

BL_GERICHTE 725 22 318 / 187 vom 24. August 2023

BL Gerichte, 2023-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_22_318___187

FR: BL_GERICHTE 725 22 318 / 187 du 24 août 2023

IT: BL_GERICHTE 725 22 318 / 187 del 24 agosto 2023

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene –Beschwerde des Versicherten vom 25. November 2022 bzw. vom 19. Dezember 2022 ist demnach einzutreten.

E. 2

Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen über die Unfallversicherung sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden jedoch nach bisherigem Recht ausgerichtet (Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend noch auf das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht des UVG und der UVV sowie die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug zu nehmen ist. 3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte aus dem Unfall vom 11. Februar 2006 Anspruch auf Vergütung der Heilbehandlungskosten durch die Suva hat. 3.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des

Gesundheitszustandes erwartet werden kann; mit dem Fallabschluss fallen die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld dahin, und es ist der Rentenanspruch zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1). 3.3 Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. Dabei geht es nicht um das Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung. Der Fallabschluss bedingt auch nicht, dass eine ärztliche Behandlung der Unfallfolgen nicht länger erforderlich ist. Bei der Beurteilung des Fallabschlusses muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (SVR 2020 UV Nr. 24 S. 95, 8C_614/2019 E. 5.2; RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juni 2022, 8C_219/2022, E. 4.1 mit Hinweisen). 3.4 Nahtlos an Art. 19 Abs. 1 UVG schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll eine Heilbehandlung – wie auch die in den Art. 11 bis 13 UVG vorgesehenen Kostenvergütungen – nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischenliegenden Bereich, nämlich, wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt alsdann der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 134 V 109 E. 4.2). 3.5 Art. 11 UVV hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2). 4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche – insbesondere bei der Feststellung des Gesundheitszustandes, dem Erreichen eines Endzustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 132 V 93 E. 4). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die

Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4).

4.2. Bei der Beurteilung der strittigen Frage, ob im Zeitpunkt des Fallabschlusses (hier: 22. April 2021) noch mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten gerechnet werden konnte, stützte sich die Suva auf die Beurteilungen von Dr. D. vom 25. Februar 2021 und von Dr. E. vom 8. und 20. April 2021 sowie vom 28. September 2021. Beide Kreisärzte bezweifeln nicht, dass die geltend gemachten Beschwerden am linken Fuss auf das Ereignis vom 11. Februar 2006 zurückzuführen sind. Sie sind jedoch der Auffassung, dass seit dem letzten Behandlungsabschluss keine unfallbedingte objektivierbare Verschlimmerung eingetreten und aufgrund des bisherigen Verlaufs keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Dr. D. verwies zur Begründung auf die Röntgenbilder vom 17. Februar 2021, wonach eine unveränderte Situation des linken Fusses im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 27. August 2019 bestehe (vgl. Beurteilung des bildgebenden Befundes durch PD Dr. med. G. vom 17. Februar 2021). Gestützt auf diesen Befund ging der Kreisarzt davon aus, dass keine behandlungsbedürftige, objektivierbare Verschlimmerung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Dr. E. stützte sich bei der Begründung seiner Ansicht auf den Bericht der Hausärztin, Dr. med. H., FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 21. März 2021. Dr. H. hielt darin fest, dass der Gesundheitszustand am linken Fuss stationär sei; Beschwerden würden auch nur bei Belastung auftreten. Mit Physiotherapie und eventuell Stosswellentherapie könnten die Folgeschäden auf ein erträgliches Mass reduziert werden. Aus den Ausführungen der Hausärztin schloss Dr. E., dass ein medizinischer Endzustand vorliege (vgl. Stellungnahme vom 8. April 2021). In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 20. April 2021 führte er nach Durchsicht der medizinischen Akten präzisierend aus, dass ein langjähriger Verlauf mit Chronifizierung im OSG und USG links vorliege. Gerade wegen dieser deutlich chronifizierten Beschwerden sei nicht zu erwarten, dass eine weitere Physiotherapie den Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich beeinflussen könne. An dieser Auffassung hielt Dr. E. in seiner Stellungnahme vom 28. September 2021 fest.

4.3 In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist die vorinstanzliche Auffassung, wonach gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen nicht damit gerechnet werden könne, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten noch namhaft verbessern würde, nicht zu beanstanden. Zwar sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall gestützt auf versicherungsinterne Berichte entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.1 hiervor). Solche

Zweifel liegen hier aber nicht vor. Die Einschätzungen der Kreisärzte erweisen sich als schlüssig und nachvollziehbar. Insbesondere die Aktenbeurteilung von Dr. E. vom 20. April 2021 beruht auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten und erweist sich in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als überzeugend. Seine Schlussfolgerung, wonach aufgrund der chronifizierten Beschwerden keine wesentliche Verbesserung der linken Fussproblematik mehr erwartet werden könne, ist nachvollziehbar. Ebenso ist es schlüssig, dass gestützt auf den bildgebenden Befund vom 17. Februar 2021, wonach sich der Zustand des linken Fusses seit der letzten bildgebenden Untersuchung nicht verändert habe, von einem medizinischen Endzustand auszugehen ist (vgl. Stellungnahme von Dr. D. vom 25. Februar 2021). Dazu kommt, dass Dr. H. auch in klinischer Hinsicht von einer unveränderten Situation berichtete (vgl. Bericht vom 28. Januar 2021). Bei dieser Sachlage hat die Suva zu Recht die Heilbehandlungskosten gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG eingestellt. 4.4 Daran ändert auch die Ansicht von Dr. H. nichts, wonach sie zur Behandlung der Fussbeschwerden weiterhin Physiotherapie und gegebenenfalls Stosswellentherapie empfiehlt. Auch wenn es sich dabei unbestrittenermassen um unfallbedingte Behandlungsmassnahmen handelt, geht aus ihren Ausführungen deutlich hervor, dass diese Massnahmen nur zur Schmerzlinderung dienen. Ein Blick in die medizinischen Akten zeigt denn auch, dass es trotz langjähriger Physiotherapie, Stosswellentherapie und medikamentöser Therapie zu keiner namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Problematik am linken Fuss gekommen ist. Ebenso wenig kann aus der Tatsache, dass die Suva die Kosten für orthopädische Schuheinlagen übernahm, nichts zu Gunsten des Versicherten abgeleitet werden. Denn die Kostenübernahme für die Schuheinlagen beruht auf Kulanz (vgl. ärztliche Beurteilung von Dr. E. vom 20. April 2021 und Verfügung vom 22. April 2021) und kann deshalb keinen Leistungsanspruch des Versicherten begründen. 4.5 Nichts anderes ergibt sich aus den Vorbringen des Versicherten, wonach er nicht nur Beschwerden am linken Fuss habe, sondern auch ein Hüftleiden habe, das auf das Unfallereignis vom 11. Februar 2006 zurückzuführen sei (vgl. Aktennotiz vom 2. März 2021). Gemäss der medizinischen Aktenlage steht fest, dass er an einem CAM-Impingement an den Hüften beidseits, symptomatisch rechts, leidet (vgl. MRT-Befund der Hüfte vom 25. Februar 2019 sowie Berichte der Klinik I. vom 30. Januar 2019 und 29. März 2019). Ob die Beeinträchtigungen an den Hüften unfallbedingt sind, lässt sich auch aufgrund der ärztlichen Beurteilungen nicht erschliessen. Dr. med. J. , Klinik I. , empfahl eine Hüftarthroskopie (vgl. Bericht vom 9. April 2019), welche jedoch nie durchgeführt wurde. Dem Bericht von PD Dr. F. vom 21. April 2020 ist zu entnehmen, dass die Hüftproblematik Anfang 2019 mit Stosswellentherapie behandelt wurde. Diese Behandlung musste jedoch wegen der Covid-19-Pandemie unterbrochen werden. Gemäss den Akten fanden nach Beendigung der Corona-Krise keine weiteren medizinischen Massnahmen an den Hüften statt. Aufgrund dieser Sachlage durfte die Suva davon ausgehen, dass die Hüftproblematik nicht mehr behandlungsbedürftig ist, zumal auch die medizinischen Fachpersonen keine entsprechenden Behandlungen empfahlen und solche vom Versicherten auch nicht geltend gemacht wurden. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Suva das Hüftleiden bei der Beurteilung des Anspruchs auf Heilbehandlungsmassnahmen nicht einbezog. 4.6 Weiter bringt der Versicherte vor, dass ein operativer Eingriff am linken Fuss im Raum gestanden habe. Es trifft zu, dass Dr. med. K. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik I. , mit Berichten vom 3. April 2019 und 20. Mai 2019 sowie die Ärzteschaft des Universitätsspitals Basel am 14. Mai 2019 einen erneuten operativen

Eingriff am linken Fuss vorschlugen. PD Dr. F., den der Versicherte für eine Drittmeinung aufsuchte, riet jedoch von einer nochmaligen Operation ab und schlug stattdessen eine konservative Behandlung der linksseitigen Fusschmerzen mit neuen Therapieansätzen vor. Er verordnete orthopädische Schuheinlagen, eine Anpassung der Medikamente, eine Stosswellentherapie und eine Intensivierung der Physiotherapie (vgl. Berichte vom 17. September 2019 und 12. November 2019). Mit diesem Vorgehen erklärte sich der Versicherte einverstanden (vgl. Telefonnotiz der Suva vom 19. Januar 2021), weshalb er aus der im Raum gestandenen Operation nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Gleichzeitig steht aufgrund der Ausführungen von PD Dr. F. fest, dass mit den von ihm vorgeschlagenen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung der Fussproblematik erzielt werden konnte. Es ist deshalb weiterhin von einem medizinischen Endzustand auszugehen.

4.7 An dieser Stelle ist zu bemerken, dass die Suva die Unfallkausalität der linksseitigen Fussbeschwerden – entgegen ihren Ausführungen in der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2021 – nicht bestreitet, berichtigte sie doch in ihrem Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2022 die angefochtene Verfügung und anerkannte die Fussproblematik links als Unfallfolge. Der Versicherte verkennt jedoch, dass die Suva nur solange Leistungen für Unfallfolgen zu erbringen hat, bis die medizinischen Fachpersonen die Behandlung abgeschlossen haben. Bei Vorliegen eines stabilen Gesundheitszustandes besteht gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG kein Anspruch mehr auf Heilbehandlungskosten gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG, selbst wenn eine ärztliche Behandlung weiterhin erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2012, 8C_727/2012, E. 3.2.2).

5.1. Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, hat der Unfallversicherer den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1). Vorliegend prüfte die Suva den Anspruch des Versicherten auf eine Integritätsentschädigung bereits im Rahmen des Grundfalles. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. E. vom 18. Oktober 2017 sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 9. August 2018 eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse vom 20 % zu. Den Rentenanspruch beurteilte sie nicht. Die Begründung für dieses Vorgehen ist der Aktennotiz vom 29. März 2018 zu entnehmen. Danach wollte die Suva eine Rentenprüfung erst vornehmen, wenn sich der Versicherte den zumutbaren IV-Eingliederungsmassnahmen unterzogen habe. Den IV-Akten ist hierzu zu entnehmen, dass der Versicherte der IV-Eingliederungsmassnahme, welche am 1. Februar 2018 im Spital L. gestartet hätte, unabgemeldet fernblieb, die nachfolgenden Anrufe der IV-Stelle und des Spitals L. nicht entgegennahm und auf das eingeschriebene Schreiben der IV-Stelle betreffend Schadenminderungsaufgabe nicht antwortete (vgl. Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahmen vom 5. März 2018). Trotz mehrmaliger Aufforderung meldete sich der Versicherte offenbar auch nicht bei der Suva (vgl. Aktennotiz vom 29. März 2018). Aus den IV-Akten geht aber auch weiter hervor, dass der Versicherte die IV-Stelle bereits am 18. Dezember 2018 erneut um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen ersuchte. In der Folge nahm die IV-Stelle die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen wieder auf (vgl. Mitteilung vom 18. Januar 2019). Mit Verfügung vom 20. Februar 2019 erteilte sie ihm Kostengutsprache für eine Berufswahlabklärung im Spital L. vom 18. Februar 2019 bis 17. Mai 2019 (vgl. Aktennotiz vom 28. Januar 2018), an welcher der Versicherte auch teilnahm. Die beruflichen Massnahmen konnten jedoch nach Beendigung der Berufswahlabklärung im Spital L. aufgrund der anstehenden Operationen und der weiteren

medizinischen Behandlungen sowie der mangelnden psychischen Belastbarkeit des Versicherten nicht weitergeführt werden (vgl. Abschlussbericht des Spitals L. vom 24. Mai 2019). Da die Weiterführung von beruflichen Massnahmen aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war, schloss die IV-Stelle die Eingliederungsmassnahmen ab. Für deren Wiederaufnahme verlangte sie vom Versicherten eine medizinische Bestätigung, aus welcher hervorgehe, dass er arbeitsfähig sei und ein stabiler Gesundheitszustand sowohl in physischer als auch psychischer Hinsicht von mindestens 6 Monaten vorliege (vgl. Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahmen vom 2. Dezember 2019 und Mitteilung vom 4. Dezember 2019). In der Folge prüfte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Gestützt auf die RAD-Beurteilungen vom 12. August 2020 verneinte sie aufgrund eines Invaliditätsgrades von 12 % einen Rentenanspruch des Versicherten (vgl. Verfügung vom 23. Oktober 2020). Knapp ein Jahr später am 1. September 2021 teilte die M. im Auftrag des Versicherten der IV-Stelle mit, dass der Versicherte seit Mai 2021 ein 6-monatiges Praktikum als Arbeitsagoge im Umfang von 80 % im Verein für Sozialpsychiatrie (VSP) absolviere (vgl. auch Aktennotiz Standortgespräch vom 3. Februar 2022). Da der Versicherte die Auflagen (bestehende Arbeitsfähigkeit und stabiler Gesundheitszustand über 6 Monate) für die Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen erfüllte, nahm die IV-Stelle entsprechende Abklärungen vor. Die Ausbildung zum Arbeitsagogen wurde jedoch nicht von der IV unterstützt. Der Versicherte und die IV-Stelle beschliessen deshalb, dass er sich zum Schweissfachmann ausbilden lasse (vgl. Aktennotiz Standortgespräch vom 3. Februar 2022). Die IV-Stelle erteilte sodann eine Kostengutsprache für den Kurs zum Schweissfachmann vom 13. Juni 2022 bis 11. Juli 2022 beim Schweizerischen Verein für Schweissttechnik (vgl. Mitteilung vom 25. Juli 2022). Ob der Versicherte an diesem Kurs teilnahm und den Fachausweis zum Schweissfachmann inzwischen erworben hat, ist den Akten nicht zu entnehmen.

5.2. Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass der Versicherte ab 2019 im Rahmen der IV-Eingliederungsmassnahmen seinen Mitwirkungspflichten nachkam. Wegen seines damaligen Gesundheitszustandes konnten die beruflichen Massnahmen nach Beendigung der Abklärung im Spital L. per Mai 2019 nicht weitergeführt werden, weshalb die IV-Stelle die Eingliederungsmassnahmen im Dezember 2019 abschloss. Mit der Teilnahme an den IV-Eingliederungsmassnahmen hat der Versicherte die Voraussetzungen für eine Rentenprüfung durch die Suva erfüllt. Über die Wiederaufnahme der beruflichen Abklärungen und den Abschluss der Eingliederungsmassnahmen Ende 2019 war die Suva orientiert, wurden ihr doch die Verfügung vom 20. Februar 2019 betreffend Kostengutsprache für die Berufswahlabklärung im Spital L. und die Mitteilung vom 4. Dezember 2019 betreffend Abschluss der Eingliederungsmassnahmen eröffnet. Spätestens bei der Eröffnung der IV-Rentenverfügung vom 23. Oktober 2020, mit welcher die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 12 % ermittelt hatte, wäre eine Prüfung des Anspruchs auf eine UVG-Invalidenrente angezeigt gewesen (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Aus welchem Grund die Suva keine Rentenprüfung vornahm, kann aufgrund der Akten nicht erklärt werden. Eine Rentenprüfung nahm die Suva auch nicht mit dem Erlass der Verfügung vom 22. Januar 2021 vor, als sie infolge Vorliegens eines medizinischen Endzustandes den Fall abschloss und den Anspruch auf Heilbehandlungsmassnahmen ablehnte, zumal im Zeitpunkt des Fallabschlusses die IV-Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen und somit sämtliche Voraussetzungen gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG erfüllt waren, um den Rentenanspruch des Versicherten zu prüfen.

5.3 Die Beurteilung des Anspruchs auf eine unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente ist hier insbesondere mit Blick auf Art. 21

Abs. 1 UVG von grosser Bedeutung. Mit Art. 21 Abs. 1 UVG wird unter anderem für die Heilbehandlung eine Ausnahme von dem zuvor in Art. 19 Abs. 1 UVG aufgestellten Grundsatz geschaffen, wonach der Anspruch auf Heilbehandlung mit dem Fallabschluss dahinfällt (BGE 143 V 148 E. 5.3.3). Gemäss dieser Bestimmung hat eine versicherte Person Anspruch auf Heilbehandlungskosten, wenn sie unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. b) oder wenn sie zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c). Dem klaren Wortlaut von Art. 21 Abs. 1 UVG nach wird jedoch für diese Heilbehandlungsleistungen vorausgesetzt, dass ein Rentenanspruch vorliegt. Da die Suva den Rentenanspruch des Versicherten noch nicht geprüft hat, steht offen, ob er gegebenenfalls Anspruch auf Heilbehandlungskosten gestützt auf Art. 21 Abs. 1 UVG hat. Es erscheint unter diesen Umständen sachlich gerechtfertigt, die Angelegenheit zur Prüfung der Rentenfrage an die Suva zurückzuweisen.

5.4 Im Zusammenhang mit der in Art. 19 Abs. 1 UVG verankerten Voraussetzung, wonach der Anspruch auf eine Invalidenrente erst zu prüfen ist, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen sind, ist darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle aufgrund des Gesuchs der M. vom 1. September 2021 die Durchführung von beruflichen Massnahmen wiederaufgenommen hat. Aus den IV-Akten ist jedoch nicht ersichtlich, ob diese Massnahmen inzwischen wieder abgeschlossen worden sind. Falls die IV-Eingliederungsmassnahmen noch am Laufen sind, stellte sich die Frage, ob der Versicherte Anspruch auf eine Übergangsrente gemäss Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV hat. Gemäss dieser Bestimmung ist eine Übergangsrente vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an auszurichten, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten ist, jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung erst später gefällt wird. Allerdings reichen laufende Eingliederungsmassnahmen allein nicht aus, um die Suva diesfalls zur Weiterausrichtung der bisherigen Leistungen zu verpflichten. Nach der Rechtsprechung muss der ausstehende Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung Vorkehren betreffen, die geeignet sind, den Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Januar 2014, 8C_588/2013, E. 3.4 und vom 5. September 2013, 8C_205/2013, E. 3.2.4, je mit weiteren Hinweisen). Da die Suva einen solchen Rentenanspruch noch nicht geprüft hat, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden, ob diese Voraussetzung erfüllt ist.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. D. und Dr. E. betreffend medizinischen Endzustand beweiskräftig sind, weshalb darauf abzustellen ist. Es ist demzufolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per April 2021 keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden konnte und deshalb kein Anspruch auf Ausrichtung von Heilbehandlungskosten gemäss Art. 10 UVG besteht. Demgegenüber unterliess es die Suva, den Rentenanspruch des Versicherten zu prüfen, weshalb die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 27. Oktober 2022 zur Prüfung des Rentenanspruchs des Versicherten an die Suva zurückzuweisen ist. Falls ein Rentenanspruch zu bejahen ist und die IV-Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen sind, hat die Suva zu prüfen, ob der Versicherte gestützt auf Art. 21 UVG Anspruch auf Heilbehandlungsmassnahmen hat. Sind dagegen die Eingliederungsmassnahmen noch am Laufen, wird die Suva den Anspruch des Versicherten auf eine Übergangsrente gemäss Art.

30 UVV zu beurteilen haben. Gestützt auf ihre Ergebnisse hat sie sodann über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 6

Gemäss Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das UVG keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). 7.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2). 7.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2022 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Suva zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten auferlegt. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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