Gelenk I links sei eine mässige posttraumatische Arthrose vorhanden, die degenerativen Veränderungen am Os scaphoideum und am Os trapezium seien minimalst (Urk. 9/160).

3.1.3.3. Am 23. November 2009 ergab Dr. F. seine Abschlussbeurteilung nach Einsicht in das Bildmaterial, welches die Überwachungen vom 19. bis 22. August 2009 dokumentierte. Dr. F. hielt dazu fest, auf vielen Sequenzen sei eine leichte Behinderung der Funktion der rechten unteren Extremität, bedingt durch Hüfte und/oder Knie, zu erkennen. Es würden sich aber ebenfalls Sequenzen finden lassen, wo der Versicherte mit normaler Schrittfrequenz und -länge hinkfrei gehe. Insbesondere beim Anlaufen und Hinabgehen sowie beim Bergaufgehen sei aber wiederholt ein diskretes bis höchstens mässiges Schonhinken rechts zu erkennen. Es sei aber klar zu erkennen, dass der Versicherte ohne Schwierigkeiten längere Distanzen als bei der Anamnese angegeben zurücklegen könne und dass auch Zusatzbelastungen bis 20 kg ohne erkennbare Probleme mit gleichbleibendem leichtem Schonhinken möglich seien. Der Versicherte könne ohne erkennbare Behinderung ins Auto einsteigen und auch sein schweres Motorrad besteigen; angesichts der früheren klinischen Befunde erstaune es nicht, dass er ohne Schwierigkeiten im Auto oder auf dem Motorrad sitzen könne. Erstaunlich sei

hingegen, wie problemlos das schwere Motorrad trotz der Behinderung des rechten Beines bewegt werden könne. Eine spezifische Szene zeige, dass die bei der Untersuchung demonstrierte Einschränkung der Hüftflexion auf 90° nicht der tatsächlichen Fähigkeit entspreche, sondern offensichtlich durch eine muskuläre Blockierung, und damit willkürnahe, zustande gekommen sei. Die Bildsequenz am 20. August 2009 um 11.31 Uhr zeige den Versicherten in einem Verkaufsladen, wie er ohne Schwierigkeiten vor einem Gestell kauere, wobei möglicherweise das rechte Bein teilweise entlastet sei. Das flüssige Niederkauern und anschliessende Aufstehen beweise eine gute Funktion der rechten Hüfte und die beim Kauern gezeigte Hüftflexion betrage mindestens 115°. Weiter führte Dr. F. aus, auf keiner der Bildsequenzen komme eine Behinderung verursacht durch die linke Hand oder durch das linke Handgelenk zur Darstellung. Sowohl das Handling etwas schwerer und sperriger Gegenstände, als auch das Motorradfahren sei offensichtlich ohne Schwierigkeiten möglich, und in einer Bildsequenz trage der Versicherte links mindestens 15 kg, ohne dass dies zu erkennbaren Schwierigkeiten geführt hätte (Urk. 9/178 S. 1).

Dr. F. hielt sodann fest, für das Zumutbarkeitsprofil sei die Hüftpathologie rechts (unfallbedingte Periarthropatia coxae ohne eigentliche posttraumatische Arthrose, wobei bei Gelenkfrakturen theoretisch immer eine Präarthrose angenommen werden müsse) und die nach Frakturen am rechten Knie (unfallkausale Verschlimmerung der vorbestehenden Femoropatellararthrose und der lateralen Gonarthrose) sowie am linken Handgelenk/an der linken Hand verbliebenen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Die Funktion der rechten unteren Extremität sei ohne Zweifel eingeschränkt, allerdings könne die Forderung einer überwiegenden sitzenden Tätigkeit und einer auf 30 m reduzierten Gehleistung nicht aufrecht erhalten werden und auch das Sitzen in einem normalen Stuhl mit 90° Hüftflexion sei zumutbar. Anhand der Bilder der Überwachung lasse sich auch eine Einschränkung der Belastbarkeit der linken Hand nicht in der Masse aufrecht erhalten. Es ergebe sich folgendes revidiertes Zumutbarkeitsprofil: Vollzeitig zumutbar sei eine wechselbelastende, nicht ausschliesslich im Stehen/Gehen zu leistende Arbeit, eine Entlastung des rechten Beines durch Sitzen oder mindestens Teilentlastung des rechten Beines auf einem Hocker mehrmals bei der Arbeit sei notwendig (im Durchschnitt 10 Minuten pro Stunde, insgesamt pro vollen Arbeitstag verteilt auf mehrere Einzelphasen 60 - 90 Minuten). Eine Einschränkung beim Sitzen bestehe nicht und auch die Gehdistanz dürfe bis mehrmals täglich 500 m betragen. Zusatzbelastungen von 15 kg, ausnahmsweise bis 25 kg, seien zumutbar. Treppensteigen sei manchmal zumutbar, Arbeiten in unwegsamem Gelände oder mit Absturzgefahr würden unzumutbar bleiben. Eine Belastungseinschränkung durch die linke obere Extremität (Handgelenk und Hand) ergebe sich einzig bezüglich Tätigkeiten mit heftiger Schlageinwirkung oder heftigen Vibrationen, im übrigen könne die linke Hand ohne Einschränkung eingesetzt werden (Urk. 9/178 S. 2).

3.1.4 Am 11. Januar 2010 nahm Dr. F. zur Frage, ob dem Beschwerdeführer die vor dem versicherten Unfallereignis nebenberuflich im Umfang von 8 Stunden pro Woche ausgeübte Tätigkeit als Hauswart weiterhin zumutbar ist, bejahend Stellung. Er führte dazu aus, eine Nebentätigkeit von 8 Stunden pro Woche erfordere eine erhöhte Arbeitsmotivation; sofern diese unverändert sei, seien dem Versicherten weiterhin Nebenarbeiten wie die bisher ausgeübte Tätigkeit als Hauswart oder jede andere den Unfallrestfolgen angepasste Tätigkeit im selben Umfang zumutbar (Urk. 9/190).

wieder eine Observation durchzuführen wäre (Urk. 18 S. 42). Auf das Gutachten des Dr. G.____ kann daher mangels Schlüssigkeit nicht abgestellt werden.

3.2.3.3 In diesem Zusammenhang bleibt anzumerken, dass bei schlüssigem medizinischem Sachverhalt kein Anspruch auf Begutachtung durch versicherungsexterne Sachverständige besteht (BGE 135 V 465). Daran hat auch der Entscheid des Bundesgerichts 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011 nichts geändert.

E. 4

4.1 Sodann ist zu prüfen, ob die Verwaltung den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis und den vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Beschwerden zu Recht verneint hat.

4.2 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. April 2009 eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung durch gemischte Gefühle, aktuell Dysphorie und Aggressivität im Vordergrund (ICD-10: F43.23) bei Status nach Motorradunfall am 16. September 2007 mit Polytrauma und insbesondere Entwicklung einer Pseudarthrose der rechten Hüfte sowie einen Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.9). Er hielt fest, gegenwärtig stehe eine leichte bis mittelschwere Psychopathologie mit Dysphorie, Aggressivität, innerer Unruhe und Durchschlafstörungen im Vordergrund, welche dem Schweregrad der diagnostizierten Anpassungsstörung entspreche. Auffälligster Befund sei aber die Persönlichkeitsstruktur des Patienten, die durch Größenphantasien, mangelndes Einfühlungsvermögen, tiefe Frustrationstoleranz und hohe Kränkbarkeit gekennzeichnet zu sein scheine. Die entsprechend diagnostizierte Persönlichkeitsstörung erscheine insbesondere in prognostischer Hinsicht relevant zu sein. Dr. J.____ führte weiter aus, angesichts des Schweregrads der Psychopathologie erscheine eine Behandlung gegenwärtig nicht zwingend zu sein. Dazu seien die Krankheits- und Therapievorstellungen des Patienten eindeutig somatisch sowie versicherungstechnisch geprägt und die Bereitschaft für eine Übernahme von Eigenverantwortung zur Besserung der eigenen Nervosität und Unruhe sei gering. Die Voraussetzungen für eine sinnvolle psychotherapeutische Begleitung seien deshalb momentan nicht erfüllt, auch lehne der Patient eine psychopharmakologische Behandlung ab. Je nach Verlauf sei es aber durchaus möglich, dass eine stützende integrierte Massnahme indiziert und auch erwünscht sei. Erste leichte bis mittelschwere psychopathologische Befunde seien bereits im jetzigen Zeitpunkt unbersehbar. Wichtiger als der gegenwärtig vermutlich kleine psychiatrische Anteil in Bezug auf eine aktuelle Leistungseinschränkung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit erscheine die Würdigung des psychiatrischen Anteils für die weitere Prognose. Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung, die Einseitigkeit der Ressourcen des Exploranden sowie die in der Vergangenheit bereits wiederholte psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit würden für eine erhebliche Gefahr für die Entwicklung einer ernsthaften affektiven und/oder somatoformen Störung im Fall einer protrahierten Auseinandersetzung mit dem Versicherer sprechen (Urk. 9/141).

4.3 In den Berichten der behandelnden Ärzte sind keine Hinweise zu finden, dass der Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion, ein Schädelhirntrauma oder eine äquivalente Verletzung erlitten hätte. Der mit der Beschwerde vorgebrachte Einwand, die Beschwerdegegnerin hätte die Adäquanzprüfung nach den für solche

Verletzungen geltenden Kriterien vornehmen müssen, geht daher von vornherein fehl. Die Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem versicherten Unfallereignis ist somit - wie dies die Verwaltung getan hat - nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien zu prüfen (vgl. vorne E. 1.3.2).

4.4 Die Beschwerdegegnerin hielt dafür, dass es sich beim versicherten Unfallereignis um einen mittelschweren Unfall handle (Urk. 2 S. 5). Die Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses erfolgt aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften, wobei eine objektivierete Betrachtungsweise anzuwenden ist. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 [U 2/07] E. 5.3.1).

Vorliegend kollidierte der Versicherte als Lenker eines Motorrades innerorts mit einem Personenwagen, welcher unter Missachtung des Vortrittsrechts des entgegenkommenden Verkehrs nach links in einen Parkplatz einbog. Der Versicherte und seine Beifahrerin erlitten dabei erhebliche Verletzungen (Urk. 9/23). Die Rechtsprechung hat Unfallereignisse, deren äusserer Ablauf mit dem vorliegenden verglichen werden kann, regelmässig als mittelschwer qualifiziert, ohne sie dem Grenzbereich zu den schweren Unfällen zuzuordnen (vgl. etwa Urteil des seinerzeitigen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 115/05 vom 14. September 2005, welches einen mittelschweren Unfall betraf: Der Versicherte fuhr mit seinem Motorrad auf der Busspur an einer stockenden Kolonne vorbei, als eine Autofahrerin unvermittelt nach links auf die Busspur ausschwenkte, was zum Zusammenstoss mit dem von hinten nahenden Motorradfahrer führte). In den Urteilen des Bundesgerichts U 78/07 vom 17. März 2008 (bei starkem Regen überquerte ein aus einer Nebenstrasse kommender Personenwagen im Rahmen eines Linksabbiegemannes die Hauptstrasse und schnitt dem Motorradfahrer, welcher auf der Hauptstrasse entgegenkam, den Weg ab, worauf der Motorradfahrer trotz des eingeleiteten Bremsmanövers mit einer Geschwindigkeit von ungefähr 60 bis 70 km/h frontal in den hinteren seitlichen Teil des Autos prallte) und des EVG U 88/01 vom 24. Dezember 2002 (der Lenker eines Lieferwagens übersah beim Überqueren der Strasse die mit einer Geschwindigkeit von 40 bis 50 km/h herannahende Motorradfahrerin und rammte die linke Vorderseite des Motorrades, wodurch dieses umgestossen wurde, unter die Fahrzeugfront des Lieferwagens geriet und samt Lenkerin rund 9,3 Meter weit in eine Nebenstrasse geschoben wurde) wurden ebenfalls mittelschwere Unfälle im engeren Sinne angenommen. Gleich beurteilt wurde der Fall, dass ein Automobilist mit einem Sport Utility Vehicle des Typs Ford Maverick einem mit einer geschätzten Geschwindigkeit von 30 bis 40 km/h auf der Gegenspur herannahenden Motorradfahrer unter Missachtung von dessen Vortrittsrecht bei einem Abbiegemannöver nach links den Weg abschnitt, worauf dieser beim Versuch auszuweichen, stürzte und mit

dem Motorrad in den Personenwagen schlitterte (Urteil des Bundesgerichts 8C_949/2008 vom 4. Mai 2009). Damit ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen, wenn ein einzelnes der relevanten Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder wenn mindestens drei Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E. 2.4).

Wie im angefochtenen Entscheid zutreffend erwogen wurde, ist dem Motorradunfall vom 16. September 2007 eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzuspüren. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls ist indessen objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. In jüngster Zeit hatte das Bundesgericht dieses Kriterium etwa bei einer Massenkarambolage auf einer Autobahn, bei einem Zusammenstoss zwischen einem Personenwagen und einem Lastwagen in einem Autobahntunnel mit mehreren sich anschliessenden Kollisionen mit der Tunnelwand, bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf längere Distanz vor sich herschob, während die Insassen des Personenwagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sich aufmerksam zu machen, oder bei einem in der 29. Woche schwangeren Unfallopfer bejaht (Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2008 vom 11. Februar 2009 E. 3.2.3, mit Hinweisen). Es trifft zwar zu, dass sich die damalige Partnerin des Beschwerdeführers bei der vorliegend zu beurteilenden Kollision lebensgefährliche innere Verletzungen (Arterienabriss) zugezogen hat; mit der dargelegten Kasuistik vergleichbare dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfallereignisses können indes nicht ausgemacht werden.

Die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen (Frakturen an Hand, Handgelenk, Knie, Becken und Rippen) waren weder schwer noch von besonderer Art; sie sind erfahrungsgemäss nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen hervorzurufen (vgl. auch etwa Urteil des EVG U 115/05 vom 14. September 2005 E. 2.4.2), jedenfalls wenn sie - wie vorliegend - inert nützlicher Frist konsolidiert sind. Bei dieser Sachlage liegt auch keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung oder eine Fehlbehandlung vor; ebensowenig ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen. Nicht gegeben ist sodann das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Bereits im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. April 2009 war dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit vollschichtig zumutbar. Da auch das Kriterium der Dauerschmerzen nicht erfüllt ist, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 16. September 2007 und den psychischen Beschwerden zu verneinen (vgl. dazu auch die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Entscheid, Urk. 2 S. 5 f. E. 3e).

4.5 Nach dem Gesagten sind die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht adäquat kausal auf das versicherte Unfallereignis zurückzuführen. Entsprechend durfte die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung der Invalidität und des Integritätsschadens allein die somatischen Unfallfolgen berücksichtigen.

WÃ¼rdigung der besonderen UmstÃ¼nde bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) Ã¤hnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gÃ¼ltige Regeln zur Bemessung des IntegritÃ¤tsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den IntegritÃ¤tsschaden bleiben dabei unberÃ¼cksichtigt. Die Bemessung des IntegritÃ¤tsschadens hÃ¤ngt somit nicht von den besonderen UmstÃ¼nden des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die SchÃ¤tzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der BeeintrÃ¤chtigung der kÃ¶rperlichen oder geistigen IntegritÃ¤t, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien fÃ¼r die Bemessung der IntegritÃ¤tsschÃ¤den aufgestellt und in einer als gesetzmÃ¤ssig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische SchÃ¤den prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). FÃ¼r die darin genannten IntegritÃ¤tsschÃ¤den entspricht die EntschÃ¤digung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des HÃ¶chstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die EntschÃ¤digung fÃ¼r spezielle oder nicht aufgefÃ¼hrte IntegritÃ¤tsschÃ¤den wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). IntegritÃ¤tsschÃ¤den, die gemÃ¤ss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf EntschÃ¤digung (Ziff. 1 Abs. 3). Die vÃ¶llige GebrauchsunfÃ¤higkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser GebrauchsunfÃ¤higkeit wird der IntegritÃ¤tsschaden entsprechend geringer, wobei die EntschÃ¤digung jedoch ganz entfÃ¤llt, wenn der IntegritÃ¤tsschaden weniger als 5 Prozent des HÃ¶chstbetrages des versicherten Verdienstes ergÃ¤be (Ziff. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrÃ¤tlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine RechtssÃ¤tze dar und sind fÃ¼r die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des IntegritÃ¤tsschadens fÃ¼r den Â«RegelfallÂ» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermÃ¶glicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewÃ¤hrleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

5.3.2Â Â Nach Vorliegen der am 5. Juni 2009 angefertigten RÃ¶ntgenbilder fÃ¼hrte Kreisarzt Dr. F.____ am 16. Juni 2009 aus, als Folge der Acetabulumfraktur rechts bestehe eine Periarthropathia coxae mÃ¤ssigen Ausmasses; eine posttraumatische Arthrose oder eine Femurkopfnekrose seien auch knapp zwei Jahre nach dem Unfallereignis nicht vorhanden. Als Folge der Knieverletzung rechts mit Patellafraktur bestehe heute sodann eine mÃ¤ssige femoropatellare sowie eine mÃ¤ssige laterale femorotibiale Arthrose. Weiter hielt Dr. F.____ fest, nach radiologischen Kriterien sei die Rekonstruktion des distalen Radius links anatomisch, die Vergleichsaufnahmen mit der Gegenseite wÃ¼rden dies bestÃ¤tigen und ebenfalls erkennen lassen, dass keine posttraumatische Radiocarpalarthrose bestehe. Hingegen sei eine mÃ¤ssige Arthrose im Daumensattelgelenk nach Fraktur der Basis des Metatarsale I vorhanden. Zur BegrÃ¼ndung seiner SchÃ¤tzung des IntegritÃ¤tsschadens auf 25 % fÃ¼hrte Dr. F.____ aus, bei Kombinationsverletzungen

einer Extremität orientiere man sich einerseits an den angegebenen Werten, beispielsweise an der Tabelle 5 über die Integritätsentschädigung bei Arthrosen, andererseits werde man aber auch den Wert für die einzelne Extremität im Auge behalten. Gemäss Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung werde der Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks einem Integritätsschaden von 50 % gleichgesetzt, der Verlust einer Hand im Unterarm werde mit 40 % bemessen. Gestützt auf die am 21. April 2009 erhobenen Untersuchungsbefunde und die Röntgenbilder vom 5. Juni 2009 schätze er die Integritätsschädigung am rechten Bein auf 1/3 des Beinwertes, was 16 2/3 % betrage. Die festgestellte massive Rizarthrose werde in der Tabelle 5 über die Integritätsentschädigung mit 5 % angegeben, eine schwere Arthrose mit 5 bis 10 %. Unter Berücksichtigung der Prognose und auch der Restbeschwerden im Radiocarpalgelenk, wo aber keine degenerativen Veränderungen im Röntgenbild zur Darstellung kämen, wähle er den oberen Wert. Bei Addition der beiden Werte würde dies eine Integritätsschädigung von 26 2/3 % ergeben; im vorliegenden Fall sei jedoch das multiplikative Verfahren anzuwenden, weshalb dies einen reduzierten Wert von 25 % ergebe (Urk. 9/159).

5.3.3.1 Dr. F. hielt zutreffend fest, dass bei mehreren Integritätsschäden nach dem Zusammenschließen der den einzelnen Schädigungen entsprechenden Prozentzahlen eine Gesamtschädigung vorzunehmen ist, um eine gerechte und verhältnismässige Entschädigung im Vergleich zu den im Anhang 3 der UVV enthaltenen Werten zu erreichen (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich, Basel und Genf 2003, S. 166). Wenn der behandelnde Arzt Dr. H. die an der rechten unteren Extremität vorliegenden Integritätsschäden auf 55 % schätzt (vgl. Urk. 9/163), übersieht er, dass der vollständige Verlust eines Beines nach Anhang 3 der UVV mit bloss 50 % zu bemessen ist. Die vom Parteigutachter Dr. G. geforderte Entschädigung von 45 % für die rechte untere Extremität (Urk. 18 S. 36 f.) erweist sich vor dem Hintergrund, dass die Funktionsfähigkeit des rechten Beines trotz der unbestritten vorhandenen Schäden nicht massig eingeschränkt ist, ebenso als unverhältnismässig. Auch Dr. G. geht mit dem Kreisarzt einig, dass an der Hüfte (noch) keine Arthrose bestehe (Urk. 18 S. 37). Sodann ist zu berücksichtigen, dass eine massive femoropatellare sowie eine massive femorotibiale Arthrose besteht. Entgegen der Ansicht des Parteigutachters (Urk. 18 S. 36 f.) und des behandelnden Arztes (Urk. 9/163) sind dafür nicht unbesehen die Werte am oberen Ende der Skala der Tabelle 5 des SUVA-Feinrasters einzusetzen, sondern ein dem Schweregrad und dem Ausmass der Beeinträchtigung angepasster Wert. Aufgrund der Bildgebung und den erhobenen klinischen Befunden erweist sich die Schätzung des Kreisarztes, welche auf dem Vergleich mit dem Tabellenwert für den Verlust eines Beines beruht, als vertretbar und angemessen. Angesichts dessen, dass der Kreisarzt nach Einsicht in die Observationsergebnisse keine neue Beurteilung des Integritätsschadens vornahm, ist seine Schätzung als wohlwollend zu bezeichnen. Die Zusprache einer Integritätsentschädigung von 25 % ist damit rechtens.

5.4.1.1 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid im Ergebnis nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde in allen Punkten abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1.1.1.1 Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, unter Beilage des Doppels von Urk. 17 sowie einer Kopie von Urk. 18

- Bundesamt für Gesundheit

- '___'

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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