

SO_GERICHTE VSBES.2016.6 vom 25. November 2015

SO Obergericht, 2015-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.6

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.6 du 25 novembre 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.6 del 25 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____, geb. 1967 (fortan: Beschwerdeführer), war bei der Firma B.____ AG als [...] angestellt und auf Grund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva; fortan: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Suva-Akten / Suva-Nr. 1). 1.2 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 9. August 2012 (a.a.O.) wurde der Beschwerdeführer am 31. Juli 2012 während der Arbeit [...] von einem Auto angefahren, wobei er sich einen Bruch des rechten Unterschenkels zuzog (s.a. Polizeirapport, Suva-Nr. 65 S. 2 ff.). Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung (Suva-Nrn. 5 + 11). Nachdem sie mit Schreiben vom 18. Februar 2014 das Taggeld per 28. Februar 2014 eingestellt hatte (Suva-Nr. 135), verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. April 2014 (Suva-Nr. 142) einen Anspruch auf eine Invalidenrente (bei einem Invaliditätsgrad von 7,65 %) sowie auf eine Integritätsentschädigung. Die dagegen am 19. Mai 2014 erhobene Einsprache (Suva-Nr. 150) hiess die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2014 (Suva-Nr. 177) in dem Sinne teilweise gut, als sie ausgehend von einem Integritätsschaden von 7,5 % eine Integritätsentschädigung zusprach; im Übrigen wies sie die Einsprache ab. In der Folge erging am 21. November 2014 eine entsprechende Verfügung über die Integritätsentschädigung (Suva-Nr. 190), gegen welche der Beschwerdeführer am 9. Januar 2015 Einsprache erhob (Suva-Nr. 208). 1.3 Nachdem der Beschwerdeführer am 1. Dezember 2014 gegen den Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2014 Beschwerde erhoben hatte (Suva-Nr. 194), kam die Beschwerdegegnerin auf den Fallabschluss zurück und hob ihren Einspracheentscheid am 14. Januar 2015 wiedererwägungsweise auf (Suva-Nr. 211), womit auch die Verfügung vom 21. November 2014 hinfällig war (s. Suva-Nr. 216). Die Beschwerde wurde daraufhin als gegenstandslos abgeschrieben (Suva-Nr. 220). 1.4 Mit Verfügung vom 6. August 2015 (Suva-Nr. 251) stellte die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen per 31. Oktober 2015 ein, verneinte ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 3,55 % einen Rentenanspruch und sprach auf der Basis einer Integritätseinbusse von 7,5 % eine Integritätsentschädigung zu. Die dagegen am 14. September 2015 erhobene Einsprache (Suva-Nr. 260) wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 25. November 2015 ab (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, um eine externe Begutachtung inkl. EFL in Auftrag zu geben, und um sodann erneut über den Anspruch auf unfallversicherungsrechtliche Leistungen zu befinden.

E. 2.4

2.4.1 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BG 126 V 360 E. 5b S. 360, mit Hinweisen). 2.4.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis). 2.4.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 sowie in den Schlussfolgerungen des Experten begründet ist. 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 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel

gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1). 3.

E. 3

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu bewilligen und der unterzeichnende Anwalt als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestimmen.

E. 3.1

3.1.1 Nachdem sich der Beschwerdeführer am 31. Juli 2012 rechts eine Tibiaplateaufraktur zugezogen hatte, erfolgte am 1. August 2012 im Spital C.____ in [...] eine Plattenosteosynthese (Suva-Nrn. 9 + 19). In der Folge blieb der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-Nrn. 44, 55, 75, 93).

Bei der Untersuchung im Spital C.____ am 7. Januar 2013 klagte der Beschwerdeführer über andauernde Schmerzen im rechten Knie, die sich je nach Belastung und bei jeder lange eingenommenen Haltung verstärkten (Suva-Nr. 51 S. 2). Am 17. Mai 2013 wurde daher das Osteosynthesematerial vollständig entfernt (Suva-Nr. 70 f.). Die genannten Beschwerden bildeten sich daraufhin zwar zurück, doch gab der Beschwerdeführer nun persistierende, eher proximale Schmerzen in der rechten Patella an (Suva-Nrn. 75 + 80). Die radiologische Untersuchung ergab keine Ursache für die Beschwerden, sondern zeigte abgesehen von einer 3 mm grossen ektopen Ossifikation am ehemaligen Plattenbett einen weitgehend unauffälligen Befund mit vollständig konsolidiertem Gelenkspalt, intaktem Meniskus und keinen wesentlichen degenerativen Veränderungen (Suva-Nrn. 76 + 80). Eine Infiltration blieb ohne Einfluss auf die Schmerzen (Suva-Nr. 93).

3.1.2 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Oktober 2013 (Suva-Nr. 104) stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, fest, ein Fallabschluss sei derzeit noch nicht möglich. Es bestehe ein geringer Reizzustand des rechten Kniegelenks, jedoch bei deutlichem Rehabilitationsdefizit und im Vergleich zur Gegenseite erheblichen Muskelatrophien im Oberschenkelbereich.

Vom 21. November bis 19. Dezember 2013 wurde der Beschwerdeführer stationär in der Klinik E.____ behandelt. Gemäss den Berichten vom 19. und 23. Dezember 2013 (Suva-Nr. 124 f.) bestand beim Austritt am rechten Knie eine Reizknie-symptomatik mit Schmerzen im Ruhezustand, welche sich bei Belastung und Bewegung verstärkten, sowie leicht eingeschränkter Beweglichkeit. Die Gehstrecke sei begrenzt, das Treppensteigen erschwert. Die schwere, gehende und stehende Arbeit als [...] sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen, ohne längere Zwangspositionen (wie Kauern oder Knien) und ohne Vibrationsbelastung für das rechte Knie sei ganztags möglich.

Im Bericht des Spitals C.____ vom 20. Januar 2014 (Suva-Nr. 130) wurde festgestellt, weder die klinisch-radiologische noch die arthroskopische Untersuchung habe eine Ursache für die Schmerzen ergeben. Die stationäre Behandlung habe den Befund nicht verbessert.

Der Kreisarzt Dr. med. D.____ gelangte nach der Untersuchung vom 17. Februar 2014 (Suva-Nr. 133) zum Schluss, der medizinische Endzustand sei erreicht. An objektivierbaren Befunden fänden sich ein Reizzustand des rechten Knies bei Erguss sowie Muskelatrophien im Ober- und Unterschenkelbereich. Eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit sei ganztags möglich. Die maximale repetitive Gewichtsbelastung liege bei 15 kg.

Zwangshaltungen des rechten Kniegelenks (insbesondere Knien), Vibrationsbelastungen und repetitives Laufen in unebenem Gelände kämen nicht in Frage. Bei Zunahme der Beschwerden sei eine Neubeurteilung erforderlich.

Da die Arbeitgeberin keine passende Einsatzmöglichkeit anbieten konnte, sah die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer als faktisch arbeitslos an und stellte das Taggeld per 28. Februar 2014 ein (Suva-Nrn. 134 + 135).

Die Kreisärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Allg. Innere Medizin FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. März 2014 (Suva-Nr. 140) dafür, gestützt auf die konventionellen Röntgenbilder des rechten Knies vom 17. Februar 2014 bestünden leichte Knorpelveränderungen. Der unfallbedingte Schaden erreiche weder bezüglich der Arthrose noch der Funktionsstörung die Erheblichkeit für eine Integritätsentschädigung.

3.1.3 Einen Arbeitsversuch ab 7. April 2014 in einer abwechselnd sitzenden und stehenden Tätigkeit brach der Beschwerdeführer am 23. April 2014 wegen Schmerzen am rechten Knie ab (Suva-Nr. 157 S. 2).

In seinem Bericht vom 5. Mai 2014 (Suva-Nr. 146) attestierte Dr. med. G.____, Arzt für Allg. Medizin FMH, dem Beschwerdeführer ab 23. April 2014 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, da das rechte Knie einen ausgeprägten Reizzustand aufweise. Bei stehender Arbeit komme es relativ rasch zu einer zunehmenden Schwellung und Schmerzen.

Der Bericht des Spitals H.____ vom 24. Mai 2014 (Suva-Nr. 153) diagnostiziert eine Exazerbation postoperativer und traumatischer Schmerzen im rechten Knie. Der Beschwerdeführer leide subjektiv sehr.

Der Kreisarzt Dr. med. D.____ hielt nach der Untersuchung vom 12. Juni 2014 fest (Suva-Nr. 155), der objektivierbare Reizzustand des rechten Kniegelenks habe zugenommen. In der Umgebung des Gelenks bestehe unverändert eine Muskelatrophie. Die konventionell-radiologische Untersuchung lasse keine wesentliche Verschlimmerung der vorbestehenden lateralen Arthrose erkennen. Der mediale Gelenkspalt sei normal weit, jedoch mit einer unklaren tibialen Ossifikation, welche nicht wie ein typischer Osteophyt bei einer Arthrose erscheine. Die anschliessende MRI-Untersuchung vom 16. Juni 2014 (Suva-Nr. 159) ergab postoperative Veränderungen mit Osteophyten am anterolateralen Tibiaplateau, ansonsten aber ein normales rechtes Kniegelenk mit intakten Menisci und intaktem Gelenkknorpel.

Dr. med. I.____, Arzt für Orthopädische Chirurgie FMH, hielt zu den Konsultationen vom 22. August und 19. September 2014 (Suva-Nr. 172) fest, nach 300 bis 400 m leide der Beschwerdeführer zunehmend unter Schmerzen mit funktioneller Einschränkung des rechten Knies. Das CT vom 27. August 2014 (Suva-Nr. 173) zeige eine laterale Stufenbildung des Tibiaplateaus mit anliegend kleinem Ossikel sowie eine fleckförmige Osteopenie. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

Der Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, gelangte in seinem Bericht vom 14. Oktober 2014 (Suva-Nr. 176) auf Grund der Akten zum Ergebnis, der klinisch feststellbare Reizzustand des rechten Kniegelenks führe unbestrittenermassen zu einer reduzierten Belastbarkeit. Das in der Klinik E.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil müsse aber nicht modifiziert werden. Dr. med. G.____ beziehe sich im Bericht vom 5. Mai 2014 nicht auf eine adaptierte

Tätigkeit.

3.1.4 Am 7. November 2014 nahm Dr. med. I.____ am rechten Knie eine Arthroskopie vor (Suva-Nr. 186) und attestierte am 18. November sowie 16. Dezember 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Suva-Nrn. 187 + 201). Die Schmerzen gingen zunächst bei begleitender Physiotherapie zurück und die Kniefunktion verbesserte sich (Suva-Nrn. 201 + 219). Am 29. April 2015 stellte Dr. med. I.____ indes fest, Ende März hätten die Schmerzen über dem lateralen Narbenbereich zugenommen, was die aktive Therapie limitiere und das Gangbild verschlechtere (Suva-Nr. 235). Eine Infiltration half gemäss Notiz vom 27. Mai 2015 nur vorübergehend, weshalb Dr. med. I.____ die Möglichkeit einer Narbenexploration ansprach (Suva-Nr. 239). Dr. med. G.____ bescheinigte eine weiterhin andauernde Arbeitsunfähigkeit (Suva-Nr. 243).

Der Kreisarzt Dr. med. J.____ hielt nach der Untersuchung vom 23. Juni 2015 (Suva-Nr. 244) fest, die aktuellen Befunde seien identisch mit den früheren. Bemerkenswert sei, wie der Beschwerdeführer vor dem Betreten des Suva-Gebäudes ein deutlich flüssigeres Gangbild als im Untersuchungszimmer präsentiere. Es bestehe eine Verdickung der periartikulären Weichteile am rechten Knie sowie eine diffuse Schmerzhaftigkeit. Die Kniebeweglichkeit werde aktiv eingeschränkt vorgeführt. Das Defizit des Quadrizeps sei unverändert. Die Arthroskopie vom 7. November 2014 habe einen rissfreien und stabil fixierten medialen und lateralen Meniskus ergeben. Die Knorpel seien jeweils femoral und tibial in Ordnung, die Kreuzbandpfeiler intakt. Ein freier Gelenkskörper sei nicht festgestellt worden. Einziger Befund sei ein hypertropher Hoffa gewesen, den man volumenreduziert habe. Dies und die folgenden Behandlungen (Infiltration, Schmerzpflaster etc.) hätten laut Beschwerdeführer den Zustand nicht verändert. Die Situation sei stabilisiert, das seinerzeit formulierte Zumutbarkeitsprofil behalte seine Gültigkeit. Eine Narbenexploration eigne sich nicht dazu, den Zustand zu verbessern.

Dr. med. I.____ stellte zur Konsultation vom 24. Juni 2015 (Suva-Nr. 247) fest, es sei ■ sowohl in Ruhe als auch unter Belastung ■ zu einer erneuten Schmerzzunahme über dem lateralen Narbenbereich gekommen, was die Funktion des rechten Knies weiter verschlechtere. Da die bisherigen Therapien keine dauerhafte Besserung bewirkt hätten und bildgebend keine Schmerzursache gefunden worden sei, sehe er ■ angesichts der vorübergehenden Wirksamkeit der Testinfiltration ■ als letzte Möglichkeit eine Narbenexploration.

Dr. med. K.____, Leiter Hand- und Plastische Chirurgie am Spital L.____, äusserte in seinem Bericht vom 4. August 2015 (Suva-Nr. 252) den Verdacht auf ein Narbenneurom. Auf der Höhe des lateralen Gelenkspalts zeige sich im Narbenbereich ein scharfer Druckschmerz. Die Röntgenaufnahmen würden im Wesentlichen altersentsprechende Verhältnisse des rechten Knies abbilden. Die sonographische Untersuchung ergebe im Bereich des Druckschmerzes eine echoarme Raumforderung von 0,5 x 0,5 cm. Er empfehle ein MRI sowie anschliessend eine erneute Ultraschalluntersuchung. Wenn sich der Befund bestätige, sei eine Testinfiltration vorzunehmen und bei anschliessender Schmerzfreiheit die Entfernung eines Narbenneuroms indiziert. Am 11. August 2015 ergänzte Dr. med. K.____ (Suva-Nr. 254), die MRI-Untersuchung habe wie die anderen Abklärungen keine Pathologie des rechten Kniegelenks ergeben, welche die massiven Beschwerden erklären könnte, sondern lediglich alte posttraumatische und postoperative Veränderungen am Tibiakopf (s. Suva-Nr. 258). Auch die Infiltration habe keine vollständige Schmerzfreiheit herbeigeführt. Er empfehle die Vorstellung in der Schmerzprechstunde.

Dr. med. M.____, Leitender Arzt Anästhesie / Schmerztherapie am Spital L.____, nannte in seinem Bericht vom 16. Oktober 2015 (Suva-Nr. 263) als Differentialdiagnose ein Narbenneurom nach Tibiaplateaufrakturen, offener Reposition, Plattenosteosynthese, Arthroskopie und Metallentfernung. Die geschilderten Beschwerden des rechten Knies seien glaubhaft, zumal der Beschwerdeführer sein grosses Hobby, das wettkämpfmässig betriebene Bodybuilding, aufgegeben habe. Der Rückgang der Muskelmasse spreche objektiv für einen deutlich weniger ausgeprägten Gebrauch des rechten Beins. Palpatorisch lasse sich kein Neurom feststellen, doch könne die Hyperalgesie trotzdem durch ein solches, das tiefer liege, verursacht werden. Es sei derzeit nicht sinnvoll, wieder mit der Physiotherapie zu beginnen. Die Medikation sei anzupassen.

Die Kreisärztin Dr. med. N.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, gelangte in ihrem Bericht vom 20. November 2015 (Suva-Nr. 265) auf Grund der Akten zum Ergebnis, die normalen Knorpelverhältnisse im rechten Kniegelenk seien durch MRT und Arthroskopie gesichert. Die Beweglichkeit liege im Normbereich. Ein Reizzustand im Sinne von leicht geschwollenen Knieweichteilen sei nach mehrfachen Eingriffen am Gelenk nicht aussergewöhnlich. Das formulierte Zumutbarkeitsprofil sei zu stützen, da es den Reizzustand der Knieweichteile (ohne Gelenkerguss) vollständig berücksichtige. Ein Narbenneurom sei weder klinisch noch radiologisch nachgewiesen, weshalb eine Narbenrevision keinen Sinn mache. Der Beschwerdeführer sei in den letzten zwei Jahren maximal abgeklärt worden, zusätzliche Untersuchungen seien nicht erforderlich. Durch weitere medizinische Massnahmen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden.

Dr. med. M.____ führte in seinem Bericht vom 12. November 2015 (Beschwerdebeilage / BB Nr. 3) wiederum die Differentialdiagnose eines Narbenneuroms auf. Der Beschwerdeführer habe Lyrica und Celebrex abgesetzt, nachdem am rechten Bein eine Sensibilitätsminderung aufgetreten sei. Daraufhin seien die Beschwerden in unvermittelter Stärke zurückgekehrt. Dies sei durch eine periphere Nervenläsion allein nicht erklärbar, möglicherweise handle es sich um eine insgesamt veränderte Körperwahrnehmung.

3.1.5 Nach dem angefochtenen Einspracheentscheid ergingen die folgenden Arztberichte:

Im Bericht vom 3. Dezember 2015 (BB Nr. 2) gab Dr. med. M.____ an, der Beschwerdeführer habe gemäss der gestrigen Konsultation tagsüber starke Schmerzen. Die Physiotherapie im Wasser trage zum Rückgang der Schwellung bei, doch halte dieser Effekt nicht lange an. Die 50 mg Lyrica täglich hätten noch keinen Einfluss. Sensibilitätsstörungen seien keine mehr aufgetreten. Ein Femoralis- oder Ischiadicuskatheter sei noch nicht angezeigt.

In seinem Bericht vom 10. Februar 2016 (BB Nr. 5c) sprach Dr. med. M.____ von einer oberflächlichen Allodynie und einer tiefen Hyperalgesie. Trotz Umstellung der Medikation gehe es dem Beschwerdeführer nicht besser als vorher. Als Erklärung des Beschwerdebildes kämen drei Pathomechanismen in Frage: Eine direkte Schädigung des Nervus fibularis resp. seiner Endäste mit oder ohne Narbenneurom, eine diffuse Schädigung von oberflächensensiblen Nerven oder eine lokalisierte Allodynie.

Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. März 2016 (BB Nr. 6) eine deutliche Allodynie und Hyperalgesie im lateralen Bereich des rechten Knies. Klinisch liessen sich am rechten Bein keine eindeutigen motorischen Defizite nachweisen. In der elektrophysiologischen Untersuchung fanden sich ebenfalls

keine Hinweise für eine Affektion der Nerven. Differentialdiagnostisch komme für die leichtgradige muskuläre Asymmetrie im Oberschenkel zu Ungunsten von rechts am ehesten eine schmerzbedingte Minderinnervation mit verminderter Belastung des rechten Beins in Frage.

Dr. med. M.____ ergänzte in seinem Bericht vom 26. Mai 2016 (BB Nr. 8), die Physiotherapie stagniere, doch könne durch Muskelaufbau unter TENS-Stimulation ein Anstoss gegeben werden. Mit einem Capsaicin-Patch lasse sich eine mehrwöchige Symptombesserung bewirken. Die neurologische Expertise bestätige, dass die Beschwerden in einem Ausmass vorhanden seien, welches die Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Die Schmerzen seien ganz klar eine Unfallfolge.

Im Bericht vom 15. Juni 2016 (BB Nr. 5a) führte Dr. med. M.____ aus, eine Allodynie imponiere dadurch, dass schon kleinste Berührungen intensive Schmerzen verursachten. Wenn der zur Verfügung stehende Behandlungsfächer (Lyrica, Capsaicin, TENS-Gerät, Schmerzkatheter, Physio- und Ergotherapie) genutzt und genug Zeit zugestanden werde, bestehe eine grosse Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer in ein bis zwei Jahren wieder vollumfänglich einer Arbeit nachgehen könne.

Der Bericht des Spitals H.____ vom 30. Juni 2016 (BB Nr. 9) hielt fest, zu Beginn der Ergotherapie habe sich das Schmerzgefühl positiv verändert. Nach einer neurologischen Untersuchung sei es zu einer massiven Schmerzzunahme mit einem deutlich grösseren schmerzhaften Gebiet gekommen. Durch den Jobverlust, die finanziellen Probleme und die andauernden Schmerzen sei der Beschwerdeführer starken psychischen Problemen ausgesetzt.

Dr. med. M.____ berichtete am 8. Juli 2016 (BB Nr. 10), das Capsaicin -Pflaster sei nun für eine Stunde appliziert worden. Bei Bedarf werde sich der Beschwerdeführer wieder melden. Erfahrungsgemäss genüge eine einmalige Anwendung oft nicht für eine ausreichende Schmerzfreiheit.

3.1.6 Der Beschwerdeführer reicht drei (undatierte) Bilder ein (BB Nr. 7a ■ 7c), um zu demonstrieren, dass er nicht mehr über die gleiche Muskulatur verfügt wie zu seiner Zeit als Bodybuilder.

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrem Entscheid zu Recht auf die verschiedenen kreisärztlichen Stellungnahmen. Diese stammen von erfahrenen Fachärzten, denen die Vorakten bekannt waren. Die Schlussfolgerung, eine angepasste Tätigkeit sei ganztags möglich, ist nachvollziehbar und schlüssig, korrespondiert sie doch mit den erhobenen, eher diskreten Befunden. Dem vorhandenen Reizzustand des rechten Knies wird durch das umschriebene Zumutbarkeitsprofil (namentlich durch die Möglichkeit von Positionswechseln und das Vermeiden von Zwangshaltungen wie Niederknien) hinreichend Rechnung getragen. Dabei ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer, wenn er sich unbeobachtet fühlte, ein deutlich besseres Gangbild zeigte als während der Untersuchung. Solche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten dürfen bei der Beurteilung berücksichtigt werden (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_936/2011 vom 21. März 2012 E. 4.2.2.2).

3.2.2 Was der Beschwerdeführer gegen dieses Beweisergebnis vorbringt, dringt nicht durch:

Der Beschwerdeführer wendet ein, die Beschwerdegegnerin stelle auf das im Jahr 2013 in der Klinik E.____ postulierte Zumutbarkeitsprofil ab. Dieses sei jedoch überholt, denn im März 2014 hätten die Schmerzen zugenommen, ein Arbeitsversuch sei im April 2014 gescheitert und am 7. November 2014 sei am rechten Knie eine Arthroskopie durchgeführt worden. Dem ist zu entgegnen, dass der Kreisarzt Dr. med. J.____ den Beschwerdeführer am 23. Juni 2015 nochmals untersuchte, also nach der behaupteten Schmerzzunahme, dem Arbeitsversuch und der Arthroskopie. Gestützt auf diese aktuelle Untersuchung bestätigte Dr. med. J.____ das Zumutbarkeitsprofil der Klinik E.____ mit dem Hinweis, die Befunde seien unverändert (Suva-Nr. 244). Zum selben Ergebnis gelangte später die Kreisärztin N.____ in ihrer Aktenbeurteilung (Suva-Nr. 265).

Die behandelnden Ärzte bringen keine wesentlichen Gesichtspunkte vor, welche den Kreisärzten entgangen wären. In den Suva-Akten finden sich vielmehr diverse Berichte behandelnder Ärzte mit der Feststellung, dass die Befunde die Schmerzen nicht erklären könnten. Vor diesem Hintergrund besteht keinerlei Anlass, am kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit, welches einen Reizzustand am rechten Knie anerkennt, zu zweifeln. Der Beschwerdeführer beruft sich denn auch in erster Linie auf Dr. med. M.____. Aus dessen Aussage, die Schmerzschilderung sei glaubhaft, kann der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es ist nicht zulässig, eine Arbeitsunfähigkeit allein mit glaubhaft angegebenen subjektiven Beschwerden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2). Zudem sind die Berichte behandelnder Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Das gilt erst recht für einen Schmerztherapeuten wie Dr. med. M.____, der ein besonderes Vertrauensverhältnis aufbauen und den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos akzeptieren muss (Urteil des Bundesgerichts 8C_33/2014 vom 21. Februar 2014 E. 3.2.1). Er spricht zwar von einem Narbenneurom als objektiver Schmerzursache, doch bleibt dies ein blosser Verdacht, der als solcher dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts 9C_1026/2012 vom 13. Februar 2013 E. 3.3). Die Kreisärzte widersprechen im Übrigen dieser Hypothese ausdrücklich, was überzeugend mit der bloss vorübergehenden Wirkung einer Infiltration im Narbengebiet begründet wird.

Die Arztberichte ab dem 3. Dezember 2015, welche der Beschwerdeführer beigebracht hat, führen zu keinem anderen Ergebnis, denn massgeblich ist der Sachverhalt, der sich bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. November 2015 verwirklicht hat (E. II. 1.2 hiervor). Später ergangene Arztberichte sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie sich auf die Zeit vor dem Entscheid beziehen (z.B. auf damals erfolgte Untersuchungen) oder wenigstens Rückschlüsse auf die Verhältnisse in diesem Zeitraum zulassen. Beides trifft hier nicht zu. Dr. med. M.____ kann keine neuen Erkenntnisse anbieten; er stellt vielmehr weiterhin Vermutungen über die möglichen Beschwerdeursachen an und berichtet von Behandlungsversuchen ohne nachhaltigen Erfolg, was die Feststellung der Kreisärztin Dr. med. N.____ bestätigt, wonach von weiteren Therapien keine relevante gesundheitliche Verbesserung zu erwarten ist. Die Aussage, das Ausmass der Beschwerden rechtfertige eine Arbeitsunfähigkeit, macht deutlich, dass sich Dr. med. M.____ nicht auf objektivierbare Befunde stützen kann, sondern einfach aus den geklagten subjektiven Schmerzen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableitet. Seine Berufung auf die neurologische Untersuchung durch Dr. med. O.____ geht fehl, denn dieser konnte ebenfalls keine gesicherte Ursache der Schmerzen ermitteln; zwar diagnostiziert Dr. med. O.____ ebenfalls

eine Allodynie und Hyperalgesie, doch ist dies mangels einer medizinisch ausgewiesenen Nervenschädigung nicht schlüssig (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 4.2). Andererseits ist es wenig überzeugend, wenn Dr. med. M.____ mit der Muskelatrophie argumentiert, obwohl der Muskelumfang rechts gemäss Dr. med. O.____ nur geringfügig kleiner ist. Auf den Bericht des Spitals H.____ wiederum kann auch deshalb nicht abgestellt werden, weil er invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren wie finanzielle Probleme einbezieht (s. dazu BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 356).

Aus den eingereichten Fotografien ergeben sich keine medizinisch relevanten Schlussfolgerungen zu Gunsten des Beschwerdeführers.

3.2.3 Zusammenfassend bestehen auch keine geringen Zweifel an der Einschätzung der Kreisärzte. Deshalb ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass eine wechselbelastende Tätigkeit mit einer repetitiven Gewichtsbelastung von max. 15 kg ganztags ohne Leistungseinbusse möglich ist, sofern Zwangshaltungen des rechten Kniegelenks, Vibrationsbelastungen und repetitives Laufen in unebenem Gelände vermieden werden. Von weiteren ärztlichen Behandlungen ist keine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten, weshalb die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 31. Oktober 2015 abgeschlossen sowie die vorübergehenden Leistungen Taggeld und Heilbehandlung eingestellt hat. Somit ist auf diesen Zeitpunkt hin der Rentenanspruch zu prüfen.

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen pro 2015 auf CHF 60'113.00 festgesetzt (A.S. 10). Der Beschwerdeführer bestreitet nicht, dass von der im Zeitpunkt des Unfalls ausgeübten Tätigkeit auszugehen ist, macht aber auf dieser Basis ein Valideneinkommen von CHF 70'898.00 geltend.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zu Recht auf die Angaben der Arbeitgeberin B.____ AG vom 2. Juni 2015 (Suva-Nr. 240). Danach hätte der Beschwerdeführer, wäre er gesund geblieben, im Vergleichsjahr 2015 einen Stundenlohn von CHF 25.45 zuzüglich CHF 2.40 für den 13. Monatslohn erhalten. Da der Stundenlohn im Jahr 2013 noch CHF 25.35 betrug (Suva-Nr. 121 S. 4), ist die Lohnerhöhung von 0,4 % per 2014 gemäss Gesamtarbeitsvertrag (s. A.S. 26 Ziff. 46) berücksichtigt worden (CHF 0.10). Bei 2'112 Jahresarbeitsstunden ergibt sich so ein Gehalt von CHF 58'819. Überzeit wäre laut Arbeitgeberin keine angefallen, doch hat die Beschwerdegegnerin hier zu Gunsten des Beschwerdeführers wie im Vorjahr einen Betrag von CHF 1'885.00 angenommen. Das Valideneinkommen beläuft sich folglich auf CHF 60'704.00.

4.2 Der Beschwerdeführer hat nach dem Verlust seiner angestammten Arbeit keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen. Deshalb ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für das Invalideneinkommen die DAP-Löhne herangezogen hat. Sie kam dabei den Anforderungen der Praxis nach, indem sie die für den Beschwerdeführer in Frage kommenden 128 Arbeitsplätze den Minimallohn von CHF 48'000.00, den Maximallohn von CHF 80'262.00 und den Durchschnittslohn von CHF 61'998.00 auswies (Suva-Nr. 250 S. 1 ff.). Von den möglichen Arbeitsplätzen wählte die Beschwerdegegnerin sodann fünf mit einem durchschnittlichen Gehalt von CHF 57'978.00 aus (Suva-Nr. 250 S. 1 + S. 7 ff.: DAP-Nrn. 1608 Shapinghobler; 9604 Hilfsarbeiter; 6982 Kontrolleur; 226 Hilfsarbeiter; 90 Hilfsarbeiter), also um 6,48 % unter dem Durchschnitt aller 128 Arbeitsplätze. Die dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechenden fünf

DAP-Löhne sind damit repräsentativ und dürfen für die Berechnung des Invalideneinkommens herangezogen werden.

Der Beschwerdeführer wendet ein, die fraglichen Arbeitsplätze seien nicht wechselstellig und damit seinem Zumutbarkeitsprofil nicht angepasst. Richtig ist, dass alle diese Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden. Entscheidend ist jedoch einerseits, dass keine davon ausschliesslich sitzend ist. Andererseits sind in allen Fällen vom Arbeitsablauf her Pausen möglich, was entlastende Positionswechsel erlaubt. Die fraglichen Stellen wären daher für den Beschwerdeführer von seiner Behinderung her geeignet. Da jeweils nur eine betriebsinterne Einarbeitung erforderlich ist, bleibt der Hinweis des Beschwerdeführers auf seine fehlende Ausbildung unerheblich. Ausserdem werden in keiner der fünf Arbeitsplatzbeschreibungen spezielle Deutschkenntnisse verlangt.

4.3 Stellt man das Valideneinkommen von CHF 60'704.00 dem Invalideneinkommen von CHF 57'978.00 gegenüber, so ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 4,49 %, der keinen Rentenanspruch begründet.

5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

6. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

7. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen und keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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