

SO_GERICHTE VSBES.2017.178 vom 22. Mai 2017

SO Obergericht, 2017-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.178

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.178 du 22 mai 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.178 del 22 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1969 geborene A.____ war seit 26. Juni 2012 als Chauffeur bei der Firma O.____, [...], angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert. Am 10. Juli 2012 meldete die Arbeitgeberin der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), der Versicherte habe am 29. Juni 2012 einen Unfall erlitten. Er sei beim Ausladen gestürzt und habe sich einen Beinbruch zugezogen (Suva-Akten [Suva-Nr.] 1 f.). Im Arztzeugnis UVG des Spitals B.____ wo der Beschwerdeführer vom Unfalltag bis am 24. Juli 2012 hospitalisiert war, wurde eine zweitgradig offene distale Unterschenkeltrümmerfraktur rechts diagnostiziert (Suva-Nr. 21; vgl. auch Suva-Nr. 3 S. 2). Die Beschwerdegegnerin erklärte mit Schreiben vom 13. Juli 2012, sie werde für den Unfall vom 29. Juni 2012 Versicherungsleistungen (Taggeld, Heilbehandlung) erbringen (Suva-Nr. 4 f.). Am 29. Juni 2012 und 12. Juli 2012 wurde der Beschwerdeführer im Spital B.____ operiert (Suva-Nr. 23 f.). Vom 24. Juli 2012 bis 5. September 2012 hielt er sich in der Rehaklinik C.____ auf (Austrittsbericht vom 5. September 2012, Suva-Nr. 32).

1.2 In der Folge kam es zu Komplikationen. Der Beschwerdeführer musste mehrfach erneut operiert werden. Die Beschwerdegegnerin nahm Berichte des Spitals B.____ zu den Akten (Suva-Nr. 47 f., 61 f., 63 f., 72, 76, 83, 91, 108, 146). Dieses überwies den Beschwerdeführer am 27. Juni 2013 zur Weiterbehandlung an das Spital D.____ (Suva-Nr. 166). Dort wurden weitere Operationen durchgeführt (Suva-Nr. 185, 195, 206, 218). Die Beschwerdegegnerin zog ausserdem einen Verlaufsbericht des Spitals vom 15. April 2014 (Suva-Nr. 241) und Berichte über die Ergebnisse bildgebender Untersuchungen bei (Suva-Nr. 247-254, 258).

1.3 Am 12. Mai 2014 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. E.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, statt (Suva-Nr. 265). Diese gelangte zum Ergebnis, zurzeit bestehe noch eine volle Arbeitsunfähigkeit; mit einer Teilarbeitsfähigkeit könne ab Juli/August 2014 gerechnet werden. Das Spital D.____ teilte am 19. Juli 2014 mit, die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei ab 9. Juli 2014 auf 75 % reduziert worden (Suva-Nr. 276). Am 18. November 2014 berichtete das Spital D.____, der Beschwerdeführer habe am 24. Oktober 2014 berichtet, es gehe ihm nun wesentlich besser. Lediglich morgens verspüre er bei den ersten Schritten noch Beschwerden im Unterschenkelbereich. Weitere Massnahmen seien gegenwärtig nicht mehr erforderlich. Die Arbeitsunfähigkeit habe man per 27. Oktober 2014 auf 0 % reduziert, wobei es sich angesichts der Arbeitslosigkeit des Patienten um eine theoretische Festlegung handle (Suva-Nr. 290).

1.4 Am 3. November 2015 erklärte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, in einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer sei wegen

zunehmender Beschwerden im verletzten rechten Bein nur noch teilweise arbeitsfähig (Suva-Nr. 297). Im Unfallschein gab Dr. med. F.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 23. Oktober 2015 und eine solche von noch 20 % ab 4. November 2015 an (Suva-Nr. 307). Dr. med. G.____, Chefarzt Traumatologie am Spital D.____, teilte am 16. November 2015 mit, der Beschwerdeführer arbeite seit August wieder zu 80 % als Koch. Gemäss seinen Angaben sei eine 100 % Arbeits-Wiederaufnahme nicht möglich. Der Beschwerdeführer wünsche die Entfernung des Osteosynthese-Materials (Suva-Nr. 310). Diese wurde am 25. November 2015 vorgenommen (Osteosynthesematerialentfernung an der Tibia [ETN] und an der Fibula [Drittelrohrplatte]; Suva-Nr. 314). Am 26. April 2016 führte Dr. med. G.____ aus, der Beschwerdeführer gebe noch Restbeschwerden an. Diese seien grösstenteils auf eine chronisch-venöse Insuffizienz zurückzuführen. Weitere Kontrollen in der Traumatologie des Spitals D.____ seien nicht mehr vereinbart worden (Suva-Nr. 322).

1.5 Am 2. Juni 2016 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. med. H.____, Arzt für Allgemeinmedizin, statt. Dieser gelangte zum Ergebnis, der Fallabschluss sei vorzunehmen. Die Tätigkeit als Koch sei nicht ideal. Langfristig sei eine wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu empfehlen (Suva-Nr. 331).

1.6 Mit Schreiben vom 6. Juni 2016 (Suva-Nr. 333) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, sie stelle die Heilkostenleistungen (mit Ausnahme des Bezugs von Stützstrümpfen) ein und werden einen allfälligen Anspruch auf eine Invalidenrente prüfen.

2. Mit Verfügung vom 29. Juli 2016 (Suva-Nr. 343) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Gleichzeitig sprach sie ihm eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 5 % zu.

3. Am 19. August 2016 liess der Beschwerdeführer gegen die Verfügung vom 29. Juli 2016 Einsprache erheben (Suva-Nr. 348). Diese wurde am 22. September 2016 ergänzend begründet und in dem Sinne konkretisiert, als eine Integritätsentschädigung von 15 % und eine Invalidenrente von 20 % beantragt wurde (Suva-Nr. 352). Beigelegt wurde eine Stellungnahme von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, vom 19. September 2016 (Suva-Nr. 353). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin eine ergänzende Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. H.____ vom 18. Mai 2017 (Suva-Nr. 355) ein. Mit Einspracheentscheid vom 22. Mai 2016 (recte: 2017) wurde die Einsprache abgewiesen (Suva-Nr. 356; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies,

dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Nach der Rechtsprechung kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3 mit Hinweisen).

5. Die relevante Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Laut den Berichten des erstbehandelnden Spitals B.____ zog sich der Beschwerdeführer bei seinem Sturz vom 29. Juni 2012 eine zweitgradige offene distale Unterschenkelfraktur rechts zu (vgl. Suva-Nr. 3, 21). Gleichentags erfolgte eine operative Erstversorgung mit Fixateur externe (Suva-Nr. 24). Am 12. Juli 2012 wurde die definitive Operation durchgeführt (Modifikation des Fixateur externe, offene Reposition, Plattenosteosynthese der Fibula und der Tibia, Entfernung des Fixateur externe rechts; vgl. Operationsbericht, Suva-Nr. 23). Am 24. Juli 2012 trat der Beschwerdeführer aus dem Spital B.____ in die Rehaklinik C.____ über (vgl. Suva-Nr. 21, 32), wo er sich bis am 5. September 2012 aufhielt. Bei Austritt bestand eine verminderte Mobilität (Suva-Nr. 32).

5.2 Nach zunächst positivem Verlauf (vgl. Suva-Nr. 47, 48) kam es wohl am 8. November zu einem Ausriss der anterio-lateralen Tibiaplatte proximal an der Tibiaplatte (vgl. Suva-Nr. 40, 63). Es folgten weitere Operationen (Osteosynthesematerial-Entfernung Tibia, Biopsien, Anbringen eines fixateur externe) am 16. und 27. November 2012 (Suva-Nr. 62, 61, 63). Zudem wurde bei radiologisch nachgewiesenem low grade Infekt eine Antibiotika-Therapie installiert (Suva-Nr. 61, 64). Am 10. Januar 2013 wurde der Fixateur externe angepasst (Suva-Nr. 72), am 15. Februar 2013 entfernt (Suva-Nr. 83). In der Folge hielten die Ärzte eine allmähliche Steigerung der Gewichtsbelastung für möglich (vgl. Suva-Nr. 83, 88, 91, 103, 108, 134, 168, 171), dies bei weiterhin vollständiger Arbeitsunfähigkeit (vgl. Suva-Nr. 101, 174). Eine MRI-Untersuchung des rechten Unterschenkels vom 10. Juni 2013 bestätigte einen persistierenden Infekt und zeigte eine fehlende Frakturheilung (Suva-Nr. 162, 166). Die Ärzte des Spitals B.____ überwiesen den Beschwerdeführer daraufhin an Dr. med. G.____ vom Spital D.____ (Suva-Nr. 166).

5.3 Chefarzt Dr. med. G.____ vom Spital D.____ nahm in der Folge weitere operative Eingriffe vor: Am 21. August 2013 Sequesterektomie, Débridement, Einbringen einer Palacos-Plombe (mit Gentamycin) und Montage eines tibialen Fixateur externe (Suva-Nr. 185), am 26. September 2013 Entfernung des Fixateur externe (Suva-Nr. 195), am 10. Oktober 2013 Entfernung der Palacos-Plomben, Re-Osteosynthese mit Expert Tibia Nail sowie Spongiosaplastik aus dem Tibiakopf rechts (Suva-Nr. 218, 206).

5.4 Am 15. April 2014 hielt Dr. med. G.____ fest, der Beschwerdeführer berichte, dass er seit ungefähr zwei Wochen vermehrt Schmerzen auf der Höhe des ehemaligen Frakturbereichs verspüre. Ausserdem habe der Beschwerdeführer gelegentlich lokal eine belastungsabhängige Schwellung beobachtet. Für die nun im Vordergrund stehende Schmerzexazerbation finde sich keine objektivierbare Ursache (Suva-Nr. 241).

5.5 Am 12. Mai 2014 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Dr. med. E.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 3. Juni 2014 (Suva-Nr. 265) Restbeschwerden bei Status nach septischer Pseudarthrose des distalen Tibiaschaftes bei Status nach zweitgradiger offener Pilon-Tibia-Fraktur rechts am 29. Juni 2012 sowie nach den Operationen vom 21. August, 26. September und 10. Oktober 2013. In der Beurteilung führte die Kreisärztin aus, seit dem letzten Eingriff nach septischer Pseudarthrose seien sechs Monate vergangen. Der Beschwerdeführer berichte über eine deutliche Verbesserung in den letzten Wochen. Klinisch finde sich nur noch ein leichtes Schonhinken mit einer guten Funktion des Knies und des OSG. Nach wie vor lasse sich aber eine deutliche Muskelatrophie nachweisen. Sie habe empfohlen, die Physiotherapie weiterzuführen und mit selbständigem Velofahren und Schwimmen zu ergänzen, wobei eine Gewichtsreduktion sicher auch von Vorteil wäre. Bis zur nächsten Kontrolle bei Dr. med. G.____ im Juli 2014 sei der Beschwerdeführer sowohl als Lastwagenchauffeur als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Falls der Heilungsverlauf weiter Fortschritte machen sollte, könne wahrscheinlich ab Juli/August mit einer Teilarbeitsfähigkeit gerechnet werden. Dem Beschwerdeführer wäre dann eine leichte ganztägige Arbeit mit Wechselbelastung, ohne repetitives Treppensteigen oder Arbeiten auf unebenem Gelände zuzumuten. Auch kniende Arbeiten oder Arbeiten in der Hocke sollten gemieden werden.

5.6 Am 19. Juli 2014 berichtete Dr. med. G.____, es zeigten sich reizlose Narben und Weichteile sowie eine mässige, diffuse Schwellung im distalen Bereich des Unterschenkels. Radiologisch scheine die Pseudarthrose knöchern konsolidiert zu sein. Die Lage des Osteosynthesematerials sei unverändert. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei ab 9. Juli 2014 auf 75 % reduziert worden. Hierbei handle es sich um eine theoretische Festsetzung, da der Beschwerdeführer nicht mehr als Lastwagenchauffeur arbeiten möchte und nun eine Stelle als Koch suche (Suva-Nr. 276). Am 18. November 2014 teilte Dr. med. G.____ mit, der Beschwerdeführer habe am 24. Oktober 2014 berichtet, dass es ihm nun wesentlich besser gehe. Lediglich morgens verspüre er bei den ersten Schritten noch Beschwerden im Unterschenkelbereich. Weitere Massnahmen seien gegenwärtig nicht mehr erforderlich. Die Arbeitsunfähigkeit habe man per 27. Oktober 2014 auf 0 % reduziert, wobei es sich angesichts der Arbeitslosigkeit des Patienten um eine theoretische Festlegung handle (Suva-Nr. 290). In der Folge fanden Frühinterventionsmassnahmen der Invalidenversicherung statt und der Beschwerdeführer konnte am 1. August 2015 eine unbefristete Anstellung als Koch antreten (vgl. E. II. 6 hiernach).

5.7 Auf Empfehlung der Beschwerdegegnerin meldete sich der Beschwerdeführer bei der Invalidenversicherung an (vgl. Suva-Nr. 85, 87). Der zuständige IV-Sachbearbeiter erklärte

am 14. Mai 2014 telefonisch, man könne einen Aufbau anstreben, sobald eine Teilarbeitsfähigkeit bestehe (Suva-Nr. 263). Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 12. September 2014 mit, er sei am «schnuppern» als Koch, könne aber keine grosse Arbeitsleistung erbringen (Suva-Nr. 279). Der IV-Sachbearbeiter präzisierte am 15. September 2014, man werde ein Aufbautraining in Form einer Frühinterventionsmassnahme starten. Geplant sei ein Vorstellungsgespräch bei der Institution L.____, [...]. Der Beschwerdeführer werde voraussichtlich und auf seinen Wunsch in der Küche/Cafeteria eingesetzt, da er gerne als Koch arbeiten würde (Suva-Nr. 282). In der Folge wurden dem Beschwerdeführer durch die IV-Stelle entsprechende Frühinterventionsmassnahmen in Form eines vom 6. Oktober 2014 bis 31. März 2015 dauernden Aufbautrainings zugesprochen (Suva-Nr. 285, 291). Weiter wurde für die Zeit vom 2. Februar 2015 bis 31. Juli 2015 ein Einarbeitungszuschuss für die Einarbeitungszeit im Restaurant M.____, bewilligt (Mitteilungen der IV-Stelle vom 30. Januar und 10. Juni 2015, Suva-Nr. 293 und 295). Ab 1. August 2015 wurde der Beschwerdeführer in diesem Restaurant als Koch zu 80 % fest angestellt (Suva-Nr. 313; vgl. Suva-Nr. 299, 305). Mit Vorbescheid vom 18. November 2015 hielt die IV-Stelle fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. August 2015 mit einem Pensum von 80 % unbefristet im Restaurant M.____ angestellt. In einer körperlich angepassten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei mit seinem Job als Koch angemessen eingegliedert und könne ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Eine weitere Unterstützung durch die Invalidenversicherung sei nicht angezeigt. Man werde daher einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und auf eine IV-Rente verneinen (Suva-Nr. 311). Mit Verfügung vom 18. Januar 2016 (Suva-Nr. 318) wurde in diesem Sinn entschieden.

5.8 Am 3. November 2015 erklärte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, in einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer sei wegen zunehmender Beschwerden im verletzten rechten Bein nur noch teilweise arbeitsfähig. Er bitte um eine erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Prüfung des Rentenanspruchs (Suva-Nr. 297). Im Unfallschein gab Dr. med. F.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 23. Oktober 2015 und von noch 20 % ab 4. November 2015 an (Suva-Nr. 307). Dr. med. G.____ teilte in einem ambulanten Bericht vom 16. November 2015 mit, der Beschwerdeführer arbeite seit August wieder zu 80 % als Koch. Gemäss seinen Angaben sei eine 100 % Arbeits-Wiederaufnahme nicht möglich, weil er bei längerem Stehen Beschwerden im Fuss verspüre und auch rezidivierend eine Schwellung des distalen Unterschenkels auftrete, wobei er diffuse, unangenehme Sensationen verspüre. Der Beschwerdeführer wünsche deshalb die Entfernung des Osteosynthese-Materials (Suva-Nr. 310). Diese wurde am 25. November 2015 vorgenommen (Osteosynthesematerialentfernung an der Tibia [ETN] und an der Fibula [Drittelrohrplatte]; Suva-Nr. 314). Dem Beschwerdeführer wurde in der Folge durch das Spital D.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 11. Dezember 2015 attestiert (Suva-Nr. 312, 317).

5.9 Am 12. Dezember 2015 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit als Koch mit einem Pensum von 80 % wieder auf. Die Beschwerdegegnerin erkundigte sich beim Arbeitgeber telefonisch, warum der Beschwerdeführer nur zu 80 % angestellt worden sei. Der Betrieb antwortete telefonisch, der Beschwerdeführer habe Probleme mit seinem verunfallten Bein, das nach längerem Stehen immer noch anschwelle (Suva-Nr. 315).

5.10 Am 26. April 2016 führte Dr. med. G.____ vom Spital D.____, Bezug nehmend auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 22. März 2016 aus, der Beschwerdeführer gebe an, eine Steigerung des Arbeitspensums sei nicht möglich, weil der Unterschenkel immer noch stark anschwellen. Ausserdem verspüre er im medialen Bereich des Unterschenkels häufig einen Pruritus. Radiologisch fänden sich keine Zeichen für das Fortbestehen einer Infektion. Im ehemaligen Bereich der Pseudarthrose sei eine weitere Normalisierung der Knochenstruktur zu erkennen. Unmittelbar nach dem Ausziehen des Kompressionsstrumpfs finde sich kaum eine Weichteilschwellung. Allerdings fänden sich sonst sämtliche Zeichen einer chronisch-venösen Insuffizienz. Diese vom Beschwerdeführer angegebenen Restbeschwerden seien grösstenteils auf eine chronisch-venöse Insuffizienz zurückzuführen. Weitere Kontrollen in der Traumatologie des Spitals D.____ seien nicht mehr vereinbart worden (Suva-Nr. 322).

5.11 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____ führte am 2. Juni 2016 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch. Anschliessend nahm er eine Beurteilung des Integritätsschadens vor, den er wegen eines postthrombotischen Syndroms auf 5 % bezifferte (Suva-Nr. 330). Im Bericht über die Abschlussuntersuchung führte Dr. med. H.____ nach einer Zusammenfassung der Aktenlage aus, der Beschwerdeführer gebe an, es gehe ihm gut, eigentlich viel besser. Wenn er 100 % arbeite, schwellen das Bein jedoch an respektive wenn er fünf Tage in der Woche ganztags arbeiten würde, reichten die zwei arbeitsfreien Tage nicht aus, damit das Bein ausreichend abschwelle. Weiter bestünden chronische Schmerzen, diese seien aber nicht mehr so gross. Vor allem bei Wetterwechsel und bei grosser Müdigkeit habe er vermehrt Schmerzen. Mit der Invalidenversicherung sei vereinbart worden, dass er zwei Tage arbeite und einen Tag Pause einlege. Auf eine Sieben-Tage-Woche bezogen arbeite er vier Tage und mache drei Tage Pause. In seiner Beurteilung legt der Kreisarzt dar, nach komplikationsbehaftetem Verlauf bei zweitgradig offener Pilon tibiale Fraktur rechts zeige sich nunmehr ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis. Als Restfolge bestehe ein postthrombotisches Syndrom mit entsprechender Schwellungstendenz bei längerem Stehen und Gehen. Die Stützstrümpfe seien anlässlich der heutigen Konsultation nicht getragen worden. Der Beschwerdeführer habe auf Nachfrage erklärt, er trage die Strümpfe nur im Winter, weil er davon bei warmem Wetter starken Juckreiz bekomme. Die Restbeschwerdesymptomatik sei mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden. Der Kreisarzt habe ihm dringend empfohlen, die Stützstrümpfe ganzjährig zu tragen und in einem Orthopädiegeschäft nachzufragen, welche Stützstrümpfe für ihn geeignet seien. Von weiteren medizinischen Massnahmen sei keine wesentliche Verbesserung zu erwarten, deshalb sei der Fallabschluss vorzunehmen. In der beim Unfall ausgeübten Tätigkeit als LKW-Chauffeur bestehe eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Koch mit ausschliesslich stehender/gehender Tätigkeit sei sicherlich nicht ideal, wobei anamnestisch nach längerem Sitzen ebenfalls Anlaufschwierigkeiten im Sinne von vermehrten Schmerzen aufgetreten seien. Langfristig wäre grundsätzlich eine wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu empfehlen. Nicht mehr möglich seien Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und/oder Gerüsten, kniende und kauende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitivem Betätigen von Pedalen mit dem rechten Fuss. Auch ausschliesslich sitzende Tätigkeiten seien nicht ideal, da es in der Folge zu schmerzhaften Anlaufschwierigkeiten beim Aufstehen komme. Nicht möglich seien auch Tätigkeiten in Kälte- und Feuchteexposition, ebenso Tätigkeiten mit häufigem Treppensteigen, insbesondere unter Gewichtsbelastung. Das Tragen von Stützstrümpfen sei unfallbedingt

notwendig (Suva-Nr. 331).

5.12 Im Einspracheverfahren liess der Beschwerdeführer die Stellungnahme von Dr. med. I.____ vom 19. September 2016 (Suva-Nr. 353) einreichen. Dieser nennt als Diagnosen einen Status nach Pilon Tibia Fraktur, heute noch eine DermoePIDermis mit Ekzem sowie eine Funktionsbehinderung und Impingement im unteren Sprunggelenk als Restsyndrom. Weiter führt der Arzt aus, es erscheine plausibel, dass der Beschwerdeführer nach zwei Tagen Arbeit als Koch immer drei Tage Ruhezeit brauche. Prinzipiell sei die stehend und gehend auszuübende Tätigkeit als Koch nicht ganz geeignet. Nach seiner Einschätzung habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 15 % (wegen Funktionsbehinderung und Schmerzen verursachendem Impingement im unteren Sprunggelenk), zudem erscheine eine Rente von 20 % als faire Lösung.

5.13 Der Kreisarzt Dr. med. H.____ äusserte sich am 18. Mai 2017 dahingehend (Suva-Nr. 355), dass sich im Dossier kein Hinweis auf eine Funktionsbehinderung und Impingement des unteren Sprunggelenks finde. Dem Schreiben von Dr. med. I.____ lasse sich auch nicht entnehmen, worauf er seine Beurteilung stütze. Auch der Beschwerdeführer selbst beklage keinerlei Beschwerden von Seiten des unteren Sprunggelenks und auch in der klinischen Untersuchung hätten sich dafür keine Hinweise ergeben.

5.14 Mit der Beschwerde reicht der Beschwerdeführer einen Bericht des Radiologischen Zentrums P.____, pract. med. N.____, Facharzt Radiologie FMH, vom 22. Juni 2017 über eine MRI-Untersuchung des rechten oberen Sprunggelenks ein (Suva-Nr. 360). Dieser enthält folgende Beurteilung: Mit kleiner artikulärer Stufe vollständig konsolidierte Pilon tibiale Fraktur; mässige, ventral betonte posttraumatische Arthrose im OSG mit chondropathischem Knochenmarködem in der ventralen Tibiaepiphyse; ventrales Impingement bei Osteophytenbildung an der ventralen Tibiaepiphyse und ossärer Apposition am Übergang des Caput zum Collum tali allseitig mit Verdickung der ventralen OSG-Kapsel; posttraumatische Ausdünnung des Ligamentum fibulotalare anterius; Partialruptur des Tibiospringligaments; Ruptur des inferoplantaren longitudinalen und medioplantaren obliquen Anteils des Springligaments; Ruptur des tibinavicularen Anteils des Ligamentum deltoideum; Ganglion dorsal des OSG; Splitting und Tendovaginitis der inframalleolären Peroneus brevis- Sehne; Knochenmarkinfarkt in der distalen Tibiadiametaepiphyse.

5.15 Die Beschwerdegegnerin reicht mit ihrer Beschwerdeantwort vom 1. September 2017 die chirurgische Beurteilung von Dr. med. J.____ von der Suva Versicherungsmedizin, Kompetenzzentrum, vom 25. August 2017 ein (A.S. 24 ff.). Dieser gelangte zum Ergebnis, die Unterschenkelfraktur mit Beteiligung des Pilon tibiale und des Aussenknöchels (und damit des oberen Sprunggelenks OSG) habe überwiegend wahrscheinlich zu einer mässiggradig ausgeprägten, posttraumatischen Arthrose des rechten OSG des Beschwerdeführers geführt. Die Diagnose eines postthrombotischen Syndroms des rechten Beins sei mit den vorliegenden medizinischen Berichten nicht gesichert. Eine rezidivierende Schwellneigung des rechten Unterschenkels sei überwiegend wahrscheinlich teilkausal auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die körperliche Integrität des Beschwerdeführers sei durch die unfallbedingten Gesundheitsschäden zu 15 % eingeschränkt. Falls die Diagnose eines postthrombotischen Syndroms durch medizinische Berichte und eine entsprechende Bildgebung gestellt werden sollte, so sei diese je nach Schweregrad bei der Einschätzung des Integritätsschadens zu berücksichtigen. Um die Frage nach einem postthrombotischen Syndrom beantworten zu können, empfahl med.

pract. J. ___ den Bericht der angiologischen Untersuchung(en) anzufordern.

5.16 Entsprechend der genannten Empfehlung holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht des Spitals K. ___, Medizinische Klinik, Abteilung Angiologie, vom 31. August 2017 ein, der sich auf die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. Juli 2015 stützt (A.S. 34 ff.). Diagnostiziert wird u.a. eine chronische venöse Insuffizienz mit kompletter Stammvarikose der Vena saphena magna Hach II und Astvarizen am Unterschenkel. Die Ärzte führen aus, beim Beschwerdeführer trete oft eine Schwellung des rechten Unterschenkels und Knöchels auf, welche teilweise von Schmerzen begleitet sei. Die Beschwerden seien am Abend am ausgeprägtesten und am Morgen kaum vorhanden. Zusätzlich berichte er über Schmerzen im Knie, am Knöchel und an der Fusssohle. Die Symptomatik bestehe seit dem Trauma des rechten Beins und sei in letzter Zeit eher etwas besser geworden. Zu Beurteilung und Prozedere wird erklärt, es lasse sich rechts eine chronisch venöse Insuffizienz nachweisen. Diese sei wahrscheinlich zumindest für einen Teil der Beschwerden verantwortlich. Daher und auch weil im Verlauf mit einer Progredienz zu rechnen sei habe man dem Beschwerdeführer eine Varizensanierung empfohlen. Diese könnte chirurgisch erfolgen, die Befunde seien aber auch einer endovenösen Laserablation zugänglich. Dabei würde ambulant die Vena saphena magna behandelt und gegebenenfalls die in einem zweiten Schritt die Astvarizen mittels Sklerotherapie. Der Beschwerdeführer werde sich die Behandlungsoptionen überlegen.

5.17 Med. pract. J. ___ von der Suva-Abteilung Versicherungsmedizin nahm in Kenntnis des vorerwähnten Berichts vom 31. August 2017 am 1. September 2017 ergänzend Stellung. Er hält fest, mit dem ausführlichen angiologischen Bericht werde als Ursache der chronisch-venösen Insuffizienz des rechten Beins eine komplette Stammvarikose der Vena saphena magna mit der Ausbildung von Astvarizen am Unterschenkel genannt. Die durchgeführten Untersuchungen belegten die chronisch venöse Insuffizienz, jedoch auch, dass die tiefen (unterhalb der Fascie gelegenen) Venen am rechten Bein und im Bereich der Beckenebene intakt seien, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dagegen spreche, dass das rechte Bein von einer Thrombose betroffen gewesen sei. Die chronisch venöse Insuffizienz bilde daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolge.

6. Die Beschwerdegegnerin hat im Beschwerdeverfahren anerkannt, dass die Integritätsentschädigung von 5 % auf 15 % zu erhöhen ist. Damit wurde dem Rechtsbegehren, das der Beschwerdeführer bereits im Einspracheverfahren gestellt hatte, entsprochen. Die Beschwerde ist dementsprechend in diesem Punkt gutzuheissen. Dagegen hält die Beschwerdegegnerin an der Verneinung eines Rentenanspruchs fest. Der Beschwerdeführer verlangt die Zusprechung einer Rente von 20 %.

6.1 Die Beschwerdegegnerin führt zum Rentenanspruch aus, laut dem Zumutbarkeitsprofil, das der Kreisarzt Dr. med. H. ___ nach der Untersuchung vom 2. Juni 2016 formulierte (vgl. E. II. 5.10 hiervor), seien dem Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar. Nicht mehr möglich seien Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und/oder Gerüsten, kniende und kauernde Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit repetitivem Betätigen von Pedalen mit dem rechten Fuss. Ebenfalls nicht möglich seien Tätigkeiten in Kälte- und Feuchtexpositionen und solche mit häufigem Treppensteigen, insbesondere unter Gewichtsbelastung. Auch ausschliesslich sitzende Tätigkeiten seien nicht ideal, da es zu schmerzhaften Anlaufschwierigkeiten beim Aufstehen komme.

6.2 Die dem Einspracheentscheid zugrundeliegende Zumutbarkeitsbeurteilung basiert somit auf der Stellungnahme, welche der Kreisarzt Dr. med. H.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 2. Juni 2016 abgab (E. II. 5.10 hiervor). Es handelt sich dabei um eine versicherungsinterne ärztliche Beurteilung. Solche können beweiskräftig sein, wenn sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Ergänzende Abklärungen sind aber bereits dann notwendig, wenn auch nur relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (vgl. E. II. 4.3 hiervor).

6.3 Der Kreisarzt Dr. med. H.____ diagnostizierte belastungsabhängige Restbeschwerden sowie ein postthrombotisches Syndrom am rechten Unterschenkel bei zweitgradig offener Pilon tibiale Fraktur rechts am 29. Juni 2012 sowie bei Status nach den in der Folge durchgeführten operativen Eingriffen (Suva-Nr. 331 S. 8). Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse äusserte er sich nicht nur zum Zumutbarkeitsprofil, sondern nahm am 3. Juni 2016 auch eine Beurteilung des Integritätsschadens vor. Diesen bezifferte er auf 5 % bei einem postthrombotischen Syndrom Stadium B (Suva-Nr. 330). Auf den Einwand von Dr. med. I.____, der Beschwerdeführer habe Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wegen einer Funktionsbehinderung und eines Impingements im unteren Sprunggelenk (Suva-Nr. 353; E. II. 5.11 hiervor) antwortete Dr. med. H.____, in den Akten fänden sich keine entsprechenden Hinweise (Suva-Nr. 355; E. II. 5.12 hiervor). In der Folge wurde jedoch der MRI-Bericht des Radiologischen Zentrums P.____, pract. med. N.____, vom 22. Juni 2017 (E. II. 5.13) eingereicht, der unter anderem eine Arthrose und ein Impingement zwar nicht des unteren, aber des oberen rechten Sprunggelenks erwähnt. Die Beschwerdegegnerin sah sich dadurch veranlasst, die Stellungnahmen von med. pract. J.____ vom 25. August und 1. September 2017 (E. II. 5.14 und 5.16 hiervor) zur Frage der Integritätsentschädigung einzuholen. Das Resultat dieser Stellungnahme weicht grundlegend von der Schätzung des Integritätsschadens ab, welche der Kreisarzt Dr. med. H.____ vorgenommen hatte. So gelangt med. pract. J.____ in seinem Schreiben vom 1. September 2017 zum Ergebnis, das rechte Bein des Beschwerdeführers sei nicht ■ wie Dr. med. H.____ angenommen hatte ■ von einer Thrombose betroffen gewesen, denn die chronisch venöse Insuffizienz gehe gemäss dem inzwischen beigezogenen angiologischen Bericht auf eine Varikose zurück. Damit entfalle der von Dr. med. H.____ genannte Grund für eine Integritätsentschädigung. Dagegen begründe die erst mit dem MRI-Bericht vom 22. Juni 2017 erstmals diagnostizierte mässiggradige Arthrose, von der Dr. med. H.____ keine Kenntnis hatte, eine Integritätsentschädigung von 15 %. Der MRI-Bericht vom 22. Juni 2017 führte somit zu einer grundlegend anderen Beurteilung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung.

Wie sich dem Bericht von med. pract. J.____ vom 25. August 2017 entnehmen lässt, wurde ihm das Dossier mit der Bitte unterbreitet, sich zum Integritätsschaden zu äussern. Er gelangte diesbezüglich zu einem anderen Resultat als der Kreisarzt aufgrund seiner Untersuchung vom 2. Juni 2016. Den Grund für die Abweichung bildeten insbesondere der MRI-Bericht vom 22. Juni 2017, der im Beschwerdeverfahren eingereicht wurde. In Bezug auf den Rentenanspruch respektive das Zumutbarkeitsprofil veranlasste die Beschwerdegegnerin dagegen keine ergänzende interne Stellungnahme. Während für den Integritätsschaden mit der Beurteilung von med. pract. J.____ eine ärztliche Einschätzung vorliegt, welche auch den MRI-Bericht berücksichtigt, existiert daher für den

Rentenanspruch und das Zumutbarkeitsprofil weiterhin einzig die Beurteilung von Dr. med. H. ___ vom 2. Juni 2016. Diese wurde, wie dargelegt, in Unkenntnis der offenbar erst gut ein Jahr später erstellten MRI-Aufnahmen erstattet. Es ist zwar möglich, dass die dort festgestellten zusätzlichen Befunde und Diagnosen (insbesondere mässiggradige Arthrose und Impingement des OSG) keine zusätzliche Einschränkung der Zumutbarkeitsprofils bewirken. Zuverlässig beurteilen lässt sich dies jedoch gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht. Ohne eine Grundlage in Form einer medizinischen Beurteilung ist es dem Gericht nicht möglich festzustellen, ob die Invaliditätsbemessung, welche die Beschwerdegegnerin vorgenommen hat, korrekt ist. Zumindest bestehen geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. med. H. ___. Es ist daher ausgeschlossen, in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren Abklärungen abzusehen. Eine zusätzliche medizinische Untersuchung und Beurteilung ist notwendig.

6.4 Wie med. pract. J. ___ in seiner Stellungnahme vom 25. August 2017 festhält, wurde die Diagnose einer Arthrose im oberen Sprunggelenk erstmals im MRI-Bericht vom 22. Juni 2017 gestellt. Er erachtet es als überwiegend wahrscheinlich, dass es sich dabei um eine Folge des Unfallereignisses vom 29. Juni 2012 handelt. Auch die rezidivierende Schwellneigung des rechten Unterschenkels stellt nach der Beurteilung von med. pract. J. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallfolge (im Sinne einer Teilkausalität) dar. Eine medizinische Stellungnahme, ob und wenn ja inwiefern sich die durch den MRI-Bericht festgestellten neuen Aspekte ■ über die bereits durch den Kreisarzt Dr. med. H. ___ berücksichtigten Unfallfolgen hinaus ■ auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, existiert nicht. Es handelt sich dabei um eine gänzlich ungeklärte Frage. Daher ist die Sache zur Vornahme entsprechender Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der angefochtene Einspracheentscheid ist im Rentenpunkt aufzuheben. Die Beschwerde ist in diesem Sinn auch hinsichtlich der Rente gutzuheissen.

7. Nicht gefolgt werden kann dagegen dem Argument des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin verstosse gegen Treu und Glauben, wenn sie das für den Rentenanspruch massgebende Invalideneinkommen nicht aufgrund der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit als Koch bemesse. Nach der Rechtsprechung (E. II. 3.2 hiervor) ist dann auf das tatsächliche Erwerbseinkommen abzustellen, wenn ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass der Versicherte die ihm verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint (BGE 126 V 75 E. 3b/aa S. 76). So verhält es sich hier ■ vorbehältlich allfälliger neuer Erkenntnisse im Rahmen der noch durchzuführenden ergänzenden Abklärungen ■ nicht, denn sowohl die Suva-Ärzte als auch der vom Beschwerdeführer beigezogene Dr. med. I. ___ (vgl. E. II. 5.11 hiervor) gehen davon aus, die Tätigkeit als Koch sei dem Leiden des Beschwerdeführers nicht optimal angepasst. Die Beschwerdegegnerin kann auch nicht behaftet werden, dass die IV-Stelle (nicht die Beschwerdegegnerin) den Beschwerdeführer bei der Stellensuche in der von ihm bevorzugten Tätigkeit als Koch unterstützte, indem sie u.a. einen Einarbeitungszuschuss gewährte (vgl. E. II. 5.6 hiervor): Erstens wurde die Eingliederung nicht durch die Beschwerdegegnerin, sondern durch die IV-Stelle unterstützt und zweitens folgt aus der Art dieser Tätigkeit, welche im Übrigen dem Wunsch des Beschwerdeführers entsprach (vgl. z.B. Suva-Nr. 332: «A. ___ ist mit Leib und Seele Koch»), nicht ohne weiteres, dass das daraus erzielte Einkommen dem

Invalideneinkommen gleichzusetzen wäre.

8. Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird, soweit sie die Integritätsentschädigung betrifft, gutgeheissen. Der Einspracheentscheid vom 22. Mai 2016 (recte: 2017) wird in diesem Punkt aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 15 %.

2. Soweit sie den Anspruch auf eine Invalidenrente betrifft, wird die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Suva vom 22. Mai 2016 (recte: 2017) aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hierauf über den Rentenanspruch neu entscheide.

3. Es werden 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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Ingold

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