

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 66

Entscheid vom 12. Oktober 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
lic.iur. Gion Tomaschett, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,

gegen

B. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Versicherungsleistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1959) war bei der Firma C._____ als Allrounder angestellt und dadurch bei der B._____ AG obligatorisch unfallversichert, als er am 5. Juli 2013 bei der Arbeit von der Leiter stürzte und sich am linken Fuss verletzte (Vi-act. Z 24). A._____ wurde ins Spital D._____ gebracht, wo er bei Diagnose "Laterale Malleolarfraktur Typ Weber C, kleine Volkmann Fraktur, Ruptur Ligamentum deltoideum links und Kapselriss ventromedial" operiert wurde (offene Reposition, laterodorsal 5 Loch-Drittelrohr-Platte; Band- und Kapselnaht; Vi-act. ZM 2). Am 7. Mai 2014 erfolgte am Spital D._____ die Metallentfernung (Vi-act. ZM 24).

B. Nachdem die Beschwerden am linken Fuss anhielten, liess die B._____ A._____ mit dessen Zustimmung am 1. April 2015 durch Dr.med. E._____ (Orthopädische Chirurgie FMH) orthopädisch begutachten (Vi-act. ZM 36). Gestützt auf das Gutachten teilte B._____ A._____ am 11. September 2015 mit, nach dem 31. Juli 2014 bestünde keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr für sämtliche Tätigkeiten (Vi-act. Z 82). Da A._____ diese Beurteilung nicht nachvollziehen konnte, überwies ihn der Hausarzt für eine Zweitbeurteilung an Dr.med. F._____ (FMH Orthopädie, der auch die Operation am 5.7.2013 durchführte; Vi-act. ZM 47). Dieser diagnostizierte Restbeschwerden am linken OSG/USG, sah im Moment aber keine Indikation für operative Massnahmen. Die Beschwerden könnten allenfalls auf ein Entrapment des Ramus superficialis Nervi peronei zurückzuführen sein (Vi-act. ZM 49 - 53). Auf Vorhalt der Berichte von Dr.med. F._____ hielt Dr.med. E._____ einerseits an seinen Ausführungen im Gutachten fest, äusserte andererseits, zur Klärung der Verdachtsdiagnose (Hypothese) einer Nervenschädigung müsse zwingend ein Neurologe beigezogen werden (Vi-act. ZM 58). In der Folge wurde in Absprache mit A._____ Dr.med. G._____ (Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter med. Gutachter SIM) mit einem neurologischen Gutachten beauftragt, das dieser am 24. Oktober 2016 abgab (Vi-act. ZM 65) und aufgrund dessen Ergebnis Dr.med. E._____ am 13. Juni 2017 sein Gutachten bestätigte (Vi-act. ZM 71).

C. Mit Verfügung vom 18. April 2018 entschied die B._____, der natürliche Kausalzusammenhang sei per 31. August 2014 dahingefallen; nach diesem Datum bestehe kein Anspruch auf weitere Leistungen der B._____. Der Anspruch auf Heilbehandlung ende zumindest per 31. August 2014 und per 1. August 2014 bestehe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr; B._____ richte jedoch noch Taggelder bis und mit 30. September 2015 aus. Entgegen-

kommender Weise verzichtete B. _____ auf eine Rückforderung bereits bezahlter Heilbehandlung resp. zu viel bezahlter Taggelder (Vi-act. Z 150). Hiergegen erhob A. _____ am 16. Mai 2018 Einsprache mit den Anträgen:

1. Die Verfügung der B. _____ sei aufzuheben.
2. Eine mindestens 40 - 50% Arbeitsunfähigkeit/Unfall-Rente.
3. Integritätsentschädigung
In meinem Fall sind alle Bedingungen erfüllt (...)

Mit Einspracheentscheid vom 5. Juli 2018 hat die B. _____ die Einsprache abgewiesen.

D. Am 3. August 2018 erhebt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der B. _____ sei aufzuheben.
2. Die Beschwerde (recte: Einsprache) vom 16. Mai 2018 sei gutzuheissen.

Als Begründung verweist A. _____ auf die Einsprache vom 16. Mai 2018 ohne weitere Ausführungen. Mit Verfügung vom 7. August 2018 fordert der instruierende Einzelrichter den Beschwerdeführer auf, bis am 20. August 2018 die Beschwerdeschrift betreffend Antrag und Begründung zu verbessern resp. ergänzen. Im Säumnisfall werde das Gericht auf der Basis der äusserst knappen Eingabe vom 3. August 2018 befinden. Innert Frist ging keine verbesserte resp. ergänzte Beschwerdeschrift ein.

Mit Vernehmlassung vom 6. September 2018 beantragt die B. _____ die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1

UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Er-

folges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

1.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

1.3.2 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3 und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

1.4 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind,

und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine 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 aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

1.5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

1.5.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

1.5.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2. Der Beschwerdeführer verweist in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 3. August 2018 sowohl hinsichtlich seiner Rechtsbegehren als auch der Begründung auf die Einsprache vom 16. Mai 2018. Trotz entsprechender Aufforderung durch das Gericht konkretisiert er weder den Antrag noch geht er in einer ergänzenden Begründung darauf ein, inwiefern der Entscheid vom 5. Juli 2018, seine Einsprache abzulehnen, rechtsfehlerhaft sein soll.

Mit der Einsprache vom 16. Mai 2018 fordert der Beschwerdeführer eine Invalidenrente von mindestens 40 bis 50% sowie eine Integritätsentschädigung (Viact. Z152). Diesen Antrag begründete er wie folgt:

Ich bin mit ihrem Entscheid und der Verfügung nicht ganz einverstanden. Ich leide immer noch an Schmerzen im Bereiche des Sprunggelenkes, bei längerem Gehen auch im ventralen USG-Bereich. Die Schmerzen würden vorwiegend beim Gehen

(weniger als 1 Stunde), aber auch nach längerem Sitzen (weniger als 1 Stunde) auftreten. An den schmerzhaften Stellen kommt es auch zu Schwellungen. Aufgrund meines beruflichen Werdegangs kann ich sicher nicht jede Art der Arbeit ausführen und vom Pensum her auch nicht 100% arbeiten. Ich bin zwar nicht 100% arbeitsunfähig/erwerbsunfähig, aber mindestens 40-50% (Siehe Gutachten/Bericht von Herrn Dr. F. _____ vom 15.10.2015). (...).

B. _____ stützt sich nur auf das Gutachten von Herrn Dr. E. _____ und das Gutachten von Herrn Dr. F. _____ wird in der Verfügung gar nicht berücksichtigt. Ich verstehe nicht ganz, wieso das Gutachten von Herrn Dr. E. _____ mehr gewichtet wird oder als nachvollziehbar betrachtet, denn Herr Dr. F. _____ nicht umsonst den Titel als Spezialist tragen darf.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ich mit 60 Jahren und mit meinem Lebenslauf eine Stelle finden kann ist sehr klein bis unmöglich. Herr Dr. E. _____ hielt fest, dass eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht. Herr Dr. E. _____ steckt nicht in meinem Körper und spürt meine Schmerzen nicht. Die IV-Stelle in Schwyz hat ziemlich schnell die beruflichen Massnahmen wie z. B. eine Umschulung ausgeschlossen. Ich habe 35 Jahre ununterbrochen (kein einziges Mal arbeitslos oder arbeitsunfähig) gearbeitet und stehe jetzt mit 60 Jahren hilflos da, ohne mein Verschulden.

3. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers ist weder die Verfügung vom 18. April 2018, noch der Einspracheentscheid vom 5. Juli 2018 zu beanstanden:

3.1 Betreffend Unfallereignis und Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

3.1.1 Am 5. Juli 2013 stürzte der Beschwerdeführer beim Versuch, einen Nagel aus einer Holzwand zu ziehen (gemäss OP-Bericht beim Versuch, eine Lampe auszuwechseln, Vi-act. ZM 2) von der Leiter (gemäss Schadenmeldung aus einer Höhe von rund 50cm, gemäss eigener Schätzung gegenüber der Versicherung aus ca. 75cm, gemäss Operationsbericht aus ca. 1 m und gemäss Anamnese im orthopädischen Gutachten aus ca. 1 bis 1 ½ m; Vi-act. Z 14, Z 4, ZM 2, ZM 36) und er verrenkte sich dabei das linke Sprunggelenk. Im Spital wurden klinisch eine ausgeprägte Druckdolenz sowohl über dem lateralen als auch medialen Malleolus sowie intakte DMS festgestellt. Radiologisch zeigte sich eine dislozierte laterale Malleolarfraktur Typ Weber C mit Verdacht auf ossären Bandausriss im Bereich des medialen Malleolus. Noch am Unfalltag wurde eine offene Reposition mit laterodorsaler 5 Loch-Drittelrohr-Platte mit Band- und Kapselnaht durchgeführt (Vi-act. ZM 2). Gemäss Austrittsbericht gestaltete sich der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos. Die Mobilisation konnte unter Physioanleitung und Teilbelastung von 20kg im Vacoped an zwei Gehstöcken erfolgen. Radiologisch zeigte sich ein korrekt sitzendes Osteosynthesematerial bzw. ein guter Stellungsbefund (vgl. Vi-act. ZM 17). Der Beschwerdeführer konnte am 11.

Juli 2013 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen werden (Vi-act. ZM 3).

3.1.2 Am 22. August 2013 zeigten sich klinisch und radiologisch Zeichen für eine beginnende Frakturkonsolidation im lateralen Malleolusbereich; auf eine weitere Ruhigstellung mit Vacoped konnte verzichtet werden; es wurde ein Ankle guard zur Stützung des medialen Bandapparates mit erlaubter Vollbelastung empfohlen sowie Physiotherapie zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit (Vi-act. ZM 4). Im Verlaufsbericht vom 11. Oktober 2013 wird festgehalten, trotz Empfehlung habe der Beschwerdeführer die Physiotherapie nicht weitergeführt; er entlaste noch immer durch Stöcke; er sei im Alltag schmerzarm und brauche täglich eine Tablette Lodine. Es wurde dringend empfohlen, die Physiotherapie wieder zu beginnen und auf die Stöcke vollständig zu verzichten (Vi-act. ZM 7). Gemäss Verlaufskontrolle am 21. November 2013 sind die Beschwerden zurückgegangen, Schmerzmittel würden nur noch selten eingenommen (unregelmässig, weniger als 1x täglich Lodine 300mg) und er könne stockfrei gehen. Ab Januar 2014 sei die Wiederaufnahme der Arbeit als Hilfskraft im Pferdestall zu 50% geplant (Vi-act. ZM 9, 10).

3.1.3 Einen Arbeitsversuch brach der Beschwerdeführer nach 2 Stunden ab (vgl. Anamnese im Gutachten Dr.med. E. _____, Vi-act. ZM 36). Am 9. Januar 2014 (nach Ablauf der Sperrfrist) wurde dem Beschwerdeführer seine langjährige Stelle per Ende April 2014 gekündigt. Gemäss Kündigungsbegründung (und expliziter Bestätigung des Arbeitgebers gegenüber der Vorinstanz; Vi-act. Z 111) stand die Kündigung nicht im Zusammenhang mit dem Unfall bzw. der Arbeitsunfähigkeit, sondern erfolgte aufgrund einer Reorganisation des Betriebes, die mehrere Kündigungen zur Folge hatte (Vi-act. Z 25).

3.1.4 Am 7. Mai 2014 wurde das Osteosynthesematerial entfernt, nachdem den Beschwerdeführer die Platte vor allem beim Tragen von festem Schuhwerk über dem lateralen Malleolus störte. Bei bis dahin protrahiertem Verlauf zeigten sowohl eine MRI-Untersuchung als auch die orthopädische Beurteilung keine Auffälligkeiten, weshalb man sich für die Plattenentfernung entschloss (Vi-act. ZM 24).

3.1.5 In der Verlaufskontrolle vom 24. Juni 2014 berichtete der Beschwerdeführer über persistierende Beschwerden. Er beschrieb insbesondere Schmerzen im Aussenknöchelbereich, auch unterhalb des Innenknöchels; wenn er viel gehen müsse, verspüre er Schmerzen im ventralen OSG; die Beschwerden würden bereits auftreten, wenn er weniger als eine Stunde sitze, intermittierend auch belastungsabhängiges Auftreten von Schwellungen im Bereich des Aussenknöchels

und unterhalb des Innenknöchels. Gemäss Dr.med. H._____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) sei eine Korrelation der Beschwerden zu einem pathomorphologischen Substrat bislang nicht gelungen; als einzige Massnahme sei eine möglichst optimale Schuhversorgung anzustreben. Der Beschwerdeführer wünsche die Attestierung einer weiterbestehenden Arbeitsunfähigkeit. Der Arzt bittet die Versicherung, den Fall zu prüfen, die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen und ggfs. den Fallabschluss zu prüfen (Vi-act. ZM 25). Der Hausarzt Dr.med. I._____ bestätigte am 27. August 2014 anhaltend geklagte Beschwerden; ein Arbeitsversuch sei wegen der gekündigten Stelle nicht möglich, unmöglich auch die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit infolge Arbeitslosigkeit (Vi-act. ZM 28). Nach der Sprechstunde vom 30. September 2014 schloss Dr.med. H._____ den Fall ab; mit der neuen Schuhversorgung komme der Beschwerdeführer im Alltag relativ gut zurecht und auch subjektiv sei er zumindest bis 2 Stunden gut mobil damit. Nach längeren Belastungen über 2 Stunden spüre er lateral wieder die bekannten Schmerzen (Vi-act. ZM 30).

3.1.6 Am 26. August 2014 unterbreitete die Vorinstanz dem Beschwerdeführer die Absicht einer medizinischen Begutachtung. Sie schlug ihm dazu Dr.med. E._____ sowie den Fragenkatalog vor (Vi-act. Z 44). Am 25. September 2014 wurde Dr.med. E._____ mit dem Gutachten beauftragt (Vi-act. Z 50).

Gestützt auf die Akten der Vorinstanz sowie der IV und das Röntgendossier sowie den persönlichen Untersuch vom 1. April 2015 reichte Dr.med. E._____ am 2. September 2015 das Gutachten ein (Vi-act. ZM 36). Nach eingehender Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten, Wiedergabe der Anamnese sowie persönlicher Befunderhebung dokumentierte er als Diagnose:

Anamnestische Restbeschwerden im Bereich des linken Sprunggelenkes mit/bei

- Status nach Bimalleolarfraktur Typ Weber C am 5.7.2013
 - Status nach ORIF am Unfalltag
 - Status nach OSME am 7.5.2014
- Chronifiziertes Schmerzsyndrom mit/bei
 - Verdeutlichung
 - fehlendem somatischen Korrelat
 - V.a. Rentenbegehrlichkeit
- Selbstlimitation

Auf die Frage, ob ab einem bestimmten Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur noch die unfallfremden Ursachen (Erreichen des Status quo sine) wirken würden und allenfalls ab wann, antwortete der Gutachter:

Auch wenn retrospektiv unter Berücksichtigung der zeitnahen ärztlichen Befunde zwischen der Osteosynthese und der Metallentfernung das Schmerzbild nicht während der ganzen Zeit hinreichend erklärbar gewesen ist, muss davon ausge-

gangen werden, dass mindestens eine mögliche Teilursache der beklagten Beschwerden auf das Unfallereignis oder die Operation zurückzuführen sein könnte (Metall in situ).

Die Metallentfernung hat allerdings nun jegliche erkennbare Störung, welche eine Schmerzauslösung eventuell begründen könnte oder möglich erscheinen lässt (eine Weichteilproblematik lag nie vor), behoben, so dass nach dem Abheilen (6-8 Wochen \pm 4 Wochen nach der Operation, ergo allerspätestens per August 2014) keine Befunde mehr vorliegen, welche sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis auf die Operationen zurückführen lassen. Dass bildgebend noch gewisse Veränderungen erkennbar sind (24.06.2014) ändert daran nichts.

Abschliessend bemerkte der Gutachter, die vorgegebene Selbstlimitation unter angeblichem Erkennen, dass der Beschwerdeführer nun keine Leistung mehr erbringen könne, könne durch die klinisch-radiologische Sachlage nicht bestätigt werden.

3.1.7 Am 1. Oktober 2015 liess sich der Beschwerdeführer wegen Unzufriedenheit mit dem Gutachten Dr.med. E._____ durch Dres.med. J._____ und K._____ untersuchen. Im Bericht vom 14. Dezember 2015 wird festgehalten, bei der Untersuchung könnten keine anderen Erkenntnisse (als im Gutachten) gewonnen werden, was dem Beschwerdeführer und seinem Sohn so erklärt worden sei (Vi-act. ZM 46).

3.1.8 Wegen der Mühe mit der Beurteilung im Gutachten überwies ihn der Hausarzt sodann für eine Zweitmeinung an Dr.med. F._____, der ihn am 15. Oktober 2015 erstmals untersuchte (Vi-act. ZM 43, 47). Der Beschwerdeführer beschreibe die Restbeschwerden als Belastungsschmerzen wie Geh- und Stehschmerzen nach einer gewissen Zeit. Waren die Belastungen tagsüber grösser, komme es auch zu einem nächtlichen Schmerz. Er beschreibe einen Schmerzpunkt anterolateral, der dann mittig im OSG auftrete und anschliessend mit einer Schwellung am medialen Malleolus. Er nehme zeitweise Lodine 600mg, worauf er gut anspreche. Dr.med. F._____ beurteilte, klinisch und mit der Probeinfiltration finde er Hinweise für eine Irritation entweder der Tibialis posterior-Sehne oder des USG in der dorsalen Facette. Den anterolateralen Schmerz könne er nicht mit einer Instabilität in Zusammenhang bringen; die Infiltration spreche auch hier nach wenigen Minuten an.

3.1.9 Am 22. Oktober 2015 nahm Dr.med. F._____ eine weitere Infiltration vor. Er zeigte sich überzeugt, dass der Beschwerdeführer nicht simulierte und gewisse Restbeschwerden verspüre. Er habe aber auch versucht, ihm klar zu machen, dass die OSG-Situation nicht derart schlecht sei und eine Besserung eintreten könne (Vi-act. ZM 50). Am 16. November 2015 stellte sich der Beschwerdeführer erneut vor (Vi-act. ZM 51). Zwischenzeitlich hat er die frühere

Tätigkeit im Umfang von 2 1/2h/Tag wieder aufnehmen können. Er verspüre nach 2 Stunden wieder ein Ziehen proximal des OSG lateral betont. Dr.med. F._____ verzichtete auf eine Infiltration. Möglicherweise stelle sich heraus, dass die Ursache der Restbeschwerden unter anderem auch in einem Entrapment des Nervus peroneus superficialis liege. In der Sprechstunde vom 9. Dezember 2015 berichtet der Beschwerdeführer über einen unveränderten Druck im OSG bei längerer Steh- und Gehbelastung. Dr.med. F._____ macht proximal der Fibulaspitze etwa auf 10cm Höhe an der Fibulavorderkante einen Punkt aus, der den Hauptschmerzpunkt generiert. Er infiltrierte da Mepivacain 1%. Der Schmerz selbst könne offensichtlich ausgelöst werden, danach verspüre er keinen Schmerz mehr (Vi-act. ZM 52).

3.1.10 Gegenüber der Vorinstanz hält Dr.med. F._____ am 16. Dezember 2015 fest, es bestehe noch eine Einschränkung, da der Beschwerdeführer nur stundenweise eine volle Steh- und Gehbelastungsfähigkeit zeige. Er sehe Steigerungspotential; gewisse Restbeschwerden würden wahrscheinlich immer bleiben. Im Moment sehe er keine Indikation für weitere operative Massnahmen. Stelle sich heraus, dass die Beschwerden eingegrenzt werden können auf ein Entrapment des Ramus superficialis Nervi peronei an der Durchtrittsstelle durch die Faszie bzw. an der Vorderkante der Fibula, wäre zumindest eine Neurolyse bzw. Faszienpaltung für eine Besserung der Symptomatik denkbar (Vi-act. ZM 53). Gemäss Bericht vom 18. Januar 2016 konnte der Beschwerdeführer das Arbeitspensum auf 33% steigern; die Infiltration vom 9. Dezember 2015 habe gewisse Erleichterung gebracht. Das starke Anlauf- und Belastungshinken habe nachgelassen. Der Beschwerdeführer beschreibe ein Spannen in der Malleolengabel nach längerer Steh- und Gehbelastung. Der Schmerzpunkt anterolateral proximal der Malleolengabel sei weniger dolent. Der Beschwerdeführer nehme nur noch unregelmässig Loline 300mg; Physiotherapie 1x/Woche sei sinnvoll (Vi-act. ZM 56).

3.1.11 Mit Beurteilung vom 7. April 2016 setzte sich Dr.med. E._____ mit den neuen medizinischen Berichten sowie der Kritik am Gutachten durch den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auseinander (Vi-act. ZM 58). Er hält fest, die Aetiologie des beklagten Beschwerdebildes, das mittels repetitiven, angeblich therapeutischen Infiltrationen durch Dr.med. F._____ behandelt werde, sei unklar. Es handle sich um eine Verdachtsdiagnose (Hypothese), für die Dr.med. F._____ die aussagekräftige Fachkompetenz fehle. Wenn von einer Nervenproblematik ausgegangen werde, müsse zwingend ein Neurologe beigezogen werden, um einerseits die Diagnose zu sichern (oder verwerfen) und andererseits eine spezifische Therapie einzuleiten. Die Kausalität der chronifizierten Be-

schwerden zum Unfall und/oder der Operation scheinbar zwar möglich, sei aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vom Bewegungsapparat ausgehend. Allenfalls sei ein Neurologe beizuziehen, der auch die Kausalitätsfrage einer eventuellen Diagnose beantworten und eine allfällige Therapie einleiten könne (Vi-act. ZM 58).

3.1.12 Zur Sprechstunde vom 11. April 2016 führt Dr.med. F. _____ aus, der Beschwerdeführer habe die beabsichtigte Steigerung des Arbeitspensums von 33% auf 50% nicht realisieren können; die Schmerzen würden derart stark, dass er mit einem Lohne allein nicht auskomme. Neu aufgetreten sei ein Fersenschmerz rechts. Unter Befund hält er fest, es bestehe aktuell kein Anlauf- oder Belastungshinken. Mit den Xelero Schuhen sei er deutlich besser unterwegs. Er berichte über den Druck nach 2h Stehbelastung im linken OSG. In der Sprechstunde zeige der Knöchel keine spezielle Schwellung; die Narben seien reizlos. Es bestehe eine Irritation anterolateral im Versorgungsgebiet des Nervus peroneus superficialis. Am rechten Fuss sei der Hauptschmerzpunkt lokalisiert am Ansatz der Plantaraponeurose. Dr.med. F. _____ sah im Moment keine Möglichkeit, eine medizinische Therapie anzubieten; er schloss die Behandlung seinerseits ab (Vi-act. ZM 59).

3.1.13 Auf Vorhalt der ergänzenden Beurteilung von Dr.med. E. _____ äussert Dr.med. F. _____ am 29. Mai 2016 gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Vi-act. ZM 62):

Serielle diagnostisch-therapeutische Infiltrationen können dabei helfen, wenn sie eine nachvollziehbare und reproduzierbare Wirkung zeigen. Dabei hatte er mehrmals mit weniger Schmerzen auf die Infiltration des R. superficialis N. peronei reagiert, jedoch nicht nachhaltig. Im Gutachten finde ich keine Hinweise auf eine Berücksichtigung dieser bekannten Quelle von Restbeschwerden sowohl post-traumatisch wie auch postoperativ. (...).

Die erlittene Verletzung mit Fraktur und Beteiligung der Syndesmose (Typ C) stellt per se einen höheren Schweregrad dar und ist wiederholt mit schlechteren Ergebnissen dokumentiert. Restbeschwerden sind nach einer Weber C Fraktur nicht aussergewöhnlich und wesentlich häufiger als nach einer Weber A oder Weber B Fraktur. Entsprechend ist auch die Arbeitsfähigkeit häufiger eingeschränkt.

Werden die Kriterien berücksichtigt, die knapp 3 Jahre nach erlittener und operativ versorgter Bimalleolarfraktur Typ Weber C vom 05.07.2013 mit anschliessender Osteosynthesematerialentfernung am 07.05.2014 zu Beschwerden führen, zeigt sich, dass keine rasch fortschreitende OSG oder USG-Arthrose vorliegt. Begleitende Sehnen- oder Knorpelverletzungen konnten nicht nachgewiesen werden. Eine signifikante Fehlstellung oder Instabilität der Malleolengabel liegt nicht vor. In dieser Hinsicht ist die Einschätzung des Gutachters sicher adäquat.

Eine verstärkte Vernarbung nach Verletzung der Syndesmose entzieht sich aber in der Regel einer Bildgebung, schränkt aber die Funktion massgeblich ein und führt zu Beschwerden. Das gleiche gilt für neurologische Pathologien wie oben erwähnt.

Die subjektiven Empfindungen der Schmerzen können daher durchaus ein anatomisch-pathologisches Korrelat haben.

Der angegebene begrenzte Konsum von Schmerzmitteln ist nachvollziehbar. Subjektiv gab er auch immer an, von einer Physiotherapie profitieren zu können. Der abschliessende Bericht der Physiotherapie sieht aber wenig Einfluss ihrer Bemühungen auf die Beschwerden.

Ich sehe meinerseits keine Möglichkeiten, dem Patienten durch operative Massnahmen eine wesentliche Verbesserung des Zustandes zu bieten. Ich bin davon überzeugt, dass Angaben über eine Störung des Nervus peroneus superficialis aus sprachlichen Gründen sowohl in der Behandlung wie auch im Rahmen eines Gutachtens schlichtweg übergangen werden können. Im Rahmen der lokalen Infiltrationen kann zumindest vorübergehend versucht werden Einfluss zu nehmen auf Restbeschwerden. Eine wiederholt gleichbleibende Reaktion würde ein Hinweis geben, ob der Patient profitieren würde von einer Neurolyse des Nervus peroneus superficialis. Die sowohl unfallbedingte traumatische Verletzung des Nervs wie auch die operative Verletzung des Nervs sind ein bekanntes Phänomen und führen häufig zu Restbeschwerden. Dies entzieht sich weder einem Neurologen noch einem orthopädisch-traumatologisch geschulten Facharzt. Dahingehend kann der Wunsch von Herrn Dr. med. E. _____ durchaus berücksichtigt werden und eine ergänzende neurologische Beurteilung verlangt werden.

Zum heutigen Zeitpunkt bin ich nicht davon überzeugt, dass ein Gesundheitszustand quo ante erreicht ist oder erreicht werden kann und eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Ich bezweifle, dass weitere operative Massnahmen eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit bewirken könnten. Dazu ist die Chronifizierung bereits zu lange etabliert, wahrscheinlich der Patient auch nicht genug ernst genommen worden und ein postoperatives Resultat nicht abschätzbar.

Ich hätte andererseits erwartet, dass der Patient versuchen würde, seinen Arbeitsinsatz weiter zu steigern. Es besteht eine stundenweise Belastungsfähigkeit mit Pausen bei der Stallarbeit und es besteht eine eingeschränkte Gehfähigkeit im Alltag. Für strengere Stallarbeiten wird er jeweils an seine Grenzen kommen, eine Belastung während eines halben Tages halte ich aber für zumutbar auch mit Schmerzmitteln.

Die Einschätzung, dass die Beschwerden ohne ein anatomisch-pathologisches Korrelat vorliegen, ist voreilig in Anbetracht einer fehlenden neurologischen Einschätzung und der Erkenntnis, dass Restbeschwerden wie oben erwähnt in diesem Zusammenhang sowohl nach der erlittenen Fraktur wie auch nach operativen Behandlungen ein nicht seltenes Phänomen sind.

3.1.14 Nachdem sich der Beschwerdeführer mit einer neurologischen Begutachtung und mit den von der Vorinstanz vorgeschlagenen Gutachtern und Gutachterfragen einverstanden erklärt hat (Vi-act. Z 121), erfolgte am 24. Oktober 2016 in der L. _____ (Polydisziplinäre Begutachtungsstelle MEDAS) durch Dr.med. G. _____ (Facharzt Neurologie FMH) eine eingehende neurologische Unter-

suchung (Vi-act. ZM 65). Der Gutachter fasste mit Fokus auf die Neurologie die medizinischen Akten zusammen, erhob einen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund und erstellte eine Elektroneurographie. In seiner zusammenfassenden Beurteilung hielt Dr.med. G._____ fest:

Auch bei der aktuellen neurologischen Untersuchung fanden sich keine sensiblen oder motorischen Defizite. Die von Dr. F._____ beschriebenen Schmerzen an der Tibiavorderkante bzw. im Verlauf des Nervus peroneus superficialis konnten hier klinisch nicht reproduziert werden. Insbesondere fand sich auch kein Hoffmann-Tinel-Phänomen. Bei der elektroneurographischen Untersuchung ergaben sich auch keine pathologischen Befunde, die eine Läsion des Nervus peroneus untermauern. Auch die Neurographie der Tibialnerven ist unauffällig, sodass auch keine Hinweise auf ein differenzialdiagnostisch zu berücksichtigendes posttraumatisches Tarsaltunnelsyndrom bestehen. Herr A._____ gab hier isoliert lokale, zirkuläre Schmerzen am linken Sprunggelenk an. Trotz mehrfachen Nachfragens habe er nie an anderen Stellen des Beines Beschwerden gehabt. Insoweit kann auch kein neuropathischer Schmerz im Peroneusverlauf nachvollzogen werden. Da eine Dolmetscherin bei der Untersuchung anwesend war, scheiden relevante sprachliche Verständigungsprobleme aus. Insoweit sind die Angaben uneinheitlich im Vergleich zu aktenkundigen früheren Untersuchungen.

Im Ergebnis der neurologischen Untersuchung kann im Sinne der Fragestellung mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine unfallkausale Läsion des Peroneusnerven nachgewiesen werden.

Dr.med. G._____ konnte keine neurologische Diagnose stellen; ein unfallkausaler neurologischer Gesundheitsschaden konnte nicht nachgewiesen werden.

3.1.15 Auf Vorhalt des neurologischen Gutachtens hin hielt Dr.med. E._____ am 13. Juni 2017 fest, einerseits könnten die Untersuchungsbefunde der unterschiedlichen Fachgebiete nicht direkt miteinander verglichen werden, andererseits ergebe die "gemeinsame Betrachtung", dass in keiner Fachspezialität eine hinreichend erklärende und somatisch begründete respektive objektivierbare Pathologie erkannt oder nachgewiesen werden könne. Weder neurologisch noch orthopädisch-traumatologisch sei eine entschädigungspflichtige Pathologie belegt (Vi-act. ZM 71).

3.2 Unbestrittenermassen erlitt der Beschwerdeführer am 5. Juli 2013 einen Unfall, wobei er sich am linken Fuss verletzte. Noch am Unfalltag erfolgte die operative Versorgung im Spital D._____. Im Austrittsbericht wird ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf beschrieben; ebenso lässt sich aus den folgenden Verlaufsberichten kein unerwarteter Verlauf erkennen. Mit Dr.med. E._____ ist festzuhalten, dass allfällige Komplikationen in einem ärztlichen Bericht hätten erscheinen müssen, wären solche eingetreten. Auffallend ist hingegen, dass der Beschwerdeführer anfänglich entgegen des ärztlichen Ratschla-

ges nicht auf die Stöcke verzichtete und er andererseits die Physiotherapie nicht weiterführte, was beides der Rehabilitation nicht förderlich war. Auch fällt auf, dass der Beschwerdeführer rund fünf Monate postoperativ einen Arbeitsversuch bereits nach 2 Stunden abbrach, obwohl ärztlicherseits eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar beurteilt wurde (ob dies mit der zeitlich damit einhergehenden Kündigung in Zusammenhang steht, kann offen bleiben). Für die dannzumal noch geklagten Beschwerden fand sich bildgebend indes kein Korrelat. Ein Jahr nach Unfall/Operation sowie rund ein Monat nach der Plattenentfernung hielt der behandelnde Arzt fest, eine Korrelation der Beschwerden zu einem pathomorphologischen Substrat sei bislang nicht gelungen. Andererseits dokumentierte er, der Beschwerdeführer sei aufgrund der subjektiven Beschwerden nicht arbeitsfähig und er wünsche ein Attest der Arbeitsunfähigkeit. Der behandelnde Arzt übergab den Fall zur weiteren Prüfung der Versicherung und schloss die Behandlung seinerseits nach dem Folgeuntersuch ab.

In verfahrensmässig korrekter Weise holte die Vorinstanz in der Folge ein orthopädisches Gutachten beim versicherungsunabhängigen Facharzt Dr.med. E. _____ ein. Dieses fand - entgegen entsprechender Vorwürfe - unter Mitwirkung einer Übersetzerin statt. Der Gutachter beurteilte umfassend und nachvollziehbar die bis dato vorliegenden medizinischen Akten. Wiedergegeben wird ebenso ausführlich die Anamnese. Zudem erhob der Gutachter in persönlicher Untersuchung den klinischen Befund, wobei er eine Verdeutlichungstendenz und offensichtliche Selbstlimitation, respektive zu tiefe Einschätzung der eigenen Fähigkeiten vermerkte. Seine Beurteilung ist schlüssig und aufgrund der medizinischen Berichte und bildgebenden Befunde nachvollziehbar. Objektivierbare Pathologien lagen keine vor; für die geklagten Beschwerden fand sich kein Korrelat und sie entsprechen auch nicht der angegebenen geringen Schmerzmittelkonsumation.

Wegen Unzufriedenheit mit dem Gutachtenergebnis unterzog sich der Beschwerdeführer einem Untersuch in einer Fachklinik; diese bestätigte indes die Erkenntnisse von Dr.med. E. _____. Dennoch veranlasste der Hausarzt eine weitere Zweitmeinung bei Dr.med. F. _____. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers bestätigte nach mehreren Behandlungen auch dieser die orthopädische Beurteilung von Dr.med. E. _____ (vgl. Erw. 3.1.13). Anders als dieser betrachtete Dr.med. F. _____ die geklagten Restbeschwerden aber als glaubhaft und sah die mögliche Ursache dafür in einer neurologischen Problematik. Auch auf diese Hypothese ging die Vorinstanz ein und veranlasste - erneut in verfahrensmässig korrekter Weise - eine neurologische Begutachtung bei einem externen Fachexperten. Das Gutachten konnte die Verdachtsdiagnose in keiner

Weise bestätigen und schloss eine neurologische Diagnose mit Unfallkausalität aus.

3.3 Es liegen zwei korrekt veranlasste externe Fachgutachten vor, denen bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Einerseits basieren sie auf persönlichen Untersuchungen, berücksichtigen die umfassenden Akten und gelangen dabei zu schlüssigen Ergebnissen. Andererseits sprechen keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen. Die orthopädische Beurteilung wird durch Dr.med. F._____ als adäquat bestätigt und seine Verdachtsdiagnose einer neurologischen Störung wird durch den neurologischen Fachexperten schlüssig ausgeschlossen. Insoweit kann der Beschwerde (resp. der Einsprache), wonach die Vorinstanz die Beurteilung von Dr.med. F._____ überhaupt nicht berücksichtigt habe, nicht gefolgt werden. Orthopädisch bestehen zwischen den Beurteilungen der Dres.med. E._____ und F._____ keine Differenzen und die von Dr.med. F._____ aufgestellte Verdachtsdiagnose einer neurologischen Problematik veranlasste die Vorinstanz, ein neurologisches Fachgutachten einzuholen. Mithin nahm die Vorinstanz die Beurteilung von Dr.med. F._____ durchaus ernst; seine als Orthopäde geäusserte Verdachtsdiagnose konnte aber durch den neurologischen Facharzt nicht bestätigt werden. Kommt hinzu, dass der Beurteilung von Dr.med. F._____ als behandelndem Arzt rechtsprechungsgemäss weniger Gewicht zukommt als dem unabhängigen Fachexperten (vgl. Erw. 1.5.3).

3.4 Soweit der Beschwerdeführer in der Einsprache vorbrachte, die Wahrscheinlichkeit, dass er mit bald 60 Jahren und mit seinem Lebenslauf eine Stelle finden könne, sei sehr klein bis unmöglich, so handelt es sich dabei um unfallfremde Faktoren, deren Folgen nicht die Unfallversicherung zu tragen hat. Zudem führte die ehemalige Arbeitgeberin gegenüber der Unfallversicherung explizit aus, die Kündigung per Ende April 2014 sei nicht aufgrund des Unfalles oder der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgesprochen worden, sondern infolge Umstrukturierung (vgl. auch die so begründete Kündigung).

Auch der Verweis des Beschwerdeführers auf die Haltung der IV-Stelle geht fehl. Die IV bestätigte zwar den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe IV-Rente; dies indes einzig befristet für die Zeit vom 1. bis 31. Juli 2014 (Vi-act. Z 144). Dem Vorbescheid der IV-Stelle vom 23. Februar 2017 (Vi-act. Z 135) kann entnommen werden, dass die IV, namentlich auch gestützt auf die Beurteilung des Regional Ärztlichen Dienstes, die Einschätzungen der fachärztlichen Gutachter Dr.med. E._____ und Dr.med. G._____ teilt und gemäss IV ab August

2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht.

3.5 Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf die Fachgutachten von Dr.med. E. _____ und Dr.med. G. _____ abgestellt hat und zum Ergebnis gelangt ist, dass aus orthopädisch-traumatologischer Sicht spätestens nach Ende August 2014 keine Befunde mehr vorlagen, die sich überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis bzw. die zwei Operationen zurückführen lassen und dass ebenso wenig eine unfallkausale neurologische Diagnose vorliegt. Dem entsprechend war die Vorinstanz berechtigt, einen Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per Ende August abzulehnen (auf die Rückforderung bereits erbrachter Heilbehandlungen und Taggelder verzichtete die Vorinstanz). Wie im Einspracheentscheid richtig festgestellt wurde, entfällt die Prüfung der Adäquanz, nachdem bereits der natürliche Kausalzusammenhang zu verneinen ist. Mithin erweist sich die Beschwerde als unbegründet, soweit der Beschwerdeführer eine Invalidenrente anbegehrt.

4. Mit Verweis auf die Einsprache beantragt der Beschwerdeführer ebenso eine Integritätsentschädigung. Er führt dazu einzig aus, die gesetzlichen Voraussetzungen dazu seien bei ihm erfüllt, ohne dies weiter zu substantiieren. Namentlich zeigt er nicht auf, inwiefern er in der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität dauernd und erheblich geschädigt wäre. Solches ist denn auch nicht ersichtlich. Aus orthopädisch-traumatologischer Beurteilung liegt klinisch und radiologisch kein Befund vor, der sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückführen liesse. Die Einschätzung, dass bildgebend noch gewisse Veränderungen erkennbar sind, vermag eine Integritätsentschädigung nicht zu begründen. Es handelt sich dabei um bildgebend erkennbare Residuen wie Schraubenlöcher, Plattenlager etc., die vorliegend die Gelenkgeometrie nicht zu beeinflussen vermögen (Vi-act. ZM 58). Im Übrigen bestätigt auch Dr.med. F. _____, die Einschätzung von Dr.med. E. _____ sei diesbezüglich adäquat (Vi-act. ZM 62). Aber auch neurologisch konnte im Fachgutachten keine unfallkausale Diagnose gestellt werden. Mithin ist ein erheblicher und dauernder Integritätsschaden, der Anspruch auf eine Entschädigung gäbe, auszuschließen.

5. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Kosten werden keine erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Oktober 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 31. Oktober 2018

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

