

# **BGer 8C\_514/2008 vom 31. März 2009**

Bundesgericht, 2009-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_514\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_514_2008)

FR: TF 8C\_514/2008 du 31 mars 2009

IT: TF 8C\_514/2008 del 31 marzo 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Es prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ; BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254; Urteil 8C\_806/2008 vom 5. Januar 2009, E. 1.1).

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militärversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

### **E. 2.1**

Der Unterschied zwischen den Haftungsvoraussetzungen nach Art. 5 (Feststellung der Gesundheitsschädigung während des Dienstes) und Art. 6 MVG (Feststellung der Gesundheitsschädigung nach dem Dienst) besteht namentlich darin, dass im ersten Fall der Kausalzusammenhang zwischen der Gesundheitsschädigung und den Einwirkungen während des Dienstes vermutet wird und diese Vermutung nur durch den gegenteiligen Sicherheitsbeweis ausgeschlossen werden kann, während im zweiten Fall das Vorliegen kausaler Folgen von dienstlicher Gesundheitsschädigung mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein muss ( BGE 123 V 137 E. 3a S. 138, 111 V 370 E. 1b S. 372). Entscheidend ist überdies, ob der Zusammenhang zwischen Spätfolge oder Rückfall und dienstlicher Gesundheitsschädigung wahrscheinlicher ist als das Fehlen eines solchen ( BGE 111 V 370 E. 2b S. 374; SVR 2007 MV Nr. 1 S. E. 3.1 [M 8/05], 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 1.1 [M 1/02]).

### **E. 2.2**

Spätfolgen liegen vor, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden (mit oder ohne verbleibenden Defektzustand) im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem oft völlig anders gearteten Krankheitsbild führen. Beim Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise gar zu Arbeitsunfähigkeit kommt ( BGE 123 V 137 E. 3a S. 138 mit Hinweisen, 118 V 293 E. 2c f. S. 296). Nach geltender Gerichtspraxis gilt zu beachten, dass je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem "Unfall" und dem Auftreten der neuen gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen sind (SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Laut Art. 64 MVG werden die Leistungen der Militärversicherung angemessen gekürzt, wenn die versicherte Gesundheitsschädigung nur teilweise auf Einwirkungen während des Dienstes zurückgeht. Diese Bestimmung ergänzt und konkretisiert die Haftungsgrundsätze von Art. 5 ff. MVG, insbesondere die Verschlimmerungshaftung nach Art. 5 Abs. 3 MVG und die Haftung für nachdienstlich festgestellte Gesundheitsschädigungen gemäss Art. 6 MVG. Die Leistungskürzung wegen Teilhaftung greift Platz, wenn - bei gegebener Bundeshaftung - mehrere Schadensursachen zusammentreffen, wovon mindestens eine als nichtversichert zu qualifizieren ist. Die Leistungskürzung ist vorzunehmen, wenn nach den Kriterien des Adäquanzbegriffs und im Rahmen der anwendbaren Beweisregeln ( Art. 5 ff. MVG ) davon auszugehen ist, dass die versicherten Schadensursachen allein die ganze in Erscheinung getretene Gesundheitsschädigung nicht bewirkt haben. Nebst dem klassischen Anwendungsfall von Art. 64 MVG einer teilweisen Vordienstlichkeit der während oder nach dem Dienst festgestellten Gesundheitsschädigung, findet die Bestimmung auch Anwendung, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise auf Einwirkungen während des Dienstes zurückzuführen ist, oder wenn die versicherte Gesundheitsschädigung durch eine nicht mit dieser in Zusammenhang stehende Krankheit verschlimmert worden ist. Eine wesentliche Teilursache kann die blossе Disposition oder ein gesundheitsschädigender Risikofaktor sein (SVR 2007 MV Nr. 1 S. E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 2.4**

Die MV trägt das Risiko aller medizinischen Massnahmen ( Art. 18 Abs. 6 MVG ). Als Korrelat der Behandlungspflicht und der Weisungsgebundenheit trägt die MV das Risiko der von ihr übernommenen medizinischen Massnahmen, unabhängig davon, ob sie von ihr angeordnet worden sind oder nicht (Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung, Bern 2000, N 38 zu Art. 18 MVG ; vgl. zum Ganzen BGE 122 V 28 E. 2b/bb S. 32).

#### **E. 3**

Am 9. September 2008 reichte die MV eine Akten-Beurteilung des Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 3. September 2008 ein. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass neue Tatsachen und Beweismittel auch im Verfahren um Zusprechung von Geldleistungen der MV und UV nur soweit vorgebracht werden dürfen, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt, was in der Beschwerde näher darzulegen ist ( Art. 99 Abs. 1 BGG ; BGE 8C\_934/2008 vom 17. März 2009 E. 3.4). Dies wird von der MV nicht geltend gemacht, weshalb dieses neue Beweismittel unzulässig ist.

#### **E. 4.1**

Im Einspracheentscheid vom 24. April 2007 führte die MV aus, angesichts der Polymorbidität des Versicherten liessen sich die heutigen Beschwerden medizinisch "nicht mehr scharf nach Kausalität aufteilen". Unbestritten sei, dass er nach der Beckenfraktur auch nach Jahren über zumindest zeitweilig mässiggradige Beschwerden im Beckenbereich geklagt habe. Zudem habe er zeitlebens an den Folgen der Nervus pudendus-Läsion getragen. Die verbliebenen Schmerzen hätten nach Verheilung der Brüche für sich allein zu keiner Arbeitsunfähigkeit geführt. In Anbetracht der weiteren, nicht militärversicherten Gesundheitsschäden, die beim Versicherten noch hinzugetreten seien, halte es die MV trotzdem für vertretbar, ihm die mit Verfügung vom 21. Dezember 2005 zugesprochene Invalidenrente zuzubilligen.

#### **E. 4.2**

Die Vorinstanz hat unter Verweis auf die Begründung im Einspracheentscheid erwogen, gestützt auf die Akten-Beurteilung der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2006 hätten im Zeitpunkt des Einspracheentscheides keine unfallkausalen invalidisierenden Gesundheitsschäden mehr vorgelegen. Dass die MV die nach billigem Ermessen zugesprochene Invalidenrente nicht widerrufen, also auf eine reformatio in peius verzichtet habe, sei unter den besonderen Umständen des vorliegenden Falles, (Polymorbidität und daraus resultierende vollständige Invalidität) nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.3**

Der Versicherte macht geltend, das Gutachten der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar und widersprüchlich. Sie hätten ihn nicht selber untersucht; das gewünschte CT des Beckens sei nicht erstellt worden. Er verlange die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens unter Mitwirkung eines Orthopäden, Rheumatologen und Neurologen.

#### **E. 5**

Ein Aktengutachten bzw. ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C\_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 8.4).

#### **E. 5.1**

Die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ empfahlen ursprünglich, zusätzlich radiologische Abklärungen (inkl. einer 3D-Rekonstruktion) durchführen zu lassen, in der Hoffnung, aus diesen Bildern könne man Rückschlüsse auf den bisher schlecht dokumentierten ursprünglichen Schaden vom 4. Mai 1976 ziehen. Zwar konnten sie in der Folge unter anderem Aufnahmen aus den Jahren 1976 bis 1981 beiziehen, stellten aber fest, dass nach wie vor die Unfallbilder fehlten. Die ältesten ihnen zur Verfügung stehenden Röntgenaufnahmen seien im November 1976, d.h. sechs Monate nach dem Unfall, angefertigt worden. Wie die folgenden Erwägungen zeigen, drängen sich zusätzliche Abklärungen, inkl. die angeführten 3D-Rekonstruktion, auf.

#### **E. 5.2**

Die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ gingen davon aus, eine traumatische Symphysensprengung habe beim Unfall vom 4. Mai 1976 nicht vorgelegen. Der Versicherte wendet zu Recht ein, dass dies den echtzeitlichen Akten widerspricht. Denn das Spital O.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 9. August 1976 einen Status nach doppelseitiger Schambeinfraktur mit Symphysensprengung. Weiter führte Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Januar 1978 aus, die Symphysenregion sei stark verschoben und weise stellenweise Verknöcherungen im mittleren Symphysenbereich auf. Im Bericht vom 10. September 1981 legte Letzterer dar, die Symphysensprengung sei abgeheilt, aber mit ausgesprochener radiologischer Deformation.

#### **E. 5.3**

Zudem gaben die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ an, der Versicherte habe am 4. Mai 1976 eine Fraktur des Acetabulums rechts undisloziert erlitten, die ausgeheilt sei. Unklar bzw. fraglich sei, ob er sich eine Fraktur des Acetabulums links zugezogen habe.

Die sechs Monate nach dem Unfall erstellten Röntgenaufnahmen liessen keine periostale Knochenneubildung im linken Acetabulum erkennen, weshalb sie eine entsprechende Fraktur als eher unwahrscheinlich erachteten. Der damals behandelnde Facharzt Prof. Dr. E. \_\_\_\_\_, Spital A. \_\_\_\_\_, habe allerdings von einer beidseitigen undislozierten Acetabulumfraktur gesprochen. Der Versicherte macht zu Recht geltend, dass auch diesbezüglich nicht unbesehen auf die Einschätzung der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ abgestellt werden kann, wenn die echtzeitlichen Arztberichte von einer beidseitigen undislozierten Acetabulumfraktur ausgingen (vgl. Berichte des Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 1976 und 20. Januar 1978 sowie des Spitals O. \_\_\_\_\_ vom 9. August 1976).

#### **E. 5.4.1**

Weiter bringt der Versicherte unter anderem vor, die Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ hätten ausser Acht gelassen, dass sich schon 1981 diskrete arthrotische Veränderungen mit periostaler Knochenneubildung am Grund des Acetabulums in das kleine Becken hineinreichend gezeigt hätten. Im Jahre 2003 sei von einer stark progredienten Zunahme der Arthrose in der Symphyse mit partiellem ossärem Durchbau, leichten SG-Arthrosen beidseits rechts mehr als links bei erhaltenem Gelenkspalt und Insertions-Tendostosen an den Beckenkämmen die Rede. Diese Veränderungen seien auf das erlittene Trauma zurückzuführen und beeinträchtigten die Leistungsfähigkeit in jeder Tätigkeit. Die Verknöcherung der Symphyse könne nicht anders erklärt werden als mit einem traumatischen Hintergrund. Es werde nicht in Betracht gezogen, dass solche Veränderungen zusammen mit den übrigen unfallkausalen Veränderungen im Beckenbereich zu einem nicht unerheblichen Beckenschiefstand führten, was sich auf den Bewegungsapparat auswirke. Unberücksichtigt geblieben sei, dass die Beckenverletzungen bzw. das nach Verheilen der Frakturen stark asymmetrische Becken physiologische Auswirkungen auf den Bewegungsapparat und die Wirbelsäule gehabt habe. Durch Fehlbelastungen und stete Ausweichbewegungen seien Schäden an der Wirbelsäule entstanden, weshalb die Beckenverletzungen zumindest teilweise für die später aufgetretenen Veränderungen an der Wirbelsäule verantwortlich seien. Dementsprechend hätten die Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ die LWS-Beschwerden zunächst unter der Beckenproblematik aufgeführt. Selbst wenn nach dem Unfall vom 4. Mai 1976 keine Frakturen im Bereich der Wirbelsäule festzustellen gewesen seien, sei es doch überwiegend wahrscheinlich, dass die Wirbelsäule bei diesem Unfall starken biomechanischen Kräften ausgesetzt gewesen sei. Das gelte auch für die HWS; unmittelbar nach dem Unfall sei festgestellt worden, dass er an zervikalem Schwindel bei Rechtsrotationsstellung der Axis leide; es sei auch die Rede von verdrehten Halswirbeln gewesen (vgl. Bericht des Spitals O. \_\_\_\_\_ vom 9. August 1976). In der Folge hätten sich Wirbelsäulenveränderungen ergeben, die mit einer Distractionsspondylodese C5-C7 hätten behandelt werden müssen. Die Vorinstanz sei auf diese Einwendungen nicht eingegangen.

#### **E. 5.4.2**

Die Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ haben als bestehende Unfallfolge eine asymmetrische Beckenkonfiguration mit Beckenschiefstand nach rechts von 2 cm, mit knöchern teil-durchgebauter Symphyse festgestellt. Weiter ist zu beachten, dass der Urologe Dr. med. T. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 10. November 2006 auf Grund einer Operation des Versicherten vom 3. November 2006 Verwachsungen im kleinen Becken vor allem rechts (wahrscheinlich Status nach Hämatom bei komplizierter Beckenfraktur)

feststellte. Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Zentrum H. \_\_\_\_\_, führte im Bericht vom 17. Februar 2007 aus, sie machten sich Gedanken über die Stuhl- und Urininkontinenz des Versicherten, die auf Grund der beckenphysiologischen Abklärungen am ehesten im Zusammenhang mit dem seinerzeitigen Militär Unfall mit schwerer Wirbelsäulen-, Becken- und Hüftverletzung zu sehen sei.

Prof. Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ sowie die Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ haben sich in ihren Akten-Beurteilungen vom 5. bzw. 17. Oktober 2006 zur Frage einer allfälligen Fehlbelastung und den daraus folgenden Auswirkungen auf die gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten nicht geäußert. Angesichts der festgestellten asymmetrischen Beckenkonfiguration mit Beckenschiefstand von 2 cm als Unfallfolge ist der Schluss der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ nicht überzeugend, die diskreten Veränderungen an den beiden Hüftgelenken und die ISG-Veränderungen seien nur mögliche Unfallfolgen (vgl. auch Urteil U 77/06 vom 14. März 2007 E. 4.6). Dies gilt um so mehr, als die Formulierung des Prof. Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ "Bei Status nach Beckenfraktur im Verlauf seit 1976 Entwicklung einer schweren sekundären Arthrose an der Symphyse und einer vorwiegend rechts lokalisierten ISG-Arthrose" eher dafür spricht, dass ein Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. Mai 1976 und der Hüft- bzw. der ISG-Problematik besteht. Dies bedarf ebenso der Klärung wie die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen einer allfälligen unfallbedingten Fehlbelastung und den Rückenbeschwerden besteht (vgl. RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 E. 5.2.2; Urteil U 303/06 vom 22. November 2006 E. 6.2; erwähntes Urteil U 77/06 E. 4.6). Gleiches gilt für die von Dr. med. W. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Beckenproblematik angeführte Stuhl- und Urininkontinenz (diese war nicht Gegenstand der am 22. Februar 1980 ausgekauften 15%igen Integritätsschadenrente).

#### **E. 5.5**

Die Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ bezifferten den militärversicherten Anteil an der hochgradigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf Null Prozent. Die Folgen des Unfalls vom 4. Mai 1976 (Beckenfrakturen, Pudendusläsion) hätten sich seit Beginn der 80er-Jahre nicht verschlechtert. Sie führten unter Bezugnahme auf die von ihm seit 1994 ausgeübte selbstständige Beratertätigkeit aus, darunter seien hauptsächlich Büroarbeiten (sitzend) und auch Kundenbesuche zu verstehen. Für diese Tätigkeit sei er bezogen auf den militärversicherten Unfall voll arbeitsfähig. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit im Wechsel mit kürzeren Autofahrten und Kundenbesprechungen im Stehen sei ihm leistungsmässig und zeitlich in vollem Ausmass möglich. Diese Einschätzung ist insofern nicht schlüssig, als den Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ die Art der Arbeitstätigkeit des Versicherten nicht genau bekannt war. Hievon abgesehen ist die unfallbedingte Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten nicht nur in Bezug auf die von ihm tatsächlich ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestimmen (vgl. auch E. 6.3 hienach).

#### **E. 5.6**

Nach dem Gesagten stellen die Akten-Beurteilungen des Prof. Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2006 und der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2006 insgesamt keine rechtsgenüßliche Beurteilungsgrundlage dar bezüglich der Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden, der unfallbedingten Arbeits(un) fähigkeit bzw. deren allfälliger Änderung sowie des Anteils der MV-Haftung (vgl. auch E. 6.3 hienach). Angesichts des polymorbiden Beschwerdebildes des Versicherten - das die MV und die

Vorinstanz entgegen der Akten-Beurteilung der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2006 veranlasste, ihm aus blossen Billigkeitsgründen eine Invalidenrente zuzusprechen (E. 4.1 f. hievor) - drängt sich die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens auf, in dessen Rahmen ihn die Gutachter selber zu untersuchen haben. Im Vordergrund stehen dabei Untersuchungen orthopädischer, rheumatologischer und neurologischer sowie erforderlichenfalls psychiatrischer Fachrichtung.

Die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ gaben zwar an, der Hausarzt sei gegen eine nochmalige radiologische Abklärung gewesen. Indessen ist festzuhalten, dass der Versicherte bereits in den Schreiben an die MV vom 1. und 30. März 2007 seine Bereitschaft erklärte, sich einer Begutachtung mit weiterem Röntgen zu unterziehen; Gleiches ergibt sich aus seinen vor- und letztinstanzlichen Beschwerden. In diesem Lichte kann die Anordnung einer Begutachtung nicht wegen Verweigerung der Mitwirkung abgelehnt werden (vgl. Urteil I 589/02 vom 25. März 2003 E. 4.1 mit Hinweisen).

Die Sache ist demnach an die MV zurückzuweisen, damit sie in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes ( Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG ; BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.) die erforderliche medizinische Begutachtung veranlasse und hernach über ihre Haftung bzw. den Rentenanspruch des Versicherten für die Zeit ab 1. November 2001 neu verfüge.

#### **E. 5.7**

Ergänzend sei angefügt, dass die MV für allfällige negative Folgen der Operation vom 21. Januar 2002 (Spondylodese L5/S1) - angeführt wurde eine Destabilisierung des vortraumatisierten Beckens - nicht haftet, da sie diese Operation nicht übernommen hat und auch nicht geltend gemacht wird, sie müsse dafür aufkommen (vgl. E. 2.4 hievor).

#### **E. 6**

Streitig und zu prüfen ist weiter das Valideneinkommen und die Höhe des versicherten Jahresverdienstes.

##### **E. 6.1.1**

Nach der Rechtsprechung ist bei der Bestimmung des versicherten Jahresverdienstes ( Art. 40 Abs. 3 MVG ) grundsätzlich auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen (SVR 2003 MV Nr. 1 S. 1 E. 3.2.1 [M 8/01]). Dabei ist der einmal festgesetzte, entgehende mutmassliche Jahresverdienst unter Vorbehalt der Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung ( Art. 43 MVG ) in der Regel für die ganze Rentendauer massgebend (Urteil 8C\_740/2007 vom 11. Juni 2008 E. 4.2 mit Hinweis).

##### **E. 6.1.2**

Nach der zu Art. 28 Abs. 2 IVG und Art. 18 Abs. 2 UVG ergangenen, sinngemäss auch auf Art. 40 Abs. 4 MVG (in der per 31. Dezember 2002 aufgehobenen Fassung) anwendbaren (vgl. BGE 116 V 246 E. 1b S. 249, 114 V 310 E. 3a S. 313) Rechtsprechung ist bei der Bestimmung des hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) grundsätzlich darauf abzustellen, was der Versicherte auf Grund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände (im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) als Gesunder tatsächlich verdienen würde, nicht was er als voll Erwerbstätiger (bestenfalls) verdienen könnte (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3 [U 110/92]; vgl. Pra 1992 Nr. 224 S. 874 E. 4a [I 12/90]). Daran hat sich durch die mit dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 (vgl.

insbesondere Art. 16 ATSG ) verbundenen ersatzlosen Aufhebung des Absatzes 4 von Art. 40 MVG nichts geändert. Theoretisch vorhandene berufliche Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu beachten, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eingetreten wären. Für die Annahme einer mutmasslichen beruflichen Weiterentwicklung wird daher der Nachweis konkreter Anhaltspunkte dafür verlangt, dass der Versicherte einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen auch tatsächlich realisiert hätte , wenn er nicht invalid geworden wäre; blosser Absichtserklärungen genügen nicht (erwähntes Urteil 8C\_740/2007 E. 4.3 mit Hinweisen).

### **E. 6.1.3**

Diese im Rahmen der Rechtsprechung zum Valideneinkommen entwickelten Grundsätze über die Mitberücksichtigung theoretisch vorhandener Einkommens- und beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten sind auch bei der Festsetzung des mutmasslich entgangenen Jahresverdienstes gemäss Art. 40 Abs. 3 MVG zu beachten. Es handelt sich dabei um einen hypothetischen, nur annäherungsweise ermittelbaren Wert, der das Ergebnis einer prospektiven Schätzung der persönlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Invaliden ohne Gesundheitsschädigung in einem individuellen Umfeld ist, welches seinerseits den Schwankungen des volkswirtschaftlichen und soziologischen Verlaufs der Einkommen folgt. Zumindest bei der erstmaligen Zusprechung einer unbefristeten Rente stimmen das Valideneinkommen und der mutmasslich entgehende Jahresverdienst nach Art. 40 Abs. 3 MVG - wenngleich selbstständige, nicht notwendigerweise deckungsgleiche Rentenelemente - regelmässig überein (erwähntes Urteil 8C\_740/2007 E. 4.4 mit Hinweisen).

### **E. 6.2.1**

Die Vorinstanz hat hinsichtlich der Rentenberechnung einzig auf die diesbezüglichen Ausführungen im streitigen Einspracheentscheid vom 24. April 2007 verwiesen. Daraus geht in Verbindung mit der Verfügung vom 21. Dezember 2005 hervor, dass die MV auf das Einkommen des Versicherten als Berater im Jahre 2001 (Zeitpunkt des Rentenbeginns; vgl. E 6.1.1 hievore) von Fr. 48'700.- abgestellt hat.

### **E. 6.2.2**

Der Versicherte macht - wie schon im Einspracheverfahren und vorinstanzlich - geltend, er habe seinen angestammten Beruf als Hotelier und Wirt wegen der unfallbedingt verminderten körperlichen Belastbarkeit seit 1979 nicht mehr ausüben können. Dies habe er gegenüber der MV auch deklariert. Er sei deshalb auf andere Tätigkeiten ausgewichen. Demnach sei als Valideneinkommen das Einkommen heranzuziehen, das er im Zeitpunkt der Berentung ohne Gesundheitsschaden erzielen könnte; dieses stelle gleichzeitig das versicherte Jahreseinkommen dar. Bereits 1976 sei die MV davon ausgegangen, mit der Führung des Restaurationsbetriebes hätten er und seine Ehefrau ein Einkommen von Fr. 80'000.- generiert, wovon die Hälfte ihm angerechnet worden sei (vgl. Bericht und Schreiben der MV vom 5. bzw. 9. Dezember 1975 sowie Krankengeld-Abrechnung der MV vom 9. Juni 1976). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2001 ergebe dies einen anrechenbaren Betrag von Fr. 122'000.-.

### **E. 6.3**

In einer Aktennotiz der MV vom 14. Dezember 1979 ist auf Grund eines Gesprächs mit dem Versicherten festgehalten, wegen der Unfallfolgen habe er Mühe mit der Führung seines Hotels gehabt; seine reduzierte Einsatzfähigkeit habe er teilweise mit

Personaleinstellungen zu kompensieren versucht. Dies habe aber zu einer unwirtschaftlichen Betriebshaltung geführt, weshalb er gezwungen gewesen sei, das Hotel per 31. März 1979 aufzugeben. Die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ führten in der Akten-Beurteilung vom 17. Oktober 2006 aus, die Folgen des Unfalls vom 4. Mai 1976 (Beckenfrakturen, Pudendusläsion) hätten sich seit Beginn der 80er-Jahre nicht verschlechtert; eine vorwiegend sitzende Tätigkeit im Wechsel mit kürzeren Autofahrten und Kundenbesprechungen im Stehen seien ihm aus medizinischer Sicht leistungsmässig und zeitlich in vollem Ausmass möglich.

Unter diesen Umständen ist nicht auszuschliessen, dass der Versicherte den vor dem Unfall ausgeübten Beruf als Hotelier und Wirt wegen den unfallbedingten gesundheitlichen Beschwerden aufgeben musste, was bis anhin nicht untersucht wurde. Dies ist im Rahmen der vorzunehmenden medizinischen Begutachtung zu klären (siehe E. 5.6 hievor). Falls die MV-Haftung für die gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten zu bejahen ist, wird die MV zur Frage Stellung zu nehmen haben, ob er auf Grund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände als Gesunder tatsächlich weiterhin diesen Beruf ausüben würde. Bejahendenfalls wäre sein Einkommen aus dieser Tätigkeit als Grundlage des Valideneinkommens und des versicherten Jahresverdienstes heranzuziehen (E. 6.1.2 f. hievor), was die MV auch in masslicher Hinsicht zu prüfen hätte.

#### **E. 7**

Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung (mit noch offenem Ausgang) gilt als volles Obsiegen des Versicherten im Sinne von Art. 66 Abs. 1 sowie Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG ( BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235; Urteil 8C\_374/2008 vom 30. Januar 2009 E. 7).

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