

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/6 vom 1. Februar 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_6

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/6 du 1 février 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/6 del 1 febbraio 2012

Regeste

Art. 6 UVG: Bejahung natürlich kausaler Unfallrestfolgen im Bereich des rechten Knies. Art. 19 Abs. 1 UVG: Bejahung der Voraussetzungen für den "Fallabschluss" für einen späteren Zeitpunkt; weitere Ausrichtung von Taggeldern und Übernahme von Heilungskosten. Art. 18 Abs. 1 UVG: schlüssige ärztliche Beurteilung betreffend Arbeitsfähigkeitsgrad bzw. zumutbarer Tätigkeit. Verneinung eines Rentenanspruchs nach Durchführung eines Einkommensvergleichs in Anwendung von DAP-Arbeitsplätzen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. April 2015, UV 2014/6). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_390/2015. Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz. Entscheid vom 24. April 2015 in Sachen A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Willi Fuchsli, Zürcherstrasse 49, Postfach 644, 8853 Lachen SZ, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen Sachverhalt:

Erwägungen

E. 1

1.1 Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2014 (Suva-act. 104), dem die Verfügung vom 28. Oktober 2013 (Suva-act. 82) zugrunde liegt. Darin prüfte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Sie nahm zunächst Bezug auf ihr Schreiben vom 24. September 2013, worin sie die Einstellung der Heilkostenleistungen per sofort und die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Oktober 2013 angekündigt hatte, und anschliessend eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit per 1. November 2013 und damit einen Rentenanspruch verneinte. Ebenfalls verneint wurde ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden. Streitig ist, ob die im Nachgang zum Ereignis vom 15. Oktober 2012 erbrachten Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht per 24. September bzw. 31. Oktober 2013 eingestellt wurden und, wenn ja, ob dem Beschwerdeführer für die Folgezeit eine Rente zuzusprechen ist. Bezüglich des Rentenanspruchs sind die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, die Höhe des zumutbaren noch erzielbaren Invalideneinkommens sowie der Invaliditätsgrad umstritten. Bezüglich der Integritätsentschädigung ist der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2014 in Rechtskraft erwachsen. 1.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem

Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Nach Gesetz und Praxis ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung; Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente abzuschliessen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Ebenfalls nicht verlangt wird, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (Alfred Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274). Ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2009, 8C_25/2009, E. 4.1.1 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Angesichts der in Erwägung 1.2 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Vorab ist mithin zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu beurteilen und damit für die Festlegung der Ansprüche relevant sind.

E. 2.2

2.2.1 Anlässlich des Unfallereignisses vom 15. Oktober 2012 erlitt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen eine strukturelle Verletzung des rechten Kniegelenks in Form eines Knorpeldefekts des lateralen Femurcondylus zentral mit einer Ausdehnung bis 13 mm sowie einer Meniskopathie mit kleinem Vorderhorneinriss des lateralen Meniskus. Das mediale und retropatellare Kompartiment stellten sich unmittelbar nach dem Unfall unauffällig dar (Suva-act. 13). Nachdem sich in der Folge zusätzlich eine ausgeprägte Begleitsynovitis (Suva-act. 23) entwickelt hatte, wurden der Knorpelschaden, die Meniskopathie sowie die Synovitis am 7. Februar 2013 arthroskopisch mit Knorpel-Débridement und Microfracturing am lateralen Femurcondylus, Synovektomie, PE der Synovialis und Aussenmeniskus-Vorderhorn-Débridement therapiert (Suva-act. 23). Nachfolgend persistierten allerdings retropatellare Schmerzen, weshalb wegen eines Verdachts auf eine Osteonekrose der Trochlea femoris am 25. März 2013 erneut eine MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks in der F.____ durchgeführt wurde. Diese brachte verschiedene Gesundheitsschäden hervor; eine diskret aktivierte, geringgradige,

laterale Retropatellararthrose bei Dysplasie des Retropatellargelenks, eine aktivierte osteochondrale Läsion im zentralen Anteil des lateralen Femurkondylus mit Knorpeldefekt, einen mässiggradigen Gelenkerguss, eine betonte Plica mediopatellaris, eine kleine popliteale Baker-Zyste, eine erhebliche Substanzdegeneration des Aussenmeniskus-Vorderhorns und Corpus, eine geringgradige Tendinopathie der Patellarsehne, einen begleitenden Reizzustand des Hoffa-Fettkörpers und ein subkutanes Ödem präpatellar-prätibial (Suva-act. 39). Dr. J.____ und Dr. med. M.____, Orthopädische Chirurgie FMH, Klinik E.____, bezeichneten es im Bericht vom 10. Mai 2013 als nicht verwunderlich, bei Knorpel-/Knochendefekten im Bereich der lateralen Femurcondyle belastungsabhängige Schmerzen zu verspüren (Suva-act. 40). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 5. August 2013 ist das obgenannte radiologische Untersuchungsergebnis als Diagnose bzw. Folge der am 15. Oktober 2012 erlittenen Kniekontusion angeführt und wird die zumutbare Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers durch physische, kniebezogene Gesundheitsbeeinträchtigungen als eingeschränkt bezeichnet (Suva-act. 56; vgl. auch nachfolgende Erwägung 4.3.2). Angesichts der vorgenannten medizinischen Akten liegen mithin beim Beschwerdeführer gewisse organische Gesundheitsbeeinträchtigungen im Bereich des rechten Kniegelenks vor, die dem Unfallereignis vom 15. Oktober 2012 zuzuschreiben bzw. deren Folge sind, was grundsätzlich auch seitens der Beschwerdegegnerin unbestritten ist (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 4.3.1).

2.2.2 Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 5. August 2013 werden sodann die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), teilremittiert, sowie die Differentialdiagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0), teilremittiert, gestellt (Suva-act. 56). Die während der Rehabilitation durchgeführte psychosomatische Abklärung hatte ergeben, dass sich durch den protrahierten Heilungsverlauf und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit mit der Zeit eine psychische Symptomatik mit Konzentrationsstörungen, Grübeln, bedrückter und ängstlicher Stimmung, innerer Unruhe, Reizbarkeit bzw. Gereiztheit, Insuffizienzgefühlen, Schlafstörungen und vermindertem Antrieb entwickelt habe. Der Beschwerdeführer habe sich sozial zurückgezogen und Suizidgedanken entwickelt, wobei er sich bei Eintritt in die Klinik glaubhaft von akuter Suizidalität distanziert habe. - Dieses Resultat liesse grundsätzlich auf einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 15. Oktober 2012 schliessen. Nachdem jedoch im Austrittsbericht abschliessend festgehalten wird, dass sich die psychische Situation während der stationären Rehabilitation deutlich stabilisiert und die Stimmung aufgehellt habe, der Beschwerdeführer wieder vermehrt soziale Kontakte suche, besser schlafe und sich auch subjektiv wohler fühle, und die festgestellte psychische Störung aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründe, fällt die Berücksichtigung einer psychischen Gesundheitsstörung ausser Betracht. Selbst vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wird in der Replik vom 26. März 2014 vertreten, dass es im konkreten Fall sicher nicht um psychische Unfallfolgen gehe (act. G 6, Ziff. 2).

2.2.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Rahmen der nachfolgenden Prüfung von Ansprüchen des Beschwerdeführers auf Leistungen der Beschwerdegegnerin einzig die Knieproblematik rechts zu berücksichtigen ist.

E. 3

3.1 Hierbei ist zunächst streitig, ob per 24. September bzw. 31. Oktober 2013 der sogenannte "Fallabschluss" vorgenommen werden durfte, d.h. Heilkosten- und Taggeldleistungen ab diesen Zeitpunkten eingestellt werden durften, und per 1. November

2013 der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu prüfen war. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung des Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 13. Januar 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 356 E. 1 mit Hinweisen). 3.2 Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dargelegte und angewendete Theorie des Nachweises des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens (vgl. dazu Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 54) findet im vorliegenden Fall keine Anwendung. Das Vorliegen unfallkausaler Restfolgen ist unbestritten und in den medizinischen Akten ausgewiesen. Nicht ihr Dahinfallen ist mithin die zu prüfende Rechtsfrage, sondern wann der Fallabschluss vorzunehmen bzw. der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen ist. Anschliessend folgt die Anspruchsprüfung an sich. 3.3 Am 6. September 2013 teilte die IV der Beschwerdegegnerin mit, dass sie einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen mangels gesundheitsbedingter Einschränkungen, welche die Stellensuche einschränken würden, bzw. der Möglichkeit, bei Verwertung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein Renten ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen, abgewiesen habe (Suva-act. 65). Eingliederungsmassnahmen der IV stehen damit einem Fallabschluss nicht entgegen.

E. 3.4

3.4.1 Gestützt auf das Ergebnis der MRI-Untersuchung vom 25. März 2013 in der Rodiag (Suva-act. 39) hatten Dr. J.____ und Dr. M.____ im Bericht vom 10. Mai 2013 erklärt, dass zurzeit keine interventionellen Massnahmen anstehen würden, jedoch eine stationäre Aufnahme in der Rehaklinik Bellikon empfohlen werde (Suva-act. 40). Eine solche fand vom 24. Juni bis 31. Juli 2013 statt. Im Rahmen der stationären Rehabilitation konnte laut Austrittsbericht vom 5. August 2013 keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden. Weitere physiotherapeutische Massnahmen wurden nicht vorgesehen, sondern lediglich die Fortsetzung des instruierten Heimprogramms. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schätzten Dr. G.____ und med. pract. H.____ in einer knieadaptierten Tätigkeit auf 100% (Suva-act. 55 f.). Dr. I.____ stellte am 23. September 2013 fest, dass weitere Behandlungen langfristig nicht indiziert seien (Suva-act. 71). Gestützt auf diese medizinische Aktenlage nahm die Beschwerdegegnerin per 24. September bzw. 31. Oktober 2013 den Fallabschluss unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und per 1. November 2013 die Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente vor. 3.4.2 Nach der kreisärztlichen Beurteilung und vor Erlass der Verfügung vom 28. Oktober 2013 (Suva-act. 82) bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Januar 2014 (Suva-act. 118) wurden jedoch die medizinischen Untersuchungen fortgesetzt. Der Beschwerdeführer litt fortdauernd unter Kniegelenksschmerzen und am 10. Oktober 2013 wurde bei ihm eine weitere MRI-Untersuchung im Röntgeninstitut D.____ durchgeführt (Suva-act. 85). Gestützt auf deren Ergebnis hielt Dr. C.____ am 23. Oktober 2013 gegenüber der Beschwerdegegnerin fest, dass sich neue Gesichtspunkte wegen der fehlenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergeben hätten. Im neu erstellten MRI würden sich ein neuer Einriss des Meniskus und eine Chondromalazie des Knorpels zeigen, aufgrund dessen wahrscheinlich neu operiert werden müsse. Der Beschwerdeführer sei zurzeit wieder in der Klinik E.____ in Behandlung (Suva-act. 84). Die neue MRI-Untersuchung im Röntgeninstitut D.____ hatte eine Degeneration des lateralen Vorderhorns mit schrägen Unterrandrisen des lateralen Meniskusvorderhorns, im Übergang vom zentralen zum posterioren Femurkondylus lateral eine Chondropathie mit Signalalteration des Knorpels

und angrenzender subchondraler Ödemzone sowie im medialen Kniegelenk eine femorale Chondropathie mit einem kleinen Defekt von 6 x 6 mm hervorgebracht (Suva-act. 85). Während im entsprechenden Untersuchungsbericht des Röntgeninstituts D.____ die Chondropathie lateral bereits als am 3. Dezember 2012 (vgl. dazu Suva-act. 13) abgrenzbar bezeichnet wurde, wurde die Chondropathie medial als neuer Defekt angegeben. Die Entstehung der schrägen Unterrandrisse am lateralen Meniskusvorderhorn wurde zwar zeitlich nicht explizit eingegrenzt, doch hatte man auch intraoperativ am 7. Februar 2013 (Suva-act. 39) eine deutliche Fragmentation und Auffaserung des Vorderhorns des Aussenmeniskus und im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 25. März 2013 eine erhebliche Substanzdegeneration des Aussenmeniskus-Vorderhorns festgestellt (Suva-act. 39). Entsprechend hat Dr. J.____ im Bericht vom 4. November 2013 als Diagnose einen nicht objektivierbaren rechtsseitigen Knieschmerz (unter anderem) mit einer intraoperativ bereits dokumentierten degenerativen Veränderung des Aussenmeniskus-Vorderhorns angeführt (Suva-act. 88). Neu ist demgemäss offenbar tatsächlich die Chondropathie im medialen Kniegelenk, deren Kausalität zum Unfall als sekundäre degenerative Spätfolge nicht in Frage gestellt wird.

3.4.3

Diese Feststellung für sich hindert jedoch den Fallabschluss nicht. Massgebend ist, inwiefern eine Unfallfolge einer ärztlichen Behandlung bedarf bzw. von einer solchen eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Aufgrund der medizinischen Akten folgten anschliessend an das neue MRI-Untersuchungsergebnis des Röntgeninstituts D.____ weder hinsichtlich der Chondropathie noch der Meniskuspathologie weitere Therapien. Anders gesagt wurden die am 10. Oktober 2013 erhobenen Befunde offensichtlich nicht derart beurteilt, dass weitere Therapien als indiziert erachtet wurden. Dr. J.____ hielt zudem im Bericht vom 4. November 2013 (Suva-act. 88) fest, es bestehe kein Hinweis, dass die MRI-Befunde mit dem vom Beschwerdeführer klinisch präsentierten Bild korrelieren würden, und diagnostizierte nicht objektivierbare Knieschmerzen. Allein aufgrund dieser Aktenlage wäre der Fallabschluss per 24. September bzw. 31. Oktober 2013 nicht in Frage gestellt. Dennoch lag für den Fallabschluss noch kein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt vor. Dr. J.____ zog im obgenannten Bericht ein retropatelläres Problem (Probleme beim Treppensteigen, Kniebeuge) in Erwägung und stellte die Verdachtsdiagnose eines femoropatellären Schmerzsyndroms. Eine diesbezügliche arthroskopische Heilung (ein laterales Retinakulumrelease) wurde zwar damals als zweifelhaft bezeichnet und Dr. I.____ stellte sich am 14. und 18. November 2013 auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass die beklagten Knieschmerzen laut Bericht von Dr. J.____ nicht objektivierbar seien bzw. keine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und keine Neubeurteilung zu erfolgen habe (Suva-act. 89 f.). Andererseits wurde der Beschwerdeführer am 29. November 2013 durch Dr. K.____ untersucht, der im Sprechstundenbericht vom 6. Dezember 2013 (Suva-act. 98) die Befunde von Dr. J.____ als unvollständig bezeichnete und darauf hinwies, dass zusätzlich zum schriftlichen Befund des MRIs vom 10. Oktober 2013 (Suva-act. 85) im MRI eine auffällige diffuse Hoffa-Hypertrophie bestehe. Im MRI imponiere entgegen der klinischen Untersuchung kein Erguss im Recessus suprapatellaris, allerdings sei der gesamte Recessus mit hypertropher Synovia ausgefüllt. Auch popliteal bestehe eine deutliche hypertrophe Synovitis. Aufgrund des MRI-Befunds sowie der klinischen Untersuchung bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine postoperative Arthrofibrose des rechten Kniegelenks. Geplant sei eine Untersuchung des rechten Kniegelenks in Narkose. Nachfolgend an das Resultat dieser Untersuchung werde das definitive Vorgehen festgelegt (Suva-act. 98, vgl.

auch Suva-act. 97). Die Untersuchung unter Narkose vom 16. Dezember 2013 brachte sodann kein mechanisches Problem hervor und Dr. K.____ schloss, dass die Situation mit einem erneuten chirurgischen Eingriff nicht verbessert werden könnte, ja sogar dringend davon abzuraten sei (Suva-act. 120). Erst mit dieser abschliessenden Beurteilung stand mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 134 V 125 E. 9.5, 126 V 360 E. 5.b; RKUV 1985 Nr. K 613 S. 19 E. 3a; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers durch eine Fortsetzung der medizinischen Behandlung nicht mehr verbessert werden konnte. 3.4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Fallabschluss nicht bereits per 24. September bzw. 31. Oktober 2013, sondern erst per 31. Dezember 2013 erfolgen konnte. Ein solcher Fallabschluss erscheint angemessen, obwohl dem Beschwerdeführer von Dr. G.____ und med. pract. H.____ in einer knieadaptierten Tätigkeit bereits im Austrittsbericht vom 5. August 2013 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist (Suva-act. 56). Angesichts der nach dem 24. September bzw. 31. Oktober 2013 gestellten Verdachtsdiagnose und der nachfolgend geprüften allfälligen Unfallrestfolgen hätte sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung je nach Untersuchungsergebnis anders darstellen können. Per 31. Dezember 2013 fällt jedoch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung ausser Betracht, indem eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit kein Raum für eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit übrig lässt (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 4.3.2). Ein Fallabschluss kann stattfinden. Der Bericht von Dr. C.____ vom 6. Februar 2014 (act. G 1.3), wonach im Gelenk des Beschwerdeführers massive narbige Verwachsungen seien, infolge bereits erfolgter Operationen eine weitere Operation kontraindiziert sei, der Beschwerdeführer zur Zeit konservativ behandelt werde und der Endzustand noch nicht erreicht sei, vermag einen Fallabschluss per 31. Dezember 2013 nicht in Frage zu stellen. Die Beschwerdegegnerin argumentiert in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2014 (act. G 3) überzeugend, dass der Beschwerdeführer hieraus nichts zu seinen Gunsten ableiten könne. Dies, indem Dr. C.____ nicht ausführe, mit welchen medizinischen Massnahmen (insbesondere auch im Hinblick auf die bisherige Therapieresistenz des Beschwerdeführers) eine massgebende Verbesserung im Sinn einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre. Die Umstände, dass in den radiologischen Berichten keine Rede von massiven narbigen Verwachsungen im Kniegelenk ist und Dr. C.____ selbst eine weitere Operation als kontraindiziert bezeichnet, lassen seinen kurz gehaltenen Bericht bezüglich der hier zu prüfenden Rechtsfrage ohnehin nicht als beweiskräftig erscheinen. 3.5 Damit ist festzuhalten, dass die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Taggelder, Heilungskosten) nicht, wie von der Beschwerdegegnerin vorgenommen, bereits per 24. September bzw. 31. Oktober 2013, sondern erst per 31. Dezember 2013 erfolgen durfte und die Prüfung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente entsprechend per 1. Januar 2014 zu erfolgen hatte. Unabhängig von einem Anspruch auf eine Invalidenrente hat die Beschwerdegegnerin mithin dem Beschwerdeführer bis 31. Dezember 2013 Taggelder auszurichten sowie die Abklärungs- und Heilbehandlungskosten im Zusammenhang mit dem rechten Kniegelenk zu übernehmen.

E. 4

4.1 Zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person

nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 4.2 Während sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, der Beschwerdeführer sei in einer den unfallbedingten Restbeschwerden angepassten bzw. knieadaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig und beim Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 5%, hält der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dagegen, dass aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne.

E. 4.3

4.3.1 Im vorliegenden Fall ist unbestritten und radiologisch objektiviert, dass beim Beschwerdeführer infolge des am 15. Oktober 2012 erlittenen Knorpeldefekts der dorso-lateralen Femurcondyle mit korrespondierendem Aussenmeniskus-Vorderhornriss, trotz arthroskopischer Behandlung des rechten Knies am 7. Februar 2013 mit Knorpeldébridement und Microfracturing der lateralen Condyle, Synovektomie, PE der Synovialis sowie einem Aussenmeniskus-Vorderhorn-Débridement (Suva-act. 23), die im MRI des Röntgeninstituts D.____ vom 10. Oktober 2013 dargestellten Gesundheitsschäden vorliegen; Degeneration des lateralen Vorderhorns mit schrägem Unterrandeinriss des lateralen Meniskusvorderhorns, laterale Chondropathie mit angrenzender subchondraler Ödemzone (bereits am 3. Dezember 2012 abgrenzbar; vgl. Suva-act. 13); mediale Chondropathie (am 3. Dezember 2012 war das mediale Kompartiment noch unauffällig; vgl. Suva-act. 85). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung und Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils durch Dr. G.____ und med. pract. H.____ vom 5. August 2013 basieren hingegen auf dem MRI-Befund der F.____ vom 25. März 2013 (Suva-act. 39, 56). Damals hatten sich eine - am 10. Oktober 2013 nicht mehr explizit festgestellte - diskret aktivierte, geringgradige laterale Retropatellararthrose, eine geringgradige Tendinopathie der Patellarsehne, ein begleitender Reizzustand des Hoffa-Fettkörpers und ein subkutanes Ödem präpatellar-prätibial gezeigt, und - gleich wie am 10. Oktober 2013 - eine osteochondrale Läsion im lateralen Femurcondylus mit Knorpeldefekt, ein mässiggradiger Gelenkerguss sowie eine erhebliche Substanzdegeneration des Aussenmeniskus-Vorderhorns dargestellt. Neu ergeben hat sich am 10. Oktober 2013 gegenüber dem 25. März 2013, wie bereits erwähnt, die mediale Chondropathie. Die von Dr. K.____ zusätzlich erhobene Hoffa-Hypertrophie, welche ihn die Verdachtsdiagnose einer postoperativen Arthrofibrose des rechten Kniegelenks stellen liess, konnte - wie in Erwägung 3.4.3 dargelegt - in einer Untersuchung unter Narkose nicht bestätigt werden.

4.3.2 Die Parteien sind sich darüber einig, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Fensterbau wegen der verbleibenden

Unfallfolgen am rechten Knie nicht mehr zugemutet werden kann. Hingegen erachtet die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 5. August 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer knieadaptierten, d.h. leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit, ohne wiederholtes Gehen in unebenem Gelände und ohne repetitive Einnahme von Zwangshaltungen wie Knien, Kauern und Hocken als zumutbar (Suva-act. 56). Mit dem von Dr. G.____ und med. pract. H.____ definierten Zumutbarkeitsprofil wird auf die am 25. März 2013 radiologisch objektivierten Gesundheitsschäden umfassend Rücksicht genommen. Aber auch die am 10. Oktober 2013 neu erhobene mediale Chondropathie kann mit dem fraglichen Zumutbarkeitsprofil als hinlänglich berücksichtigt betrachtet werden. Die Einwirkung auf das rechte Knie bzw. dessen Gebrauch wird in der adaptierten Tätigkeit exakt entsprechend den vom Beschwerdeführer besonders geklagten und im Grundsatz medizinisch nicht in Frage gestellten Beschwerden (vgl. dazu Erwägung 2.2.1; Suva-act. 40) - eingeschränkte Beweglichkeit und bewegungsabhängige Schmerzen insbesondere beim Stehen und Treppen steigen sowie beim Laufen in unebenem Gelände (vgl. Suva-act. 56, S. 6) - weitgehend reduziert. Dr. G.____ und med. pract. H.____ sprechen in ihrem Austrittsbericht vom 5. August 2013 von einer beobachteten erheblichen Symptomausweitung, indem sich das Ausmass der vom Beschwerdeführer demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und Abklärungen sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären lasse (Suva-act. 56). Entsprechendes hatten zuvor auch Dr. J.____ und Dr. M.____ in ihrem Bericht vom 10. Mai 2013 festgestellt, indem sie die präsentierte nahezu komplette Belastungsinsuffizienz und Bewegungsaufhebung als mit den kernspintomographischen Befunden nicht einhergehend bezeichneten (Suva-act. 40). Der vom Beschwerdeführer subjektiv geklagte Dauerschmerz (Suva-act. 56, 98) konnte also von den Ärztinnen und Ärzten nicht bestätigt werden. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die geeignet wären, Zweifel daran zu begründen, dass mit dem Zumutbarkeitsprofil im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon den in Frage stehenden Gesundheitsschädigungen bzw. damit verbundenen Beschwerden und ihren praktischen Auswirkungen nicht genügend Rechnung getragen worden wäre. Gegenteiliges ist jedenfalls nicht erkennbar und wird vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auch in keiner Weise überzeugend konkretisiert. So vermögen, wie in Erwägung 3.4.2 dargelegt, die von Dr. C.____ in seinem Schreiben vom 23. Oktober 2013 erwähnten neuen Gesichtspunkte (Suva-act. 84), sofern sie denn überhaupt neu sind, und sein Bericht vom 6. Februar 2014 (act. G 1.3) das Zumutbarkeitsprofil im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon nicht in Frage zu stellen. Die Zumutbarkeitsbeurteilung wurde gestützt auf die objektivierten Befunde vorgenommen. Die Ärztinnen und Ärzte der Klinik sehen sodann die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Aus der Zumutbarkeitsbeurteilung darf denn auch theoretisch ohne Weiteres gefolgert werden, dass dem Beschwerdeführer im darin umschriebenen Rahmen bzw. mit den erwähnten, limitierenden Bedingungen ein ganztägiger Einsatz mit voller Leistung zumutbar ist. Gesundheitlichen Störungen kann nicht nur mit einem eingeschränkten Arbeitsfähigkeitsgrad, sondern auch mit einer angepassten Tätigkeit Rechnung getragen werden. Im Folgenden ist mithin in einer leichten bis mittelschweren Arbeit unter Berücksichtigung der von Dr. G.____ und med. pract. H.____ angeführten speziellen Einschränkungen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

E. 5

5.1 Zu prüfen bleibt, ob aus einer Restarbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert. 5.2 Das Valideneinkommen 2013 des Beschwerdeführers von Fr. 61'512.-- (Fr. 4'784.-- x 12 Monate + Nachzahlung gemäss GAV 2011 von Fr. 4'104.45; vgl. Suva-act. 77, 79) blieb als solches unbestritten und erscheint aufgrund der Akten ausgewiesen. 5.3 Das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf DAP-Zahlen, d.h. die Arbeitsplätze Nummern 10886, 5388, 338509, 9977 und 2556, festgelegt und daraus ein solches von Fr. 58'219.-- ermittelt (Durchschnitt; Suva-act. 81). Im Hinblick auf die geforderte Repräsentativität der DAP-Profile und der daraus abgeleiteten Lohnangaben hat die Beschwerdegegnerin nach der Rechtsprechung, zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern, Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der konkreten DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (BGE 129 V 478 ff. E. 4.2.2). Ein Zugriff auf die gesamte DAP-Datenbank seitens der versicherten Person oder der Gerichte ist nach der Rechtsprechung nicht gefordert. Laut der zitierten Erwägung 4.2.2 im Urteil des EVG vom 28. August 2003 (BGE 129 V 472 [S. 478 ff.]) ist das Recht auf Akteneinsicht und Aktenzugang auf jene Akten beschränkt, die Grundlage einer Entscheidung bilden. Es kann daraus keine Pflicht der Behörde zur umfassenden Veröffentlichung interner Dokumentationen abgeleitet werden. Um die Repräsentativität im Einzelfall zu gewährleisten, genügt nach der Rechtsprechung der bereits erwähnte Nachweis von fünf zumutbaren Arbeitsplätzen mit den genannten zusätzlichen Angaben. Diese Regelung entspricht einem fairen Verfahren im Sinne von Art. 6 EMRK. Die ausgewählten DAP-Blätter müssen aufgelegt werden, sodass in diesem Rahmen das rechtliche Gehör gewahrt ist (BGE 139 V 598 f. E. 7.8; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 136). Die Beschwerdegegnerin hält in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2014 zutreffend fest, dass sie in der Verfügung vom 28. Oktober 2013 auf solche, das errechnete Invalideneinkommen belegende Unterlagen Bezug genommen hat (vgl. Suva-act. 82). Die ausgewählten Arbeitsplätze inklusive die Blätter mit den zusätzlich geforderten Angaben sind Bestandteil des Unfalldossiers und standen mithin dem Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens zur Einsichtnahme offen. Vor Erlass der Verfügung war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, den Beschwerdeführer anzuhören (Art. 42 Satz 2 ATSG; vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 21 ff. zu Art. 42). 5.4 Konkret liegen die von der Rechtsprechung geforderten DAP-Angaben vor. Auch die von der Beschwerdegegnerin getroffene Auswahl der DAP-Arbeitsplätze ist nicht zu beanstanden. Die Arbeitsplätze sind sowohl dem von Dr. G.____ und med. pract. H.____ allgemein formulierten Zumutbarkeitsprofil (leichte bis mittelschwere Arbeit, wechselbelastend) als auch den von ihnen angeführten spezifischen behinderungsbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers angepasst (kein wiederholtes Gehen in unebenem Gelände, keine repetitive Einnahme von Zwangshaltungen wie Knien, Kauern, Hocken). Auch von Seiten des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers werden gegen die ausgewählten DAP-Arbeitsplätze keine Einwände erhoben. 5.5 Eine Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 61'512.-- und des gestützt auf die fünf DAP's errechneten Invalideneinkommens von Fr. 58'219.-- lässt die

Schlussfolgerung zu, dass der Beschwerdeführer auch nach dem Unfall ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 6

Die Beschwerdegegnerin hält in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2014 (act. G 3, S. 6) zutreffend fest, dass eine Übergangsfrist zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse bzw. für die Vornahme eines Berufswechsels nur das Rechtsverhältnis des Taggeldes betrifft. Während sich der Taggeldanspruch am Begriff der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 6 ATSG) orientiert und hierbei die Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten, bei langer Dauer aber auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt wird, basiert die Invalidität auf dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 7 ATSG), der nur noch den Zumutbarkeitsgrundsatz beinhaltet (vgl. hierzu auch Art. 18 Abs. 2 UVG). Sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen erfüllt (Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. Erwägung 3), fällt mithin die Einräumung einer angemessenen Übergangsfrist, während der das bisherige Taggeld geschuldet bleibt, ausser Betracht.

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten sind dem Beschwerdeführer in teilweiser Gutheissung der Beschwerde bis 31. Dezember 2013 Taggelder auszurichten. Ebenfalls bis 31. Dezember 2013 hat die Beschwerdegegnerin die Abklärungs- und Heilungskosten im Zusammenhang mit dem rechten Kniegelenk zu übernehmen. Diesbezüglich ist der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2014 aufzuheben. In Bezug auf die Invalidenrente wird die Beschwerde abgewiesen. 7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Hingegen hat der teilweise obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Da der Beschwerdeführer mit seinem Antrag nur zu einem unbedeutenden Teil durchgedrungen ist, rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf pauschal Fr. 800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen und der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2014 aufgehoben, als die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, dem Beschwerdeführer bis 31. Dezember 2013 Taggelder auszurichten und die Abklärungs- und Heilungskosten bezüglich des rechten Kniegelenks zu übernehmen. In Bezug auf die Invalidenrente wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit pauschal Fr. 800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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