

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/34 vom 16. März 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_34

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/34 du 16 mars 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/34 del 16 marzo 2018

Regeste

Art. 10 UVG. Art. 16 UVG. Art. 19 Abs. 1 UVG. Frage der unfallkausalen Restfolgen und des Zeitpunkts des Fallabschlusses. Die Kostenübernahme der Heilbehandlung und die Ausrichtung der Taggelder wurden zu Recht eingestellt. Abweisung der Beschwerde (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2018, UV 2016/34).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2012 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Dezember 2014 (Heilbehandlung) bzw. 31. Dezember 2015 (Taggelder) eingestellt hat. Weiter zu prüfen ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit ab 1. Mai 2015 als Basis der Taggelder. Nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids und daher vorliegend nicht zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung. 2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 2.2 Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen.

Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Bei organischen Unfallfolgen ist die Adäquanz gemäss Rechtsprechung nicht gesondert zu prüfen, sondern sie ist in der Regel ohne weiteres anzunehmen, wenn die natürliche Kausalität feststeht (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.; ULRICH MEYER-BLASER, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in: SZS 1994 S. 99 f. und 104).

2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

E. 3

Vorab ist abzuklären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu betrachten und damit für die Leistungsprüfung betreffend Heilbehandlung und Taggelder relevant sind. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 29. Januar 2015 (vgl. UV-act. 175, act. G3). Der Beschwerdeführer spricht diesem die Beweiskraft ab und hält ihm insbesondere die Beurteilung von Dr. J.____ entgegen (act. G1). Unbestritten unfallkausal sind das von den MEDAS-Gutachtern als Restbeschwerden festgehaltene thorakale Schmerzsyndrom nach BWK 6-Berstungsfraktur, die endgradige Bewegungseinschränkung und Schmerzen im rechten Handgelenk, das residuelle Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links ohne Funktionsstörung und die belastungsabhängigen Beschwerden ohne Funktionsstörung nach Supinationstrauma OSG links (UV-act. 124, S. 50 f., UV-act. 136/2). 3.1 Daneben macht der Beschwerdeführer rezidivierende Schwellungen des rechten Kniegelenks und rechtsbetonte belastungskorrelierte Gonalgien geltend. 3.1.1 Die MEDAS-Gutachter verneinten die Unfallkausalität derselben (UV-act. 136/2) und auch Dr. J.____ führte aus, die rechtsseitigen Kniebeschwerden seien unfallfremd, da hierfür nur ein möglicher Zusammenhang bestehe (UV-act. 93/53). Wie nachfolgend ausgeführt wird, ist dies vor dem Hintergrund der vorliegenden medizinischen Akten überzeugend. Den Berichten über die Erstbehandlung im KSSG und der Klinik Valens sind keine Hinweise auf Beschwerden am rechten Kniegelenk zu entnehmen. Im Gegenteil wurde von der Klinik Valens eine normale Beweglichkeit festgehalten (UV-act. 11/3, vgl. UV-act. 93.49). Dr. H.____ erwähnte am 25. September 2012 zwar einen Status nach Kniedistorsion beim Unfall vom 13. Juni 2012, bezog sich dabei aber offensichtlich nur auf das linke Knie (UV-act. 23, vgl. UV-act. 17, 27, 36). Erst am 29. April 2013 berichtete Dr. F.____, seit 14 Tagen sei neu ein Schmerz im Bereich der rechten Kniekehle aufgetreten, welcher teilweise in die Wade ausstrahle. Inspektorisch zeigten sich ein minimaler Kniegelenkserguss rechts und ein leichter Kompressionsschmerz der rechten Wade. Die weitere Kniegelenksuntersuchung sei blande, insbesondere ohne Schwellungen (UV-act. 42, Knieschmerzen seit April 2013 auch erwähnt in UV-act. 46, 69/2). Dr. H.____ führte am 1. Oktober 2013 aus, aufgrund des schweren Motorradunfalles mit diversen Frakturen seien die Beschwerden im rechten Kniegelenk zuerst nicht erkannt worden, da diese wenig symptomatisch gewesen seien. Es sei aber davon auszugehen, dass die Meniskusläsion ebenfalls anlässlich des Unfalles vom 13. Juni 2012 entstanden sei (UV-act. 69/1). Dieser nicht weiter begründete Verdacht lässt jedoch nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität zu. Es ist zwar denkbar, dass sich die Untersuchungen und Behandlungen kurz nach dem Unfall vor allem auf die schwereren Verletzungen in Form von diversen Frakturen fokussierten. Wäre beim Unfall eine Verletzung des rechten Kniegelenks aufgetreten, ist jedoch nicht überzeugend, dass dem Beschwerdeführer die Schmerzen im rechten Kniegelenk erst im April 2013, mithin zehn Monate nach dem Unfall, aufgefallen wären bzw. er bis dahin anlässlich der regelmässigen Konsultationen bei verschiedenen Ärzten nie über diesbezügliche Beschwerden geklagt hätte. Dr. J.____ führte dazu aus, die rechtsseitige

Kniepathologie sei bei Auftreten von Schmerzen erst zehn Monate nach dem Unfall überwiegend wahrscheinlich unfallfremd (vgl. UV-act. 93/45). Die erwähnte Darstellung von Dr. H.____ vom 1. Oktober 2013 sei nicht nachvollziehbar, zumal die Akten vor April 2013 keine Hinweise auf Kniebeschwerden enthielten und in der MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 17. Mai 2013 (vgl. UV-act. 43) sowie im Arthroskopiebericht vom 17. Juni 2013 (vgl. UV-act. 53) lediglich eindeutig degenerative Veränderungen am Hinterhorn des rechten medialen Meniskus zu sehen seien, welche nicht beim Unfall entstanden sein könnten. Wäre der arthroskopisch festgestellte Meniskusriss beim Unfall vom 13. Juni 2012 entstanden und wären die Kniebeschwerden – wie von Dr. H.____ vermutet – auf die verletzungsbedingte Entlastung des linken Beins zurückzuführen, so hätte der Meniskusriss in kürzester Zeit nach dem Ereignis symptomatisch werden müssen (vgl. UV-act. 93/49). In seinen späteren Berichten erwähnte Dr. H.____ sodann einen Verdacht auf Zustand nach Kniedistorsion rechts vom 13. Juni 2013 (gemeint wohl: 2012) (UV-act. 73/1, 80/1, 84). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G3), konnte so lange nach dem Unfall eine Prellung nicht mehr klinisch festgestellt werden.

3.1.2 Vertrauensarzt Dr. G.____ bejahte am 20. Juni 2013 ohne Begründung die Frage der ÖKK, ob die Beschwerden am rechten Knie mindestens wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Juni 2012 stünden bzw. die Verletzung am rechten Knie auf die Fehlbelastung zurückzuführen sei (UV-act. 45). Dr. J.____ pflichtete dieser Einschätzung nicht bei. Der operierende Orthopäde habe anlässlich der von ihm durchgeführten Arthroskopie einen Vorzustand (Status nach Teilmeniskektomie vor Jahren, vgl. UV-act. 53) operiert, eine Einklemmung eines ausgerissenen Meniskuslappens habe nicht bestanden (UV-act. 93/46). Wie Dr. J.____ festhielt, ist entgegen der Aktennotiz der ÖKK vom 1. Oktober 2013 (vgl. UV-act. 75) in den Berichten der behandelnden Ärzte nicht die Rede von einer frischen Läsion, sondern von degenerativen Veränderungen, weshalb der damalige Schluss der ÖKK, die Arthroskopie des rechten Knies sei unfallkausal, nicht überzeugt (vgl. UV-act. 93/50).

3.1.3 Schliesslich beurteilte Dr. K.____ am 20. März 2015 nach radiologischer Untersuchung des rechten Knies, es bestehe eine unveränderte Chondropathie Grad II und eine progrediente Auftreibung des vorderen Kreuzbandes mit Signalalteration. Dem Versicherten sei kein Trauma erinnerlich (UV-act. 135/3 f.). Wie Dr. L.____ am 22. Mai 2015 ausführte, weist auch dieses MRI nicht auf unfallkausale Veränderungen hin (UV-act. 140/3). Dr. L.____ und der Beschwerdeführer machen geltend, vor dem Unfall vom 13. Juni 2012 habe er keine Beschwerden am rechten Kniegelenk gehabt (vgl. UV-act. 135/1, 140/3, act. G1). Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass die Beschwerden kausal durch den Unfall verursacht worden wären, da die Formel "post hoc ergo propter hoc", nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb).

3.1.4 Die zum Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens noch vorhandenen Beschwerden des rechten Kniegelenks (vgl. UV-act. 124, S. 51) sind damit überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal. Weitere medizinische Abklärungen, insbesondere die vom Beschwerdeführer beantragte Untersuchung durch Dr. M.____ (vgl. act. G1), erübrigen sich damit. 3.2 Weiter umstritten ist die Unfallkausalität des von den MEDAS-Gutachtern festgehaltenen chronischen thorakovertebralen und anamnestic lumbovertebralen bis -spondylogenen Syndroms. Die MEDAS-Gutachter führten in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2015 aus, es lägen unfallfremde Leiden vor, die sich auch ohne den Unfall vom 13. Juni 2012 auf den Gesundheitszustand ausgewirkt haben könnten. Es sei von einer vorübergehenden

Verschlimmerung unfallfremder Leiden auszugehen. Der Status quo sine dürfte spätestens 1,5 Jahre nach dem Unfall eingetreten sein (UV-act. 136/2). Der Beschwerdeführer hatte sich ca. im Jahr 2000 eine BWK 12-Fraktur zugezogen, war aber vor dem Unfallereignis vom 13. Juni 2012 diesbezüglich vollständig beschwerdefrei (vgl. UV-act. 38, UV-act. 124, S. 34). Beim Unfall vom 13. Juni 2012 erlitt er sodann eine Berstungsfraktur BWK 6, sowie eine Deckplattenimpressionsfraktur BWK 10 (UV-act. 5). Bezüglich letzterer hatte Dr. F.____ am 6. Dezember 2013 mit Bezug auf das CT vom 3. Dezember 2013 (vgl. UV-act. 77) festgestellt, die alte BWK 12-Fraktur sei ventral überbrückend mit dem Wirbelkörper BWK 11 konsolidiert. Bei BWK 10 zeige sich nun eine interspongiöse Bandscheibenhernie bzw. Eindellung der Deckplatte mit angrenzender Sklerose. Diese Veränderung sei auf dem initialen CT vom 13. Juni 2012 nicht sichtbar, dort habe ein minimales Schmorl'sches Knötchen bestanden. Aufgrund der Sklerosierung scheine dieser Einbruch der Deckplatte aber auch schon älteren Datums zu sein (UV-act. 75). Weiter beurteilte Dr. F.____, der Ursprung der Schmerzen scheine klinisch eher im Bereich der unteren LWS zu liegen, dort zeige sich vor allem eine mässige Degeneration im Segment L5/S1 (UV-act. 75). Die in der Folge durchgeführten diagnostisch/therapeutischen Infiltrationen der Facettengelenke L5/S1, welche jeweils zu einer Beschwerdebesserung führten (vgl. UV-act. 79/1, 83/1, 89/1, 104), unterstützen diese Vermutung. Ein Verlaufs-MRI vom 29. Juli 2014 zeigte sodann Diskalfachdegenerationen BWK11/12, LWK4/5 und LWK5/SWK1 sowie nach kaudal zunehmende alters-entsprechend geringe bis moderate Osteochondrosen und Spondylarthrosen der inferioren LWS-Hälfte ohne spinale, rezessale oder foraminale Neurokompression (UV-act. 103). Nach der letzten aktenkundigen Infiltration der Nervenwurzel L5 links am 29. Juli 2014 (vgl. UV-act. 104) berichtete Dr. F.____ am 2. Oktober 2014 über eine Besserung der ausstrahlenden Schmerzen in den linken dorsalen Oberschenkel. Aktuell bestünden jedoch hauptsächlich belastende Schmerzen im Bereich der mittleren BWS beidseits mit Ausstrahlung nach kranial und Kopfschmerzen (UV-act. 112). Vor diesem Hintergrund erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Vorzustand der BWK 12-Fraktur durch den Unfall vom 13. Juni 2012 nur vorübergehend verschlimmerte und der Status quo sine vel ante zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung wieder erreicht war. Auch Dr. J.____ ging im Übrigen davon aus, die Lumbalgien seien im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung Folge einer unfallbedingt gestörten Statik der gesamten Wirbelsäule (UV-act. 93/53).

E. 4

Weiter zu prüfen ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses bezüglich der Unfallrestfolgen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die MEDAS-Gutachter hielten fest, aus polydisziplinärer Sicht sei zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Behandlung erforderlich (UV-act. 124, S. 57). Dr. J.____ hatte am 10. April 2014 bereits befunden, hinsichtlich der Handgelenk- und der Wirbelsäulenfraktur sei ein stabiler Zustand eingetreten, bezüglich der Femurfraktur müsse noch der Abschluss der knöchernen Konsolidierung abgewartet werden, welche er im Frühsommer 2014 erwarte (UV-act. 93/54; der Zeitpunkt der erwarteten Konsolidierung erwies sich als zutreffend, vgl. UV-act. 91, 99). Auch Dr. L.____ hielt am 22. Mai 2015 den Endzustand am Handgelenk, an der Hüfte und am Oberschenkel für erreicht. Die Verletzungen an der Wirbelsäule könnten auch in der kommenden Zeit noch Beschwerden verursachen und die Beschwerden als Folge von Metallreizungen und Rückenschmerzen würden bedarfsweise behandelt werden müssen. Heilungsmöglichkeiten bestünden nicht, jedoch Behandlungsmöglichkeiten zur jeweiligen Rekompensierung (UV-act. 140/4). In Zukunft allenfalls notwendige Behandlungen der Wirbelsäule zur Erhaltung des

Gesundheitszustandes, wie sie Dr. L.____ sinngemäss erwähnt, stehen dem Fallabschluss nicht entgegen. Es ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im Dezember 2014 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr erwartet werden konnte. Damals waren keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle hängig, welche geeignet gewesen wären, den der Invalidenrente zu Grund zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. IV-act. 90, Urteil des Bundesgerichts vom 5. Oktober 2009, 8C_265/2009, E. 5.3). Der Fallabschluss und damit die Einstellung der Heilbehandlung per 31. Dezember 2014 bzw. der Taggeldleistungen per 31. Dezember 2015 (Zeitpunkt der Rentenprüfung durch die Solida) sind damit nicht zu beanstanden. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G3), ist nach der MEDAS-Begutachtung auch keine Behandlung unfallkausaler Beschwerden mehr aktenkundig, welche geeignet gewesen wäre, den Gesundheitszustand zu verbessern.

E. 5

Schliesslich ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Taggelder vom 1. Mai bis 31. Dezember 2015 zu Recht basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 20% ausrichtete. 5.1 Die MEDAS-Gutachter befanden, aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht bestünden Beeinträchtigungen durch die Notwendigkeit vermehrter Pausen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, bei welcher es sich um eine adaptierte Tätigkeit handle, bestehe seit Ende 2012 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit, spätestens seit dem Gutachtenszeitpunkt sei von einer Einschränkung des Rendements von etwa 20% bei voller Präsenz auszugehen (UV-act. 124, S. 55 f.). Sie berücksichtigten dabei auch die in E. 3 diskutierten unfallfremden Beschwerden am rechten Kniegelenk sowie das chronische thorakovertebrale und lumbovertebrale bis -spondylogene Syndrom. Dies ist jedoch insofern unerheblich, als nicht davon auszugehen ist, dass diese Beschwerden über die unfallkausalen hinaus zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, zumal die Gutachter bereits Rückenschmerzen (thorakales Schmerzsyndrom nach BWK 6-Berstungsfraktur) und Beschwerden an der linken unteren Extremität (belastungsabhängige Beschwerden nach Supinationstrauma OSG links) berücksichtigten (UV-act. 124, S. 50 f.) und deshalb körperliche Schwerstarbeiten, dauerndes Schleppen über 15kg, dauernde Zwangshaltungen und häufiges Besteigen von Gerüsten oder Leitern für unzumutbar hielten (UV-act. 124, S. 55). 5.2 Im Gegensatz zur umfassenden MEDAS-Abklärung mit persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers erstellte Dr. J.____ am 10. April 2014 eine Aktenbeurteilung. Er nahm keine eigentliche eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung vor, sondern befand entsprechend der Fragestellung der ÖKK ("aktuell beträgt die Arbeitsfähigkeit 50%"), die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit erscheine nachvollziehbar (UV-act. 93/54). Dabei orientierte er sich offensichtlich am damals vom Beschwerdeführer tatsächlich geleisteten Arbeitspensum von 50% (vgl. UV-act. 46). Zudem hielt Dr. J.____ fest, es seien weitere Abklärungen und eine abschliessende Begutachtung nötig. Er war der Ansicht, es wäre noch zu klären, weshalb eine nächtliche Sehbehinderung den Versicherten an der Chauffeurstätigkeit behindert habe. Dies wäre nämlich ein unfallfremder Anteil der Arbeitsunfähigkeit, dessen Höhe zu bestimmen wäre. Auch der unfallfremde Anteil des rechten Knies sei abklärungsbedürftig. Hinsichtlich der Femurfraktur könne er noch keinen stabilen Zustand erkennen, der eine inskünftig geltende Beurteilung zuliesse. Folglich wäre eine verbleibende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Abschlussbegutachtung zu klären (UV-act. 93/54). Auf die Beurteilung von Dr. J.____ betreffend Arbeitsfähigkeit kann insoweit nicht abgestellt werden, als sie

offensichtlich unfallfremde Komponenten beinhaltet und verschiedene Fragen noch abklärungsbedürftig waren. Zudem lagen zwischen der Beurteilung von Dr. J.____ bzw. dem neuesten von ihm berücksichtigten Aktenstück vom 5. Februar 2014 (vgl. UV-act. 93/36) und der Abklärung durch die MEDAS Ostschweiz im Dezember 2014 zehn Monate. In diesem Zeitraum erfolgten die Entfernung des langen Gammanagels links und des Osteosynthesematerials am distalen Radius sowie Infiltrationen der Facettengelenke L5/S1 und C6/7 (UV-act. 89/1, 99, 104, 118/2). Vor diesem Hintergrund ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G3) eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bis zur MEDAS-Begutachtung als plausibel zu betrachten. Auch ist die Aussage des Beschwerdeführers, wonach die von Dr. J.____ erwähnten Sprunggelenks- und Hüftbeschwerden durch die Gutachter nicht berücksichtigt worden seien, nicht nachvollziehbar. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie sowohl ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links ohne Funktionsstörung nach dislozierter pertrochantärer Femurfraktur und Femurschaftfraktur links als auch belastungsabhängige Beschwerden ohne Funktionsstörung nach Supinationstrauma des OSG links auf (UV-act. 124, S. 50 f., S. 41). Schliesslich fassten die MEDAS-Gutachter die vorherigen Beurteilungen, insbesondere auch das Gutachten von Dr. J.____, zusammen und hielten fest, aus medizinischer Sicht ergäben sich keine Widersprüche aus der Aktenlage (UV-act. 124, S. 53 f.). Die Einschätzung von Dr. J.____ ist damit insgesamt nicht geeignet, das spätere polydisziplinäre MEDAS-Gutachten in Frage zu stellen.

5.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, er habe anlässlich der Untersuchung durch die MEDAS-Gutachter unter Einfluss von cortisonhaltigen Infiltrationen ins rechte Knie und in die Lendenwirbelsäule gestanden, welche die Schwellungen und Schmerzen deutlich herabgesetzt hätten (act. G1). Allfällige Infiltrationen in das rechte Kniegelenk sind mangels Unfallkausalität (vgl. E. 3.1) vorliegend nicht relevant. Die letzte aktenkundig bekannte Infiltration vor der Begutachtung fand am 18. November 2014 statt und betraf das Facettengelenk C6/7 (UV-act. 118/2). Inwiefern die Infiltration die klinische Untersuchung der MEDAS-Gutachter beeinflusst haben soll, ist nicht bekannt. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Schmerzen im Bereich des BWK 6 seien infolge der Infiltration geringer gewesen, ist zu bemerken, dass die MEDAS-Gutachter Kenntnis von der Behandlung hatten (vgl. UV-act. 124, S. 36) und diese bei ihrer Beurteilung entsprechend berücksichtigten. Sie kamen dementsprechend auch zum Schluss, das thorakale Schmerzsyndrom nach BWK 6-Berstungsfraktur schränke die zumutbare Arbeitsfähigkeit ein (UV-act. 124, S. 50).

5.4 Weiter erwähnt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde eine "einen Knorpelvorsprung beim Gehen regelmässig überspringende Sehne", welche schmerze und auch sonst sehr unangenehm sei (act. G1). Dr. M.____ hatte diesbezüglich am 29. September 2015 ein Tractus-Springen über dem Trochanter major links diagnostiziert (UV-act. 155/2). Diese Symptomatik war zum Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens noch nicht bekannt und wurde folglich von den Gutachtern nicht berücksichtigt. Die Gammanagelosteosynthese und die Entfernung des Gammanagels als (Teil-)auslöser der Symptomatik waren den Gutachtern hingegen bekannt. Auch berücksichtigten sie ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links (UV-act. 124, S. 50 f.). Es ist nicht davon auszugehen, dass das später aufgetretene (unfallkausale; vgl. UV-act. 171) Tractus-Springen und die damit verbundenen Schmerzen über die bereits berücksichtigten Beschwerden der Hüfte hinaus Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat.

5.5 Inwiefern die MEDAS-Gutachter den erhobenen Befunden bei der Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit keine bzw. nicht genug

Rechnung getragen haben sollten, ist – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (act. G1) – nicht ersichtlich. So befanden die Gutachter, körperliche Schwerstarbeiten, dauerndes Schleppen über 15 kg, dauernde Zwangshaltungen und häufiges Besteigen von Gerüsten oder Leitern dürften dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden. Damit ist der Beschwerdeführer bezüglich seiner Unfallfolgen umfassend entlastet. Weiter beurteilten die Gutachter, für eine adaptierte Tätigkeit bestünden aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht Beeinträchtigungen durch die Notwendigkeit vermehrter Pausen, weshalb das Rendement bei vollzeitiger Präsenz um 20% gemindert sei (UV-act. 124, S. 55 f.). Schliesslich schätzte auch Dr. L. ___ den Beschwerdeführer als zu 70% arbeitsfähig ein, mithin nur leicht weniger als die MEDAS-Gutachter (vgl. IV-act. 105). Eine Arbeitsfähigkeit von 80% ist sodann auch vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer zu 70% für seine Arbeitgeberin tätig ist und daneben noch gewisse landwirtschaftliche Arbeiten erledigt, nachvollziehbar (UV-act. 124, S. 29, 160/6, vgl. IV-act. 96-2, 99). 5.6 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das MEDAS-Gutachten vom 29. Januar 2015 sowie die Stellungnahmen vom 18. Februar und 26. Mai 2015 (vgl. UV-act. 124, 128, 136) auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild des Beschwerdeführers berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwänden, insbesondere den medizinischen Einschätzungen von Dr. J. ___, ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche im MEDAS-Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Eine zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 29. Januar 2015 und dem umstrittenen Einspracheentscheid vom 22. April 2016 eingetretene massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

E. 6

6.1 Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 22. April 2016 nicht zu beanstanden und die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. 6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 6.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträgerin hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da vorliegend die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 199 zu Art. 61). Ihr Antrag (act. G3) ist daher abzuweisen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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