

200 17 263 UV
KOJ/IMD/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Juli 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Februar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt im Jahr 1984 eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie des lateralen Seitenbandes im linken Knie (Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [Suva bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [act. II] 191 S. 2 lit. A.). Am 22. Mai 1987 zog er sich bei einem Motorradunfall u.a. diverse Verletzungen am rechten Bein und Fuss sowie eine Commotio cerebri zu (act. II 200 ff.). Im Juli 1998 meldete der Versicherte einen Rückfall zu diesem Unfall an und gab an, unter starken Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein zu leiden (act. II 229). Mit Verfügung vom 4. Januar 1999 (act. II 237) verneinte die Suva ihre diesbezügliche Leistungspflicht mit der Begründung, die Rückenschmerzen seien nach kreisärztlicher Beurteilung nicht auf den Unfall vom 22. Mai 1987 zurückzuführen. Eine weitere Rückfallmeldung vom 5. März 2007 (act. II 247) unter Verweis auf ein bei demselben Unfall erlittenes schweres Schädel-Hirn-Trauma beantwortete die Suva nach Einholen einer neurologischen (act. II 14) und psychiatrischen (act. II 16) kreisärztlichen Beurteilung mit Verfügung vom 29. Juli 2008 (act. II 19) ebenfalls abschlägig. Bei weiteren Unfällen am 21. Juni 2011 und 19. Januar 2013 sowie am 2. Januar 2014 zog sich der Versicherte Verletzungen an der rechten bzw. der linken Schulter zu (act. II 28, 48, 53 S. 2).

Die Suva liess den Versicherten durch den Kreisarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie, untersuchen (Bericht vom 3. Mai 2016 [act. II 133] und Beurteilung des Integritätsschadens vom 15. Juni 2016 [act. II 141]), holte eine Stellungnahme vom 29. August 2016 bei Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, ein (act. II 144) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 (act. II 150) eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 38 % zu. Gleichzeitig wies sie den Anspruch auf eine Invalidenrente mangels unfallbedingter Erwerbseinbusse ab. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 161, 169) wies sie mit Entscheid vom 3. Februar 2017 (act. II 191) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, mit Eingabe vom 9. März 2017 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

Der Einspracheentscheid vom 3. Februar 2017 sei aufzuheben und es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen. Sodann sei über die gesetzlichen Leistungen (Integritätsentschädigung, Rente) neu zu befinden.

Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei nach Eingang der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin bis zum Vorliegen des polydisziplinären IV-Gutachtens zu sistieren.

- unter Entschädigungsfolge -.

Mit Eingabe vom 13. März 2017 reichte der Beschwerdeführer diverse Unterlagen zu den Akten (act. I 5, 12-15).

Der Instruktionsrichter setzte dem Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 14. März 2017 Frist, ein Beilagenverzeichnis sowie eine in Aussicht gestellte Stellungnahme des behandelnden Neurologen einzureichen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde sowie des Sistierungsantrags.

Mit Eingabe vom 26. April 2017 reichte der Beschwerdeführer ein vollständiges Beilagenverzeichnis sowie diverse weitere Unterlagen zu den Akten (act. I 16-20).

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Mai 2017 wies der Instruktionsrichter das Sistierungsgesuch des Beschwerdeführers ab. Gleichzeitig setzte er der Beschwerdegegnerin Frist zur allfälligen Ergänzung der Beschwerdeantwort.

Die Beschwerdegegnerin nahm mit Eingabe vom 18. Juli 2017 unter Beilage einer neurologischen und einer psychiatrischen Beurteilung der Abteilung Versicherungsmedizin (act. IIC 1 und 2) Stellung zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 26. April 2017 und den damit eingereichten Beilagen.

Mit Eingabe vom 3. November 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen zu den Akten (act. IA 21-33), erneuerte den Antrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für eingeholte medizinische Stellungnahmen zu übernehmen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. November 2017 edierte der Instruktionsrichter bei der IV-Stelle Bern die IV-Akten des Beschwerdeführers. Diese gingen beim Verwaltungsgericht am 14. November 2017 ein (act. III, IIIA-IIIID).

Mit Eingabe vom 30. Januar 2018 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 3. November 2017.

Mit Eingaben vom 28. Februar 2018, 23. März 2018 und 4. Juni 2018 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen zu den Akten (act. IA 34 f., IB 36-41).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60

ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 3. Februar 2017 (act. II 191). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, namentlich auf eine Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung, und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.2 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen

deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.4 Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders garteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

2.5

2.5.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.5.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag

des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157).

Art. 36 Abs. 3 UVV bestimmt, dass die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt wird, wenn mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammenfallen. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet. Diese Regelung ist auch in Bezug auf aus mehreren Unfällen hervorgegangene Gesundheitsschäden verfassungs- und gesetzeskonform (Entscheid des BGer vom 2. Mai 2011, 8C_812/2010, E. 6.3 und 6.5).

2.7 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch

zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.8

2.8.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.8.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). 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 allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.9 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin erkennt die Restfolgen an beiden Schultern, am rechten Bein und am linken Knie als unfallbedingt an. Zwischen den Parteien umstritten ist hingegen der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 22. Mai 1987 und den geklagten Rückenbeschwerden sowie den psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen des Beschwerdeführers (act. II 191 S. 7, Beschwerde S. 5 f.).

3.2 Zunächst ist hinsichtlich der geltend gemachten Rückenbeschwerden festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin ihre diesbezügliche Leistungspflicht gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. med. F. _____ vom 2. Dezember 1998 (act. II 234) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 4. Januar 1999 (act. II 237) verneint hat. Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht festhält, ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die nachfolgenden Unfälle den gemäss kreisärztlicher Beurteilung vorhandenen krankheitsbedingten Vorzustand am Rücken tangiert hätten (act. II 191 S. 11 lit. 2.b.). Soweit der Beschwerdeführer die damalige kreisärztliche Einschätzung kritisiert, ist er nicht zu hören, zumal sein Vorbringen, der Kreisarzt sei zu Unrecht davon ausgegangen, der – beim Unfall vom 22. Mai 1987 geschädigte – Oberschenkelknochen rechts sei gleich lang wie derjenige links (Beschwerde S. 4), unbelegt bleibt.

3.3 Bezüglich der geklagten psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 In der Beurteilung vom 4. Oktober 2007 (act. II 14) hielt Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, fest, der Versicherte habe am 22. Mai 1987 ein Polytrauma mit Oberschenkelfraktur rechts

erlitten. Im Austrittsbericht des akut behandelnden Spitals V. _____ werde beschrieben, dass er aufgrund von Hypovolämie bei Eintritt in einem leicht reduzierten prächockierten Zustand aufgenommen worden sei. Auch eine Bewusstseinsänderung sei im Arzteugnis UVG beschrieben. Eine Klassifikation nach Glasgow Coma Scale finde sich in den Berichten nicht. Man sei offenbar von einer ausgeprägten Commotio (entsprechend heutiger Nomenklatur MTBI) ausgegangen und habe eine damals übliche Hirnödemprophylaxe gemacht. Der Versicherte sei vorsorglich vier Tage zur besseren Überwachung auf der Intensivstation gewesen. Über Beatmung bzw. erschwerte Entwöhnung von der Beatmung, welche erste Hinweise auf eine Hirnschädigung geben könnten, sei im Austrittsbericht nichts vermerkt. Auch weitere Hinweise auf Hirnfunktionsstörungen fehlten sowohl im Austrittsbericht als auch in den folgenden Berichten über die regelmässigen Kontrolluntersuchungen im Verlauf der Jahre 1987 und 1988. Der Versicherte sei im Anschluss bereits nach drei Monaten wieder in seiner angestammten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig gewesen, habe im Verlauf der folgenden Jahre Karriere bei der ... gemacht, habe 1988 geheiratet und eine Familie gegründet. Nebenher habe er sich noch bei der ... engagiert. Ab 1999 sei die Entwicklung eines psychiatrischen Störungsbildes mit mehreren stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken dokumentiert. In diesem Zusammenhang seien erstmalig kognitive Beschwerden in Form von Konzentrationsstörungen beschrieben, die sich im Rahmen der Stabilisierung der Stimmungslage und des wiedergegebenen Selbstvertrauens wieder erholt hätten. Im MRI des Kopfes vom 30. November 2005 seien keine entsprechenden Läsionen auszumachen. Auch eine Atrophie, die indirekt auf eine stattgehabte Hirnschädigung hinweisen könnte, sei durch diese Untersuchung ausgeschlossen. Die im Befund des Radiologen nicht erwähnten zwei kleinen Marklagerveränderungen seien altersentsprechend als nicht spezifisch anzusehen. So ergebe sich zusammenfassend, dass die mit einer Latenz von zwölf Jahren begonnene psychiatrische Entwicklung und die in diesem Zusammenhang erstmalig beschriebenen kognitiven Beeinträchtigungen nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit auf eine organische, auf den Unfall vom 22. Mai 1987 zurückzuführende Hirnschädigung bezogen werden könnten. Um dies zu tun, müssten handfeste Befunde aus der Zeit unmittelbar nach dem Unfall vorliegen, was nicht der Fall sei.

3.3.2 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, legte sich im Untersuchungsbericht vom 31. März 2008 (act. II 16) hinsichtlich der Diagnose nicht definitiv fest, erachtete jedoch das Vorliegen einer gemischten bipolaren Störung (ICD-10: F31.6) als am wahrscheinlichsten. Zur Kausalität führte sie aus, affektive Störungen träten familiär gehäuft auf. Eine familiäre Belastung sei beim Exploranden durch die väterliche Seite gegeben. Ob die Depression, die er von mütterlicher Seite berichte, ebenfalls als schwerere Depression aufgrund einer familiären Belastung zu betrachten sei, bleibe offen. Selbst wenn man von einer ersten subklinischen depressiven oder gemischten Episode im Jahr 1994 ausgehe, hätte diese einen Abstand zum Unfallereignis von sieben Jahren. Erachte man die erste Episode als die, welche auch zu Konsequenzen am Arbeitsplatz und zur ersten Hospitalisation geführt habe, so sei dies die Episode im Jahr 1999. Damit dehne sich der Abstand zum Unfallereignis auf zwölf Jahre aus. Dieser Verlauf spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine natürliche Teilkausalität zum Unfallereignis, sei dies aus Belastungsgründen oder sei dies als Folge einer durchgemachten Hirnverletzung. Entscheidend seien hierbei zusätzlich der klinische Verlauf nach dem Unfallereignis und die veranlasste Bildgebung. Hierzu werde auf die neurologische Beurteilung durch Dr. med. E. _____ vom 4. Oktober 2007 verwiesen.

3.3.3 Im Bericht vom 29. April 2015 (act. II 107) hielt lic. phil. H. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie, fest, bei sonst unauffälligen kognitiven Leistungen hätten sich leichte bis mittelschwere Störungen bei den Lern- und Gedächtnisfunktionen, bei der Aufmerksamkeitsteilung und bei der Flexibilität, der Umstell- und Planungsfähigkeit objektivieren lassen. Die umschriebenen neuropsychologischen Störungen seien mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das 1987 erlittene Schädelhirntrauma verursacht, auch wenn zeitnah keine neuropsychologischen Defizite imponierten. Allerdings sei der Versicherte damals auch nie bezüglich posttraumatischer neuropsychologischer Residuen untersucht worden. Es sei nach psychomentaler Erholung auch zu einer anfänglich erfolgreichen beruflichen Reintegration in der angestammten Tätigkeit als ... und zur Fortsetzung der beruflichen Karriere gekommen. Als sich das berufliche Umfeld markant verändert habe, die Anforderungskomplexität

und der Zeit- und Leistungsdruck zugenommen hätten, hätten sich die Auswirkungen der posttraumatisch herabgesetzten psychomentalen Dauerbelastbarkeit in einer zunehmenden Überforderung gezeigt, welche schliesslich zu einer psychomentalen Leistungsdekompensation mit affektiven und kognitiven Symptomen geführt habe, welche eine weitere Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... verunmöglicht habe.

3.3.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 2. Mai 2015 (act. II 126) aus, das Polytrauma von 1987 habe mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer mehr als leichten traumatischen Hirnverletzung geführt. Dies sei belegt durch eine zumindest kurze retrograde wie auch eine mehrtägige anterograde Amnesie und eine indirekt bei der Primärhospitalisation im Spital V. _____ eingeschätzte kritische Situation des Gehirns. Retrograde Amnesien seien bei "nur" leichten traumatischen Hirnverletzungen sehr selten und auch die anterograde Amnesie von mehreren Tagen sei mit einem leichten Grad der Hirnverletzung nicht kompatibel. Leider fänden sich keine detaillierten Aufzeichnungen aus dieser Zeit, die Ärzte hätten aber damals sicher nicht ohne Grund eine Behandlung auf der Intensivstation mit Hirnödemprophylaxe durchgeführt (diese sei nie angewendet worden, wenn man nur eine selbst heftige Hirnerschütterung diagnostiziere). Eine neuropsychologische Abklärung habe damals nicht stattgefunden. 2007 habe dann eine fachgerecht durchgeführte neuropsychologische Abklärung durch die Invalidenversicherung mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen festgestellt. Die neue neuropsychologische Untersuchung durch lic. phil. H. _____ bestätige die Befunde von 2007 weitgehend. Die Tatsache, dass sich seit acht Jahren kaum eine Verschlechterung der neuropsychologischen Funktionsstörungen ergeben habe, spreche deutlich gegen einen damals schon vorhandenen Trauma-unabhängigen degenerativen Prozess. Die aktuelle MRI-Untersuchung belege degenerative Veränderungen frontal und parietal mit über das Alter hinausgehenden Erweiterungen der Sulci (d.h. eine entsprechende Schrumpfung der Gyri = Hirnwindungen). Diese seien nach Ansicht der Neuroradiologin Frau Dr. med. J. _____ möglicherweise Traumafolgen. Diese pathologischen Veränderungen des Gehirns seien (bei erneuter Beurteilung der Bilder) schon 2005 nachweisbar gewesen und hätten sich – auch nach Meinung der neuroradiologischen Fachärztin – bis heute nicht

relevant verändert. Dies spreche ebenfalls für eine am ehesten traumatische Genese: Wären diese 2005 schon klar vorhandenen Veränderungen Folge eines vorzeitigen degenerativen, Trauma-unabhängigen Prozesses, so hätte dieser mit grosser Wahrscheinlichkeit bis heute klar zugenommen, was nicht der Fall sei.

3.3.5 Im Bericht vom 29. August 2016 (act. II 144) hielt Dr. med. E. _____ an ihrer Einschätzung aus dem Jahr 2007 fest. Die Bejahung der Unfallkausalität der kognitiven Beeinträchtigungen durch lic. phil. H. _____ und Dr. med. I. _____ beruhe im Wesentlichen auf Annahmen. Es sei nicht richtig, dass eine leichte Hirnverletzung nicht mit einer retrograden Amnesie einhergehe. Bei der leichten traumatischen Hirnverletzung handle es sich um eine vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns, die mit einer Bewusstseinsstörung unterschiedlichen Ausmasses und damit auch mit einer Gedächtnislücke unterschiedlicher Länge einhergehen könne, u.a. eben auch mit einer retrograden Amnesie, d.h. einer Gedächtnislücke für einen Zeitraum vor dem Ereignis. Eine retrograde Amnesie bedeute in der Akutsituation für das Akutmanagement einen Risikofaktor, der auf eine strukturelle Hirnverletzung hinweisen könne, der zum Beispiel in den Leitlinien der europäischen Akademie der neurologischen Gesellschaften als "minor" bezeichnet werde. Eine anterograde Amnesie, d.h. eine Gedächtnislücke nach dem Ereignis, sei ebenso ein Risikofaktor, der unterschiedlich entstehen könne, z.B. wie im Fall des Versicherten durch die im Rahmen der Hirnödem-Behandlung erfolgte Sedierung. Die Vermutung, dass die echtzeitliche Diagnose einer schweren Commotio cerebri und eben nicht einer Contusio cerebri und auch nicht einer Scherverletzung fälschlicherweise erfolgt sei, sei eine Unterstellung an die damals behandelnden Kollegen, die sich ja offenbar um das mögliche Vorhandensein einer Hirnverletzung bewusst gewesen seien und vorsorglich eine Behandlung durchgeführt hätten, aber im Austrittsbericht dennoch die Diagnose einer Commotio, also einer leichten traumatischen Hirnverletzung, gestellt hätten. Die fehlenden Läsionen in der 2005 und erneut 2015 durchgeführten Kernspintomographie des Kopfes bestätigten diese Diagnose. Das Kernspintomogramm des Kopfes zeige keinen Hinweis auf strukturelle Hirnverletzungen. Die von Dr. med. J. _____ morphometrisch nachge-

wiesene Atrophie der Hirnrinde werde im Befund von ihr nur als möglich im Zusammenhang mit dem Unfall von 1987 gesehen.

3.4

3.4.1 Mit der Beschwerdegegnerin ist hinsichtlich der Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 22. Mai 1987 und den geklagten psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 29. August 2016 (act. II 144) abzustellen. Dieser erfüllt die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines Fachberichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.8.1 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Ärztin setzt sich detailliert mit den Berichten von lic. phil. H. _____ vom 29. April 2015 (act. II 107) und Dr. med. I. _____ vom 2. Mai 2015 (act. II 126) auseinander und zeigt nachvollziehbar und schlüssig auf, dass deren Darlegungen im Wesentlichen auf Annahmen beruhen. Dr. med. I. _____ hält denn auch selber fest, dass sich aus der Zeit des Unfalls keine detaillierten Aufzeichnungen fänden (act. II 126 S. 4). Hinzu kommt, dass die im MRI vom 30. April 2015 dargestellten degenerativen Veränderungen im Hirn des Beschwerdeführers, welche als Grundlage seiner Argumentation dienen, von der Neuroradiologin Dr. med. J. _____ lediglich als möglicherweise traumatisch verursacht beurteilt werden (act. II 132). Im Bericht vom 21. März 2017 (act. I 17) bestätigt Dr. med. J. _____ diese Einschätzung eines möglichen Zusammenhanges der frontoparietalen Atrophie mit dem erlittenen Unfall, was für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht genügt (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Des Weiteren weist die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zu Recht darauf hin, dass sowohl lic. phil. H. _____ als auch Dr. med. I. _____ einen Kausalzusammenhang letztlich allein gestützt auf den nicht zulässigen Grundsatz "post hoc ergo propter hoc" (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) begründen (act. II 191 S. 10).

3.4.2 Nichts für sich ableiten kann der Beschwerdeführer aus den im Beschwerdeverfahren mit Eingabe vom 26. April 2017 eingereichten weiteren medizinischen Stellungnahmen:

Dr. med. I. _____ wiederholt im Bericht vom 23. April 2017 (act. I 16) im Wesentlichen seine bisherigen Ausführungen, verweist auf zwei Fremdanamnesen sowie ein Gespräch mit Prof. Dr. med. K. _____, langjähriger Leiter der Klinik W. _____, und hält zusammenfassend fest, durch zahlreiche Befunde und Indizien sei belegt, dass der Beschwerdeführer mit "weit überwiegender" Wahrscheinlichkeit 1987 eine erhebliche, schwere und nicht nur leichte traumatische Hirnverletzung (früher Commotio) durchgemacht habe. Dem hält Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie, in der Beurteilung vom 9. Juni 2017 (act. IIC 1) in überzeugender Weise entgegen, es sei ihres Erachtens nicht wesentlich, welche Bezeichnung retrospektiv dem damaligen klinischen Zustand gegeben werde. Wesentlich sei, dass der Beschwerdeführer mehrere Wochen nach dem Unfall wieder voll leistungsfähig gewesen sei und über Jahre subjektiv und objektiv keine Funktionseinschränkungen der Hirnfunktionen beschrieben worden seien. In psychiatrischer Hinsicht überzeugt die Stellungnahme von Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juni 2017 (act. IIC 2), welche ebenfalls auf die grosse zeitliche Distanz zwischen Unfall und der erstmaligen Manifestation von psychischen Beschwerden hinweisen und festhalten, es sei aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich, dass diesbezüglich ein Kausalzusammenhang bestehe.

Dr. med. J. _____ hält in der Stellungnahme vom 21. März 2017 (act. I 17), wie bereits vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.4.1), einen Zusammenhang der frontoparietalen Atrophie mit dem erlittenen Unfall lediglich für möglich, was gegen die beschwerdeführerische Argumentation spricht. Lic. phil. H. _____ verweist in der Stellungnahme vom 19. April 2017 (act. I 20) bezüglich Ätiologie der von ihr festgestellten neuropsychologischen Einschränkungen auf die Ausführungen von Dr. med. I. _____, welche nach dem Gesagten nicht zu überzeugen vermögen.

3.4.3 Aus den mit Eingabe vom 3. November 2017 eingereichten Unterlagen ergibt sich ebenfalls nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers:

Wie der Beschwerdeführer selbst festhält (Eingabe vom 3. November, S. 2), äussern sich die Gutachter des Begutachtungszentrums X. _____

in der von der Invalidenversicherung eingeholten polydisziplinären Expertise vom 18. Mai 2017 (act. IA 21) nicht zur Unfallkausalität der neuropsychologischen und psychiatrischen Beeinträchtigungen. Insofern kommt der Expertise für die vorliegend zu beantwortende Fragestellung keine Bedeutung zu.

In der Stellungnahme vom 14. September 2017 (act. IA 22) betont Dr. med. I. _____ insbesondere, dass beim Beschwerdeführer schon relativ kurze Zeit nach dem Unfall im Jahr 1987 Persönlichkeitsveränderungen dokumentiert seien. Diesbezüglich stützt er sich offensichtlich auf die im Rahmen seiner Stellungnahme vom 23. April 2017 (act. I 16) bei einem langjährigen Bekannten und der Ex-Frau des Beschwerdeführers eingeholten Fremdanamnesen (act. I 18 f.). Hierzu führt Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie, in der Stellungnahme vom 19. Januar 2018 (act. IID 2) aus, dass Dr. med. I. _____ keine überzeugenden Argumente liefere, die ein zeitnahes Auftreten kognitiver oder psychischer Beschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall belegen würden. Die Argumentation bleibe vage und werde insbesondere nicht durch eine Echtzeitdokumentation gestützt. Eine zu einem späteren Zeitpunkt eingeholte Fremdanamnese sei einer zeitnahen Echtzeitdokumentation nicht gleichgestellt. Diese Darlegungen überzeugen, zumal die Aussage des langjährigen Bekannten in seinem Bericht von Ende März 2017 (act. I 18), wonach der Beschwerdeführer sich nicht mit dem Unfall, sondern später verändert habe, gegen die Schlussfolgerungen von Dr. med. I. _____ spricht. Dem Argument von Dr. med. I. _____, die Gabe des Steroids Decadron zeige, dass ein Hirnödem und damit eine traumatische Läsion von Hirngewebe vorgelegen haben müsse (act. I 16 S. 4; act. IA 22 S. 2), hält Dr. med. O. _____ mit ausführlicher Begründung nachvollziehbar entgegen, dass dies lediglich einer Hypothese entspreche, die durch eine Echtzeitdokumentation mit entsprechenden klinischen Befunden und Angaben zur Behandlung nicht unterstützt werde.

3.4.4 Bezüglich des zur Unterstützung seiner Ansicht von Dr. med. I. _____ wiederholt erwähnten Befundes einer Hirnatrophie hat die Beschwerdegegnerin das entsprechende Bildmaterial Prof. Dr. med. P. _____, Facharzt für Radiologie, zur Beurteilung vorgelegt. In der kon-

siliarischen Stellungnahme vom 9. Januar 2018 (act. IID 3) hält dieser fest, dass es nicht unüblich sei, auch bei jungen Patienten eine gewisse Erweiterung der Sulci frontal und parietal nachzuweisen; dies im Sinne einer normalen inter-individuellen anatomischen Variabilität. Es sei recht unwahrscheinlich, dass ein Traumaereignis von 1987 zu einer traumabedingten Hirnatrophie geführt habe. Es sei auch zu erwähnen, dass keine anderen Trauma-assoziierten Veränderungen nachweisbar seien. In dem vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 23. März 2018 eingereichten E-Mail von Prof. Dr. Q. _____ vom 9. März 2018 (act. IB 37) erachtet dieser die Argumentation von Prof. Dr. P. _____ als nachvollziehbar. Er hält fest, die frontale und (geringer) auch parietale Volumenminderung könne eine Normvariante sein und müsse nicht zwingend Folge eines Schädel-Hirn-Traumas sein. Damit bleibt es dabei, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 22. Mai 1987 und den geklagten psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Daran ändert nichts, dass Dr. med. I. _____ im Bericht vom 20. März 2018 (act. IB 39) weiterhin dafür hält, die wahrscheinlichste der denkbaren Ursachen für die Atrophie sei das Unfallereignis. Zum Schluss eines fehlenden Zusammenhangs zwischen dem Unfall von 1987 sowie den psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen gelangte die Beschwerdegegnerin im Übrigen bereits im Zusammenhang mit der leistungsverweigernden Verfügung vom 29. Juli 2008 (act. II 19).

3.5

3.5.1 Hinsichtlich der als unfallbedingt angesehenen Restfolgen an beiden Schultern, am rechten Bein und am linken Knie und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Untersuchungsbericht des Kreisarztes Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 3. Mai 2016 (act. II 133), worin dieser die folgenden Diagnosen festhielt:

1. Ruptur des vorderen Kreuzbandes links und Ruptur des lateralen Seitenbandes
- offene Rekonstruktion 1984 (? , Akten fehlen)

- arthroskopische VKB-Rekonstruktion (? , Akten fehlen) wegen Instabilität
 - Arthroskopie, arthroskopisches Shaving und partielle Hoffa-Resektion am 25.04.1989
 - aktuell: radiologisch medial betonte Gonarthrose, klinisch moderate sagittale Instabilität, subjektiv gelegentliches Giving-way
2. Commotio cerebri
 - antero- und retrograde Amnesie
 - Hirnödem-Prophylaxe mit Decadron
 - sowohl im MRI vom 30.11.2005 als auch von 2015 kein Nachweis eindeutiger unfallbedingter Veränderungen
 3. Femurschaftfraktur rechts
 - offene Reposition und Plattenosteosynthese am 22.05.1987
 4. Fraktur des Metatarsale IV rechts
 - aktuell: intermittierend Mittelfussbeschwerden
 5. Zehenluxation Kleinzehe rechts
 - Reposition und KD-Fixation am 22.05.1987
 - Operation nach Hohmann am 22.05.1999 wegen Hammerzehenbildung Dig. V rechts
 6. Traumatische Teilamputation Processus unguicularis Kleinfinger rechts
 7. Stumpfes Abdominaltrauma
 - aktuell: folgenlos abgeheilt
 8. Ansatznahe Supraspinatussehnenläsion, labrale Bankartläsion, subacromiales Schmerzsyndrom rechts nach Sturz mit dem Fahrrad am 21.06.2011
 - Arthroskopie Schulter rechts, arthroskopische Bizepssehnenentodese, Supraspinatussehnenennaht, subacromiale Dekompression, AC-Gelenks-Coplaning, Labrumfixation, Bursektomie am 18.11.2011
 - Schulterarthroskopie, subacromiale Dekompression, Naht Supraspinatussehne Schulter rechts am 10.11.2014 wegen Re-Ruptur nach Sturz beim Skifahren am 19.01.2013
 - aktuell: Restbeschwerden vor allem bei belastenden Überkopfbewegungen, ausgezeichnete Beweglichkeit, gute Kraft
 9. Mittलगrosse Ruptur der Supraspinatussehne, Pulley-Läsion Schulter links nach Auffangen des umkippenden Motorrades am 02.01.2014
 - Schulterarthroskopie, subacromiale Dekompression, Bizepssehnenentomie plus Naht Supraspinatussehne links am 17.02.2015
 - aktuell: ausgezeichnete Beweglichkeit, gute Kraft, weitgehend beschwerdefrei.

Der Kreisarzt führte aus, bei der klinischen Untersuchung seien die Einschränkungen im Bereich der oberen Extremitäten minimal. Die Schultergelenke zeigten einen physiologischen Bewegungsumfang, Muskelatrophien fehlten. Es bestehe rechts ventral über dem AC-Gelenk eine Druckdolenz. Das linke Kniegelenk zeige einen leicht vermehrten Valgus. Bei der Prüfung des Bandapparates werde eine vermehrte sagittale Translation nach ventral und eine vermehrte mediale Zuklappbarkeit festgestellt. Die Meniskuszeichen seien negativ, ein intraartikulärer Erguss bestehe nicht. Die Flexion sei im Vergleich zur Gegenseite leichtgradig eingeschränkt bei vol-

ler Streckfähigkeit. Am rechten Fuss finde sich eine Hammerzehenbildung Dig. IV und V mit deutlichem Klavus über der Kleinzehe. Von somatischer Seite finde sich trotz der multiplen Ereignisse eine erstaunlich gute Funktion des Bewegungsapparates für einen 55-Jährigen.

Die Zumutbarkeit bezüglich der unfallbedingten somatischen Einschränkungen könne wie folgt beurteilt werden: Zumutbar seien vorzugsweise wechselnd belastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Nicht zumutbar seien aufgrund der Schulterveränderungen das Heben von Lasten von mehr als 15 kg, insbesondere nicht über Kopf. Bis Hüfthöhe könnten beidhändig Gewichte bis 20 kg, selten mal 25 kg gehoben werden. Das Tragen von Gewichten von mehr als 15 kg sei aufgrund der degenerativen Veränderungen am linken Kniegelenk ungünstig, insbesondere bei gleichzeitigem Begehen von Treppen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk in kauender oder kniender Position. Ungünstig seien Tätigkeiten mit längerem Gehen oder Stehen in unebenem Gelände. Aufgrund der Veränderungen im Bereiche des rechten Fusses resp. der Zehen und des linken Kniegelenkes seien Tätigkeiten mit sehr langen Stehphasen ungünstig. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei medizinisch-theoretisch eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar.

3.5.2 Die Beschwerdegegnerin mass dem Untersuchungsbericht des Kreisarztes Dr. med. D. _____ vom 3. Mai 2016 (act. II 133) korrekterweise vollen Beweiswert zu (act. II 191 S. 12), da der Bericht die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt (vgl. E. 2.8.1 f. hiavor). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfängt nicht: Zunächst ist festzustellen, dass Dr. med. D. _____ als Facharzt für Chirurgie (vgl. [www. med-regom.admin.ch](http://www.med-regom.admin.ch)) durchaus die Fachkompetenz besitzt, sich hinsichtlich der unfallbedingten somatischen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu äussern. Soweit der Beschwerdeführer das vom Kreisarzt definierte Zumutbarkeitsprofil unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. S. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 30. Mai 2016 (act. I 7) kritisiert, ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353;

SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Hinzu kommt, dass die Aussage von Dr. med. S._____, wonach dem Beschwerdeführer lediglich leichte Arbeiten mit Heben und Tragen von maximal 5 kg (vgl. dazu act. I 8) ohne Überkopfarbeiten zumutbar seien, bei wenig Beschwerden und guten Operationsergebnissen nicht plausibel ist. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zu Recht ausführt (S. 3 f. Ziff. 7), ist die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. S._____ weit weniger differenziert als diejenige des Kreisarztes, der zwischen Heben und Tragen in unterschiedlicher Höhe sowie diversen Bewegungsmustern differenziert. Was die Arbeiten über Schulterhöhe angeht, ist die Einschätzung von Dr. med. D._____ mit Blick auf die vom Beschwerdeführer vor allem bei belasteten Überkopfbewegungen beklagten Restbeschwerden gestützt auf die erhobenen Befunde nachvollziehbar und schlüssig begründet. Soweit das kreisärztlich definierte Zumutbarkeitsprofil unter Verweis auf den Bericht des Spitals T._____ vom 5. Februar 2018 (act. IA 34) und die darin diagnostizierte erneute Ruptur der proximalen Infraspinatussehne in der rechten Schulter kritisiert wird, handelt es sich dabei um einen Sachverhalt, der sich nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 3. Februar 2017 (act. II 191) ereignet hat und damit vorliegend nicht massgeblich ist (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

3.6 Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt. Gestützt auf die vorliegenden Unterlagen lassen sich der Rentenanspruch sowie die Integritätsentschädigung hinsichtlich der einzig massgebenden unfallkausalen Beschwerden zuverlässig beurteilen. Das vom Beschwerdeführer beantragte polydisziplinäre Gerichtsgutachten erübrigt sich damit, sind davon doch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.2 Gestützt auf das – wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.5.2) – schlüssige Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. D._____ hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch mit der Begründung verneint, aufgrund des beruflichen Werdeganges sei der Beschwerdeführer als diplomierter Kaufmann mit erweiterter Grundausbildung und mehrjähriger Berufserfahrung zu betrachten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnte er entsprechend seiner Ausbildung qualifizierte kaufmännische/administrative Arbeiten verrichten und zwar sowohl mit als auch ohne Unfallfolgen, denn eine Einschränkung im entsprechenden Tätigkeitsfeld sei nicht ersichtlich. Er könne daher auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit und ohne Unfall den gleichen Lohn erzielen, weshalb keine Erwerbsunfähigkeit resultiere und keine Rente geschuldet sei.

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er habe als ... täglich Pakete bis zu 30 kg anheben müssen. Als ... habe er ... leisten müssen, die stehend verrichtet worden seien. Damit sei ihm die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Entsprechend sei die Verdiensteinbusse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Vergleich zur angestammten Tätigkeit (...) viel höher als die Beschwerdegegnerin annehme. Angesichts der zahlreichen Einschränkungen wäre ein Leidensabzug von 10 % angebracht.

4.3 Der Beschwerdeführer schloss nach der Primar- und Sekundarschule die Verkehrs- und Verwaltungsschule ... ab, anschliessend absolvierte er eine Ausbildung zum ... (act. III 1 S. 4). Ab April 1979 bis November 2001 war er in verschiedenen Funktionen bei der U. _____ tätig, zuletzt ab 1992 als ... (act. III 23 S. 1). Diese Anstellung verlor er aufgrund – unfallfremder (vgl. E. 3.4.1 hiervor) – psychischer Probleme und Überforderung (act. II 171). Dem Beschwerdeführer stehen trotz der dokumentierten Unfallfolgen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechend seiner Ausbildung und Berufserfahrung qualifizierte administrative Tätigkeiten zur Verfügung. Aus dem vom Kreisarzt definierten Zumutbarkeitsprofil ergeben sich bezüglich solcher Tätigkeiten keine Einschränkungen. Insbesondere kommen die definierten Gewichtslimiten (act. II 133 S. 15) in qualifizierten administrativen Tätigkeiten nicht zum Tragen, beinhalten diese doch höchstens das Tragen und Heben von geringen Lasten. Auch die Einschränkungen betreffend Körperposition (Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk in kauender oder kniender Position; Tätigkeiten mit längerem Gehen oder Stehen in unebenem Gelände; Tätigkeiten mit sehr langen Stehphasen) spielen insofern keine Rolle, als die in Frage stehenden Tätigkeiten gerichtsnotorisch wechselbelastend sind bzw. gestaltet werden können oder grösstenteils sogar sitzend ausgeübt werden. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zu Recht ausführt (S. 6), zielen die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers ins Leere, hat er die Arbeitsstelle als ... doch aus unfallfremden Gründen verloren, weshalb irrelevant ist, welchen Belastungen er dabei ausgesetzt war. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer als durch die Unfallfolgen erwerbsmässig nicht eingeschränkt erachtet und folglich einen Rentenanspruch verneint hat.

5.

5.1 Gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. D. _____ vom 15. Juni 2016 (act. II 141), welcher den erlittenen Integritätsschaden auf 38 % schätzte, gewährte die Beschwerdegegnerin eine Integritätsentschädigung von insgesamt Fr. 27'408.-- (act. II 150 S. 2).

Zur Begründung seiner Schätzung führte der Kreisarzt aus, der Versicherte habe 1984 eine VKB-Ruptur links mit Ruptur des lateralen Seitenbandes erlitten. Inzwischen habe er eine medial betonte Gonarthrose entwickelt und es liege eine klinisch moderate sagittale Instabilität mit regelmässigen Giving-ways vor. Radiologisch seien im lateralen Kompartiment Verkalkungen im Bereiche des Meniskus sichtbar. Entsprechend sei zusätzlich von einer Chondrokalzinose auszugehen. Insgesamt liege eine mässiggradige Pangonarthrose vor. Sowohl der mediale als auch laterale Gelenkspalt und auch der Gelenkspalt des femoropatellaren Gelenks seien aber noch erhalten. Die Arthrose sei medial betont mit deutlicher Osteophytenbildung. Für eine mässiggradige Pangonarthrose sei maximal eine Entschädigung von 30 % vorgesehen. Aufgrund der Chondrokalzinose als zusätzlicher unfallfremder, die Arthrosebildung begünstigender Faktor sei eine Reduktion um 5 % gerechtfertigt. Es resultiere, was die Arthrose betreffe, ein Integritätsschaden von 25 %. Bei zusätzlich bestehender vorderer Kreuzbandinsuffizienz, die klinisch als leicht bis mittelgradig einzustufen sei, erhöhe sich der Integritätsschaden gemäss Tabelle 6 um 5 % auf insgesamt 30 % für das linke Knie. Die aus dem Unfall von 1987 resultierenden Veränderungen nach Kleinzehenluxation rechts hätten zu einer Hammerzehenbildung geführt. Für diese isoliert sei gemäss Tabelle 2.2 keine Entschädigung vorgesehen. Zusammen mit der schmerzhaften Mittelfussproblematik nach Metatarsale IV-Fraktur rechts schein eine Entschädigung von 8 % gerechtfertigt (3 % für die Hammerzehenbildung und 5 % für die Mittelfussbeschwerden). Bezüglich des Unfalls mit dem Fahrrad am 21. Juni 2011 mit Supraspinatussehnenläsion, labraler Bankart-Läsion und subacromialem Schmerzsyndrom rechts sei nach operativer Therapie ein sehr gutes Resultat erreicht worden. Das Ausmass der diskreten Einschränkung für lediglich stark belastete Überkopftätigkeiten erreiche (gemäss Tabelle 1.2) kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Auch im Bereiche der linken Schulter bestehe nach operativer Versorgung einer Ruptur der Supraspinatussehne, einer Pulley-Läsion nach Auffangen eines umkippenden Motorrades am 2. Januar 2014 eine ausgezeichnete Beweglichkeit mit guter Kraft und weitgehender Beschwerdefreiheit. Auch hier werde (gemäss Tabelle 1.2) das zu entschädigende Ausmass nicht erreicht.

5.2 Die Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. D. _____ bezüglich des erlittenen Integritätsschadens im linken Knie und den beiden Schultern ist nachvollziehbar begründet und überzeugt. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, an der rechten Schulter liege eine aktivierte AC-Arthrose nach Gelenksresektion vor, womit diesbezüglich ein Integritätsschaden von 5 % zu entschädigen sei (Beschwerde S. 4), vermag daran nichts zu ändern. Im Bericht des Spitals T. _____ vom 17. November 2011 (act. I 13) wird die AC-Gelenksarthrose als "gering", in einem weiteren Bericht vom 30. Mai 2016 (act. I 12) als "beginnend" bezeichnet. Damit fällt die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung ausser Betracht, ist eine solche gemäss Tabelle 5 doch lediglich bei schweren AC-Arthrosen auszurichten. Soweit der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Integritätsentschädigung mit einer AC-Gelenksresektion begründen sollte, ist festzustellen, dass die Vornahme einer solchen zwar diskutiert (act. I 13 S. 2), im Rahmen des am 18. November 2011 erfolgten chirurgischen Eingriffs an der rechten Schulter jedoch nicht durchgeführt worden ist (act. I 14). Es bleibt damit beim auf 30 % geschätzten Integritätsschaden am linken Knie.

Bezüglich des rechten Fusses kann der Einschätzung des Kreisarztes, wonach insgesamt ein Integritätsschaden von 8 % (3 % für die Hammerzehebildung und 5 % für die Mittelfussbeschwerden) vorliege, nicht gefolgt werden. Die Tabelle 2.2 sieht für eine schmerzhafte Funktionsstörung nach Mittelfussfrakturen eine Integritätsentschädigung von 10 - 20 % vor. Dementsprechend ist dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 10 % zuzusprechen. Eine höhere Entschädigung ist nicht gerechtfertigt, da einerseits für die Hammerzehe – wie der Kreisarzt festhält – keine solche geschuldet ist (act. II 141 S. 3) und andererseits die Fraktur der Metatarsale IV lediglich intermittierend Beschwerden verursacht (act. II 135 S. 14).

6.

Nach dem Dargelegten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Februar 2017 (act. II 191) dahingehend abzuändern, als dem Beschwerdeführer für den Integritätsscha-

den am rechten Fuss eine Integritätsentschädigung von 10 % zuzusprechen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

7.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Ausgehend vom geringfügigen Obsiegen (Erhöhung der Integritätsentschädigung um zwei Prozentpunkte) hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) zu bezahlen.

7.3 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Die Kosten eines von der versicherten Person selbst veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2017 UV Nr. 17 S. 60 E. 5).

Die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte von Dr. med. I. _____ vom 14. September 2017 (act. IA 22), vom 4. September 2017 (act. IA 23) und vom 20. März 2018 (act. IB 39), von lic. phil. H. _____ vom 19. April 2017 (act. I 20) und vom 11. September 2017 (act. IA 24) sowie von Prof. Dr. med. Q. _____ vom 6. März 2018 (act. IB 38) waren im vorliegenden Verfahren für die Beurteilung nicht massgebend. Demnach

hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für die vom Beschwerdeführer eingeholten ärztlichen Beurteilungen (act. IA 30-33, act. IB 40 f.) nicht zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 3. Februar 2017 dahingehend abgeändert, als dem Beschwerdeführer für den Integritätsschaden am rechten Fuss eine Integritätsentschädigung von 10 % zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin (inkl. Doppel der Eingabe des Beschwerdeführers vom 4. Juni 2018 mit Beilagen)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.