

GR_GERICHTE S 2018 58 vom 4. März 2020

GR Gerichte, 2020-03-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2018 58](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_58)

FR: GR_GERICHTE S 2018 58 du 4 mars 2020

IT: GR_GERICHTE S 2018 58 del 4 marzo 2020

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Die Staatsanwaltschaft Y._____ führte gegen A._____ ein Verfahren wegen fahrlässiger Verursachung einer Feuersbrunst durch.

E. 3

A._____ hatte die B._____ AG selber gegründet und war deren Inhaber. Nach dem Brandunfall vom 26. Februar 2016 ging die Firma Konkurs. Sie hatte zuletzt etwa 35 Angestellte und einen Jahresumsatz von 60 Millionen Franken. Nach dem Unfall nahm A._____ keine berufliche Tätigkeit mehr auf. Am 14. Juni 2016 meldete er sich zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an.

E. 4

Nach der Rehabilitation in der RKB verlegte A._____ seinen Wohnsitz nach Graubünden. Er wurde physiotherapeutisch, psychiatrisch, psychotherapeutisch und logopädisch behandelt und es fanden regelmässige haus- und spezialärztliche Verlaufskontrollen statt. Am 30. August 2016 wurde die vom Luftröhrenschnitt zur künstlichen Beatmung herrührende Narbe am Kantonsspital Graubünden (KSGR) operativ korrigiert.

- 3 -

E. 5

Mit Bericht vom 12. Dezember 2016 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine Anpassungsstörung und eine längere depressive Reaktion. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychologischer und psychiatrischer Sicht legte er auf 100 % fest.

E. 6

Auf Veranlassung des Kreisarztes Dr. med. E._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, fanden diverse fachärztliche Kontrollen statt, insbesondere der Haut, der Lungenfunktion und der Augen. In seinem Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Januar 2017 hielt Dr. med. E._____ fest, die ausgedehnten Verbrennungsverletzungen seien mit sehr gutem Resultat zur Ausheilung gelangt, wobei die Narbenhaut weiterhin in erhöhtem Mass pflegebedürftig bleibe. Es lägen Restbeschwerden im Bereich des Schultergürtels mit Muskelverhärtungen vor und am linken Fuss bestünde eine unklare Sensibilitätsstörung. Am 24. Mai 2017 wurde A._____ durch Dr. med. F._____, Konsiliarpsychiater der SUVA, untersucht. Dr. med.

F._____ bestätigte die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, bejahte den natürlichen Kausalzusammenhang zum Brandunfall und attestierte aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Nachdem eine neurologische Abklärung ergeben hatte, dass die Ursache der Gefühlsstörung im linken Fuss wahrscheinlich eine axonale Schädigung bei den plastischen Operationen war, legte der Kreisarzt Dr. med. E._____ mit Bericht vom 28. Juli 2017 die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauleiter aus somatischer Sicht auf 75 % fest. Die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten gab er mit 100 % an. Einen ent-schädigungspflichtigen Integritätsschaden verneinte Dr. med. E._____ mit Stellungnahme vom 24. Oktober 2017.

- 4 -

E. 7

Mit Verfügung vom 12. Oktober 2017 kürzte die SUVA das Taggeld wegen grobfahrlässigen Herbeiführens des Unfalles infolge fahrlässiger Verursachung einer Feuersbrunst um 10 %. Hiergegen erhob A._____ am 31. Oktober 2017 Einsprache. Anlässlich einer persönlichen Vorsprache beantragte er, es sei der Abschluss des Strafverfahrens abzuwarten.

E. 8

Mit Schreiben vom 31. Oktober 2017 teilte die SUVA A._____ mit, sie stelle die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 30. November 2017 ein, und mit Verfügung vom 21. November 2017 sprach sie ihm eine um 10 % gekürzte Rente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % im Betrag von Fr. 2'223.00 pro Monat zu. Sie berücksichtigte nur die organisch bedingten Unfallfolgen, im Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden verneinte sie ihre Leistungspflicht. Den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verneinte sie ebenfalls. Gegen diese Verfügung erhob A._____ am 22. Dezember 2017 Einsprache mit dem Antrag auf Ausrichtung einer vollen Invalidenrente.

E. 9

Die SUVA vereinigte die Einspracheverfahren bezüglich der Verfügungen vom 12. Oktober 2017 (Kürzung Taggelder) und vom 21. November 2017 (Rentenanspruch) und wies mit Einspracheentscheid vom 6. April 2018 beide Einsprachen ab. Die Kürzung der Geldleistungen um 10 % sei gerechtfertigt, der Kürzungstatbestand der fahrlässigen Verursachung einer Feuersbrunst gemäss Art. 222 Abs. 1 StGB sei erfüllt. Der Rentenanspruch sei korrekt festgelegt worden. Es seien nur die somatischen Beschwerden zu berücksichtigen, es bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall. Der Unfall sei als mittelschwer einzustufen und die bundesgerichtlichen Adäquanzkriterien seien allesamt nicht erfüllt.

E. 10

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) am 8. Mai 2018 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte die Aufhebung des angefochte-

- 5 - nen Einspracheentscheides und die Zusprache einer vollen Invalidenrente, eventuell die Zurückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Neu Beurteilung. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, die psychischen Beschwerden stünden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall. Er stützte sich dabei

einerseits auf den Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F._____ vom 10. Juli 2017 und argumentierte andererseits, die Ausführungen der SUVA zum adäquaten Kausalzusammenhang seien mehrheitlich unzutreffend. Dass die SUVA im Einspracheverfahren keine Stellungnahme von Dr. med. D._____ zur adäquaten Kausalität eingeholt habe, stelle eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar.

E. 11

Die SUVA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2018 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf den angefochtenen Einspracheentscheid und ergänzte, auch wenn Dr. med. F._____ die natürliche (Teil-)Kausalität der psychischen Beschwerden bejaht habe, sei diese vorliegend nicht deckungsgleich mit der adäquaten Kausalität. Letztere sei nicht eine medizinische, sondern eine rechtliche Fragestellung, so dass die vom Beschwerdeführer geforderte Einholung einer Stellungnahme beim behandelnden Psychiater Dr. med. D._____ untauglich sei. Sie habe die adäquate Kausalität richtigerweise anhand der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen gemäss BGE 115 V 133 geprüft und die einzelnen Adäquanzkriterien korrekt beurteilt.

E. 11.1

Der Konsiliarpsychiater Dr. med. F._____ und der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ sind sich darin einig, dass der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode mit chronifiziertem Verlauf litt (SUVA-act. 136, 186 S. 25 und 239). Dr. med. D._____ diagnostizierte zusätzlich eine Anpassungsstörung und eine PTBS (SUVA-act. 136, 157, 239). Bei all diesen psychischen Beeinträchtigungen handelt es sich um organisch nicht objektiv ausgewiesene Gesundheitsschäden. Wie bereits erwähnt, ist es bei solchen organisch nicht objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden sinnvoll, nicht erst den natürlichen Kausalzusammenhang zu prüfen, sondern vorneweg zu klären, ob ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. vorne E.7). Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet dabei das objektiv erfassbare Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften und die unmittelbar beim Unfall erlittenen Verletzungen (BGE 140 V 356 E.5.1, 134 V 109 E.10.1 und 115 V 133 E.6). Nicht zu berücksichtigen sind das subjektive Erleben des Unfalls durch die verunfallte Person und die Folgen, welche sich im Lauf der Zeit als Reaktion auf den Unfall entwickeln (BGE 140 V 356 E.5.3, 115 V 133 E.6). Vorliegend stufte die SUVA den Unfall im angefochtenen Einspracheentscheid als mittelschwer im engeren Sinn ein. Wie nachfolgend gezeigt wird, ist dies nicht korrekt.

E. 11.2

Der Beschwerdeführer verunfallte am Abend des 26. Februar 2016 in seinem Privathaus in X._____. Der Unfallhergang ist nicht ganz klar. Der Beschwerdeführer selber erinnert sich nicht an den Unfall. Gegenüber dem Konsiliarpsychiater Dr. med. F._____ erklärte er, er könne sich nicht vor-

- 20 - stellen, dass er den Brand selber verursacht habe. Er habe nie im Bett geraucht, vermutlich sei der Brand von einem seiner Feinde gelegt worden (SUVA-act. 186 S. 15). Gegenüber dem behandelnden Psychiater Dr. med. D._____ gab der Beschwerdeführer

hingegen an, er sei mit einer Zigarette ins Bett gegangen und eingeschlafen (SUVA-act. 136 S. 2). Gemäss Poli- zeirapport alarmierte die Ehefrau des Beschwerdeführers die Leitzentrale, weil sich im Schlafzimmer des Beschwerdeführers im Untergeschoss Rauch entwickelt hatte. Die Feuerwehr fand den Beschwerdeführer bewusstlos neben seinem brennenden Bett am Boden liegend auf. Im Poli- zeirapport wurde ein Versehen mit Raucherwaren als wahrscheinlichste Ursache für den Brand angegeben (SUVA-act. 5). Gegen den Beschwerdeführer wurde ein strafrechtliches Verfahren wegen fahrlässiger Verursachung einer Feuersbrunst eröffnet, Angaben zum Ausgang dieses Verfahrens finden sich aber nicht in den Akten. Fest steht, dass der Beschwerdeführer zunächst notfallmässig mit dem Rettungswagen ins Universitätsspital Y._____ eingeliefert und von dort mit der REGA ins Zürich überführt wurde. Bei Eintritt ins Zürich lagen Verbrennungen der Grade IIa und IIb an 31.5 % der Körperoberfläche vor. Betroffen waren Kopf (3 %), Stamm ventral (2 %), Stamm dorsal (15 %), rechter Oberarm (4 %), rechter Unterarm (2 %), rechte Hand (0.5 %), linker Oberarm (3 %) und linker Unterarm (2 %). Zudem lag ein schweres ARDS infolge eines Rauchgasinhalationsstadiums Stadium III mit Kohlenmonoxidvergiftung und Verdacht auf Zyanidvergiftung vor. Der Score nach ABSI (Abbreviated Burn Severity Index) lag bei 9, was einer ernsten Situation mit einer Sterbewahrscheinlichkeit von 30 bis 50 % entspricht (www.pschyrembel.de, Suchbegriff «ABSI», zuletzt besucht am 4. März 2020; SUVA-act. 176 S. 1).

E. 11.3

Vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Kasuistik ist der Unfall des Beschwerdeführers als schwer im mittleren Bereich oder gar als mittelschwer im Grenzbereich zu schwer einzustufen. Dies ergibt sich durch den

- 21 - Vergleich mit den nachstehend aufgeführten Unfällen, welche das Bundesgericht alle als mittelschwer im engeren Sinn einstuft. - Ein Versicherter trat in heisse Sodaasche und zog sich dabei erst- und zweitgradige Verbrennungen/Verätzungen an beiden Unterschenkeln, insgesamt an rund 5 % der Körperoberfläche, zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E.4.2). - Ein Versicherter erlitt beim Revidieren eines Elektrofilters einen Starkstromunfall. Er hatte eine Eintrittswunde mit drittgradiger Verbrennung der Grosszehe am rechten Fuss und eine Austrittswunde mit drittgradiger Verbrennung der fünften Zehe am linken Fuss. Er blieb bei Bewusstsein und konnte per Mobiltelefon selber Hilfe herbeirufen (Urteil des Bundesgerichts 8C_89/2012 vom 10. Mai 2012 E.6.1) - Eine Versicherte verbrühte sich beim Öffnen eines Steamers im Bereich der Schulter, des Thorax und des Vorderarms. Betroffen waren 11 % der Körperoberfläche und die Verbrühungen waren erst- und zweitgradig (Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2011 vom 13. Februar 2012 E.4.2). - Ein Versicherter hob in einer Giesserei beim Giessen einer Pressplatte den Stopper beim Einfüllloch leicht an, worauf ihm flüssiges Aluminium entgegen spritzte. Er zog sich Verbrennungen dritten Grades am linken Arm, an der linken sowie an der rechten Hand und am linken Fussrücken zu (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 212/04 vom 4. Oktober 2004 E.2.3.1 und 2.3.2). - Eine Versicherte nahm eine Pfanne mit überhitztem Fett vom Herd. Dabei entzündete sich das Fett und ergoss sich teilweise auf ihren rechten Unterschenkel und Fuss. Die Verbrennungen waren zweitgradig und betrafen 4 % der Körperoberfläche (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 143/02 vom 25. Oktober 2002 E.3.3). - Ein Versicherter arbeitete mit einer benzinbetriebenen Kettensäge. Diese fing Feuer und der Versicherte zog sich Verbrennungen zweiten Grades an der rechten Hand und dem rechten

Unterarm zu (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 393/01 vom 26. April 2002 E.3). Im Vergleich zu diesen vom Bundesgericht als mittelschwer im engeren Sinn eingestuften Unfällen erscheint das Unfallgeschehen im vorliegenden Fall deutlich heftiger. Der Beschwerdeführer war als Bewusstloser in einem brennenden Raum klarerweise stärkeren schädigenden Kräften ausgesetzt als die Betroffenen in den Vergleichsfällen, einerseits durch die grossflächige Einwirkung des Feuers auf seinen Körper und andererseits durch

- 22 - das Einatmen des giftigen Rauches. Dies zeigt sich auch darin, dass die Verletzungen des Beschwerdeführers deutlich schwerer waren als die Verletzungen in den Vergleichsfällen. Beim Beschwerdeführer bestand aufgrund der grossflächigen Verbrennungen und des Lungenversagens Lebensgefahr, in den Vergleichsfällen hingegen war der Zustand der Verunfallten nicht lebensbedrohlich, es waren viel kleinere Anteile der Körperoberfläche betroffen und es lag auch keine Lungenschädigung vor.

E. 11.4

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, die wie der vorliegende dem mittleren Bereich zuzuordnen sind, nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E.10.1). Solche unfallbezogenen Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken (BGE 115 V 133 E.6c/aa). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem mittelschweren Unfall sind die Adäquanzkriterien von BGE 115 V 133 E.6c/aa anzuwenden. Diese Kriterien lauten wie folgt (BGE 129 V 177 E.4.1, 115 V 133 E.6c/aa, Urteil des Bundesgerichts 8C_473/2019 vom 11. November 2019 E.5.1): - 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

- 23 - körperliche Dauerschmerzen - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit

E. 11.5

Ist ein Unfall - wie der vorliegende zu beurteilende - als schwererer Unfall im mittleren Bereich oder gar als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen, so genügt die Erfüllung eines einzigen Adäquanzkriteriums, um den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden als adäquat erscheinen zu lassen (BGE 115 V 133 E.6c/bb, Urteile des Bundesgerichts 8C_308/2014 vom

E. 11.6

Es werden nun die einzelnen Adäquanzkriterien geprüft. Dabei sind die psychischen Aspekte nicht mit einzubeziehen, sondern nur die körperlichen beziehungsweise somatischen Aspekte zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E.2.1 und 6.1). Diese somatischen Aspekte lassen sich nach der Rechtsprechung ab dem Zeitpunkt zuverlässig beurteilen, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E.6.1). Im vorliegenden Fall war dieser somatische Endzustand gemäss den Berichten des Kreisarztes Dr. med. E._____ bereits im Sommer 2017 erreicht (vgl. vorne E.6), so dass die SUVA bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 6. April 2018 auf verlässliche Grundlagen abstellen konnte.

E. 11.7

Im Rahmen des ersten Adäquanzkriteriums wird geprüft, ob besonders dramatische Begleitumstände vorliegen oder ob dem Unfall des Beschwerdeführers eine besondere Eindrücklichkeit zukommt. Der Berücksichtigung dieses Kriteriums 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, 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 (BGE 140 V 356 E.5.6.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2015 vom 15. Januar 2016 E.3.5). Vorliegend verneinte die SUVA dieses Adäquanzkriterium mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei bewusstlos aufgefund worden und habe keine Erinnerung an den Unfall. Dem kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers gefolgt werden. Der Beschwerdeführer wurde von der Feuerwehr bewusstlos aufgefund (SUVA-act. 5 S. 8) und nach dem Unfall gab er stets an, er erinnere sich nicht an das Unfallgeschehen (Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F._____ vom 10. Juli 2017 [SUVA-act. 186 S. 17], Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ vom 16. August 2018 [Beilage des Beschwerdeführers (Bf-act.) 3 S. 2]).

Nach der Rechtsprechung kann dem Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls bei einem Verunfallten ohne Erinnerung an das Unfallgeschehen nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall und die damit verbundenen Begleitumstände gegeben wäre (Urteile des Bundesgerichts 8C_473/2019 vom 11. November 2019 E.5.2, 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E.7.1 und 8C_721/2011 vom 11. November 2011 E.5.1). Nicht gefolgt werden kann dem Argument des Beschwerdeführers, die Begleitumstände seien insoweit dramatisch, als er nach einem Monat aus dem Koma erwacht sei und gleich habe feststellen müssen, dass seine ganze Existenz zerstört sei. Dies, weil bei der

- 25 - Prüfung dieses ersten Adäquanzkriteriums nur solche Umstände zu berücksichtigen sind, welche in unmittelbarem und zeitlich sehr engem Zusammenhang mit dem eigentlichen Unfallereignis stehen.

E. 11.8

Das zweite Adäquanzkriterium besteht in der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Nach der Rechtsprechung sind schwere Verbrennungen, insbesondere, wenn sie mit bleibenden Hautdefekten an sichtbaren Stellen verbunden sind, erfahrungsgemäss geeignet, zu psychischen Fehlentwicklungen zu führen (Urteil des Bundesgerichts U 143/02 vom 25. Oktober 2002 E.3.3). Bei kleinflächigen Verbrennungen hat das Bundesgericht hingegen wiederholt festgehalten, eine generelle Eignung von Verbrennungen zur Auslösung psychischer Fehlentwicklungen sei nicht ohne Weiteres zu bejahen (Urteile des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E.4.2.2, 8C_435/2011 vom 13. Februar 2012 E.4.2.7). Vorliegend verneinte die SUVA dieses Adäquanzkriterium mit der Begründung, die Verbrennungen seien gut ausgeheilt und es würden keine sichtbaren Narben verbleiben. Diese Begründung ist ungenügend. Die SUVA liess zu Unrecht unberücksichtigt, dass der Beschwerdeführer mit den Verbrennungen zweiten Grades an 31,5 % der Körperoberfläche und mit dem ARDS eine lebensbedrohliche Verletzung erlitt, welche eine lange dauernde intensivmedizinische Behandlung notwendig machte. Sodann trifft es nicht zu, dass keine sichtbaren Narben verblieben. Gemäss dem Bericht von Dr. med. G._____ vom 22. September 2016 präsentierte sich der Beschwerdeführer mit multiplen Narben und Pigmentverschiebungen im Sinne einer Hypopigmentierung im Bereich des Stamms, wobei im Bereich der dorsalen Schultern zum Teil noch aktive, indurierte (verhärtete), hypertrophe (gerötet-wulstige) Narben bestanden (SUVA-act. 106 S. 1). Aus der Fotodokumentation des Zürich vom 19. August 2016 geht sodann eindrücklich hervor, dass der Beschwerdeführer nicht nur am Stamm auffällige Hautveränderungen hatte, sondern auch an

- 26 - den Armen und am Nacken, mithin an Stellen, die oftmals nicht durch Kleidung verdeckt werden (SUVA-act. 90). Entsprechend macht der Beschwerdeführer zu Recht geltend, er sei an Armen, Rücken und Schultern erheblich entstellt. Weiter liess die SUVA unberücksichtigt, dass bei grossflächigen Verbrennungen mit vielen Narben eine erhöhte Gefahr zur Ausbildung von Basaliomen (Basalzellenkrebs) oder Spinaliomen (Plattenepithelkrebs) besteht (Bericht von Dr. med. G._____ vom 22. September 2016 [SUVA-act. 106 S. 2]). Beim Beschwerdeführer weckte denn auch im Herbst 2016 eine Hautveränderung zwischen den Schulterblättern den Verdacht auf ein Basaliom. Zwar bestätigte sich dieser Verdacht nicht (Bericht von Dr. med. G._____ vom 3. November 2016 [SUVA-act. 122]), aber es ist sehr wahrscheinlich, dass dieses Vorkommnis eine beträchtliche zusätzliche psychische Belastung darstellte. Entgegen der Ansicht der SUVA ist die Verbrennungsverletzung des Beschwerdeführers angesichts der grossflächigen und teilweise sichtbaren Vernarbungen und Pigmentveränderungen und angesichts der gesteigerten Anfälligkeit für Hautkrebs geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer neben der Verbrennung sehr stark durch das ARDS belastet war. Er wurde noch an der Unfallstelle durch die Sanität intubiert (Bericht des Universitätsspitals Y._____ vom 27. Februar 2016 [SUVA-act. 190]) und im Zürich konnte nur unter maximal-invasiver künstlicher Beatmung und kinetischer Therapie ein zufriedenstellender Gasaustausch erreicht werden. Weil die Entwöhnung von der maschinellen Atemunterstützung ungewöhnlich lange nicht möglich war, musste circa zwei Wochen nach dem Unfall ein Luftröhrenschnitt gemacht und die künstliche Beatmung für ungefähr einen Monat über diesen fortgesetzt werden (Austrittsbericht des Zürich vom 11. Mai 2016 [SUVA-act. 176 S. 3]). Dass auch diese gravierende Atemproblematik geeignet war, psychische Probleme auszulösen, erscheint naheliegend. Gesamthaft betrachtet ist

somit das Kriterium der Schwere der erlittenen Verletzungen angesichts der lebensbedrohlichen Verletzungen, der grossflächigen Vernarbung und Pigmentveränderung, der langdauernden

- 27 - künstlichen Beatmung und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass ein Unfall dieses Ausmasses auch eine zuvor gesunde Person verunsichern und psychisch destabilisieren kann, erfüllt.

E. 11.9

Dieses eine erfüllte Adäquanzkriterium genügt bereits, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Brandunfall und den psychischen Beschwerden zu bejahen, weil der Brandunfall des Beschwerdeführers wie gezeigt als schwererer Unfall im mittleren Bereich oder gar als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen ist (vgl. vorne E.11.3). Im Sinne einer Bestätigung des Vorliegens des adäquaten Kausalzusammenhangs wird nachfolgend aufgezeigt, dass auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen erfüllt ist.

E. 11.9.1

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt oder verzögert haben. Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und auf erhebliche Komplikationen geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E.4.2.4). Dabei stellen kleinere Rückschritte im Heilungsverlauf noch keine erhebliche Komplikation dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E.3.5). Auch der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.10.3).

E. 11.9.2

Vorliegend wurde der Heilungsverlauf in der ersten Zeit nach dem Unfall während dem Aufenthalt im Zürich durch folgende somatische Komplikationen beeinträchtigt (Austrittsbericht des Zürich vom 11. Mai 2016 [SUVA-act. 176 S. 1]):

- 28 - - Akutes Nierenversagen am 27. Februar 2016, welches über mehrere Wochen Dialyse notwendig machte - Paroxysmales (anfallartiges) tachykardes (mit einer gesteigerten Herzfrequenz einhergehendes) Vorhofflimmern mit dreimaliger vergeblicher Elektroschock-Therapie am 1. März 2016 - Teil-Thrombose der Vena jugularis (Halssvene) rechts am 17. März 2016 - Pseudomonas Bakteriämie (Einschwemmung von Pseudomonas Bakterien in den Blutkreislauf, eine bei Verbrennungswunden oft tödliche infektiöse Komplikation, www.msmanuals.com mit Suchbegriff «Pseudomonas», zuletzt besucht am 4. März 2020) am 18. März 2016 - Pneumonie (Lungenentzündung) im Zusammenhang mit der künstlichen Beatmung ebenfalls am 18. März 2016 - Parese (unvollständige Lähmung) des Nervus hypoglossus (die Zunge innervierender Nerv) und des Nervus glossopharyngeus (die Zunge und den Rachen innervierender Nerv) am 6. April 2016 > in der Folge Refluxproblematik (Rückfluss von Flüssigkeiten aus dem Magen in die Speiseröhre) mit unkontrolliertem Übertritt in die Luftröhre und mit Aspiration (Eindringen in die Atemwege) > Schluckstörung und leichte Dysphonie (Stimmstörung; Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F._____ vom 10. Juli 2017 [SUVA-act. 186 S. 21]) - Parese des Nervus facialis (Gesichtsnerv) am 6. April 2016 - Okulärer Hypertonus (Erhöhung des

Augeninnendrucks) am 27. März 2016 - Hyperaktives Delir - Protrahiertes Weaning (Entwöhnung vom Beatmungsgerät) und künstliche Beatmung über einen Luftröhrenschnitt (vgl. oben E.11.8) Während des Aufenthalts in der RKB traten weitere Komplikationen auf (Austrittsbericht der RKB vom 7. Juli 2016 [SUVA-act. 51]):

- 29 - - Hypothyreote Stoffwechsellage (Unterversorgung mit Schilddrüsenhormonen) - Diabetische Stoffwechsellage - Siccaproblematik (Trockenheit der Augen) - Optikusneuropathie inferior beidseits (Schädigung des Sehnervs) mit entsprechenden Ausfällen des Gesichtsfelds (Bericht von Dr. med. H._____ vom 5. Oktober 2016 [SUVA-act. 113]) - Bauchkrämpfe (Psychosomatisches Konsilium vom 15. Juni 2016 [SUVA-act. 57 S. 2]) - Sensibilitätsstörung am linken Fuss (SUVA-act. 51 S. 6) Und schliesslich war der Heilungsprozess aus somatischer Sicht auch nach den Klinikaufenthalten beeinträchtigt: - Der im Zürich zur künstlichen Beatmung vorgenommene Luftröhrenschnitt musste im KSGR operativ mit einer Tracheostomaverschlussplastik versorgt werden (Operationsbericht vom 30. August 2016 [SUVA-act. 98]). - Anfangs November 2016 stürzte der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Gefühlsstörung am linken Fuss in der Dusche und brach sich die Fibula (Wadenbein; Bericht des Kreisarztes Dr. med. E._____ vom 16. Januar 2017 [SUVA-act. 143 S. 3 f.]). - Am linken Arm zeigte sich ebenfalls ein gefühlloses Areal (Bericht des Kreisarztes Dr. med. E._____ vom 16. Januar 2017 [SUVA-act. 143 S. 3]).

E. 11.9.3

Die Aufzählung in der vorstehenden Erwägung zeigt, dass sich beim Beschwerdeführer nach dem Brandunfall nebst der eigentlichen Verbrennungs- und Lungenproblematik zahlreiche weitere, zum Teil gravierende gesundheitliche Problemfelder auftaten. Dass dies für den Beschwerdeführer psychisch äusserst belastend war, ist leicht nachvollziehbar. Der schwierige Heilungsverlauf und das Auftreten immer neuer Komplikationen

- 30 - waren sicherlich geeignet, eine krankhafte psychische Reaktion auf den Unfall zu fördern. 12. Es hat sich gezeigt, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Brandunfall vom 26. Februar 2016 und den psychischen Beschwerden entgegen der Ansicht der SUVA zu bejahen ist, weil sowohl das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen als auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs erfüllt sind und weil beim vorliegenden Unfall bereits ein erfülltes Adäquanzkriterium genügt (vgl. vorne E.11.5). 13. Der Beschwerdeführer macht geltend, die SUVA habe bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Dies trifft nicht zu. Die psychiatrischen Einschätzungen haben für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs keine Bedeutung, handelt es sich doch dabei nicht um eine medizinische, sondern um eine rechtliche Fragestellung und sind die psychischen Aspekte im Rahmen der vorliegend anzuwendenden Psychopraxis gemäss BGE 115 V 133 auszublenden (BGE 141 V 330 E.6.2.3, vgl. vorne E.7 und E.11.6). Die SUVA hat deshalb zu Recht bei der Adäquanzprüfung nicht auf die Ausführungen des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F._____ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ abgestellt und sie hat zu Recht auf die Einholung einer Stellungnahme von Dr. med. D._____ zur adäquaten Kausalität verzichtet. 14. Wie bereits dargelegt (vgl. vorne E.7) setzt die Leistungspflicht des Unfallversicherers kumulativ einen natürlichen und einen adäquaten Kausalzusammenhang voraus (BGE 141 V 574 E.5.2, 129 V 177 E.3.3). Im Folgenden wird deshalb auch der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Brandunfall geprüft. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs

sind dabei alle Umstände,

- 31 - ohne deren Vorhandensein der eingetretene gesundheitliche Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E.3.1). Zur Abklärung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen (BGE 122 V 157 E.1b). Vorliegend standen in diesem Zusammenhang bei Erlass des Einspracheentscheids am 6. April 2018 folgende Unterlagen zur Verfügung: Austrittsbericht des Zürich vom 11. Mai 2016: Der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Es liege eine multimodale Belastungssituation bei Arbeitsüberlastung, konsekutiv insuffizienten Coping Strategien, familiären Konflikten und anderem vor. Die Krankheit bestehe seit mindestens zwölf Monaten (SUVA-act. 176 S. 3). Psychosomatisches Konsilium der RKB vom 15. Juni 2016: Es liege eine schwere depressive Episode ohne psychiatrische (recte: psychotische) Symptome vor. Offenbar bestehe seit mindestens zwölf Monaten vor dem Unfall eine multiple psychosoziale Belastungssituation, die zur Entwicklung der Krankheit geführt habe. Der Versuch eines Copings mittels Alkohol habe zu einer Alkoholabhängigkeit geführt (SUVA-act. 57). Austrittsbericht der RKB vom 7. Juli 2016: Der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (SUVA-act. 51 S. 2). Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. _____ vom 12. Dezember 2016: Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 21. Juli 2016. Er leide unter einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und unter einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Hauptsächliche Belastungsfaktoren seien der Unfall, der Konkurs der eigenen Firma und die Scheidung (SUVA-act. 136). Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F. _____ vom 10. Juli 2017: Der Beschwerdeführer leide unter einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome seit dem Erwachen nach dem Brandunfall (SUVA-act. 186 S. 25). Entgegen den Angaben in den Austrittsberichten des Zürich und der RKB sei der Beschwerdeführer vor dem Brandunfall nicht depressiv gewesen. Hätte bereits damals eine schwere depressive Episode vorgelegen, so hätte er die psychisch stark belastende und in kognitiver Hinsicht anspruchsvolle Tätigkeit als Leiter einer Baufirma nicht bis wenige Stunden vor dem Brand in einem vollen Arbeitspensum ausüben können (SUVA-act. 186 S. 20). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es ohne den Brand und den durch

- 32 - den Treuhänder während des Kommas eingeleiteten Konkurs nicht zur Entwicklung des schweren depressiven Zustandes gekommen wäre. Wahrscheinlich hätte der Beschwerdeführer seinen damaligen Alkoholkonsum noch länger fortgesetzt, aber dieser hätte überwiegend wahrscheinlich keinen erheblichen Einfluss auf seine berufliche Leistungsfähigkeit und den Geschäftsgang gehabt. Die körperlichen Unfallfolgen seien erheblich gewesen und hätten zum schlechten psychischen Verlauf ein Stück weit beigetragen. Vor allem wäre der Verlauf in sozialer Hinsicht ohne das Unfallereignis nicht derart dramatisch und belastend gewesen. Ohne den Brand hätte der Beschwerdeführer selbst weiterhin den Geschäftsverlauf bestimmt und sehr wahrscheinlich wäre es nicht zu einem Konkurs gekommen. Falls das Unfallereignis nicht aufgetreten wäre, wäre auch die damalige Ehefrau psychisch deutlich weniger belastet gewesen, weshalb sie sich wohl eher nicht vom Beschwerdeführer distanziert hätte. Immerhin hätte sie dies davor trotz der teilweise schwierigen Beziehung nicht getan. Langfristig deutlich am schwersten wiege der Verlust der

eigenen Baufirma auf diese zutiefst demütigende Art und Weise. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei somit ein natürlicher, teilkausaler Zusammenhang zwischen dem Brandunfall und den aktuell vorliegenden Beschwerden und Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen. Ohne dieses Unfallereignis wäre es überwiegend wahrscheinlich nicht zur Entwicklung des schwer depressiven Zustandsbildes gekommen (SUVA-act. 186 S. 26). Gemäss den zitierten Berichten waren sich alle involvierten Fachpersonen darin einig, dass der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome litt. Während die Ärzte des Zürich und der RKB den Beginn der Störung vor dem Brandunfall ansiedelten, ging der Konsiliarpsychiater Dr. med. F._____ davon aus, dass die depressive Störung erst nach dem Unfall begann. Diese letztere Sichtweise vermag zu überzeugen. Dr. med. F._____ setzte sich eingehend mit der Sichtweise der Ärzte des Zürich und der RKB auseinander und entkräftete sie mit einleuchtenden, nachvollziehbaren Überlegungen und unter Einbezug von glaubhaften Aussagen der damaligen Ehefrau des Beschwerdeführers. Er stützte sich dabei in nachvollziehbarer Weise auf die Tatsache ab, dass der Beschwerdeführer nicht bis zum Unfall eine Baufirma mit 35 Angestellten hätte führen können, wenn er zuvor schon monatelang schwer depressiv gewesen wäre. Dr. med. F._____ begründete sodann in überzeugender Weise, dass eine natürliche Kausalität zwischen dem Brandunfall und der

- 33 - depressiven Störung besteht. In seinem im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht vom 16. August 2018 bestätigte Dr. med. D._____ die Sichtweise von Dr. med. F._____ vollumfänglich (Bf-act. 3). Auf diese übereinstimmende Sichtweise von Dr. med. F._____ und Dr. med. D._____ kann abgestellt werden, so dass vorliegend nebst dem adäquaten auch der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen ist. Die SUVA hat demzufolge bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers zu Unrecht nicht mit einbezogen. 15. Geklärt wird nun, in welchem Umfang der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht arbeitsbeziehungsweise erwerbsunfähig war. Diesbezüglich präsentierte sich die Aktenlage bei Erlass des Einspracheentscheids wie folgt: Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ vom 12. Dezember 2016: Der Beschwerdeführer leide unter einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und unter einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Aus psychologischer und psychiatrischer Sicht sei er zu 100 % arbeitsunfähig (SUVA-act. 136). Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ vom 16. März 2017: Zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen bestehe nun ein Verdacht auf PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung). Es liege noch immer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (SUVA-act. 157 S. 1 und 3). Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F._____ vom 10. Juli 2017: Der Beschwerdeführer leide unter einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Der Verlauf sei chronifiziert und es lägen gewisse posttraumatische Symptome wie Alpträume und intrusive Erinnerungen vor (SUVA-act. 186 S. 25). Die Kriterien einer Anpassungsstörung würden durch die Schwere der depressiven Reaktion weit überschritten und das Vollbild einer PTBS sei unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der ICD-10 nicht erfüllt (SUVA-act. 186 S. 24). Aufgrund des schwer depressiven Zustandes bestünden multiple, insgesamt schwere funktionelle Beeinträchtigungen: Defizite von Konzentrations- und Merkfähigkeit, verminderter Antrieb, erhöhte Erschöpfbarkeit, vermindertes Durchhaltevermögen, stark beeinträchtigte emotionale Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit (SUVA-act. 186 S. 26). Es liege eine volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vor (SUVA-act. 186 S. 27). Eine erhebliche, anhaltende Besserung

- 34 - des psychischen Zustandsbildes mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten (SUVA-act. 186 S. 28). Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ vom 12. Dezember 2017: Der Beschwerdeführer leide unter einer PTBS (ICD-10 F43.1) mit Nachhallerinnerungen (Flashbacks) und Alpträumen und an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1 und F32.2). Er sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (SUVA- act. 239). 16. Gemäss den in der vorstehenden Erwägung zitierten Berichten waren sich alle involvierten Fachpersonen darin einig, dass der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome litt. Dr. med. F._____ und Dr. med. D._____ stimmten zudem in all ihren Berichten darin überein, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig war. Darauf kann abgestellt werden, es sind keine Aspekte ersichtlich, welche Zweifel an der Einschätzung der beiden Fachärzte wecken würden. Mit seinem im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht vom 16. August 2018 bestätigte Dr. med. D._____ vielmehr erneut, dass der Beschwerdeführer bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei, dass es trotz intensiver psychologischer, psychiatrischer und medikamentöser Behandlung bis heute nicht zu einer Verbesserung der psychischen Krankheit gekommen und dass mit einer langfristigen Invalidität zu rechnen sei (Bf-act. 3). Dass sich Dr. med. F._____ und Dr. med. D._____ bezüglich der Frage, ob neben der depressiven Störung noch weitere psychische Krankheiten vorlagen, nicht einig sind, ist angesichts der übereinstimmenden Einschätzung der vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit unerheblich.

E. 12

In seiner Replik vom 3. September 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinem Standpunkt fest und reichte einen Bericht von Dr. med. D._____ vom

E. 16

August 2018 ein. Zudem wies er darauf hin, dass ihm von der IV voraussichtlich eine ganze Rente ab dem 1. Februar 2017 gewährt werde. 13. Mit Schreiben vom 13. September 2018 verzichtete die SUVA auf eine umfassende Duplik und wies darauf hin, dass sich an der rechtlichen und nicht

- 6 - medizinischen Fragestellung der Adäquanz durch das Schreiben von Dr. med. D._____ vom 16. August 2018 nichts ändere. Auf die weiteren Ausführungen im Einspracheentscheid und in den Rechtschriften sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Angefochten ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 6. April 2018. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen diesen Entscheid Beschwerde erhoben werden. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden ist aufgrund von Art. 57 ATSG und Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung der Beschwerde sachlich zuständig. Auch die örtliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts ist gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG gegeben, hatte doch der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz zur Zeit der Beschwerdeerhebung im Kanton Graubünden. Als formeller und materieller Adressat ist der Beschwerdeführer vom angefochtenen Entscheid unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Überdies wurde die Beschwerde frist-

und formgerecht beim Verwaltungsgericht eingereicht (Art. 60, Art. 38 Abs. 1, Art. 38 Abs. 4 lit. a und Art. 61 lit. b ATSG). Demzufolge ist auf die Beschwerde einzutreten. 2. Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die SUVA dem Beschwerdeführer zu Recht eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 25 % zusprach.

- 7 - Zentral ist dabei die Frage, ob die SUVA bei der Bemessung des Invaliditätsgrades zu Recht ausschliesslich die somatisch bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers berücksichtigte, mithin ob die SUVA zu Recht die psychisch bedingten Beschwerden mangels adäquatem Kausalzusammenhang zum Unfall ausser Acht liess. Bei der Beurteilung der streitigen Fragen ist der Sachverhalt zu berücksichtigen, der sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 6. April 2018 verwirklicht hat (BGE 142 V 337 E.3.2.2, 127 V 102 E.5e). Massgeblich ist dabei der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 15 E.3.1, 138 V 218 E.6). 3. Nicht streitig ist die Frage, ob dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung zusteht. In ihrer Verfügung vom 21. November 2017 verneinte die SUVA den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (SUVA-act. 224 S. 3), was der Beschwerdeführer weder in seiner Einsprache vom 22. Dezember 2017 (SUVA-act. 235) noch in der vorliegenden Beschwerde beanzwandete. Ebenfalls nicht streitig ist die Frage, ob die SUVA den Rentenanspruch des Beschwerdeführers in ihrer Verfügung vom 21. November 2017 zu Recht gestützt auf Art. 37 Abs. 3 UVG um 10 % kürzte (SUVA-act. 224 S. 1). In seiner Beschwerdeschrift führte der Beschwerdeführer explizit aus, mit der Beschwerde werde «lediglich noch die Kürzung der Rente auf 25 % angefochten» (Beschwerde S. 3 Ziff. 8).

Nicht streitig ist schliesslich im vorliegenden Verfahren die Kürzung der Taggelder um 10 % durch die Verfügung vom 12. Oktober 2017 (SUVA-act. 203 S. 1). Zwar erhob der Beschwerdeführer gegen diese Verfügung am 31. Oktober 2017 Einsprache (SUVA-act. 211), in der vorliegenden Beschwerde verzichtete er aber auf einen diesbezüglichen Antrag und es fin-

- 8 - den sich auch keinerlei Ausführungen zur Frage der Kürzung der Taggelder. 4. Bezüglich des anwendbaren Rechts ist zu beachten, dass am 1. Januar 2017 die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten sind. Gemäss Abs. 1 der einschlägigen Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend ereignete sich der Unfall am 26. Februar 2016, so dass grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Bestimmungen Anwendung finden. Auf eine Differenzierung von bisherigem und neuem Recht kann indessen verzichtet werden, da sich die für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze nicht geändert haben. 5. Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen oder Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Vorliegend sind sich die Parteien zu Recht darin einig, dass der Beschwerdeführer bei dem Brand in seinem Wohnhaus am 26. Februar 2016 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitt. 6. Eine versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG) und auf ein Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit (Art. 16 Abs. 1

UVG). Dieser Anspruch fällt dahin, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (Art. 19

- 9 - Abs. 1 UVG). Vorliegend stellte die SUVA die Kostenübernahme für die Heilbehandlung und die Taggelder per 30. November 2017 ein. Dies wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Aus den Berichten des Kreisarztes Dr. med. E._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, geht hervor, dass aus somatischer Sicht ab Sommer 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein stabiler Endzustand vorlag. Bereits mit Bericht vom 16. Januar 2017 hielt Dr. med. E._____ fest, die ausgedehnten Verbrennungsverletzungen seien mit sehr gutem Resultat zur Ausheilung gelangt und die Restbeschwerden im Bereich des Schultergürtels mit sekundären Myogelosen (Muskelverhärtungen) würden sich wahrscheinlich im Laufe der nächsten drei bis vier Monate weiter zurückbilden (SUVA-act. 143 S. 4). Mit Bericht vom 6. April 2017 ergänzte er, die Sensibilitätsstörungen am linken Arm und am linken Bein seien wahrscheinlich bleibende Unfallfolgen (SUVA-act. 164 S. 2) und schliesslich legte er mit Bericht vom 28. Juli 2017 die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauleiter unter Berücksichtigung der Sturzfahrt durch die Sensibilitätsstörungen anhaltend auf 75 % fest (SUVA-act. 194 S. 2). Auch aus psychiatrischer Sicht war im Sommer 2017 ein stabiler Endzustand erreicht. In seinem Bericht vom 10. Juli 2017 schrieb Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Konsiliarpsychiater der SUVA, der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) mit gewissen posttraumatischen Symptomen bei chronifizierendem Verlauf und eine erhebliche, anhaltende Besserung des psychischen Zustandsbildes mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten (SUVA-act. 186 S. 27 f.). Einem Fallabschluss per 30. November 2017 standen schliesslich auch keine Eingliederungsmassnahmen der IV entgegen (SUVA-act. 47). Die SUVA legte somit den Rentenbeginn zu Recht auf den 1. Dezember 2017 fest.

- 10 - 7. Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG hat eine versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge eines Unfalles mindestens zu 10 Prozent invalid ist. Als Invalidität gilt bei erwerbstätigen Versicherten die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Schädigungen voraus. Dabei ist nach der Rechtsprechung kumulativ ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang erforderlich (BGE 141 V 574 E.5.2, 129 V 177 E.3.3). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind dabei alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene gesundheitliche Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E.3.1). Zur Abklärung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen (BGE 122 V 157 E.1b). Als adäquate Ursache eines Gesundheitsschadens hingegen gilt ein Ereignis, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Gesundheitsschaden von der Art des eingetretenen herbeizuführen (BGE 129 V 177 E.3.2, 125 V 456 E.5a). Die Frage des

adäquaten Kausalzusammenhangs ist eine Rechtsfrage, deren Beantwortung nicht einer medizinischen Fachperson, sondern der rechtsanwendenden Behörde obliegt (BGE 141 V 330 E.6.2.3). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E.2.1). Im Bereich organisch nicht objektiv ausgewiesener Gesundheitsschäden hingegen hat die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers grosse Bedeutung (BGE 125 V 456 E.5c). Geht es um organisch objektiv ausgewiesene Gesundheitsschäden, so genügt es in der Regel, den natürlichen Kausalzusammenhang zu prüfen. Geht es um or-

- 11 - ganisch nicht objektiv ausgewiesene Gesundheitsschäden, so sind grundsätzlich der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang zu untersuchen. Dabei ist es sinnvoll, zunächst den adäquaten Kausalzusammenhang abzuklären. Ist dieser nämlich zu verneinen, so ist die Frage der natürlichen Unfallkausalität nicht mehr entscheidend relevant und kann offenbleiben (BGE 135 V 465 E.5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.7.3). 8. Zur Abklärung des natürlichen Kausalzusammenhangs und für diverse weitere unfallversicherungsrechtliche Fragen ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen. Dabei unterliegen die medizinischen Unterlagen - wie sämtliche Beweismittel in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren - der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Es gilt, das gesamte Beweismaterial objektiv zu würdigen, bei sich widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine oder andere medizinische These abzustellen ist, und zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der streitigen Frage gestatten (BGE 143 V 124 E.2.2.2, 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswerts ärztlicher Stellungnahmen ist entscheidend, ob diese auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchten und in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen vermögen (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ärztlicher Stellungnahmen ist folglich grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt den Berichten und Gutach-

- 12 - ten versicherungsinterner Ärzte voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungs- oder Auftragsverhältnis 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 Arztes allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen

vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2). Berichte der behandelnden Ärzte sind nach der Rechtsprechung wegen deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Das gilt sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt als auch für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E.4.5, Urteil des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014 E.4.4.3). 9. Im vorliegenden Fall basiert der streitige Rentenanspruch auf dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, wie er sich bei Erreichen des Endzustandes am 30. November 2017 (vgl. vorne E.6) präsentierte. Aussagekräftig für diesen Gesundheitszustand sind insbesondere die nachstehend aufgeführten ärztlichen Berichte.

- 13 - Austrittsbericht des Universitätsspitals Y. _____ vom 27. Februar 2016: Der Beschwerdeführer sei am 26. Februar 2016 vorübergehend im Universitätsspital Y. _____ hospitalisiert gewesen und dann ins Verbrennungszentrum des Universitätsspitals Zürich verlegt worden. Er sei bereits vor Ort durch die Sanität intubiert worden. Es hätten ein Inhalationstrauma sowie grossflächige Verbrennungen zweiten und dritten Grades an Rücken, Gesicht und Armen beidseits vorgelegen (SUVA-act. 190). Austrittsbericht des Universitätsspitals Zürich vom 11. Mai 2016: Der Beschwerdeführer sei vom 27. Februar 2016 bis am 2. Mai 2016 im Zürich hospitalisiert gewesen. Bei dem Brand am 26. Februar 2016 habe er sich Verbrennungen des Grades IIa und IIb an 31.5 % der Körperoberfläche und ein schweres ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome > akutes Lungenversagen) zugezogen. Am 27. Februar 2016 sei ein akutes Nierenversagen aufgetreten, am 1. März 2016 ein paroxysmales (anfallartiges) tachykardes (mit einer gesteigerten Herzfrequenz einhergehendes) Vorhofflimmern. Am 2. März 2016 sei eine unklare, fibrinbelegte Schleimhautläsion im mittleren Oesophagus (Speiseröhre) festgestellt worden. Am 17. März 2016 habe sich eine Teil-Thrombose der Vena jugularis (Halsvene) rechts ereignet, und am 18. März 2016 seien eine Pseudomonas Bakteriämie (Einschwemmung von Pseudomonas Bakterien in den Blutkreislauf) und eine Ventilator-assoziierte Pneumonie (Lungenentzündung) aufgetreten. Ein am 27. März 2016 festgestellter okulärer Hypertonus (erhöhter Augeninnendruck) habe sich im Verlauf rasch normalisiert. Am 6. April 2016 sei eine Parese (unvollständige Lähmung) des Nervus hypoglossus (die Zunge innervierender Nerv), des Nervus glossopharyngeus (die Zunge und den Rachen innervierender Nerv) und des Nervus facialis (Gesichtsnerv) aufgetreten, wobei sich der Nervus facialis im Verlauf vollständig erholt habe. Schliesslich sei während der Hospitalisation ein hyperaktives Delir aufgetreten. Bereits vor dem Brandunfall hätten eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom und eine chronische Blasenentleerungsstörung vorgelegen. Am 27. und 29. Februar sowie am 9. und 10. März 2016 seien die Verbrennungen durch Débridement, Schorfausdünnung und Spalthauttransplantation versorgt worden. Das ARDS mit grossteils verrusstem Bronchialsystem sei mittels maximal-invasiver Beatmung und kinetischer Therapie behandelt worden, aufgrund des protrahierten Weanings (Entwöhnung des Patienten vom Beatmungsgerät) sei der Beschwerdeführer vom 10. März 2016 bis zum 4. April 2016 über einen Luftröhrenschnitt weiterhin invasiv beatmet worden. Das Nierenversagen sei während dreier Wochen mittels Dialyse behandelt worden, danach habe sich die Nierenfunktion stabilisiert. Eine stationäre Rehabilitation sei indiziert (SUVA-act. 176).

- 14 - Austrittsbericht der RKB vom 7. Juli 2016: Der Beschwerdeführer habe sich vom 2. Mai bis zum 29. Juni 2016 in der RKB aufgehalten. Zu den im Zürich diagnostizierten gesundheitlichen Störungen seien im Mai 2016 eine hypothyreote Stoffwechsellaage

(Unterversorgung mit Schilddrüsenhormonen), eine diabetische Stoffwechsellage, eine Siccaproblematik (Trockenheit der Augen) und eine Optikusneuropathie inferior (Schädigung des Sehnervs) hinzugekommen. Bei Klinikeintritt habe eine verminderte Gesamtbelastbarkeit mit Verdacht auf depressive Störung bestanden, die Selbsthilfe (Hygiene, Hautpflege) sei leicht eingeschränkt gewesen, das Tracheostoma (Öffnung der Luftröhre) sei noch nicht abgeheilt gewesen, das betroffene Integument (Körperoberfläche) sei abgeheilt gewesen, am Rücken und an beiden Armen jedoch noch gerötet. Zudem habe eine deutliche Heiserkeit mit Räusperzwang bestanden. Der Beschwerdeführer habe über Kraftlosigkeit, Schwindelbeschwerden und ein Einschlafgefühl am linken Fuss geklagt. Bei Austritt seien die Gesamtbelastbarkeit gebessert, die Fussgänger-mobilität sicher und die Wundheilung allseits abgeschlossen gewesen. Neurologisch sei die Situation bis auf Heiserkeit sowie Sensibilitätsstörungen am linken Fuss unauffällig gewesen. Der Beschwerdeführer sei über die notwendige Hautpflege instruiert worden und es sei ihm ein massgefertigter Kompressionsanzug zur Narbenbehandlung abgegeben worden (SUVA-act. 51). Operationsbericht des Kantonsspitals Graubünden (KSGR) vom 30. August 2016: Es sei eine Tracheostomaverschlussplastik gemacht worden, da die Narbe im Bereich des Tracheostomas durch die Hautinversion eingezogen, hypertroph (wulstig) und asymmetrisch gewesen sei (SUVA-act. 98). Logopädischer Bericht des KSGR vom 30. September 2016: Es liege eine leichtgradige Dysphonie (Stimmstörung) nach Langzeitintubation vor. Auf Grund der guten Stimme im Alltag werde die Therapie in Absprache mit dem Beschwerdeführer am 18. Oktober 2016 abgeschlossen (SUVA-act. 107 S. 2 f.). Bericht der Abteilung Pneumologie des KSGR vom 29. Oktober 2016: Lungenfunktionell finde sich aktuell ein Normalbefund mit normwertiger CO-Diffusionsleistung. Der Patient sei diesbezüglich im Alltag beschwerdefrei (SUVA-act. 116 S. 2). Berichte von Dr. med. G._____, Fachärztin für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, vom 22. September 2016 und vom 3. November 2016: Der Beschwerdeführer weise multiple Narben sowie Pigmentverschiebungen (Hypopigmentierung) im Bereich des Stammes auf. Vor allem im Bereich der dorsalen Schultern bestünden zum Teil noch aktive, indurierte (verhärtete), hypertrophe (gerötet-wulstige) Narben neben problemlos eingehheilten Spalthauttransplantaten. Der Beschwerdeführer gebe an, häufig einen unangenehmen Juckreiz zu verspüren (SUVA-act. 106). Der Verdacht, die Hautveränderung zwischen den Schulterblättern könnte ein Malignom (bösartiger Tumor) sein, habe sich

- 15 - nicht bestätigt, zwischenzeitlich sei dieser Hautbefund komplett abgeheilt. Bezüglich seiner Narben sei es bestimmt nötig, dass die intensive Narbenmassage und auch die Physiotherapie weitergeführt würden (SUVA-act. 122). Berichte von Dr. med. H._____, Fachärztin für Ophthalmologie, vom 5. Oktober 2016 und vom 3. November 2016: Es liege eine deutliche Optikusatrophie (Degeneration des Sehnervs) mit deutlichen Ausfällen der Gesichtsfelder vor (SUVA-act. 113 S. 1). Die Ursache könne glaukomatös sein (im Zusammenhang mit einem Glaukom [Grüner Star]), ischämisch (im Zusammenhang mit einer Minderdurchblutung) im Rahmen einer Viskositätsstörung durch die schwere Verbrennung oder toxisch im Sinne einer vorbestehenden Tabak-Alkohol-Amblyopie (Schwachsichtigkeit). Von der Art der Optikusatrophie her halte sie eine ischämische Ursache für wahrscheinlich (SUVA-act. 125). Bericht des Kreisarztes Dr. med. E._____, vom 13. November 2016: Unfallkausal seien die Verbrennungsnarben am Rumpf und am linken Arm, die Optikusatrophie sei unfallfremd (SUVA-act. 127). Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

sowie für Allgemeine Medizin, vom 12. Dezember 2016: Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 21. Juli 2016. Es lägen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) vor. Bezüglich der Depressionsentwicklung zeigten sich mehrere hauptsächliche Belastungsfaktoren. Einerseits der Unfall mit dem Koma über eine gewisse Zeit, andererseits der Konkurs des eigenen Geschäfts und schliesslich die von der Ehefrau eingereichte Scheidung. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (SUVA-act. 136). Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung von Dr. med. E._____ vom 16. Januar 2017: Es lägen folgende Diagnosen vor: Status nach Nichtberufsunfall bei Hausbrand am 26. Februar 2016 mit Verbrennung zweiten Grades über 31.5 % der Körperoberfläche an Kopf, Stamm ventral und dorsal, Oberarm beidseits, Vorderarm beidseits, Hand rechts sowie mit schwerem ARDS; im Verlauf akutes Nierenversagen, Ventilator assoziierte Pneumonie, paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern; mehrere plastische Operationen mit Débridement und Deckung der Verbrennungswunden; rückläufige Myogelosen (muskuläre Verspannungen) im Schultergürtel; Verbrennungsnarben vor allem im Schultergürtelbereich (rechts ausgeprägter als links); Status nach Sturz in der Dusche anfangs November 2016 mit distaler Fibulafraktur (Wadenbeinbruch); unklare Sensibilitätsminderung im Bereich des I. Strahles am linken Fuss und am Vorderarm links volar; schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; Anpassungsstörung. Die Kausalität der Sensibilitätsstörungen werde noch neurologisch geklärt. Abgesehen davon sei der Beschwerde-

- 16 - führer aus rein somatischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig (SUVA-act. 143). Bericht der Physiotherapeutin I._____ vom 11. März 2017: Der Beschwerdeführer sei seit dem 6. Juli 2016 in physiotherapeutischer Behandlung, zuerst zwei Mal pro Woche, seit Anfang 2017 ein Mal pro Woche. Schwerpunktmässig behandelt würden die Verbrennungsnarben an den Schultern und am Rücken, wo der Beschwerdeführer nach wie vor über Spannungsschmerzen klagt (SUVA-act. 158). Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ vom 16. März 2017: Zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen bestehe nun ein Verdacht auf PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung). Trotz psychiatrischer und psychologischer Behandlung zeige sich beim Beschwerdeführer eine weitere schwere Depressivität und eine starke soziale Rückzugstendenz. Intensive Psychotherapie und psychiatrische Begleitung seien weiterhin notwendig. Es liege noch immer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor und die Prognose sei angesichts des verzögerten Verlaufs schlecht (SUVA-act. 157). Bericht der Abteilung Neurologie des KSGR vom 29. März 2017: Die Hypästhesie (verminderte Empfindlichkeit) am linken Arm und am linken Bein sei wahrscheinlich auf eine axonale (die Nervenfasern betreffende) Schädigung bei den plastischen Operationen nach dem Brandunfall zurückzuführen. Eine Besserung sei zu erwarten, allerdings keine vollständige Heilung. Aus rein neurologischer Sicht bestehe für leichte und mittelschwere Tätigkeiten keine nennenswerte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Hypästhesie im Bereich des linken Fusses sei die Gangsicherheit sicherlich eingeschränkt und somit das Sturzrisiko erhöht. Berufliche Tätigkeiten mit erhöhter Absturzgefahr seien dadurch als ungeeignet einzustufen (SUVA-act. 162). Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. F._____ vom 10. Juli 2017: Er habe den Beschwerdeführer am 24. Mai 2017 untersucht und telefonisch Angaben bei der Ehefrau des Beschwerdeführers eingeholt. Der Beschwerdeführer habe erzählt, er habe wegen beruflichem Druck einige Monate vor dem Brand damit begonnen, viel Alkohol zu trinken. Zuvor habe er nie Alkohol missbraucht.

Vor dem Brand sei er nicht depressiv gewesen, er habe immer voll gearbeitet. Die geschäftliche Situation sei vor dem Brand nicht besonders schlecht gewesen. Es habe ihn deshalb zutiefst erschüttert, dass der Treuhänder die Bilanz deponiert habe, während er im Koma gelegen habe (SUVA-act. 186 S. 15). Diese Angaben würden von der Ehefrau bestätigt (SUVA-act. 186 S. 21). Es sei deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seinen Alkoholkonsum zwar vor dem Brand gesteigert habe, aber nicht in einem Ausmass, welches seine Leistungsfähigkeit bei der Arbeit beeinträchtigt hätte. Zudem sei er vor dem Brandunfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie erheblich depressiv gewesen, denn dies wäre kaum mit der Aufrechter-

- 17 - haltung einer praktisch vollen Arbeitsfähigkeit in der anspruchsvollen Tätigkeit als Geschäftsführer einer Baufirma vereinbar gewesen (SUVA-act. 186 S. 21). Der Beschwerdeführer leide unter einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome seit dem Erwachen nach dem Brandunfall. Der Verlauf sei chronifiziert und es lägen gewisse posttraumatische Symptome wie Albträume und intrusive Erinnerungen vor (SUVA-act. 186 S. 25). Die Kriterien einer Anpassungsstörung würden durch die Schwere der depressiven Reaktion weit überschritten und das Vollbild einer PTBS sei unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der ICD-10 nicht erfüllt (SUVA-act. 186 S. 24). Aus versicherung psychiatrischer Sicht sei ein natürlicher, teilkausaler Zusammenhang zwischen dem Brandunfall und den aktuell vorliegenden Beschwerden und Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen (SUVA-act. 186 S. 26). Es bestünden aufgrund des schwer depressiven Zustandes multiple, insgesamt schwere funktionelle Beeinträchtigungen. Es liege eine volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vor (SUVA-act. 186 S. 27). Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. E. _____ vom 28. Juli 2017: Als Bauleiter sei der Beschwerdeführer zu 75 % arbeitsfähig. Es bestehe keine zeitliche Einschränkung, er könne jedoch wegen Sturzgefahr keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten ausüben (SUVA-act. 194 S. 2). Bericht der Physiotherapeutin I. _____ vom 10. September 2017: Schwerpunkte in der Physiotherapie stellten die Verbrennungsnarben an den Schultern und am Rücken dar, wo der Beschwerdeführer nach wie vor über Spannungsschmerzen klagt (SUVA-act. 199). Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. _____ vom 12. Dezember 2017: Der Beschwerdeführer werde ein- bis zweimal wöchentlich psychiatrisch bzw. psychologisch behandelt. Er leide unter einer PTBS (ICD-10 F43.1) mit Nachhallerinnerungen (Flashbacks) und Alpträumen und an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1 bis F32.2). Er sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (SUVA-act. 239). 10. Aus den in der vorstehenden Erwägung zitierten Arztberichten, die den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids abdecken, wird deutlich, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einerseits durch eine somatische Problematik und andererseits durch eine psychische Problematik geprägt war. Im Zusammenhang mit der somatischen Problematik erhebt der Beschwerdeführer keine Einwendungen. Es ist aber festzuhalten, dass die SUVA bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit aus

- 18 - rein somatischer Sicht auf 25 % nicht korrekt vorging. Von den bei Erreichen des Endzustandes am 30. November 2017 verbleibenden somatischen Problemen erachtete die SUVA die durch die Verbrennungen verursachten Narben und die Sensibilitätsstörungen am linken Arm und am linken Bein als unfallkausal. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestand sie nur den Sensibilitätsstörungen am linken Bein zu. Dabei stützte sie sich auf die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. E. _____ vom 16. Januar 2017 und vom 28. Juli

2017 sowie auf den Bericht der Abteilung Neurologie des KSGR vom 29. März 2017 (vgl. oben E.9; SUVA-act. 143, 162 und 194 S. 2). Zu beanstanden ist dabei, dass die SUVA die beidseitige Optikusatrophie (Degeneration des Sehnervs) und die dadurch verursachte Einschränkung des Gesichtsfeldes nicht als unfallbedingt anerkannte. In ihrem Bericht vom 3. November 2016 führte die Ophthalmologin Dr. med. H._____ aus, differentialdiagnostisch kämen drei Ursachen für die partielle Optikusatrophie beidseits in Frage, nämlich glaukomatös, ischämisch im Rahmen einer Viskositätsstörung durch die schwere Verbrennung oder toxisch im Sinne einer vorbestehenden Tabak-Alkohol-Amblyopie. Von der Art der Optikusatrophie her halte sie die ischämische Ursache für wahrscheinlich (SUVA-act. 125). Angesichts dieser eindeutigen und einleuchtenden fachärztlichen Beurteilung ist es nicht verständlich, weshalb der Kreisarzt Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 13. November 2016 und in seinem Bericht vom 16. Januar 2017 ohne jegliche Begründung angab, die Optikusatrophie sei unfallfremd (SUVA-act. 127 und 143 S. 4). Es kann indessen offen gelassen werden, auf welchen Wert die Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der Optikusatrophie korrekterweise festzulegen wäre. Dies weil sich ergeben wird, dass für den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nicht seine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht, sondern diejenige aus psychiatrischer Sicht relevant ist (vgl. unten E.11 ff.). 11. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Problematik des Beschwerdeführers.

- 19 -

E. 17

Somit ergibt sich, dass aus dem Brandunfall nicht nur eine teilweise Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht resultierte, sondern auch eine 100%ige Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Der Beschwerdeführer hat deshalb ab dem 1. Dezember 2017 Anspruch auf eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 %. An dieser

- 35 - Stelle sei daran erinnert, dass die Kürzung der Rente um 10 % gestützt auf Art. 37 Abs. 3 UVG im vorliegenden Verfahren nicht mehr Streitig ist (vgl. vorne E.3). Bei der Neubemessung des Rentenanspruchs wird die SUVA diese Kürzung zu berücksichtigen haben.

E. 18

Nach Art. 20 Abs. 2 UVG wird einem Versicherten eine Komplementärrente gewährt, wenn er Anspruch auf eine Rente der IV oder der AHV hat. Die Komplementärrente entspricht der Differenz zwischen 90 Prozent des versicherten Verdienstes und der Rente der IV oder der AHV, höchstens aber dem für Voll- oder Teilinvalidität vorgesehenen Betrag. Die Komplementärrente wird beim erstmaligen Zusammentreffen der erwähnten Renten festgesetzt. Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer durch die IV-Stelle Y._____ mit Vorbescheid vom 9. August 2018 eine ganze IV-Rente ab dem 1. Februar 2017 in Aussicht gestellt (Bf-act. 5). Es ist also davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine IV-Rente bezieht und dass im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2017 diese IV-Rente mit der UV-Rente zusammentrifft. Die UV-Rente ist dem Beschwerdeführer deshalb in der Form einer Komplementärrente auszurichten. Die Angelegenheit wird deshalb an die SUVA zurückgewiesen, damit sie festlegen kann, auf welchen Betrag sich die Komplementärrente beläuft.

E. 19

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. April 2018 ist somit aufzuheben und die Beschwerde ist gutzuheissen. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Dezember 2017 Anspruch auf eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 %, welche ihm in Form einer Komplementärrente auszurichten ist.

E. 20

Für das vorliegende Verfahren werden keine Gerichtskosten erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten grundsätzlich kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG).

- 36 -

E. 21

Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte eine Honorarnote vom 17. September 2018 über Fr. 3'968.30 (inkl. Spesen und MWST) für einen Aufwand von 14.1 Stunden zu einem Stundenansatz von Fr. 250.00 ein. Der geltend gemachte Aufwand erscheint angesichts der Komplexität des Falles angemessen. Hingegen kann nicht von einem Stundenansatz von Fr. 250.00 ausgegangen werden, da der Rechtsvertreter, trotz entsprechender Aufforderung durch das Gericht mit Schreiben vom 14. September 2018, keine Honorarvereinbarung eingereicht hat. Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts ist der Stundenansatz bei unterlassener Einreichung einer Honorarvereinbarung auf den Mittelwert des in Art. 3 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (HV; BR 310.250) festgelegten Tarifr Rahmens von Fr. 210.00 bis Fr. 270.00 pro Stunde, nämlich auf Fr. 240.00 pro Stunde herabzusetzen (vgl. z.B. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 18 14 vom 17. April 2018 E.5c). Vorliegend ergibt sich bei 14.1 Stunden à Fr. 240.00 ein Honorar von Fr. 3'384.00. Mit den geltend gemachten Spesen von Fr. 159.60 liegt das Zwischentotal bei Fr. 3'543.60 und zuzüglich der Mehrwertsteuer von Fr. 272.90 ergibt sich ein Totalbetrag von Fr. 3'816.50. In diesem Umfang hat die SUVA den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen. Demnach erkennt das Gericht:

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