



Fall-Nr.: UV 2016/34
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 16.03.2018
Entscheiddatum: 16.03.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 16.03.2018

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 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2018,UV 2016/34).

Entscheid vom 16. März 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und a.o. Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle
Frei; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2016/34

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Diego Quinter, Quinter,



St.Galler Gerichte

Portmann & Partner, Quaderstrasse 18, Postfach 551, 7001 Chur,

gegen

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach 15, 7302
Landquart,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 611,
7001 Chur,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war als Chauffeur/Doorman bei der B.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin) tätig und dadurch bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: ÖKK) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 13. Juni 2012 beim Motorradfahren mit einem Personenwagen kollidierte (UV-act. 1). Die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), wo er sich vom 13. bis 22. Juni 2012 stationär befand, diagnostizierten mit Austrittsbericht vom 25. Juni 2012 eine 2-Etagen Femurfraktur links mit dislozierter petrochantärer sowie Femurschaftfraktur links, eine Berstungsfraktur des Brustwirbelkörpers (BWK) 6, eine distale, mehrfragmentäre, intraartikuläre Radiusfraktur rechts sowie ein Supinationstrauma des oberen Sprunggelenks (OSG) links mit Verdacht auf fibulotalare Bandläsion. Am Unfalltag wurde eine geschlossene Reposition und Osteosynthese der petrochantären und Femurschaftfraktur links mit langem Gammanagel und eine palmare Plattenosteosynthese der distalen Radiusfraktur rechts durchgeführt. Die behandelnden Ärzte des KSSG erachteten den Versicherten vom 13. Juni bis 25. Juli 2012 als zu 100% arbeitsunfähig (vgl. UV-act. 5 f.). Vom 22. Juni bis 4. Juli 2012



St.Galler Gerichte

befand er sich stationär im Rehabilitationszentrum Valens und war danach weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (UV-act. 12 f., 15). Die ÖKK übernahm die Kosten für die Heilbehandlung und entrichtete Taggelder.

A.b Ab 1. November 2012 nahm der Versicherte seine Tätigkeit bei der Arbeitgeberin zu 10% wieder auf und erhöhte das Pensum per 1. Januar 2013 auf 30% (UV-act. 28 ff., 40, vgl. UV-act. 38). Zur Stimulation der Kallusbildung im Bereich des Femurschaftes war am 2. November 2012 der statische Verriegelungsbolzen operativ entfernt worden (UV-act. 24, 26). PD Dr. med. C.____, Arzt Orthopädie, Klinik D.____, äusserte am 1. März 2013 den Verdacht auf eine verzögerte Heilung respektive beginnende Pseudarthrose der intertrochantären Region rechts (gemeint wohl: links) (UV-act. 49, vgl. bezüglich verzögerter Heilung auch UV-act. 35, 38, 41). Bezüglich des schmerzhaften linken Knies (vgl. UV-act. 23) hatte die am 31. Oktober 2012 in der Radiologie E.____ durchgeführte Kernspintomographie eine mässig ausgeprägte zentrale mukoide Degeneration mit leichter Ballonierung im Hinterhorn bis zur Pars intermedia des medialen Meniskus ohne Nachweis eines durchgehenden Risses zur Darstellung gebracht (UV-act. 27).

A.c Am 29. April 2013 berichtete Dr. med. F.____, Wirbelsäulenchirurgie der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, unter anderem über einen anamnestisch vor 14 Tagen neu aufgetretenen Schmerz im Bereich der rechten Kniekehle, welcher teilweise in die Wade ausstrahle. Inspektorisch zeige sich ein minimaler Kniegelenkserguss rechts und ein leichter Kompressionsschmerz der rechten Wade (UV-act. 42). Ab 1. Mai 2013 erhöhte der Versicherte sein Arbeitspensum auf 50% (UV-act. 46; im Juli/August 2013 vorübergehende Erhöhung auf 75%, vgl. UV-act. 63 ff.). Aufgrund einer Ruptur des medialen Meniskus sowie einer Knorpelschädigung femoropatellär und femorotibial rechts (vgl. UV-act. 43 f., 69.2) unterzog sich der Versicherte am 11. Juni 2013 einer arthroskopischen Teilmenisektomie rechts (UV-act. 53). Dr. med. G.____, Vertrauensarzt der ÖKK, befand am 20. Juni 2013, die Beschwerden am rechten Knie stünden mindestens wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 13. Juni 2012 (UV-act. 45). Nach einer vollständigen Regredienz der Beschwerden am rechten Kniegelenk (UV-act. 50) berichtete Dr. med. H.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Medizinisches Zentrum I.____, am 12. Juli 2013 wieder über



St.Galler Gerichte

Schmerzen und einen Kniegelenkserguss rechts (UV-act. 60, vgl. UV-act. 52, 54). Am 1. Oktober 2013 hielt Dr. H.____ fest, 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 Unfalls vom 13. Juni 2012 entstanden sei (UV-act. 69.1). Nach einer Besprechung mit ihrem Vertrauensarzt hielt die ÖKK am 7. November 2013 fest, die Arthroskopie sei sicher unfallkausal, zumal in den Berichten die Rede von einer frischen Läsion sei (UV-act. 75)

A.d Mit Bericht vom 6. Dezember 2013 diagnostizierte Dr. F.____ unter anderem ein Panvertebralsyndrom bei konservativ behandelter Berstungsfraktur BWK 6, einen Status nach traumatischer BWK 12-Fraktur vor Jahren und eine Bandscheibenherniation in die Deckplatte von BWK 10. Der Ursprung der geklagten Schmerzen schein klinisch eher im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) zu liegen, dort zeige sich vor allem eine mässige Degeneration im Segment L5/S1 (UV-act. 78/1). Am 19. Dezember 2013 führte Dr. F.____ eine diagnostisch/therapeutische Infiltration der Facettengelenke L5/S1 durch (UV-act. 79/1; weitere Infiltrationen vgl. UV-act. 89/1, 104).

A.e Im Februar 2014 beauftragte die ÖKK Dr. med. J.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, mit einer Aktenbeurteilung (UV-act. 93/56). Dieser befand am 10. April 2014, die Lumbalgien seien im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung Folge einer unfallbedingt gestörten Statik der Wirbelsäule. Da nur ein möglicher Zusammenhang bestehe, seien die rechtsseitigen Kniebeschwerden unfallfremd. Alle übrigen Beschwerden seien entweder sicher oder mindestens überwiegend wahrscheinlich kausal auf den Unfall zurückzuführen. Der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht, da die knöcherne Konsolidierung des pertrochantären Abschnitts der linksseitigen Femurfraktur bis zuletzt noch immer nicht abgeschlossen gewesen sei. Die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit erscheine ihm nachvollziehbar (UV-act. 93). Nach Konsolidierung der Frakturen (vgl. UV-act. 91) erfolgte am 2. Mai 2014 im KSSG die Entfernung des langen Gammanagels links und des Osteosynthesematerials am distalen Radius (UV-act. 99).



St.Galler Gerichte

A.f Im Auftrag der ÖKK (vgl. UV-act. 113) wurde der Versicherte im Dezember 2014 durch Ärzte der MEDAS Ostschweiz polydisziplinär (rheumatologisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch) abgeklärt. Mit Gutachten vom 29. Januar 2015 (die ursprüngliche Version vom 19. Januar 2015 enthielt eine falsche Datumsangabe; vgl. UV-act. 119, 123 f.) listeten diese als Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein thorakales Schmerzsyndrom nach BWK 6-Berstungsfraktur, eine endgradige Bewegungseinschränkung und Schmerzen im rechten Handgelenk nach Radiusfraktur rechts, ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links ohne Funktionsstörung nach petrochantärer und Femurschaftfraktur links, belastungsabhängige Beschwerden ohne Funktionsstörung nach Supinationstrauma OSG links, einen anamnestisch rezidivierenden Kniegelenkserguss rechts und rechtsbetonte belastungskorrelierte Gonalgien sowie ein chronisches thorakovertebrales und anamnestisch lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen auf. Sie befanden, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, welche adaptiert sei, bestehe seit Ende 2012 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit. Spätestens seit dem Gutachtenszeitpunkt sei von einer Einschränkung des Rendements von etwa 20% bei voller Präsenz auszugehen. Aus polydisziplinärer Sicht sei aktuell keine medizinische Behandlung erforderlich (UV-act. 124). Auf Nachfrage der ÖKK (vgl. UV-act. 125, 130 f.) nahmen die MEDAS-Gutachter am 18. Februar und 26. Mai 2015 Stellung zu aufgetretenen Unklarheiten bzw. unbeantworteten Fragen. Sie hielten insbesondere fest, das chronische thorakovertebrale und anamnestisch lumbovertebrale bis -spondylogene Syndrom sowie der rezidivierende Kniegelenkserguss rechts und die rechtsbetonten belastungskorrelierten Gonalgien seien unfallfremd (UV-act. 128, 136).

A.g Dr. F.____ hatte am 5. März 2015 berichtet, der Versicherte habe nach der letzten Facettengelenksinfiltration BWK 6/7 für ca. 1,5 Monate eine 50%ige Schmerzregredienz erlebt. Seither bestünden die Schmerzen wieder mit Ausstrahlung nach cranial und Kopfschmerzen. Ebenfalls bestünden Schmerzen im Bereich des rechten Knies. In seinem Beruf als Concierge sei er zu 60% arbeitsfähig. Aufgrund der thorakalen Schmerzen sollte die Physiotherapie weitergeführt werden. Im April 2015 werde sich der Versicherte erneut zu einer Infiltration der Facettengelenke BWK 6/7 beidseits vorstellen (UV-act. 147). Am 20. März 2015 hatte Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, nach radiologischer Untersuchung des rechten Knies beurteilt, es bestehe



eine unveränderte Chondropathie Grad II und eine progrediente Auftreibung des vorderen Kreuzbandes mit Signalalteration. Da dem Versicherten kein Trauma erinnerlich sei und das Bild nicht auf eine Ruptur hinweise, könnte es sich möglicherweise um einen desmoiden Tumor des vorderen Kreuzbandes handeln (UV-act. 135/3 f.). Dieser Verdacht wurde in der Folge jedoch entkräftet (IV-act. 104-4 ff., vgl. UV-act. 135/2, IV-act. 104-10 ff.).

A.h Die ÖKK hatte dem Versicherten am 18. Mai 2015 mitgeteilt, der medizinische Endzustand sei gemäss Gutachten erreicht. Ab 1. Mai 2015 werde sie bis zur definitiven Beurteilung der Rentenfrage von einer Arbeitsunfähigkeit von 20% ausgehen und ihre Taggeldleistungen reduzieren (UV-act. 131, vgl. UV-act. 154). Im Mai 2015 hatte Dr. med. L.____, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, berichtet, das MRI weise nicht auf unfallkausale Veränderungen des rechten Knies hin. Der Versicherte habe gegenüber ihm nur anlässlich einer Konsultation im November 2014 erwähnt, dass ihn das rechte Knie störe. Dr L.____ habe das Knie aber nie untersucht, sondern die Behandlung den Spezialisten überlassen (UV-act. 140/2 f.).

A.i Mit Mitteilung vom 28. September 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da der Versicherte aktuell im Teilpensum von 60% bei seiner bisherigen Arbeitgeberin arbeite und eine weitere Steigerung nicht vorgesehen sei (IV-act. 90). Per 1. Oktober 2015 erhöhte der Versicherte sein Arbeitspensum dennoch auf 70% (UV-act. 160/6).

A.j Am 29. September 2015 hatten die behandelnden Ärzte des KSSG über ein Tractus-Springen über dem Trochanter major links berichtet. Diese Symptomatik könnte durch eine Tractus-Z-Plastik behoben werden, der Versicherte habe sich jedoch noch nicht für die Operation entschieden (UV-act. 155/2).

A.k Die Solida Versicherungen AG (nachfolgend: Solida), zuständig für die Ausrichtung der unfallversicherungsrechtlichen Langfristleistungen, berechnete einen Rentenanspruch basierend auf einem Invaliditätsgrad von 14% ab 1. Januar 2016 und gewährte dem Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Quinter, Chur, am 13. Januar 2016 diesbezüglich das rechtliche Gehör (UV-act. 163). Die IV-Stelle verfügte am 14. März 2016 die Abweisung des Rentenbegehrens (UV-act. 174).



St.Galler Gerichte

A.I Mit Verfügung vom 15. Januar 2016 stellte die ÖKK die Vergütung der Heilungskosten rückwirkend per 31. Dezember 2014 und die Ausrichtung der Taggelder per 31. Dezember 2015 ein (UV-act. 165).

B.

B.a Dagegen erhob Rechtsanwalt Quinter namens des Versicherten am 17. Februar 2016 Einsprache (UV-act. 168, vgl. Ergänzung vom 22. Februar 2016; UV-act. 170).

B.b Am 6. März 2016 reichte er der ÖKK ein Schreiben von Dr. med. M.____, Hüftchirurgie und Consultant Knieprothetik der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, vom 1. März 2016 ein und bat die ÖKK, eine Untersuchung durch denselben zu veranlassen. Dr. M.____ hatte ausgeführt, die Schmerzen im linken Hüftgelenk, vereinbar mit einem sogenannten "Tractus-Springen", stünden klar im Zusammenhang mit der seinerzeit erlittenen 2-Etagenverletzung des Oberschenkelknochens. Für eine weitere Beurteilung der Unfallkausalität der Kniebeschwerden müsste er den Versicherten nochmals in seiner Sprechstunde sehen. Die ÖKK sah keinen Anlass für eine

weitere Untersuchung durch Dr. M.____ (UV-act. 171 f.).

B.c Mit Entscheid vom 22. April 2016 wies die ÖKK die Einsprache ab und hielt zusätzlich fest, für die Zeit vom 1. Mai bis 31. Dezember 2015 werde das Taggeld aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 20% bemessen (UV-act. 175).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 22. April 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 23. Mai 2016. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Quinter, beantragt darin dessen Aufhebung und die Zusprache von Heilungskosten über den 31. Dezember 2014 sowie Taggelder über den 31. Dezember 2015 hinaus, letztere im Umfang von mindestens 40%. Alles unter gerichtlicher und aussergerichtlicher Kosten- und Entschädigungsfolge. Er macht geltend, die Unfallkausalität der Meniskusläsion rechts könne keineswegs negiert werden. Auch mit dem Oberschenkel habe er unfallbedingte Schwierigkeiten. Die



St.Galler Gerichte

Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens sei in wesentlichen Punkten fraglich. Gravierend komme hinzu, dass er anlässlich der Begutachtung unter Medikation in Form von cortisonhaltigen Infiltrationen ins rechte Knie und in die Wirbelsäule gestanden habe, welche den ursprünglichen Zustand wie Schwellungen und Schmerzen deutlich herabgesetzt habe. Dr. J.____ habe im Gegensatz zu den MEDAS-Gutachtern in seiner Aktenbeurteilung vom April 2014 festgehalten, die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar und alle Beschwerden ausser den rechtsseitigen Kniebeschwerden seien entweder sicher oder zumindest überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (act. G1).

C.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2016 beantragt die ÖKK (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie macht geltend, die MEDAS-Gutachter seien zum Schluss gekommen, hinsichtlich der unfallbedingten Beschwerden könne keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erreicht werden. Aus diesem Grund sei seitens der Solida ein Rentenanspruch geprüft und eine ab 1. Januar 2016 auszurichtende Rente berechnet worden. Damit entfalle der Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Seit dem 31. Dezember 2014 sei keine Behandlung unfallbedingter Beschwerden erfolgt. Die Unfallkausalität sei durch die MEDAS-Gutachter und Dr. J.____ übereinstimmend beurteilt worden. Weitere Abklärungen erübrigten sich damit. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die MEDAS-Gutachter, welche den Beschwerdeführer selbst untersucht hätten, sei nachvollziehbar (act. G3).

C.c Der Beschwerdeführer liess die Frist zur Einreichung einer Replik unbenutzt ablaufen (vgl. act. G8, G12). Nach Einsicht in die beigezogenen IV-Akten (act. G8 f.) reichte die Beschwerdegegnerin am 26. September 2016 eine Stellungnahme ein (act. G11).

Erwägungen

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.

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 entfiere (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 leistungsbegründende 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 blosser 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 leistungsbegründender 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).

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 anamnestisch 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 scheinete dieser Einbruch der Deckplatte aber auch schon älteren Datums zu sein (UV-act. 75). Weiter beurteilte Dr. F.____, der Ursprung der Schmerzen scheinete 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 beständen 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).

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.

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 beinhaltete 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 petrochantärer 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



St.Galler Gerichte

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.

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.