

AR_GERICHTE OG O3V-19-51 vom 2. August 2021

AR Gerichte, 2021-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-19-51

FR: AR_GERICHTE OG O3V-19-51 du 2 août 2021

IT: AR_GERICHTE OG O3V-19-51 del 2 agosto 2021

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden Die von dem Beschwerdeführer gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde an das Bundesgericht hat dieses mit Entscheidungsdatum vom 2. August 2021 teilweise gutgeheissen und die Sache zur Neuverlegung der Partei

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beschwerdeführer im Kanton Appenzell Ausserrhoden wohnt, ist die Zuständigkeit des ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.

E. 1.2

Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [<https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

E. 1.3

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

E. 1.4

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 1.5

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt.

Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durch-

Seite 5 führung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

E. 2.1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 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 der Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahr 2014 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2.2

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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. 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 Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im 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 Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als

Seite 6 begünstigt erscheint (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Aufgabe des Arztes ist es dabei, 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 111 E. 2).

E. 2.3

Nach bundesgerichtlicher Praxis (BGE 134 V 109) ist die Adäquanzprüfung im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorzunehmen. Dem Gesetz lässt sich nicht entnehmen, zu welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer den Fall abschliessen und die Heilbehandlungen und Taggelder einstellen darf. Dieser Zeitpunkt ergibt sich jedoch aus Art. 19 Abs. 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, 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. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, dass der Versicherer die Heilbehandlung und das Taggeld nur so lange zu gewähren hat, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 3

Im Folgenden ist zunächst die medizinische Aktenlage in den wesentlichen Zügen darzustellen. Von vornherein ausgeklammert werden dabei Angaben, die ausschliesslich im Zusammenhang mit den Ellbogenbeschwerden links stehen, da deren fehlende UV-rechtliche Relevanz rechtskräftig festgestellt ist (vgl. oben B.).

E. 3.1

Das Kantonsspital G. (nachfolgend: G.), in welchem der Versicherte im Anschluss an den Unfall vom 29. April bis 3. Mai 2014 hospitalisiert war, stellte in seinem Austrittsbericht vom 7. Mai 2014 die Diagnose eines Verkehrsunfalls mit/bei: Luxation MTP I-II Fuss rechts, RQW prätibial rechts, Thoraxkontusion rechts. Die Verletzungen wurden am 29. April 2014 operativ versorgt (act. 7.1.45). Am 12. Juni 2014 wurde der Spickdraht entfernt. Im Rahmen eines ebenfalls an jenem Datum durchgeführten Röntgens des linken Fusses wurden neu ausserdem gut sichtbare ältere Metatarsale IV und V Frakturen ohne Dislokation festgestellt; am Metatarsale V hatte sich bereits Callus gebildet (act. 7.1.57).

Seite 7

E. 3.2

Mit Arztbericht vom 7. Juli 2014 stellte das G., Handchirurgie, zusätzlich die Diagnose eines Skidaumens links. Am 11. Juli 2014 erfolgte eine entsprechende Operation. Nach einer Kontrolle vom 17. Juli 2017 berichtete das G., es bestünden reizlose Weichteilverhältnisse, nur geringe Schwellung über dem Daumengrundgelenk. Durchblutung und Motorik intakt. Der Versicherte schildere ein leichtes Hypästhesiegefühl im Bereich des Ramus superficialis Nervi radialis, vor allem an Dig. I, weniger auch an Dig. II. Spitz-/Stumpfdiskrimination erhalten (act. 7.1.62, 73 und 90).

E. 3.3

Vom 5. bis 7. August 2014 war der Versicherte stationär im Spital H., wo aufgrund von ihm geklagten persistierenden Schmerzen im rechten Knie sowie im linken Fuss, eine diagnostische Arthroskopie rechts sowie eine Ruhigstellung Fuss links mittels Vacoped erfolgte (act. 7.1.81; act. 7.1.103).

E. 3.4

Am 9. September 2014 wurde in der Klinik I. ein MRI an beiden oberen Sprunggelenken durchgeführt. Laut der gelieferten Beurteilung zeige sich rechts ein leichtes diffuses Ödem des M. Flexor hallucis longus, DD Befund bei Status nach Quetschtrauma, DD im Sinne einer Denervation venös; kein Nachweis einer zusätzlichen ossären oder ligamentären Verletzung. Links nicht dislozierte, wahrscheinlich noch unvollständig konsolidierte Basisfrakturen Metatarsale II und III (act. 7.1.110).

E. 3.5

Aufgrund einer neurologischen Untersuchung vom 22. September 2014 berichtete Dr. J., FMH Neurologie, die Hypästhesien/Dysästhesien des rechten Unterschenkels und Fusses seit dem Unfall könnten neurologisch nicht sicher zugeordnet werden. Die Symptomatik sei vor allem während den Knie-, Unterschenkel- und Fusschmerzen rechts vorhanden. Die Fühlstörungen seien weder einem Dermatome noch einem einzelnen peripheren Nerven zuzuordnen. Die Symptomatik entspreche anamnestisch im Wesentlichen einer (Schwerpunkt)Neuropathie. Elektrodiagnostisch hätten jedoch auch im Seitenvergleich keine Pathologien des N. tibialis, N. peroneus und N. suralis festgestellt werden können. Somit könne auch mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Neuropathie als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden. Eine weitere proximale Läsion des Plexus lumbo-sacralis oder lumbo-radikulär sei aufgrund des Untersuchungsbefundes nicht anzunehmen. Auch lägen keine offensichtlichen Hinweise auf ein beginnendes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) mit Allodynie, Ödemen, veränderter Sudomotorik oder trophischen Veränderungen vor. Als Massnahme wurde vom Neurolo-

Seite 8 gen weiterhin Physiotherapie zur möglichst raschen und soweit als möglich schmerzfreien Mobilisation, gegebenenfalls ergänzend mit TENS vorgeschlagen (act. 7.1.119).

E. 3.6

Eine Verlaufskontrolle im Spital H. vom 17. September 2014 ergab die Beurteilung, dass am rechten Knie gesamthaft eine erfreuliche Entwicklung bestehe, am linken Fuss erwartungsgemäss etwas schleppender Verlauf bei primär undiagnostizierten und unbehandelten Frakturen (act. 7.1.125). Am 8. Oktober 2014 berichtete das Spital H., der Versicherte komme mit dem Vapopedschuh, nach Entfernen desselben kein Druckschmerz mehr über Metatarsale II und III Basis, jedoch weiter proximal im Fusswurzelbereich bzw. über den langen Beugesehnen. Gemäss Röntgenbefund seien die Frakturen inzwischen knöchern überbaut (act. 7.1.133). In einem weiteren Verlaufsbericht vom 4. November 2014 führte das Spital H. aus, am linken Fuss ginge es recht gut, es bestünden noch Beschwerden über dem Mittelfuss, diese seien jedoch erträglich. Mehr Schmerzen bereite weiterhin das rechte Knie. Das Röntgen des Mittelfusses ergab, dass die Frakturen nun konventionell radiologisch durchbaut seien (act. 7.1.147). Mit Arztbericht vom 24. November 2014 wurde vom Spital H. erklärt, es bestehe gesamthaft ein zäher Verlauf mit jedoch stetiger Besserung. Neu beklage der Versicherte auch Beschwerden im Digitus I und II rechter Fuss, die luxiert waren. Er arbeite jetzt wie vorgesehen 50 %, was generell zu gehen scheine. Es sei beschlossen worden, die Arbeitsfähigkeit auf 80 % zu steigern (act. 7.1.146). Gestützt auf eine Kontrolle vom 15. Dezember 2014 schliesslich berichtete das Spital H., insgesamt bestehe ein erwartungsgemässer Verlauf. Dass die Beschwerden bei der Arbeitsaufnahme nach langer Ruhigstellung zunächst zunehmen, sei nicht ungewöhnlich. Da die Symptomatik gesamthaft erträglich sei, sei beschlossen worden, die

Arbeitsfähigkeit ab dem 2. Januar 2015 auf 100 % zu steigern. Weitere Kontrollen im Spital H. seien nicht vorgese- hen, könnten aber bei Bedarf erfolgen (act. 7.1.171).

E. 3.7

Nach einer neuerlichen Vorstellung im Spital H. am 9. Juli 2015 berichtete dieses, der Ver- sicherte schildere noch immer Schmerzen am rechten Knie, zunehmend auch wieder im linken Mittelfuss, wo die sekundär konservativ versorgten Frakturen gewesen seien. Im Wesentlichen handle es sich also um die gleichen Beschwerden, die bei der letztjährigen Vorstellung geklagt worden seien. Inzwischen arbeite er auch noch als Kontrolleur auf der Bahn, hierbei müsse er viel stehen und laufen, was zu abendlichen Schmerzen im linken Fuss führe, dies sei in letzter Zeit eher schlimmer geworden als besser (act. 7.1.232). Dem Arztbericht des Spitals H. vom 29. Juli 2015 ist zu entnehmen, der Versicherte habe berichtet, dass er inzwischen neue Ar- beitsschuhe habe mit härterer Sohle. Leider seien diese nicht mitgebracht worden, bislang auch wenig getragen. Bezüglich der Fussbeschwerden solle zunächst abgewartet werden, ob diese nicht bei durch die harte Sohle vermindertem Abrollen auf ein erträgliches Mass abklingen wür-

Seite 9 den. Sollte dies nicht der Fall sein, habe man beschlossen, das palpatorisch schmerzhafte Ta- lonaviculargelenk zu infiltrieren. Am rechten Knie werde zwar weiterhin eine Einstrahlung des Risses in die Basis beschrieben, dieses habe sich jedoch damals bei der Arthroskopie nicht bestätigt und sei auch jetzt nicht sehr wahrscheinlich. Eine Plica wäre ebenfalls bei der Opera- tion gesehen und entfernt worden. Somit sollte hier keine weitere Arthroskopie erfolgen. Sollten die Schmerzen persistieren, könnte man allenfalls einmal versuchen, das rechte Kniegelenk zu infiltrieren (act. 7.1.233).

E. 3.8

Am 23. September 2015 berichtete der Hausarzt des Versicherten, Dr. K., der Beschwerdeführer habe sich heute wieder bei ihm gemeldet. Es gehe ihm nicht gut. Er habe immer noch Schmerzen in beiden Füßen, im Knie rechts und auch Probleme mit der Kraft in der Hand links. Objektiv sei der Fuss rechts deutlich weniger beweglich. Die Grossezehe könne nur wenig gebeugt und gestreckt werden und auch die weiteren Zehen Dig. II und III seien etwas fehlge- stellt. Der Patient sei auch unzufrieden, dass die Suva ihm die Physiotherapie gestrichen habe. Der Kreisarzt solle den Patienten untersuchen und sich selber ein Bild machen von den Be- schwerden und Folgezuständen des doch erheblichen Unfalls. Der Patient sehe sich auch im- mer noch nicht zu 100 % arbeitsfähig (act. 7.1.256). Auf der Grundlage des nämlichen Schrei- bens erklärte Kreisärztin Dr. L. am 29. September 2015, eine kreisärztliche Untersuchung wäre sinnlos, der Patient solle sich im Spital H. zur vorgeschlagenen Infiltration vorstellen (act. 7.1.258).

E. 3.9

Nachdem am 3. November 2015 zunächst ein MRI des linken und rechten Vorderfusses durch- geführt wurde, erfolgte am 12. November 2015 eine Untersuchung durch den Fussspezialisten Dr. M. von der Orthopädie N. Dieser hielt in seiner Beurteilung alsdann fest, es bestünden post- traumatische Restbeschwerden an beiden Vorderfüßen bei Belastung. Dem Patienten sei er- klärt worden, dass die Frakturen verheilt seien und die posttraumatischen degenerativen Ver- änderungen eine gewisse Rolle spielen dürften. Im Vordergrund stehe jedoch in einer solchen Situation häufig die Weichteilschädigung, welche sich auch nicht mittels MRI quantifizieren las- se. Die Option der gezielten Infiltration und insbesondere von MTP I und II auf der rechten Seite sei erläutert worden.

Sicherlich sei jedoch die Indikation zur Zurichtung eines orthopädischen Serienschuhs mit Sohlenversteifung, Abrollrampe und Fussweichbettung gegeben (act. 7.1.268).

E. 3.10

Auf Veranlassung des Hausarztes erfolgte am 17. Dezember 2015 eine weitere Untersuchung durch Dr. O. von der Orthopädie N. Laut deren Einschätzung liege eine gestörte Schmerzver-

Seite 10 arbeitung und gestörte Traumaverarbeitung vor, die zu den glaubhaften Beschwerden des Patienten geführt habe. Sie habe daher zusätzlich zur bestehenden Medikation mit Dafalgan und Olfen unter Magenschutz zusätzlich mit einer Therapie mit Lyrica 50 1x abends begonnen. Zur weiteren Unterstützung des Heilungsprozesses werde dringend eine psychologische Mitbetreuung des Patienten zur Verarbeitung des Traumas empfohlen (act. 7.1.283).

E. 3.11

Am 8. Januar 2016 berichtete Dr. O. auf der Grundlage einer neuerlichen Untersuchung des Patienten, laut dessen Angaben habe die Lyrica-Therapie keinerlei Linderung seiner Beschwerdesymptomatik gebracht. Im Vordergrund stehe derzeit wieder eine massive Wetterfühligkeit, von den Knien abwärts mit rezidivierenden nächtlichen Krämpfen, teilweise das ganze Bein betreffend, linksbetont. Wiederum berichte der Patient und schildere im Detail den Unfallhergang, dies spreche für eine massive PTBS bei nicht verarbeitetem Ereignis. Des Weiteren fühle sich der Patient orientierungslos bezüglich der weiteren möglichen Rekonvaleszenz und Besserung. Er sei überfordert mit seinen multiplen Traumata und Verletzungen, die er bei diesem Unfall erlitten habe. Um auch für den Patienten abschliessend eine Dokumentation bezüglich der nach ca. zwei Jahren noch bestehenden Unfallfolgen darzulegen und diese im ganzheitlichen Kontext zu dokumentieren, sollte nochmals ein abschliessendes fachärztliches, traumatologisches, orthopädisch/psychosomatisches Gutachten erfolgen (act. 7.1.295).

E. 3.12

In ihrem Arztbericht vom 26. Februar 2016 hielt Dr. O. fest, nach dem heutigen Untersuchungsbefund sowie der Durchsicht sämtlichen Bildmaterials sei davon auszugehen, dass sich die Situation für den Patienten nicht mehr bessern werde. Dies sei dem Patienten auch kommuniziert worden. Aufgrund der Beschädigung der Füsse und der daraus resultierenden latenten Fehlstatik des Rumpfes mit leichter Inklination und schlechter Rumpfhaltungsmuskulatur sei eher davon auszugehen, dass mit fortschreitendem Alter sich die Beschwerdesymptomatik nochmals verstärken könnte (act. 7.1.303).

E. 3.13

Am 16. März 2016 erfolgte noch eine handchirurgische Untersuchung durch Dr. P. von der Orthopädie N. Laut deren Beurteilung empfehle sich bei dem derzeitigen klinischen Befund zum einen eine neurologische Untersuchung mit der Frage nach Sulcus ulnaris Syndrom links, zum anderen eine Kernspintomographie mit der Frage nach Tendovaginitis de Quervain sowie Arthrose am Daumengrundgelenk (act. 7.1.306).

Seite 11

E. 3.14

Am 15. März 2016 wurde an der Klinik I. ein MRI beider Unterschenkel durchgeführt, welches symmetrisch unauffällig war (act. 7.1.307). Ein MRI des linken Fusses vom 17. März 2016 ergab die Beurteilung: Plattfussfehlstellung mit Abflachung des Fussgewölbes vor allem am lateralen Anteil mit Kompression der Sehne des Musculus proneus brevis, proximal der Ansatzzone mit mässiggradiger Flüssigkeitsmarkierung; Degenerative Veränderungen an der Gelenkfläche vom Os cuneiforme mediale zum Os metatarsale V wie auch zwischen dem Os cuboideum und dem Os metatarsale I; Hallus rigidus; Arthrose des Talonavikulargelenkes (act. 7.1.310). Ein MRI des rechten Fusses vom 22. März 2016 ergab die Beurteilung vermindertes Längsgewölbe, leichtgradiger Spreizfuss und vermindertes Quergewölbe Höhe Lisfranc-Gelenklinie, vereinbar mit einem Plattfuss. Mässiggradige Arthrose im TMT- und im PIP-Gelenk Strahl I. Diskrete Ansatztendinopathie der Peroneus brevis und etwas akzentuierter der tibialis posterior Sehne. Narbig veränderter lateraler Kollateralbandapparat. Vollständige Konsolidation der Os metatarsale-Frakturen (act. 7.1.308).

E. 3.15

Dr. Q., FMH Neurologie, führte in ihrem Arztbericht vom 3. April 2016 aus, nach dem schweren Verkehrsunfall vom 29.4.2014 bestünden klinisch ein sensibles Sulcus ulnaris Syndrom links, ein leichtgradiges, rein sensibles Karpaltunnelsyndrom links sowie ein schweres Schmerzsyndrom in den unteren Extremitäten und sensible Ausfälle an der rechten unteren Extremität mit erheblicher Störung der Nachtruhe (act. 7.1.311).

E. 3.16

Mit Schreiben vom 1. Juli 2016 nahm Dr. R., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gegenüber der Suva Stellung. Er erklärte, der Versicherte habe beim Unfall ein Polytrauma mit diversen schweren Verletzungen erlitten. Die psychischen Folgen des Unfalls hätten zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Der Versicherte leide an Ängsten, Schlaflosigkeit, Alpträumen, depressiven Störungen mit Insuffizienzgefühlen und Ängsten vor der Zukunft (act. 7.1.360).

E. 3.17

Mit Bericht vom 17. April 2018 erklärte das G., es liege eine chronische Kopfschmerzsymptomatik vor, die primär durch das Trauma im Sinne des Autounfalls bedingt gewesen sei und aktuell einen zusätzlichen Schmerzmittelübergebrauch Charakter aufweise. Klinisch neurologisch finde sich ein unauffälliger Befund (act. 7.1.480).

Seite 12

E. 3.18

Am 14. Juni 2018 erfolgte die Abschlussuntersuchung durch Suva-Kreisarzt Dr. F., Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie.

E. 3.18.1

In dem kreisärztlichen Bericht werden die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. 7.1.494, S. 9):

Status nach Luxation Grosszehengrundgelenk rechts mit Luxationsfraktur Grundgelenk Zehe II rechts; Status nach nicht dislozierter Fraktur subcapital Metatarsale V links und (möglich/ wahrscheinlich) auch Metatarsale IV links; Status nach Ruptur des ulnaren Kollateralbandes Daumengrundgelenk links, Naht am 11.07.2014; Status nach Prellung

frontal links mit Hämatom; Status nach Rissquetschwunde proximaler Unterschenkel rechts im Bereich Tuberositas tibiae; Status nach operativer Behandlung eines Sulkus ulnaris-Syndroms links 20.04.2016 (nicht unfallkausal).

E. 3.18.2

In seiner Beurteilung (act. 7.1.494, S. 9 f.) führte der Kreisarzt aus, anhand der umfangreichen Abklärungen und der heutigen Befunde fänden sich im Bereich des rechten Knies und des linken Fusses keine wesentlichen Unfallfolgen mit funktionellen Auswirkungen mehr. Der Zustand nach der Operation des Sulkus ulnaris-Syndroms links sei objektiv ausgezeichnet, auch wenn subjektiv Beschwerden bestünden. Sollte eine weitere juristische Instanz die Unfallkausalität der bereits abgelehnten Ellbogenbeschwerden links anerkennen, resultiere aus der Situation am Ellbogen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch das Resultat nach Naht des ulnaren Kollateralbandes am Daumengrundgelenk links sei objektiv ausgezeichnet, auch dadurch bestünden keine funktionellen Einschränkungen. Es sei hier festzuhalten, dass zwar eine Kontusion an der Stirn mit Hämatom bestanden habe, dass aber anhand der ereignisnahen Dokumentation ein eigentliches Schädel-Hirn-Trauma und ein „Schleudertrauma“ ausgeschlossen werden könne, spätere diesbezügliche Dokumentationen entbehrten einer echtzeitlichen Grundlage. Initial sei bildgebend und später auch mittels Arthroskopie das rechte Kniegelenk abgeklärt worden, Unfallfolgen hätten sich dabei nicht gefunden, und auch die heutigen Befunde zusammen mit dem Röntgenbild würden eine unfallkausale Schädigung des rechten Knies durch das Ereignis vom 29. April 2014 ausschliessen. Es verblieben Unfallfolgen am rechten Fuss, wo sich eine leichte Einsteifung des Grosszehengrundgelenkes mit minimaler Einsteifung des IP-Gelenkes links finde. Ebenfalls Unfallfolge sei die teilfixierte Krallenzehe II rechts und das etwas verkürzte Metatarsale II. Eine geringe funktionelle Einschränkung durch diese Unfallfolgen sei anzuerkennen und es bestehe auch weiterhin die Notwendigkeit zur Ein-

Seite 13 lagenversorgung und zur Versorgung mit einem zugerichteten orthopädischen Konfektionsschuh (steife Sohle, Abrollhilfe). Aus medizinischer Sicht nicht zu erklären seien die Fussbeschwerden links, da sich hier klinisch unauffällige Verhältnisse zeigten und erfahrungsgemäss konsolidierte nicht dislozierte Mittelfussknochenfrakturen folgenlos ausheilten. Aus medizinischer Sicht sei es sehr schwierig, die multiplen verschiedenen Schmerzsyndrome als somatische Unfallfolge zu anerkennen, entsprechend sei es auch schwierig, die Notwendigkeit der analgetischen Behandlung weiterhin als unfallkausal zu bezeichnen. Anfang dieses Jahres sei eine stationäre Behandlung des Versicherten zum Medikamentenentzug erwogen worden, da man von einem medikamenteninduzierten Kopfschmerzsyndrom ausgegangen sei. Der Versicherte sei von dieser These nicht überzeugt, entsprechend sei es auch sehr fraglich, ob durch eine stationäre Massnahme eine Verbesserung der Symptomatik erzielt werden könne, da hierzu der Wille des Versicherten selber ausschlaggebend sei. Die Situation sei seit langer Zeit stabil, damit seien die Voraussetzungen für einen versicherungstechnischen Fallabschluss gegeben. Selbstverständlich bestehe lebenslang für Unfallfolgen das Rückfallmelderecht. Aufgrund der einzigen, funktionell relevanten somatischen Störung am rechten Fuss ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil, dies ohne Berücksichtigung von Alter, Ausbildung, Sprache, konkomittierenden Krankheitsumständen sowie der sozialen Situation: Eine wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit wäre dem Versicherten vollzeitlich und vollschichtig zumutbar. Nicht zumutbar wären Tätigkeiten mit dauernder

Starkbelastung des rechten Fusses sowie Tätigkeiten, die zu heftigen Erschütterungen oder zu Schlägen auf den rechten Fuss führten. Die nachweisbaren somatischen Unfallfolgen erreichten kein Ausmass, das eine Integritätsentschädigung erkennen lassen würde. Darüber hinaus nahm der Kreisarzt noch zur psychischen Situation Stellung: Demnach wirke der Versicherte etwas psychisch stigmatisiert, zeige Hinweise auf ein hypochondrisches Krankheitsbild mit gesteigertem Interesse für objektiv minimale und multiple Pathologien, gebe nebst Unfallfolgen auch multiple, nicht unfallkausale Beschwerden an, zum Beispiel im Bereich der rechten Hüfte, der unteren Lendenwirbelsäule und beider oberer Extremitäten. Nebst der Angabe einer Vielzahl körperlicher Beschwerden sei eine Tendenz zur Aggravation erlittener Ereignisse nicht zu verkennen.

E. 3.18.3

Am 22. Oktober 2018 beantwortete Dr. F. noch eine Zusatzfrage der Suva, konkret ob es dem Versicherten möglich wäre, die Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter trotz den verbleibenden Unfallrestfolgen (ohne Ellbogen) weiterhin uneingeschränkt auszuführen. Dr. F. erklärte in seiner Antwort, grundsätzlich sei auf das Zumutbarkeitsprofil zu verweisen, das er am 14. Juni 2018 anlässlich seiner Untersuchung formuliert habe. Dort werde eine Wechselbelastung gefordert, eine rein stehende Tätigkeit sei ungünstig. Der Anteil ohne Belastung des verletzten Fusses sollte im Umfang von 20 – 30 % sein. Bezogen auf eine weitere Frage der Suva, was

Seite 14 sich seit der Ausübung der Tätigkeit vom 2. Januar 2015 bis 19. April 2016 verschlechtert habe, erklärte Dr. F., eine wesentliche Veränderung sei nicht feststellbar. Ein Zumutbarkeitsprofil orientiere sich aber an der theoretischen Belastbarkeit, die aus medizinischer Sicht mit Sicherheit gefordert werden könne. Es sei dabei durchaus möglich, dass Arbeitsleistungen mit grösseren Belastungen möglich wären, dies unter der Voraussetzung einer guten Motivation oder vielleicht auch eines gewissen äusseren Drucks (act. 7.1.538).

E. 3.19

Die Klinik S., in der der Beschwerdeführer sich vom 18. Juli bis 14. August 2018 in stationärem Rehabilitationsaufenthalt befand, stellte die Diagnosen eines chronifizierten Schmerzsyndroms bei St. n. Polytrauma am 29.4.14 und einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (in absteigender Reihenfolge: Ärger, Enttäuschung, Sorge, Anspannung, Zukunftsängste und Depression). In der Beurteilung führte sie aus, bei Eintritt habe der Patient über Kribbelparästhesien im linken Unterarm im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris berichtet, sowie über starke ziehende Schmerzen in beiden Unterschenkeln nach kurzzeitiger Belastung als auch über Knieschmerzen rechts im Bereich des Pes anserinus und des medialen Miskus. Weiter habe er über holozepale Kopfschmerzen geklagt. Der Versicherte sei in ihr ergonomisches Training aufgenommen worden, habe aber aufgrund der angegebenen Schmerzen seine allgemeine Belastbarkeit nicht signifikant aufbauen können. Die körperliche Leistungsfähigkeit liege weiterhin bei einer mittelschweren Tätigkeit. Im täglich draussen durchgeführten Gehtraining hätten Gehstrecke und Gehtempo erweitert werden, das Gangbild bei voroperierten Füßen bds. verbessert werden können. Bei Austritt seien die Kopfschmerzen nach wie vor vorhanden gewesen, lumbale Schmerzen und die Schmerzen in den Unterschenkeln hätten minimal gelindert werden können (act. 7.1.523).

E. 3.20

Vom 9. Juli bis 27. August 2019 befand sich der Versicherte auf Zuweisung seines ambulanten Psychiaters noch in stationärer Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden, aufgrund psychischer Dekompensation mit Angst- und Depressionssymptomatik und Schlafstörungen. Die Klinik stellte damals die Diagnose Anpassungsstörungen und chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Status nach Polytrauma am 29.4.2014 (act. 7.1.599, S. 109 ff.).

E. 4

Im Folgenden ist als erstes zu prüfen, ob der Fallabschluss, welchen die Vorinstanz im Zuge der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. F. vom 14. Juni 2018 verfügte, zu Recht erfolgt ist. Dies ist im Ergebnis zu bejahen. Der Fallabschluss (und damit verbunden die Prüfung eines Rentenanspruchs) hat wie erwähnt in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der

Seite 15 medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (vgl. oben E. 2.3), was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit – soweit unfallbedingt beeinträchtigt – bestimmt (BGE 134 V 109 E. 4). Dass im Zeitpunkt des von der Vorinstanz verfügten Abschluss per Juni 2018 respektive im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 31. Oktober 2019 eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes durch weitere Therapien oder Massnahmen zu erwarten gewesen wäre, wird vom Beschwerdeführer weder explizit geltend gemacht, noch ergibt sich solches aus den Akten. Von Kreisarzt Dr. F. wurde letztlich nachvollziehbar – und mit voller Beweiskraft (vgl. dazu unten E. 6.4) – dargelegt, dass sich Unfallfolgen nur noch am rechten Fuss zeigten. Dabei war von der behandelnden Orthopädin Dr. O. indes schon am 26. Februar 2016 – namentlich bezogen auf die „Beschädigung der Füße“ – berichtet worden, dass mit keiner Besserung mehr zu rechnen sei (act. 7.1.303). Soweit der Beschwerdeführer über weitere Leiden klagt, die von Dr. F. nicht als somatische Unfallfolgen anerkannt wurden, sei darauf hingewiesen, dass bei der sogenannten Psychopraxis (BGE 115 V 133), die hier zum Zuge kommt (vgl. nachstehend E. 5), noch behandlungsbedürftige psychische Leiden keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses darstellen, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei der Psychopraxis unberücksichtigt bleiben (Urteile des Bundesgerichts 8C_465/2011 vom 7. September 2011 E. 5.1 und 8C_1004/2009 vom 13. April 2010 E. 4.2). Im Übrigen sind beim Versicherten wie erwähnt auch Beschwerden dokumentiert, bezüglich derer die fehlende Unfallkausalität aufgrund des Urteils des Obergerichts des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 13. Februar 2018 bereits feststeht; dies betrifft die Ellbogenbeschwerden links (vgl. oben B.).

Im Ergebnis ist gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. F. von einem rechtmässig erfolgten Fallabschluss durch die Suva auszugehen. Anknüpfend an diese Erkenntnis ist nun im Folgenden zu prüfen, ob bzw. gegebenenfalls welche Ansprüche für den Beschwerdeführer (noch) resultieren.

E. 5.1

Bei der Beurteilung der Frage, inwieweit die Vorinstanz nach dem Fallabschluss für vom Beschwerdeführer geltend gemachte Unfallschäden eine Leistungspflicht trifft, ist zunächst von Interesse, ob nebst den vom Kreisarzt beschriebenen und erwiesenermassen bestehenden somatischen Unfallfolgen auch organisch nicht (hinreichend) fassbare

Beeinträchtigungen vorliegen, die natürlich und adäquat kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. In dieser Hinsicht ist etwa zu beachten, dass der behandelnde Psychiater Dr. R. bereits im Juli 2016 beschrieben hatte, der Versicherte habe beim Unfall ein Polytrauma mit diversen schweren Ver-

letzungen erlitten. Die psychischen Folgen des Unfalls hätten zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Der Versicherte leide an Ängsten, Schlaflosigkeit, Alpträumen, depressiven Störungen mit Insuffizienzgefühlen und Ängsten vor der Zukunft (act. 7.1.360). Des Weiteren hatte das Schmerzzentrum des G. am 17. April 2018 angegeben, beim Versicherten liege eine chronische Kopfschmerz-Symptomatik vor, die primär durch das Trauma im Sinne des Autounfalls bedingt sei (act. 7.1.480). Sodann stellte die Klinik S. im Anschluss an den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 18. Juli bis 14. August 2018 die Diagnosen eines chronifizierten Schmerzsyndroms bei Status nach Polytrauma am 29.4.14 und einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (in absteigender Reihenfolge: Ärger, Enttäuschung, Sorge, Anspannung, Zukunftsängste und Depression). Schliesslich hatte das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden in seinem Austrittsbericht vom 28. August 2019 die Diagnosen Anpassungsstörungen und chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Status nach Polytrauma am 29.4.2014 genannt (act. 7.1.599, S. 109 ff.).

E. 5.2

Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung (sog. "Psycho-Praxis").
Ergeben die Abklärungen dagegen, dass die versicherte Person eine der genannten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Bild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien (sog. "Schleudertrauma-Praxis"); vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_417/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.2.1 mit Verweisen).

E. 5.3

Vorliegend ist wohl festzustellen, dass der behandelnde Psychiater Dr. R. in seinem Bericht vom 30. Januar 2019 erklärte, die vorliegende aktuelle Symptomatik lasse auf ein beim Unfall erlittenes nicht diagnostiziertes Schädelhirntrauma schliessen (act. 7.1.566). Dies steht jedoch im Widerspruch zu früheren ärztlichen Beurteilungen. So hatte insbesondere Kreisarzt Dr. F. in seinem Untersuchungsbericht vom 14. Juni 2018 ausgeführt, dass zwar eine Kontusion an der Stirn mit Hämatom bestanden habe, dass aber anhand der ereignisnahen Dokumentation ein eigentliches Schädelhirntrauma und ein Schleudertrauma ausgeschlossen werden könnten, spätere diesbezügliche Interpretationen entbehrten einer echtzeitlichen Grundlage (act. 7.1.474, S. 494). In der Tat war damals im Anschluss an den Unfall namentlich von den behandelnden Ärzten des G. ein mögliches Schädelhirntrauma nicht einmal verdachtsweise geäussert worden. Nachdem im vorliegenden Fall also nicht von einem erlittenen Schädelhirntrauma (und auch nicht von einem Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten Verletzung) ausgegangen werden kann, ist die sog. Psycho-Praxis anzuwenden, wie dies auch die Suva korrekterweise getan hat.

E. 5.4

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und einem psychischen Schaden ist nach der in BGE 115 V 133 begründeten Praxis im Einzelfall erforderlich, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten, und es sind weitere objektiv erfassbare Umstände in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Der Katalog dieser Kriterien lautet wie folgt: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Dabei ist nicht in jedem Fall der Einbezug sämtlicher Kriterien in die Gesamtwürdigung erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen

Seite 18 Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu

berücksichtigenden Kriterien in gehäufte Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2009 vom 15. Januar 2010 E. 4.1.1).

E. 5.5

Laut den vorliegenden Akten habe sich das Unfallereignis vom 29. April 2014 wie folgt zuge- tragen: Der Beschwerdeführer fuhr mit seinem Lieferwagen T. von E. in Richtung D., auf einer Strassenart der Kategorie Hauptstrasse, auf der eine Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h sig- nalisiert war. Unterhalb der Örtlichkeit Felsenkeller kollidierte er frontal mit einem entgegen- kommenden Personenwagen der Marke U., welcher auf die Fahrbahn des Beschwerdeführers geraten war. Beide Fahrzeuge erlitten durch den Zusammenprall Totalschaden. Der Beschwer- deführer musste in der Folge durch die Feuerwehr aus seinem Fahrzeug geborgen werden (act. 7.1.102). Die Suva stufte den vorliegenden Unfall mit Verweis auf die bisherige bundesge- richtliche Rechtsprechung als mittelschwer ein. Im Ergebnis ist dies nicht zu beanstanden. Wie erwähnt ereignete sich die Kollision in einer Kurve einer 80er-Zone. Den Unfallakten lässt sich zwar nicht genau entnehmen, mit welchem Tempo genau die beiden Fahrzeuge unterwegs wa- ren. Was den Beschwerdeführer betrifft, hatte dieser gegenüber der Polizei ausgesagt, er habe vor der fraglichen Kurve heruntergeschaltet und gebremst, denn mit diesem Auto könne er nicht schnell in eine Biegung, sonst gehe der geradeaus (act. 7.1.102, S. 19). Im Kantonsspital G. hatte der Versicherte anscheinend angegeben, er sei mit seinem Lieferwagen mit ca. 60 km/h mit einem Auto frontal zusammengeprallt (act. 7.1.38). Die Unfallverursacherin ihrerseits hatte angegeben, sie denke, sie sei mit 60 – 70 km/h unterwegs gewesen. Sie glaube im 3. Gang. Sie glaube, sie habe zuvor vom 4. in den 3. geschaltet (act. 7.1.102, S. 11 ff.). Vorliegend ist die aktenmässig dokumentierte Kollision sicherlich als wuchtig einzustufen, es kann aber nicht von höheren Krafteinwirkungen ausgegangen werden im Vergleich zu dem vom Bundesgericht alle- samt als mittelschwer eingestuften Unfällen, wie sie namentlich in 8C_100/2011 v E. 3.4.1 um- fassend dargestellt sind. Erwähnenswert ist insbesondere auch das Urteil 8C_996/2010 E. 7.1 und 7.3; hier war ein Unfall noch als mittelschwer i.e.S. qualifiziert worden, bei dem das Fahr- zeug der versicherten Person mit einer Geschwindigkeit von ca. 70 bis 75 km/h frontal/seitlich versetzt mit einem anderen, angeblich mit einer Geschwindigkeit von 70 km/h fahrenden Per-

Seite 19 sonen-wagen zusammenstiess, von der Fahrbahn abgetrieben wurde, den Strassenrand über- fuhr, abhob und 25 m weiter auf einem bereits am Boden liegenden Telefonmast zum Stillstand kam. Im Vergleich dazu dürften im hier zu beurteilenden Fall aufgrund der Aussagen der am Unfall beteiligten Personen weniger hohe Tempi im Spiel gewesen sein. Da man es vorliegend zusammenfassend mit einem mittelschweren Unfallereignis zu tun hat, müssen somit mindes- tens drei der oben in E. 5.4 wiedergegebenen Kriterien in der einfachen Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100, 8C_897/2009 E. 4.5).

E. 5.6.1

Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher

psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht – sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse –, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_584/2010 vom 11. März 2011 E. 4.3.2 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E. 4.2.1). Laut der Rechtsprechung könnten äusserliche Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht, besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit begründen (Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 02/07, U 03/07, U 04/07 vom 19. November 2007 E. 4.3.2). Vorliegend erörterte die Vorinstanz zutreffend, dass besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls unter dem Strich zu verneinen sind. Sie legte namentlich korrekt dar, dass der Unfall sich noch klar bei Tageslicht ereignete. Auf der Strasse lag kein Glatteis bzw. herrschten trockene Verhältnisse (vgl. art. 7.1.102, S. 3). Der Versicherte hatte keine lebensbedrohlichen Verletzungen erlitten, wie im Übrigen auch die Unfallverursacherin nicht. Schliesslich ist nicht zu bestreiten, dass das Einklemmtsein im Fahrzeug bzw. die dadurch erforderlich gewordene Bergung durch die Feuerwehr für den Beschwerdeführer sehr unangenehm waren. Mit Blick auf die übrigen, soeben abgehandelten Faktoren, die bei der Prüfung des Vorliegens von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit zu beachten sind, vermag dies insgesamt indessen nicht zur Bejahung des betreffenden Adäquanzkriteriums zu führen.

Seite 20

E. 5.6.2

Was das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, betrifft, wurde dieses von der Vorinstanz ebenso zu Recht verneint. Selbst von Seiten des Beschwerdeführers wurde nicht substantiiert geltend gemacht, dass das betreffende Kriterium erfüllt sei.

E. 5.6.3

Bezüglich des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung sei zunächst daran erinnert, dass im Rahmen der mit BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (SVR 2009 UV Nr. 20 S. 75, 8C_533/2008 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6). Das Kriterium ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der

Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.3).

Gemäss den Darlegungen zum medizinischen Sachverhalt (vgl. oben E. 3) wurde der Versicherte vorliegend am 29. April 2014 im G. ein erstes Mal operiert, aufgrund seiner Verletzungen am rechten Fuss. Die erst im Nachhinein entdeckten Frakturen am linken Fuss wurden hingegen anscheinend konservativ behandelt. Am 11. Juli 2014 erfolgte im G. die Operation des Skidaumens, welcher am 7. Juli 2014 – mithin ebenfalls erst nachträglich – diagnostiziert wurde, und am 5. August 2014 wurde im Spital H. noch eine diagnostische Arthroskopie am rechten Knie durchgeführt. Die weiteren ärztlichen Konsultationen, die in den darauf folgenden Monaten folgten, standen im Zeichen von zusätzlichen klinischen und bildgebenden Abklärungen der vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Beschwerden. Daneben nahm der Beschwerdeführer ab August 2014 anscheinend Physiotherapie in Anspruch, wobei die Suva indes ab November 2015 die Übernahme der Kosten für deren Weiterführung ablehnte, da der kreisärztliche Dienst davon ausging, dass sich durch Physiotherapie keine namhafte Verbesserung mehr erreichen lasse (act. 7.1.252 f.). Im Übrigen hatte der Versicherte auch diverse Medikamente eingenommen, wie sich namentlich aus dem ab Mai 2014 geführten Schmerztagebuch ergibt. Überblickt man diesen gesamten Verlauf, muss eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung letztlich verneint werden. Es sei daran erinnert, dass die behandelnde Orthopädin Dr. O. im Februar 2016 festgehalten hatte, dass mit einer Besserung – namentlich in Bezug auf die Fussproblematik – nicht mehr zu rechnen sei. Spätestens ab je-

Seite 21 nem Zeitpunkt konnte eine Behandlung somit nur noch der Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustands, nicht aber einer Heilung dienen, was indessen im Rahmen der Adäquanzprüfung unbeachtlich ist (vgl. zum Beispiel Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 37/06 vom 22. Februar 2007 E. 7.3). Relevant erscheint in diesem Zusammenhang eben auch, dass die zuständige Suva-Kreisärztin eine Fortführung der Physiotherapie ab November 2015 offenbar nicht mehr zielführend erachtet hatte. Im Ergebnis ist auch dieses Adäquanzkriterium zu verneinen.

E. 5.6.4

In Bezug auf das Kriterium der Dauerbeschwerden ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 5.2.2.1). Es sind nur Schmerzen zu berücksichtigen, welche als klare Folgen eines beim Unfall erlittenen körperlichen Gesundheitsschadens erscheinen (Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 414/05 vom 7. Juni 2006 E. 5.3). Vorliegend erscheint im Sinne der Ausführungen der Vorinstanz zutreffend, dass beim Versicherten Beschwerden mit organisch nicht hinreichend fassbarer Genese im Verlauf immer stärker in den Vordergrund getreten sind. Gerade aber etwa was den rechten Fuss betrifft, hatte Kreisarzt Dr. F. ja wie gesehen ausdrücklich Unfallfolgen beschrieben, indem er namentlich auf die leichte Einsteifung des Grosszehengrundgelenkes mit minimaler Einsteifung des IP-Gelenkes links, die teilfixierte Krallenzehe II rechts und das etwas verkürzte Metatarsale II hinwies. Der Kreisarzt erläuterte im betreffenden Abschnitt zwar nicht, inwieweit die vom Beschwerdeführer subjektiv angegebenen Schmerzen somatischer Natur seien; er erklärte einzig an anderer Stelle, dass es sehr schwierig sei, die multiplen verschiedenen Schmerzsyndrome als somatische Unfallfolgen anzuerkennen (act. 7.1.494, S. 10). Der Versicherte selber hatte indes ausdrücklich angegeben, dass beim

Gehen die steife Zehe II schmerzhaft nach oben gedrückt werde und es zu einer Missempfindung komme, da die Grosszehe beim Barfussgehen den Boden zuerst berühre (act. 7.1.494, S. 5). Aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes und der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ist hier im Ergebnis das Kriterium der Dauerbeschwerden zu bejahen, dies jedoch nur in einfacher und nicht in besonders ausgeprägter Weise.

E. 5.6.5

Was das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, betrifft, ist es in der Tat so, dass von den zuständigen Ärzten des G. zunächst zwei unfallbedingte Verletzungen übersehen worden waren, konkret die Frakturen im linken Fuss und der Skidaumen links. Dass sich dadurch die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, ergibt sich aus dem medizinischen Dossier indes nirgends. Im Gegenteil bestätigte der Suva-Kreisarzt Dr. F., dass das Resultat nach Naht des ulnaren Kollateralbandes am Daumengrundgelenk links objektiv ausgezeichnet sei bzw. dadurch keine funktionellen Einschränkungen bestünden, und auch am linken Fuss hätten sich klinisch unauffällige Verhältnisse gezeigt (act. 7.1.494, S. 10). Im Übrigen hatte das Spital H. bereits am 4. November 2014 gestützt auf eine

Seite 22 Röntgenuntersuchung am linken Fuss berichtet, dass die Frakturen nun konventionell radiologisch durchbaut seien (act. 7.1.147). Gesamthaft ist das betreffende Adäquanzkriterium zu verneinen.

E. 5.6.6

Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 359 E. 7b S. 369). Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_349/2009 vom 17. August 2009 E. 5.3). Wie oben (E. 5.6.5) schon festgestellt wurde, ist die Heilbehandlung in Bezug auf den linken Fuss und den linken Daumen wohl verzögert worden; dass sich daraus eigentliche Komplikationen beim Heilungsverlauf ergaben, ist aber eben keineswegs ausgewiesen; vielmehr präsentierten sich in Bezug auf beide Organe aus orthopädischer Sicht schlussendlich ein einwandfreies Ergebnis. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt nicht für die Erfüllung des Kriteriums (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 11.6). Vorliegend hatte ja Dr. O. bereits am 17. Dezember 2015 (vgl. E. 3.9) von einer gestörten Schmerzverarbeitung und Traumaverarbeitung gesprochen und damit offenbar primär eine organisch nicht hinreichend fassbare Problematik für die Beschwerden des Versicherten verantwortlich gemacht, wobei derartige Beschwerden bei der vorliegenden Prüfung nach BGE 115 V 133 aber eben ausser Acht zu lassen sind (vgl. oben E. 5.2). Im Ergebnis ist in diesem Fall nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf bzw. erheblichen Komplikationen auszugehen.

E. 5.6.7

Was schliesslich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit angeht, hatte der Beschwerdeführer ab November 2014 offenbar zunächst zu 50 % wieder gearbeitet, ein Pensum, das dann zunächst auf 80 % und per 2. Januar 2015 auf 100 % gesteigert worden war. Mit der Vorinstanz ist davon auszugehen, dass dieser Verlauf klar gegen die Erfüllung des fraglichen Adäquanzkriteriums spricht. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt,

überzeugt nicht. Soweit er geltend macht, er habe am 4. Juli 2016 – nur zwei Tage nach Wiederaufnahme der Arbeit, nachdem er ab dem 20. April 2016 aufgrund der Ellbogenoperation ausgefallen war – die Kündigung erhalten, ist darauf hinzuweisen, dass diese Kündigung laut seiner damaligen Arbeitgeberin rein wirtschaftliche Gründe hatte (act. 7.1.536). Es besteht kein Anlass an der Richtigkeit dieser Angaben zu zweifeln. Der Umstand, dass die Klinik S. in ihrem Austrittsbericht vom 21. August 2018 (act. 7.1.523) nur von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging, ändert am Gesagten ebenfalls nichts; aufgrund der betreffenden Beurteilung ist anzunehmen, dass dort auch die für die vorliegenden Belange unmassgeblichen organisch nicht hinreichend fassbaren Beschwerden sowie die Problematik am

Seite 23 Ellbogen miteingeflossen sind. Entsprechend kann im Übrigen auch nicht auf die vom behandelnden Psychiater Dr. R. und dem Hausarzt Dr. K. attestierten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt werden; namentlich auf den Unfallscheinen, die von diesen beiden Ärzten ausgestellt wurden, erfolgte jeweils keine Differenzierung zwischen physisch und psychisch bedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 5.7

Zusammenfassend ist mit den "Dauerbeschwerden" lediglich ein Adäquanzkriterium erfüllt, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. April 2014 und der vom Beschwerdeführer nun beklagten psychischen Problematik bzw. damit verbundenen Beschwerden ist mithin zu verneinen. Nicht abschliessend beantwortet zu werden braucht damit Frage, inwieweit der Unfall überhaupt als natürlich-kausale Ursache für die organisch nicht hinreichend fassbaren Beschwerden anzusehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_404/2011 vom 15. September 2011 E. 3.3). Nach dem Gesagten hat die Suva bei der Prüfung von UV-Ansprüchen nach dem Fallabschluss zu Recht lediglich die organisch hinreichend nachweisbaren Unfallfolgen berücksichtigt. Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob die von der Vorinstanz verfügte Ablehnung einer Invalidenrente (E. 6) und einer Integritätsentschädigung (E. 7) rechtmässig war.

E. 6.1

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Seite 24

E. 6.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 6.3

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 6.4

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht stellte die Vorinstanz auf die Stellungnahme von Kreisarzt Dr. F. vom 14. Juni 2018, mit Ergänzung vom 22. Oktober 2018, ab (vgl. oben E. 3.17). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche dagegen sprächen, dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vollen Beweiswert zuzuerkennen. Dr. F. legte fundiert dar, dass aus somatischer Sicht nur noch Unfallfolgen am rechten Fuss verblieben. Er erläuterte in diesem Zusammenhang namentlich, dass es aus medizinischer Sicht sehr schwierig sei, die multiplen verschiedenen Schmerzsyndrome als somatische Unfallfolge zu anerkennen. Aus orthopädischer Sicht wirkt die Beurteilung des Kreisarztes jedenfalls plausibel. Organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden wurde wie oben gesehen (vgl. E. 5) die unfallkausale Relevanz abgesprochen, womit sie bei der Einschätzung der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auch nicht berücksichtigt werden können. Abweichende ärztliche Meinungen zur Arbeitsfähigkeit, welche die kreisärztlichen Schlussfolgerungen zu erschüttern vermöchten, liegen nicht vor; insbesondere wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Angaben der Klinik S. wie auch jene von Dr. K. und Dr. R. nicht als massgebend erachtet werden können, vor allem weil sich aus jenen nicht schlüssig ergibt, welche Arbeitsfähigkeit tatsächlich unfallbedingt ist (vgl. oben E.5.6.7). Davon abgesehen äussern sich die diversen bei den Akten Seite 25 liegenden Unfallscheine auch ausschliesslich über die Arbeitsfähigkeit angestammt, aber nicht über die Arbeitsfähigkeit adaptiert, die hier letztlich von entscheidender Bedeutung ist.

Gesamthaft ist aufgrund der Angaben des Kreisarztes Dr. F. davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit bzw. unter Beachtung der betreffenden Adaptionskriterien vollzeitig und vollschichtig einsetzbar ist. Darauf basierend ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

E. 6.5

Zur Beurteilung der konkreten erwerblichen Auswirkungen ist ein Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. E. 6.1).

E. 6.5.1

Bei der Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Ist ein konkreter Lohn nicht eruiert, war die versicherte Person zur Zeit des Unfalls arbeitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle auch ohne den Unfall in der Zeit bis zum Rentenbeginn verloren, können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_501/2013 vom 28. November 2013 E. 4.2).

E. 6.5.2

Betrachtet man die bisherige berufliche Laufbahn des Beschwerdeführers, so hatte dieser nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit die 4-jährige Berufslehre zum Industriespengler bei den V. absolviert. Wenige Jahre habe er im erlernten Beruf bei W. und X. gearbeitet. Im Oktober 1991 habe er eine Anstellung als Mitarbeiter für Spezialhandwerk und Werkstattspengler bei den C. gefunden. Er sei dort für den Fahrzeugunterhalt, Spenglerarbeiten im Waggondepot zuständig und tageweise als Zugbegleiter auf den Bahnstrecken der C. unterwegs gewesen. Die Werkstattarbeit habe den Service an Personen- und Güterwagen umfasst, sowie allgemeine Spenglerarbeiten wie Schweiss-, Schleif-, Maler- und Lackierarbeiten (act. 7.1.115, S. 158 ff.). Im Juli 2016 war das betreffende Arbeitsverhältnis von Seiten der Arbeitgeberin per Ende Oktober 2016 gekündigt worden. Im nämlichen Kündigungsschreiben vom 6. Juli 2016 sowie im Arbeitszeugnis vom 31. Oktober 2016 wurden dafür wirtschaftliche Gründe angeführt (act. 7.1.363 und 420). Auf entsprechende Nachfrage der Suva hatte die ehemalige Arbeitgeberin dann am 16. Oktober 2018 erläutert, die Stelle des Versicherten sei wegrationalisiert worden, weil die Y. den Vertrag für die Reinigung nicht mehr verlängert habe (act. 7.1.536). In der folgenden Zeit war der Beschwerdeführer anscheinend während einiger Zeit ohne Festanstellung

Seite 26 lung. Per 1. September 2019 ging er dann ein neues Arbeitsverhältnis als Kurier und Küchenhilfe bei der Z. ein (act. 7.1.599, S. 207).

E. 6.5.3

Der Beschwerdeführer behauptet zunächst, dass die Kündigung seitens seiner langjährigen Arbeitgeberin, den C., nicht aus wirtschaftlichen, sondern aus gesundheitlichen Gründen erfolgt sei. Beleg dafür sei, dass die Kündigung am 4. Juli 2016, also nur zwei Tage nach Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt sei, nachdem er zuvor ab dem 20. April 2016 aufgrund der Ellenbogenoperation ausgefallen war. Wie schon weiter oben erklärt (vgl. E. 5.6.7), besteht jedoch kein Anlass an der Richtigkeit der Angaben der C. zu zweifeln. Im Sinne der vorinstanzlichen Ausführungen ist somit darauf hinzuweisen, dass der Versicherte auch ohne den erlittenen Unfall nicht mehr bei den C. arbeiten könnte. Infolgedessen kann für den Erwerbsvergleich nicht auf den in dem betreffenden Betrieb erzielten Lohn abgestellt werden. Vielmehr ist auf die Tabellenlöhne zurückzugreifen (Urteil des Bundesgerichts U 493/05 vom 11. Januar 2007 E. 3.3), konkret die LSE 2016. An dieser Schlussfolgerung ändert auch der Umstand nichts, dass der Versicherte nun ab September 2019 eine neue Arbeit als Kurier im Gastrobereich angetreten ist; aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers ist davon auszugehen, dass diese Anstellung mit dem Umstand

zusammenhängt, dass sich seine Stellensuche im Bereich seiner angestammten Tätigkeit schwierig gestaltete.

E. 6.5.4

Soweit nun also das Valideneinkommen gestützt auf die LSE 2016 zu berechnen ist, stellt sich als erstes die Frage nach der massgebenden Tabelle und dem Kompetenzniveau. Dem Entscheid der Vorinstanz zugrunde liegt die Tabelle TA1, Tirage Skill Level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor). Mit Blick auf die Tätigkeit des Beschwerdeführers stellte die Suva auf die Position 31-33 (Herstellung von Möbeln und von sonstigen Waren; Reparatur und Installation von Maschinen) ab, und sie erachtete dabei eine Einstufung des Versicherten im Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) als angemessen. Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2018 von 41.7 Stunden sowie einer Nominalloohnerhöhung von 0.4 % im Jahr 2017 und 0.5 % im Jahr 2018 errechnete sie im Ergebnis für das Jahr 2018 als Zeitpunkt des Fallabschlusses bzw. des frühestmöglichen Rentenbeginns ein Valideneinkommen von Fr. 73'364.-- (Fr. 5'812.-- x 12 Monate : 40 Stunden/Woche x 41.7 Stunden/Woche x 1.004 x 1.005). Die Ermittlung der betreffenden Zahlen erscheint korrekt. Es wurden diese seitens des Beschwerdeführers auch nicht substantiiert bestritten. Das von der Suva festgelegte Valideneinkommen ist vorliegend somit ohne weiteres zu übernehmen.

Seite 27

E. 6.6.1

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, erwerbliches Einkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die LSE-Tabellen oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 f. E. 4b/aa).

E. 6.6.2

Vorliegend ist festzustellen, dass der Versicherte seit September 2019 in einer neuen Anstellung steht. Konkret übt er eine Kuriertätigkeit zu einem 50%-Pensum im Gastrobereich aus, in deren Rahmen er einen Verdienst von monatlich netto Fr. 1'689.40 erzielt. Die Suva erwog indes zutreffend, dass der Beschwerdeführer mit dieser Arbeit seine Restarbeitsfähigkeit nicht optimal verwertet. Wie gesehen wurde von Kreisarzt Dr. F. eine wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit vollzeitlich und vollschichtig zumutbar erachtet, weshalb das Invalideneinkommen gestützt darauf zu bemessen ist (vgl. oben E. 6.4).

E. 6.6.3

Die Suva zog zunächst wiederum die Tabelle TA1, Tirage Skill Level, heran, wobei sie in diesem Fall auf das Kompetenzniveau 2, Total, Männer, abstellte. Dass die Vorinstanz nicht einen konkreten Berufszweig, sondern das Total heranzog, erscheint mit Blick auf das relativ weite Tätigkeitsspektrum, dass dem Beschwerdeführer noch zumutbar ist, sachgerecht. Die Einstufung unter Kompetenzniveau 2 erfolgte ebenso zutreffend, ist doch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit dank seiner langjährigen beruflichen Erfahrung auf einem höheren Einkommensniveau verwerten kann als es den einfachen Tätigkeiten gemäss Kompetenzniveau 1 entspricht. Unter diesen Annahmen kann in einem ersten Schritt zur Bestimmung des Invalideneinkommens wiederum auf die Berechnungen der Suva verwiesen werden. Demnach ergibt sich für das Jahr 2018 unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2018 von 41,7 Stunden, einer Nominallohnentwicklung von 0,4 % im Jahr 2017 und 0,5 % im Jahr 2018 ein erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 71'269.-- (Fr. 5'646.-- x 12 Monate : 40 Stunden/Woche x 41,7 Stunden/Woche x 1,004 x 1,005).

Seite 28

E. 6.6.4

a) Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidsabzug wird dem Umstand Rechnung getragen, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

b) Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidsbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1; 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; je mit Hinweisen). Dabei rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; 9C_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.2, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 mit Hinweisen). Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidsbedingten Abzuges vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_163/2015

vom 16. Juni 2015 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.3.1).

c) Die Suva gewährte einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 %. Sie erwog letztlich, dass dem Beschwerdeführer durch den generellen Verweis des Kreisarztes auf die Zumutbarkeit von leichten bis mittelschweren Arbeiten zwar ein breites Spektrum an Tätigkeiten offenstehe, dass dabei jedoch laut Kreisarzt noch zusätzliche Einschränkungen zu berücksichtigen seien (keine dauernde Starkbelastung des rechten Fusses, keine heftigen Erschütterungen oder Schläge auf den rechten Fuss).

Seite 29 d) Vorliegend ist mit den zutreffenden Feststellungen der Suva darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Tätigkeiten grundsätzlich voll zumutbar sind. Mit der eingeschränkten Belastbarkeit des rechten Fusses kommt jedoch ein zusätzliches Er- schwernis dazu, welches im kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil nicht ausreichend berücksichtigt ist und welches mithin die Vornahme eines Leidensabzuges rechtfertigt. Nebst diesem gesund- heitlichen Aspekt stellt sich sodann die Frage, ob das Alter des Versicherten, welcher im Zeit- punkt der angefochtenen Rentenverfügung 52-jährig war, einen weiteren Leidensabzug recht- fertigt. Das Bundesgericht hat dazu namentlich festgehalten, das Alter sei im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur soweit zu berücksichtigen, wie es die Erwerbssaussichten in Verbin- dung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt zu bleiben habe, dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ be- einflussen könne (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2). Im Sinne dieser Rechtsprechung ist festzuhalten, dass aufgrund des Alters des Versicherten von im Ver- fügungszeitpunkt 52 Jahren keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass dieser eine Lohnnei- busse in Kauf nehmen müsste. Dem Beschwerdeführer ist mithin nicht beizupflichten, wenn er mit Blick auf die von ihm angegebene erfolglose Stellensuche einen Leidensabzug bean- sprucht. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen auf die konstante höchstrichterliche Recht- sprechung hinzuweisen, gemäss welcher für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen wür- den. Das restliche erwerbliche Leistungsvermögen hat sich in einem fiktiven Arbeitsmarkt zu bewähren, der definitionsgemäss konjunkturell ausgeglichen ist (vgl. statt vieler Urteil des ehe- maligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 463/00 vom 28. Oktober 2003 E. 3.4). Im Ergebnis ist mit der eingeschränkten Belastbarkeit des rechten Fusses nur (aber immerhin) ein Kriterium gegeben, welches einen Leidensabzug rechtfertigt. Die Versicherung B. hat dafür ei- nen Wert von 5 % veranschlagt, was letztlich nicht zu beanstanden ist. Im Ergebnis vermindert sich so das oben ermittelte Invalideneinkommen auf Fr. 67'705.-- (Fr. 71'269.-- x 0.95).

E. 6.7

Werden nun die beiden Vergleichseinkommen einander gegenübergestellt, resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'364.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 67'705.-- eine Er- werbseinbusse von Fr. 5'659.-- (Fr. 73'364.-- minus Fr. 67'705.--) bzw. ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 8 % ($[\text{Fr. } 5'659.-- / \text{Fr. } 73'364.--] \times 100$), was noch nicht zu einer UV-Rente berech- tigt. Das entsprechende Begehren des Beschwerdeführers

ist somit abzuweisen.

Seite 30

E. 7.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Integritätsentschädigung. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenswert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3).

E. 7.2

Der Beurteilung von Kreisarzt Dr. F. ist im Zusammenhang mit dem Integritätsschaden zu entnehmen, die nachweisbaren somatischen Unfallfolgen erreichten ein erhebliches Ausmass, das eine Integritätsentschädigung erkennen lassen würde, nicht (act. 7.1.494, S. 10). Gestützt darauf verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der Beschwerdeführer spricht indes dem Bericht von Dr. F. die Beweiskraft bezüglich der Frage der Integritätsentschädigung ab und fordert eine externe Begutachtung.

E. 7.3

Vorliegend wurde oben bereits festgehalten, dass sich die medizinische Beurteilung des Kreisarztes als durchwegs schlüssig erweist, weshalb ihr voller Beweiswert zuzuerkennen sei (E. 6.4). Aufgrund der detaillierten Beschreibung der somatischen Unfallfolgen, die von Dr. F. gefertigt wurde, ist nachvollziehbar, dass die betreffenden Beeinträchtigungen am rechten Fuss nicht ein Ausmass erreichen, welches zu einer Integritätsentschädigung führt. Die Vorinstanz erwog

Seite 31 auch zutreffend, dass sich in den Akten keine medizinischen Unterlagen befinden, die für eine andere Schlussfolgerung sprechen. In Anbetracht der voll beweiskräftigen kreisärztlichen Beurteilung erweist sich das vom Beschwerdeführer geforderte externe Gutachten damit als entbehrlich. Die Vorinstanz hat gestützt auf die Einschätzungen von

Dr. F. einen Anspruch auf Integritätsentschädigung korrekterweise abgelehnt.

E. 8

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid in allen Punkten als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Für die Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Vorinstanz fehlt eine gesetzliche Grundlage (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 199 zu Art. 61 ATSG; SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 zu Art. 61 ATSG).

Seite 32 Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A. wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 7. Januar 2021

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