

NW_GERICHTE 30491 vom 6. September 2022

NW Gerichte, 2022-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_30491

FR: NW_GERICHTE 30491 du 6 septembre 2022

IT: NW_GERICHTE 30491 del 6 settembre 2022

Regeste

Unfallversicherung; Rente (SV 21 3)

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2020 ist in Anwendung des UVG ergangen. Gemäss Art. 56 Abs. 1 ATSG (SR 830.1), dessen Bestimmungen auf die Unfallversicherung anwendbar sind (Art. 2 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 UVG), kann gegen Einspracheentscheide des Unfallversicherers beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden (Art. 58 ATSG). Der verstorbene Verfügungsadressat hatte Wohnsitz im Kanton Nidwalden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung (Art. 33 Abs. 2 und Art. 39 GerG [NG 261.1]). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, wäre auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

E. 1.2.1

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG). Ein zu Lebzeiten entstandener Rentenanspruch geht mit dem Tod des Berechtigten auf dessen Erben über (Art. 560 Abs. 2 ZGB). Indes hat die Ausschlagung der Erbschaft den Verlust der Erbenstellung respektive Erbenqualität zur Folge, weshalb ein zu Lebzeiten entstandener Anspruch der verstorbenen Person mit deren Tod nicht endgültig auf ihre die Erbschaft ausschlagenden Erben übergeht, sondern in die Konkursmasse der ausgeschlagenen Erbschaft fällt (BGE 136 V 7 E. 2.2.1.1; SUSANNE BOLLINGER, in: Frésard-Felley/Klett/Leuzinger-Naef [Hrsg.], BSK-ATSG, 1. A, 2019, N 21 zu Art. 59 ATSG). Wird die Erbschaft von allen nächsten gesetzlichen Erben ausgeschlagen, so gelangt sie zur Liquidation durch das Konkursamt (Art. 573 Abs. 1 ZGB; Art. 193 Abs. 2 SchKG). Jeder Gläubiger ist berechtigt, die Abtretung derjenigen Rechtsansprüche der Masse zu verlangen, auf deren Geltendmachung die Gesamtheit der Gläubiger verzichtet (Art. 260 Abs. 1 SchKG). Abtretungsgläubiger kann namentlich auch die vormalige Rechtsvertretung sein (etwa: Urteil des Bundesgerichts 9C_857/2013 vom 15. September 2015 E. 1.2). Bei der Abtretung nach Art. 260 SchKG handelt es sich um ein betreibungs- und prozessrechtliches Institut sui generis, prozessrechtlich eine Art der Prozessstandschaft. Abgetreten wird nicht der materiellrechtliche Anspruch, sondern nur das Recht, diesen geltend zu machen respektive das

Prozessführungsrecht. Rechtsträgerin des strittigen Anspruchs bleibt also die Masse und der Abtretungsgläubiger tritt bloss in die verfahrensrechtliche Stellung der Konkursmasse ein. Der Abtretungsgläubiger klagt im eigenen Namen, auf eigene Rechnung und auf eigenes Risiko. Er muss nicht auf Leistung an die Masse klagen, sondern kann und wird üblicherweise Verurteilung zur Zahlung an sich selbst verlangen (EVA BACHOFNER, in: Staehelin/Bauer/Lorandi [Hrsg.], BSK-SchKG, 3. A., 2021, N 1 zu Art. 260 SchKG m.w.H.). Gegenstand einer Abtretung nach Art. 260 SchKG können namentlich auch bestrittene Forderungen, unabhängig von ihrem Rechtsgrund, gegebenenfalls unter Eintritt in einen bereits rechtshängigen Forderungsprozess sein, was zu einem Parteiwechsel führt (BACHOFNER, a.a.O., N 17 f. zu Art. 260 SchKG m.w.H.). Anders als im Zivilprozessrecht ist die Legitimation keine Frage des materiellen Rechts, sondern rein prozessualer Natur. Sie ist von Amtes wegen zu prüfen. Fehlt es daran, darf die Beschwerdeinstanz auf das Rechtsmittel nicht eintreten (BOLLINGER, a.a.O., N 4 zu Art. 59 ATSG).

E. 1.2.2

Gemäss der Abtretungsverfügung des Betreibungs- und Konkursamts Nidwalden vom 17. Mai 2022 im Konkurs Nr. aaa trat die Konkursverwaltung im Liquidationsverfahren des am 3. Juli 2021 verstorbenen Versicherten der B. __ AG, __ (CHE- __; «Anwaltskanzlei»), vertreten durch die Beschwerdeführerin, allfällige, in diesem Verfahren SV 21 3 strittige Ansprüche des Versicherten gegen die Suva gemäss Art. 260 SchKG ab. Die Anwaltskanzlei – als Aktiengesellschaft und damit Gesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit (Art. 620 ff. OR) – ist damit berechtigt, in eigenem Namen, auf eigene Rechnung und auf eigenes Risiko zu klagen beziehungsweise als Prozessstandschafterin in den hier pendenten Prozess einzutreten. Insoweit die Beschwerdeführerin mit ihrer Eingabe vom 25. Mai 2022 die Prozessführungsbefugnis beansprucht und den Prozesseintritt erklärt («[...]», dass mir die Konkursverwaltung [...]. Insofern wurde mir in diesem Zusammenhang das Prozessführungsrecht abgetreten. Nach dem Gesagten halte ich fest, dass ich hiermit in den obgenannten Prozess eintrete [...]» [mit Hervorhebungen in kursiver Schrift]), ist ihr entgegenzuhalten, dass sie dazu nicht berechtigt ist. Die Abtretung gemäss Art. 260 SchKG erfolgte an die Anwaltskanzlei und nicht die Beschwerdeführerin. Es fehlt demnach an einer gültigen Eintretenserklärung der tatsächlich berechtigten Anwaltskanzlei. Auf die Beschwerde ist nicht einzutreten, zumal die Beschwerdeführerin als gemäss Handelsregistereintrag mit Kollektivunterschrift zu zweien zeichnungsberechtigte

7■36

Verwaltungsrätin der Anwaltskanzlei auch nicht zu deren alleinigen Vertretung berechtigt ist und nicht deren Prozesseintritt erklären könnte. Damit ist nicht weiter von Bedeutung, dass die Erklärung ohnehin zu spät erfolgte: Die Beschwerdeführerin wurde als vormalige Rechtsvertreterin des Versicherten am 19. Januar 2022 verfügungsweise aufgefordert, innert 10 Tagen mitzuteilen, ob die Erben des Versicherten in den Prozess eintreten würden (zum Weiterbestand der Vollmacht beim Tod des Klienten bis zur Klärung der Frage, ob Erben in den Prozess eintreten: BGE 110 V 389). Die Rechtsvertreterin hielt in ihrer Eingabe vom 2. März 2022 – innert der bis zu diesem Datum erstreckten Frist – fest, dass sie nicht von einem Eintritt der Erben in den Prozess ausgehe. Ihre Eintretenserklärung vom 25. Mai 2022 erfolgte entsprechend verspätet (Art. 4 Abs. 1 SRG i.V.m. Art. 39 f. ATSG).

E. 2

Nachfolgende materielle Ausführungen zur Sache erfolgen der Vollständigkeit halber. Selbst wenn die dazu berechnete Anwaltskanzlei rechtzeitig den Prozesseintritt erklärt hätte, wäre die Beschwerde unbegründet.

E. 3.1

Die Suva bestätigte in ihrem Einspracheentscheid (SUVA-act. 179) die Verfügung vom 22. Mai 2019 vollumfänglich. Sie erwoh im Wesentlichen, dass sich der Versicherte am 16. November 2017 bei einem Sturz am linken Unterschenkel verletzt habe. In der Folge sei der Versicherte diesbezüglich verschiedentlich behandelt worden. Am 27. März 2019 sei die kreisärztliche Abschlussuntersuchung mit Stellungnahme zum Zumutbarkeitsprofil sowie zum Integritätsschaden erfolgt. Dabei sei zu beachten, dass der Versicherte bereits seit dem 1. Februar 2016 – und damit auch im Zeitpunkt des Unfalls – aufgrund der vorbestehenden unfallfremden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (diabetisches Fuss-syndrom rechts bei St. n. wiederholten Abzessöffnungen bei St. n. Osteomyelitis Caput Meta-tarsale und Grundphalanx, St. n. Resektion Metatarsale III und Dig. III rechts, St. n. Debridement, Diabetes mellitus Typ 2 insulinpflichtig, Mikroangiopathie bei beginnender Mediaskelrose, Morbus Crohn mit Anus praeter) eine halbe Rente der Invalidenversicherung beziehe. Die Invalidenversicherung sei in ihrer Verfügung vom 21. Juni 2017 davon ausgegangen, dass der Versicherte aufgrund seiner Einschränkungen noch zu 50% erwerbsfähig sei, sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als Koch als auch auf dem allgemeinen

8■36

Arbeitsmarkt. Unfallkausal sei gemäss der voll beweismässigen kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. März 2019 von Dr. med. D. __ einzig der schwergradige Weichteilinfekt links mit Nekrosen mit initial Candida albicans sowie den diesbezüglichen Folgen; alle übrigen Diagnosen sowie Einschränkungen seien vorbestehend und unfallfremd. Unfallversicherungsrechtlich nicht beachtlich sei auch eine allfällige Verschlechterung dieser unfallfremden Faktoren. Auf das vom Kreisarzt definierte Zumutbarkeitsprofil könne abgestellt werden. Die Suva errechnete – gestützt auf LSE-Tabellenlöhne – ein hypothetisches Jahreseinkommen (Invalideneinkommen) von Fr. 68'377.– für das Jahr 2019. Der Versicherte könne in unfallbedingter Hinsicht geeignete leichte überwiegend sitzende Arbeit mit der Möglichkeit zum Aufstehen und Gehen kurzer Strecken ohne zeitliche Einschränkung ausüben, weshalb eine Reduktion wegen Teilzeitbeschäftigung nicht in Betracht zu ziehen sei. Nachdem sich im vorliegenden Fall insbesondere Alter, Beschäftigungsgrad, Dienstjahre und Nationalität/Aufenthaltskategorie nicht lohnsenkend auswirkten, könne daher einzig ein leidensbedingter Abzug für die verbliebenen, unfallkausalen Beeinträchtigungen vorgenommen werden. Aufgrund der Unfallfolgen bestünden beim Versicherten Einschränkungen am linken Bein und es seien noch leichte überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum Aufstehen und Gehen kurzer Strecken ohne zeitliche Einschränkung zumutbar mit Ausnahme von Arbeiten auf unebenem Gelände/Boden, regelmässigem Treppen-/Leiternsteigen sowie Besteigen von Gerüsten, wobei zu berücksichtigen sei, dass beim Bewältigen auch von kurzen Gehstrecken der Einsatz mindestens einer Unterarmgehstütze notwendig sei und dass die regelmässige Opiat-Einnahme (Oxynorm) den Einsatz an Arbeitsplätzen mit Absturzgefahr oder an Geräten und Maschinen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotential verbieten würde. Ein Leidensabzug von 5%

erscheine unter diesen Umständen (und mit Blick auf die Rechtsprechung) angemessen, womit ein Einkommen von Fr. 64'958.– resultiere. Aufgrund der bereits vor dem Unfallereignis unfallfremd verminderten Arbeitsfähigkeit von 50% auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei das Einkommen in Anwendung von Art. 28 Abs. 3 UVV um 50% zu kürzen. Es resultiere entsprechend ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 32'479.–. Weil der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalls stellenlos gewesen sei, sei auch das Valideneinkommen mittels den LSE-Tabellenlöhnen zu bestimmen. Konkret belaufe sich das Valideneinkommen – wiederum nach Berücksichtigung der vorbestehenden krankheitsbedingt reduzierten Erwerbsfähigkeit von 50% – auf Fr. 34'397.–. Vergleiche man das Invaliden- mit dem Valideneinkommen zeige sich, dass der Mindestinvaliditätsgrad von 10% nicht erreicht werde und der Anspruch auf Rentenleistungen zu Recht verneint worden sei. Nicht zu beanstanden sei im Weiteren die kreisärztliche Integritätsschadensbeurteilung vom 28. März 2019. Darauf

9■36

könne abgestellt werden und die verfügungsweise zugesprochene Integritätsentschädigung von 10% sei zu bestätigen.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass der Suva nicht gefolgt werden könne, wenn sie bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einzig auf die aus Unfallsicht ergangene kreisärztliche Beurteilung abstelle und die krankheitsbedingten Beschwerden ausblende. Dem Versicherten könne angesichts der unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden keine 50%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet werden. Die Suva habe ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG verletzt, wenn sie die Abklärung der Arbeitsfähigkeit lediglich aus rein unfallbedingter Sicht vorgenommen habe. Relevant könne im Hinblick auf Art. 28 Abs. 3 UVV einzig sein, welche Erwerbstätigkeit dem Versicherten unter Berücksichtigung der unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden zum Zeitpunkt der Rentenprüfung noch zugemutet werden könne. Dabei müsse bei so einem polymorbiden Gesundheitszustand einer gegenseitigen Beeinflussung und Verstärkung der unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden Rechnung getragen werden. Dessen Gesundheitszustand lasse keine schematische Differenzierung sowie Aufteilung in verschiedene Beschwerden sowie Arbeitsfähigkeitseinschränkungen zu. Er habe Mobilitätsprobleme, sei auf einen Rollstuhl angewiesen. Vor dem Unfall habe er lediglich Probleme mit der rechten Extremität gehabt, nun träten aber auch Einschränkungen sowie Schmerzen hinsichtlich der linken Extremität auf. Es könne diesbezüglich keine Rede von einer ausschliesslichen Verschlechterung der unfallfremden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sein. Damit bestünden mangels Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen unfall- und krankheitsbedingter Beschwerden erhebliche Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Nicht nachvollziehbar sei denn auch, wie dem Versicherten eine leichte Verweistätigkeit möglich sein soll, zumal er für die Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen sei und damit erst gar nicht in einer angemessenen Zeit zum Arbeitsplatz gelangen könne. Die Beschwerden (vorbestehendes sowie rezidivierendes anales Fistel- und Abszessleiden, Stoma) würden Schmerzen beim Sitzen verursachen, was eine sitzende Tätigkeit ausschliesse. Hinzu komme, dass er infolge der Diabeteserkrankung auch den rechten Mittelfinger verloren habe, womit fraglich sei, welche Tätigkeit ihm überhaupt noch zugemutet werden könne. Nicht nachvollziehbar sei schliesslich, weshalb der Kreisarzt trotz Opiat-Einnahme von einer uneingeschränkten

Leistungsfähigkeit ausgehe. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 22. Juli 2019 sei vielmehr von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von 100% auszugehen.

10■36

E. 4.1

Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist 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). Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist (Art. 18 Abs. 1 UVG sowie Art. 8 Abs. 1 i.V.m. Art. 7 Abs. 1 ATSG).

E. 4.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache einer gesundheitlichen Störung ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen, die körperliche und geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1 m.w.H.). Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und der gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, über welche die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1; 126 V 353 E. 5b m.w.H.).

11■36

E. 4.3

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

eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 30 E. 1b).

E. 4.4

Wie erläutert ist damit ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis und den die Invalidität begründenden Beschwerden erforderlich (THOMAS FLÜCKIGER, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli, BSK-UVG, 2019, N 7 zu Art. 18 UVG). War die Leistungsfähigkeit des Versicherten aufgrund einer nicht versicherten Gesundheitsschädigung vor dem Unfall dauernd herabgesetzt, so ist für die Bestimmung des Invaliditätsgrades der Lohn, den er aufgrund der vorbestehenden verminderten Leistungsfähigkeit zu erzielen imstande wäre, dem Einkommen gegenüberzustellen, das er trotz der Unfallfolgen und der vorbestehenden Beeinträchtigung erzielen könnte (Art. 18 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 28 Abs. 3 UVV). Die Bestimmung bezieht sich auf Versicherte, deren Leistungsfähigkeit vor dem Unfall aufgrund einer nicht UVG-versicherten Gesundheitsschädigung dauernd herabgesetzt war. Bei ihnen ist der mit der vorbestehenden Leistungseinschränkung, aber ohne den Unfall erzielbare Lohn dem Einkommen gegenüberzustellen, das mit der vorbestehenden Beeinträchtigung und den Unfallfolgen erzielt werden kann. Sie gelangt zur Anwendung, wenn eine vorbestehende unfallfremde Verminderung der Leistungsfähigkeit besteht, die in keinem Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis steht. Dies entspricht dem Grundsatz, wonach das Einkommen ohne Unfall jenem mit Unfall gegenüberzustellen ist. Art. 28 Abs. 3 UVV setzt voraus, dass eine klare Abgrenzung zwischen dem unfallfremden Vorzustand und der neuen, durch ein versichertes Ereignis bewirkten Schädigung möglich ist (FLÜCKIGER, a.a.O., N 73 und 75 zu Art. 18 UVG).

12■36

E. 4.5

Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1, 143 V 148 E. 3.1.1; 134 V 109 E. 4.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der Wiederherstellung oder zu erwartenden bedeutenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, wobei nur der unfallbedingte, nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (BGE 134 V 109 E. 4.3). 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. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein

von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 m.w.H., insb. auf BGE 134 V 109 E. 4.3).

E. 4.6

Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4). Die ärztlichen Auskünfte sind eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. m.w.H.). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle

13■36

Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. 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, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 4.7

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts

8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids, der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird, in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d).

14■36

E. 5

Leichte Hypoalbuminämie bei Malnutrition

E. 5.1

Der Versicherte erlitt am 16. November 2017 einen plötzlichen Wadenkrampf und stürzte zuhause die Treppe hinunter (SUVA-act. 1, 12). In der Folge bildete sich ein infiziertes Hämatom am linken Unterschenkel, weshalb er ins Spital F. verbracht wurde, in welchem er vom 23. November bis zum 16. Dezember 2017 hospitalisiert war. Der Versicherte wurde am 23. November (Inzision und Drainage linker Unterschenkel), am 26. November (Wundspülung und Débridement Unterschenkel links; SUVA-act. 23 S. 1 f.) und am 15. Dezember 2017 (VAC-Wechsel, Stanz-Biopsie, Débridement, Probeentnahme Unterschenkel links; SUVA-act. 23 S. 3 f.) operativ behandelt. Im Austrittsbericht vom 19. Dezember 2017 (SUVA-act. 10) werden die folgenden Diagnosen gestellt: 1. Schwergradiger Weichteilinfekt Unterschenkel links mit Nekrosen mit *Candida albicans* nach initial infiziertem Hämatom Unterschenkel links dorsal von ca. 15x10cm 2. Hyperglykämische Entgleisung bei Diabetes mellitus Typ 2 3. Schwere Dekonditionierung 4. Kombinierte Elektrolytstörung bei Diagnose 1.2

E. 5.2

Infolge fehlender Wundheilung wurde der Versicherte am 16. Dezember 2017 zur fortgesetzten stationären Behandlung ins Spital E. verlegt, wo er bis zum 26. Januar 2018 verblieb. Im Austrittsbericht des Spitals E. (datiert auf den 21. Dezember 2017; SUVA-act. 25) werden dabei keine wesentlichen neuen Diagnosen erwähnt. Nach Zuweisung erfolgte mehrfaches Débridement und VAC-Wechsel. Am 16. Dezember 2017 radikales Débridement am Unterschenkel mit VAC-Einlage mit Capsfungin-Therapie. Im Verlauf zeigte sich ein Wachstum von *Enterobacter cloacae*, was mit Ciprofloxacin-Therapie behandelt wurde. Zusätzlich entwickelte sich ein akuter Harnverhalt, weshalb die Einlage eines DKs notwendig wurde. Im Urin-Kult zeigte sich ebenfalls Nachweis von *Enterobacter cloacae*. Bei stagnierenden Entzündungsparametern erfolgte am ein CT Unterschenkel wo sich eine kleine Abszessstrasse in der Soleusloge zeigte. Zudem wurde ein flottierender Thrombus im Bereich der v. femoralis profunda gesehen. Zudem zeigte sich eine progrediente Abszesskollektion in der Prostata. Das anschliessende MRI Becken zeigte eine Fistulierung zwischen Prostata und Becken sowie Abszesskollektionen um den Blasen Hals herum. Die Entzündungsparameter waren unter antibiotischer Therapie mit Ciprofloxacin im Verlauf regredient. Am 18. Januar 2018 erfolgte eine urologische transurethrale Abszessabdeckung, gleichzeitig sekundärer Wundverschluss am Unterschenkel links (OP-Berichte: SUVA-act. 33).

E. 5.3

Der Versicherte war vom 8. bis 13. April 2018 erneut im Spital F.____ hospitalisiert. Grund für die Hospitalisation war gemäss Austrittsbericht vom 16. April 2018 (SUVA-act. 173) ein komplizierter Harnwegsinfekt (Diagnose Urosepsis), wobei als möglicher Infektherd das bekannte Fistelleiden bei Morbus Crohn, bei St. n. diversen Abszessen gesehen wurde.

E. 5.4

Die G.____, Hausarztgruppenpraxis, berichtet mit UVG-Arztzeugnis vom 10. Juni 2018 (SUVA-act. 47), dass der Versicherte gestürzt sei und sich anschliessend ein starkes Hämatom am linken Unterschenkel gebildet habe. Dieses habe sich im Verlauf infiziert und zu einem septischen Zustandsbild entwickelt. Diagnostiziert wird ein schwergradiger Weichteilinfekt am Unterschenkel links mit Nekrosen mit Candida albicans nach initial infiziertem Hämatom Unterschenkel links dorsal. Der Versicherte sei im Zeitraum vom 16. November 2017 bis zum 30. Juni 2018 vollständig arbeitsunfähig.

16■36

E. 5.5

Am 31. Juli 2018 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates (SUVA-act. 67). Gestützt auf die UV-Akten und eine persönliche Untersuchung des Versicherten diagnostiziert Dr. med. D.____: 1. Schwergradiger Weichteilinfekt Unterschenkel links mit Nekrosen mit initial Candida albicans – St. n. Anpralltrauma am 16.11.2017 mit anschliessend initial infiziertem Hämatom Unterschenkel links dorsal von ca. 15 x 10 cm – 23.11.2017 Wundspülung und Débridement – 26.11.2017 Wundspülung und erweitertes Débridement, Beginn mit Amphotericin – 15.12.2017 Erneutes Débridement und VAC-Wechsel mit Biopsien Unterschenkel links – VAC-Therapie vom 07.12.2017 Unfallfremd 2. Progrediente Prostataabszesse mit möglicher Fistulierung zum distalen Rektum (ggf. in Zusammenhang mit Diagnose 3) – Sphinctermitbeteiligung nicht ausgeschlossen – St. n. dreimaligem Harnverhalt mit Restharmengen bis 1,5 lt. (zuletzt am 27.12.2017) mit wiederholter DK-Einlage – Erstereignis am 24.12.2017 – ED neurogene Blasenfunktionsstörung bei Diabetes mellitus, DD prostatogen 3. Morbus Crohn mit/bei: – Analem Fistelleiden – St. n. doppeläufigem Transversostoma bei analen Fisteln – St. n.

Transversostomarückverlagerung, lap. Sigmadiskontinuitätsresektion nach Hartmann mit Anlage endständigem Descendostoma bei therapieresistenten analen Fisteln 09/2012 – St. n. postoperativer Minderperfusion des Descendostomas und thermischen Schaden des Colon transversum mit Stomaneuanlage als Ascendostoma, Omentumresektion und Anastomosennachresektion 09/2012 – Parastomaler Hernie – Coloskopie in Stans am 09.01.2017: Ascendostoma mit ultrakurzem Colon. Vereinzelt Erosionen im terminalen Ileum. Colon mit ödematöser Schleimhaut ohne Ulzera. Rektum/Sigma nicht eingesehen. Histologie: Niedriggradig akute Entzündung im terminalen Ileum mit leichter Alteration der Krypten und Zotten 4. Harnverhalt am 24.12.2017 mit/bei – Restharn 1.4 lt. – DK Urin vom 27.12.2017 Enterobacter cloacae 5. St. n. hufeisenförmigem bis suprlevatorisch verlaufendem Perianalabszess mit/bei transsphinkärer Fistel – St. nach Abszessinzision am 25.10.2011 Spital F.____ – Semizirkulärer Freilegung des Anus mit Eröffnung des rechten Levatorschenkels, Setoneinlage bei transsphinkärer Fistel am 28.10.2011 – Wunddébridement perianal am 30.10.2011 – Wunddébridement perianal am 01.11.2011 – Wunddébridement perianal und VAC-Anlage am 03.11.2011

17■36

6. Diabetes mellitus Typ 2 mit/bei: – Insulin nach Basis Plus Prinzip – Diabetischem Fuss-Syndrom Wagner Stadium 3b 01/2015 – St. n. Abszesseröffnung Fuss rechts am 18.03.2015 – St. n. Resektion 3. Strahl Fuss rechts – HBA1c: 12.7% 7. St. n. Rest Urat-Urolithiasis links mit/bei: – St. n. PNL rechts und Ureterorenoskopie beidseits 05/2016 – Initial CT Abdomen 01/2017: rechts 13 mm Konkrement obere Kelchgruppe, Pyelonkonkrement 20 mm, links 12 mm Konkrement mittlere Kelchgruppe – HU bis 450 8. Arterielle Hypertonie 9. Folliculitis et perifolliculitis capitis abscondens et suffodiens

Beim Versicherten zeige sich bei der Untersuchung einerseits ein noch deutliches Rehabilitationsdefizit, vor allem der Kondition, aber auch des Muskelaufbaus beider unterer Extremitäten. Es bestehe eine Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur beidseits, insbesondere links noch Spitzfussstellung. Im Hinblick auf die diabetische Polyneuropathie und dem bereits bestehenden Status nach Amputation des 3. Strahls am linken Fuss sollte hier mit Hilfe der Physiotherapie noch versucht werden, die Muskulatur aufzubauen und die Spitzfussstellung durch Dehnübungen zu verbessern. Damit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch weitere therapeutische Massnahmen eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden. Das Belastbarkeitsprofil werde dadurch aber nicht relevant verbessert. Der Versicherte könne in seiner bisherigen Tätigkeit als Koch wieder eingesetzt werden. Rein aufgrund der Unfallfolgen sei der Einsatz unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils wieder möglich. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei eine leichte Tätigkeit zumutbar, dies ohne zeitliche Einschränkung. Es solle eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum regelmässigen Aufstehen und Gehen kurzer Strecken gegeben sein. Das Arbeiten auf unebenem Gelände/Boden sei zu vermeiden. Regelmässiges Treppen-/Leiternsteigen sowie Besteigen von Gerüsten sei zu vermeiden. Beim Bewältigen auch nur kurzer Gehstrecken sei der Einsatz einer Unterarmstütze notwendig. Die regelmässige Opioid-Einnahme (Oxynorm) verbiete den Einsatz an Arbeitsplätzen mit Absturzgefahr oder an Geräten und Maschinen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial. Der Kreisarzt bemerkt ergänzend, dass in einer rein administrativen Tätigkeit als Küchenleiter der Einsatz in seiner angestammten Tätigkeit wieder möglich wäre. Einschränkend seien hier vermutlich die unfallfremden Nebendiagnosen und die regelmässige Oxynorm-Einnahme.

18■36

Es liege ein Fall für eine Integritätsentschädigung vor. Eine Versteifung des OSG im Sinne einer Spitzfusskomponente sei vorhanden. Eine abschliessende Beurteilung könne jedoch erst nach Beenden der Physiotherapie und MTT erfolgen.

E. 5.6

Die G.____ berichtete der Suva am 30. August 2018 (SUVA-act. 74) und am 19. Oktober 2018 (SUVA-act. 89) eine bei im Vergleich zum Vorbericht gleichbleibender Befundlage und Diagnose nach wie vor bestehende, vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte war in dieser Zeit in physiotherapeutischer Behandlung (s. bspw. SUVA-act. 96, 99, 106).

E. 5.7

Der Versicherte war vom 2. bis zum 24. Januar 2019 erneut im Spital E.____ wegen einer obstructiven Pyelonephritis hospitalisiert. Hinsichtlich des vorbestehenden Dekubitus mit oberflächlicher Nekrose am medialen distalen Oberschenkel rechts wird im Austrittsbericht vom 22. Januar 2019 (SUVA-act. 158 S. 7 ff.) festgehalten, dass dieser debridiert wurde. Die weitere sekundäre Wundheilung sei komplikationslos mit täglichem

Verbandswechsel mit Aqua- cell gewesen. Im Februar 2019 erfolgte im Zusammenhang mit der urologischen Problematik eine weitere, dreitägige Hospitalisierung (s. Austrittsbericht vom 8. Februar 2019: SUVA-act. 175). Zum vor- bestehenden Dekubitus wird im Vergleich zu letzter Hospitalisation mehr Granulationsgewebe und weniger Tiefe berichtet. Am 12. März 2019 erschien der Versicherte zu einer Follow-Up- Untersuchung im Spital F.__ (s. Bericht der Gastroenterologien Dr. med. H.__; BF-Bel. 6).

E. 5.8.1

Am 27. März 2019 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. med. D.__, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates (SUVA-act. 123), wobei keine im Vergleich zur Untersuchung vom 31. Juli 2018 (s. vorne E. 5.6) veränderten Diagno- sen berichtet werden. Dr. med. D.__ beurteilt die medizinische Sachlage dahingehend, dass die Physiotherapie seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung am 31. Juli 2018 zu einer Verbesserung der Kondition und auch der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk geführt habe. Die 0°-Stellung im oberen Sprunggelenk könne wieder eingenommen werden, es liege jedoch weiterhin eine deutliche

19■36

Bewegungseinschränkung vor. Die Wadenmuskulatur sei unverändert hypotroph bei deutlicher Narbenbildung und resultierender Verkürzung der Muskulatur. Es bestehe eine belastungsabhängige Schmerzsymptomatik im Bereich der Narbe der linken Wade und der Achil- lesschne. Unfallbedingt sei eine weitere Behandlung nicht notwendig und sinnvoll. Eine wesentliche Ver- besserung der Belastbarkeit sei nicht zu erwarten, von weiteren Behandlungen könne keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands mit überwiegender Wahr- scheinlichkeit erwartet werden. Bezogen auf das 50%-Pensum sei auf dem allgemeinen Ar- beitsmarkt eine leichte Tätigkeit zumutbar, dies ohne zeitliche Einschränkung. Es solle eine überwiegende sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Aufstehen und Gehen kurzer Stre- cken gegeben sein. Die Arbeit auf unebenem Gelände/Boden sei zu vermeiden. Regelmässi- ges Treppen-/Leiternsteigen sowie das Besteigen von Gerüsten sei zu vermeiden. Beim Be- wältigen auch von kurzen Gehstrecken sei der Einsatz mindestens einer Unterarmgehstütze notwendig. Regelmässige Opiat-Einnahme (Oxynorm) verbiete den Einsatz an Arbeitsplätzen mit Absturzgefahr oder an Geräten und Maschinen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspoten- tial. Eine Arbeitsfähigkeit unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils sei ab sofort gegeben. Bei den bestehenden Vorerkrankungen und deren anstehenden Therapien seien die aktuellen Behandlungen sämtlich krankheitsbedingt indiziert. Unfallbedingt notwendig sei eine regel- mässige analgetische Behandlung mit Oxynorm, da das Unfallereignis vom 16. November 2017 zu schmerzauslösenden starken Narbenbildungen an der linken Wade geführt habe. Das Oxynorm sei bereits vor dem Unfallereignis bei Schmerzen am rechten Fuss eingenommen worden. Unfallbedingt sei aktuell ein Rollator notwendig, ob dieser dauerhaft notwendig bleibe, sei abzuwarten. Sicher würden ein bis zwei Unterarmgehstützen lebenslang notwendig blei- ben, dies aufgrund der Unfallfolgen, aber auch der Vorerkrankung des rechten Fusses. Die bereits vor dem Unfallereignis angepassten orthopädischen Schuhe bei Polyneuropathie seien weiterhin notwendig. Aufgrund der durch das Unfallereignis nun zusätzlich hinzugekommenen Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenks sei rechts eine Abrollhilfe not- wendig, hier seien regelmässig 1-2 Paar Schuhe pro Jahr weiterhin sinnvoll.

E. 5.8.2

Mit separater Beurteilung (SUVA-act. 124) schätzte Dr. med. D.____ den Integritätsschaden auf 10%. Beim Versicherten liege eine Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk infolge des Unfalles vor. Das Unfallereignis habe zu einer starken Vernarbung der Wadenmuskulatur mit Verkürzung und dementsprechender Einschränkung in der Beweglichkeit des

20■36

linken oberen Sprunggelenkes geführt. Laut Tabelle 2.2 sei für eine Einsteifung des oberen Sprunggelenkes im rechten Winkel eine Integritätsentschädigung von 15% veranschlagt. Bei einer verbliebenen Restbeweglichkeit von 15-20° Plantarflexion erfolge hier eine Schätzung von 10%.

E. 5.9

Im Austrittsbericht des Spital E.____ vom 7. Juni 2019 (SUVA-act. 158 S. 14 ff.) wird eine weitere Hospitalisation des Versicherten (wiederum nach Zuweisung des Spitals) festgehalten, wegen eines fortgeschrittenen Wundinfekts des rechten Mittelfingers, der schlussendlich amputiert wurde (Amputation und Stumpfbildung auf Höhe der Grundphalanx am 15. Juni 2019). Im Zusammenhang mit der Oberschenkelproblematik relevant wird eine stellenweise beschränkte Sensibilität in den unteren Extremitäten erläutert.

E. 5.10

Hausarzt Dr. med. E.____, G.____, berichtete der Suva am 22. Juli 2019 (SUVA-act. 85) betreffend den durch ihn seit zirka 2000, zuletzt am 16. Juli 2019 behandelten Versicherten, dass dieser unter anderem unter einem schweren Diabetes mellitus leide. Dieser habe einerseits zu einer Mikroangiopathie mit rez. Abszessen geführt, andererseits zu einer schwersten Polyneuropathie mit Sturztendenz, weshalb sich der Versicherte aktuell nur noch im Rollstuhl fortbewegen könne (aktuelle medizinische Symptomatik und Situation: chron. Durchfall bei Morbus Crohn; schwere periphere distale Polyneuropathie in Folge Diabetes mellitus). Dr. med. E.____ diagnostiziert (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) ein anales Fistelleiden mit rektoprostatärscher Fistel, rez. Pyelonephritiden, rez. Urolithiasis bds., Follikulitis und Perifolliculitis capitis, St. n. akuter Pankreatitis unklarer Ätiologie 2017, Diabetes mellitus Typ II insulinpflichtig mit beginnender diabetischer Mikroangiopathie sowie Nephropathie, schwere periphere Polyneuropathie, Eisenmangelanämie, rez. schwergradige Weichteilinfekte, interstitielle Pneumopathie. So wie sich der Gesundheitszustand aktuell darstelle, sei nicht mit einer Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Als Funktionseinschränkungen bestünden Beinschmerzen und fehlende Sensibilität der Füße mit Gleichgewichtsstörungen. Auch in der Haushaltsführung, Ernährung, Wohnungsverwaltung, Einkauf und Wäsche sei der Versicherte auf Drittpersonen angewiesen.

E. 5.11

Vom 11. bis 20. August 2019 wurde der Versicherte von Neuem stationär im Spital F.____ behandelt. Im diesbezüglichen Austrittsbericht vom 20. August 2019 erläutern die Ärzte (BF-

21■36

Bel. 9), dass sich der Versicherte wegen starker, akut exazerbiert bei bereits bekannten chronischen Beinschmerzen vorstellte. Unter Analgesie seien die Schmerzen jedoch schnell regressiv gewesen. Eine Sonographie hätte freidurchgängige Arterien der unteren Extremitäten gezeigt. Die Beschwerden sähen sie am ehesten als multifaktoriell bedingt, insbesondere im Rahmen einer Meralgia paraesthetica bei schlecht eingestelltem Diabetes mellitus, einer Polyneuropathie sowie Immobilität und peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK).

6.

E. 6

Morbus Crohn (ED ca. 2005 in Budapest)

E. 6.1

Der Abschlussbericht des Kreisarztes Dr. med. D. __, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 27. März 2019 (SUVA-act. 123), erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts (vorstehende E 4.6). Er erweist sich für die streitigen Belange umfassend, erfolgte in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten und trägt den geklagten – soweit unfallkausal – Beschwerden und Einschränkungen im formulierten Belastungsprofil ausreichend Rechnung. Gestützt auf die persönliche Untersuchung und die erhobenen Befunde war der Kreisarzt durchaus in der Lage, die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit einzuschätzen. Namentlich nimmt er auch eine nachvollziehbare Ausscheidung der unfallkausalen Diagnosen/Beschwerden vor. Die späteren, dem Kreisarzt dementsprechend noch nicht zur Verfügung stehenden Berichte des Spitals E. __ vom 7. Juni 2019 (Austrittsbericht; SUVA-act. 158 S. 14 ff.) respektive des Hausarztes Dr. med. E. __, G. __, vom 22. Juli 2019 (SUVA-act. 85), vermögen daran nichts zu ändern. Zwar ist in beiden Berichten die Rede von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands beziehungsweise von die Arbeitsfähigkeit vollständig ausschliessenden Funktionseinschränkungen. Soweit es sich dabei nicht ohnehin um bereits bekannte, vom Kreisarzt berücksichtigte Beschwerden handelt, sind die berichteten Verschlechterungen unmittelbare Folgen der vorbestehenden (krankheitsbedingten) Leiden des Versicherten und unfallversicherungsrechtlich irrelevant. Der neuerliche Aufenthalt im Spital E. __, von welchem der Austrittsbericht vom 7. Juni 2019 handelt, war beispielsweise bedingt durch ein (am ehesten) Anpralltrauma vor zwei Wochen, das zu einem Wundinfekt des rechten Mittelfingers und schlussendlich zu dessen Amputation geführt hat. Auch die vom Hausarzt Dr. med. E. __ am 22. Juli 2019 berichtete Mobilitätseinschränkung wird kausal aus dem schweren Diabetes mellitus hergeleitet (dieser habe einerseits zu einer Mikroangiopathie mit rez. Abszessen, andererseits zu einer schwersten Polyneuropathie mit Sturztendenz geführt, weshalb sich der Versicherte aktuell nur noch im Rollstuhl fortbewegen könne). Die von Dr. med. E. __ postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit führt er auf eine Vielzahl von Diagnosen/Funktionseinschränkungen unterschiedlicher

22 ■ 36

Ätiologie (anales Fistelleiden mit rektoprostatistischer Fistel, rez. Pyelonephritiden, rez. Urolithiasis bds., Follikulitis und Perifolliculitis capitis, St. n. akuter Pankreatitis unklarer Ätiologie 2017, Diabetes mellitus Typ II insulinpflichtig mit beginnender diabetischer Mikroangiopathie sowie Nephropathie, schwere periphere Polyneuropathie, Eisenmangelanämie, rez. schwergradige Weichteilinfekte, interstitielle Pneumopathie)

zurück, ohne dass er eine Ausscheidung in unfallkausale und nicht unfallkausale Funktionsausfälle vornimmt. Die erstmals erwähnte «Sturztendenz» (im Rahmen der schweren Polyneuropathie) begründet im Übrigen keine Kausalität zwischen den bestehenden Leiden und dem Unfallereignis. Anderslautende, überzeugende Arztberichte, die auf eine fehlerhafte Einschätzung des Kreisarztes schliessen lassen, liegen demnach nicht vor, sodass auf dessen Abschlussbericht vom 27. März 2019 abgestellt werden kann. Es ist an dieser Stelle daran zu erinnern, dass mit jeder Zumutbarkeitsbeurteilung ärztliches Ermessen verbunden ist und es sich überdies immer um eine Momentaufnahme handelt. Kern der beschwerdeführerischen Beanstandungen an der kreisärztlichen Einschätzung ist aber ohnehin, dass es sich um ein multifaktoriell bedingtes, polymorbides aber schlussendlich einheitliches Gesamtbeschwerdebild handle, mit anderen Worten eine Ausscheidung in unfallfremde sowie unfallkausale Beschwerden nicht möglich und dies bei der Bestimmung der noch vorhandenen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit gemäss Art. 28 Abs. 3 UVV entsprechend zu berücksichtigen sei. Dies weil sich die unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden gegenseitig beeinflussen und verstärken würden. Der Versicherte stützt sich diesbezüglich etwa auf den Austrittsbericht des Spitals F.__ vom 20. August 2019 (BF-Bel. 9), in welchem die Beschwerden als multifaktoriell bedingt beschrieben werden. Dieser Sachinterpretation ist nicht beizupflichten. Unbestritten kam es am 16. November 2017 zum hier relevanten Unfallereignis, indem der Versicherte stürzte. Ebenso ist unstrittig, dass der Versicherte im Unfallzeitpunkt bereits an diversen Krankheiten litt, namentlich zwei (dominierende) krankheitsbedingte Beschwerdekomplexe mit ihren jeweiligen (Neben-)Folgen persistierten, nämlich einerseits die schwere Diabetes-Erkrankung, andererseits die Morbus-Crohn-Problematik. Die Unfallereignisfolgen lassen sich davon hinreichend abgrenzen. Wie im Austrittsbericht des Spitals F.__ (SUVA-act. 10), dem echtzeitlichsten Bericht in den Akten zu entnehmen ist, hatte der Sturz des Versicherten ein Hämatom am linken Oberschenkel zur Folge. Die erlittene Verletzung wurde indes erst problematisch, als sich das Hämatom infizierte, was sich auch daran zeigt, dass der Versicherte vorher nicht bei einem (Haus-)Arzt oder im Spital vorstellig wurde. Aufgrund dieser Entwicklung stellte sich der Versicherte notfallmässig im Spital F.__ vor. Nach Infektion und Sepsis der Wunde zeigte sich dort in einem prolongierten, schweren Verlauf mit

23■36

dem Wachstum eines Pilzes (*Candida albicans*) ein seltener Wundkeim. Die Wunde verbesserte sich nicht, sondern entwickelte sich zu einem Weichteilinfekt und Nekrose in diesem Bereich. Am 18. Januar 2018 erfolgte der sekundäre Wundverschluss am Unterschenkel links (SUVA-act. 25). Die im Anschluss persistierend/intermittierenden Schmerzen wurden analgetisch mit Oxynorm versorgt. Das lokale Krankheitsgeschehen am linken Unterschenkel lässt sich damit zweifelsfrei auf das Unfallereignis und den diesbezüglich ungünstigen Heilungsverlauf zurückführen, ohne dass dies in einem Zusammenhang mit den zwei vorbestehenden Beschwerdekomplexen (Diabetes, Morbus Crohn; s. vorne) gestanden hätte. An dieser Ursächlichkeitsbeziehungsweise Kausalitätsausscheidung ändert nichts, dass der physiologische Stress durch den Unfall gemäss Angabe des Spitals F.__ (SUVA-act. 10) zusätzlich eine hyperglykämische Entgleisung (bei Diabetes mellitus Typ 2) verursachte. Ebenso wenig ist überwiegend wahrscheinlich, dass die vom Hausarzt berichtete Verschlechterung des Zustands des Versicherten (Mikroangiopathie mit rez. Abszessen; schwerste Polyneuropathie mit Sturztendenz; Fortbewegung nur noch im

Rollstuhl; chron. Durchfall; Bein- schmerzen; fehlende Sensibilität der Füsse mit Gleichgewichtsstörungen [SUVA-act. 85]) auf das Unfallereignis beziehungsweise die Folgen dieses Unfalls zurückzuführen ist. Nach Wun- derverschluss schränkte das Unfallereignis die Mobilität des Versicherten beziehungsweise den Versicherten – im Vergleich zum Vorstand – mit Ausnahme der unfallbedingten und vom Kreisarzt berücksichtigten belastungsabhängigen Schmerzsymptomatik im Bereich der Narbe der linken Wade sowie der Achillessehne nicht mehr massgeblich ein, zumal das Schmerzlei- den medikamentös versorgt war. Nachvollziehbar und wahrscheinlich ist vielmehr, dass die berichtete Verschlechterung auf die vorbestehenden, krankheitsbedingten Beschwerdekomp- plexe (Diabetes, Morbus Crohn) zurückzuführen ist, was im Übrigen auch von Dr. med. E. __ nicht in Abrede gestellt wird.

E. 6.2

Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass der Versicherte vor seinem Tod in einer dem Belastungsprofil entsprechenden Verweistätigkeit (leichte Tätigkeit ohne zeitliche Ein- schränkung; überwiegende sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Aufstehen und Gehen kurzer Strecken; Arbeit auf unebenem Gelände/Boden ist zu vermeiden; regelmässiges Trep- pen-/Leiternsteigen sowie das Besteigen von Gerüsten ist zu vermeiden; beim Bewältigen auch von kurzen Gehstrecken ist der Einsatz mindestens einer Unterarmgehstütze notwendig; Einsatz an Arbeitsplätzen mit Absturzgefahr oder an Geräten und Maschinen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotential verboten) zu 50% arbeitsfähig (Restarbeitsfähigkeit) war.

24■36

Soweit hier relevant kann der medizinische Sachverhalt respektive die Arbeitsfähigkeit und das Belastungsprofil gestützt auf die Akten des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens, ins- besondere die kreisärztliche Beurteilung, hinreichend beurteilt werden. Es besteht weder An- lass noch Notwendigkeit zusätzlich die Akten des IV-Verfahrens beizuziehen, zumal das IV- Verfahren einen anderen Fokus hat und nicht bloss die unfallbedingten Beschwerden Thema sind. Der Editionsantrag der Beschwerdeführerin um Beizug der IV-Akten ist deshalb abzu- weisen.

7.

E. 7

Folliculitis et perifolliculitis capitis abscondens et suffodiens

E. 7.1

Der Versicherte bestreitet eine erwerbliche Verwertung der ihm als zumutbar erachteten Rest- arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Angesichts der polymorbiden Situation des Versicherten, welcher sogar auf einen Rollstuhl zur Mobilisation angewiesen sei, sei nicht anzunehmen, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit verwertet werden könne. Auch der aus- geglichene Arbeitsmarkt halte keine Tätigkeit bereit, in der eine allfällige Restarbeitsfähigkeit verwertet werden könnte.

E. 7.2

Bei der kreisärztlich attestierten Arbeitsfähigkeit handelt es sich um eine medizinisch-theoreti- sche Einschätzung. Damit ist der Rahmen vorgegeben, innerhalb welchem die versicherte Person ihr vorhandenes Arbeitspotential ausschöpfen könnte. Die

tatsächliche Umsetzbarkeit des nach medizinisch-theoretischer Einschätzung an sich bestehenden funktionellen Leistungsvermögens beziehungsweise die wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit richtet sich aber nicht nach dem aktuellen Arbeitsmarkt, sondern nach einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer und abstrakter Begriff. Er berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage nicht, umfasst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten auch fiktive Stellenangebote und sieht von den fehlenden oder verringerten Chancen teilinvalider Personen, eine zumutbare und geeignete Arbeitsstelle zu finden, ab (BGE 134 V 64 E. 4.2.1). Es kommt für die Invaliditätsbemessung mithin nicht darauf an, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (Urteil des Bundesgerichts 8C_464/2019 vom 28. November 2019 E. 5.4 m.w.H.). Dabei ist nicht zu vergessen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer

25■36

verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und persönlichen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (Urteil des EVG I 636/06 vom 22. September 2006 E. 3.1 m.H. auf BGE 110 V 273, 276, E. 4b). Dazu gehören auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, bei welchen teilinvalide Personen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 7). Eine Konkretisierung der Arbeitsmöglichkeiten auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist nicht erforderlich (BGE 138 V 457 E. 3.1). Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsmöglichkeit in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG) dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile EVG I 636/06 vom 22. September 2006 E. 3.2; I 617/02 vom 10. März 2003 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 7.3

Soweit die Beschwerdeführerin die Unmöglichkeit der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der polymorbiden Situation des Versicherten, dessen Rollstuhlgängigkeit beziehungsweise anderen krankheitsbedingten, funktionseinschränkenden Umständen (bspw. die Resektion des rechten Mittelfinger am 15. Juni 2019) begründet, ist ihr nicht zu folgen. Bestehende, nicht unfallbedingte Funktionseinschränkungen (oder während des UV-Verfahrens neu entstandene) bleiben hier unbeachtlich. Massgeblicher Ausgangspunkt für die Frage der Verwertbarkeit ist die vorstehend definierte Restarbeitsfähigkeit (50%) beziehungsweise das definierte Belastungsprofil (leichte Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung; überwiegende sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Aufstehen und Gehen kurzer Strecken; Arbeit auf unebenem Gelände/Boden ist zu vermeiden; regelmässiges Treppen-/Leiternsteigen sowie das Besteigen von Gerüsten ist zu vermeiden; beim Bewältigen auch von kurzen Gehstrecken ist der Einsatz mindestens einer Unterarmgehstütze

notwendig; Einsatz an Arbeitsplätzen mit Absturzgefahr oder an Geräten und Maschinen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotential verboten).

26■36

Vorliegend steht fest, dass dem Versicherten spätestens ab März 2019 die Ausübung einer leidensangepassten Verweistätigkeit zumutbar gewesen wäre. Damals war der Versicherte rund 44-jährig. Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zur Pensionierung hätte somit noch über 20 Jahre betragen. Das Belastungsprofil ist zudem nicht so restriktiv, dass eine Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen gewesen wäre. Jegliche leichte, stationär ausübbare Tätigkeiten waren möglich, womit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein weites Spektrum von Tätigkeiten verfügbar war, zumal der Versicherte in der Vergangenheit bereits einmal einer nicht seiner gastronomischen Ausbildung entsprechenden Tätigkeit (Geschäftsführer in der Sicherheitsbranche) nachgegangen war und drei Sprachen (Deutsch, Englisch; Ungarisch) fliessend sprach (SUVA-act. 48). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat wiederholt darauf hingewiesen, dass körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind (u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 6.3). Hier wäre konkret an Tätigkeiten in der Produktion oder Kontrolltätigkeiten zu denken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Industrie und Gewerbe Arbeiten, welche physische Kraft verlangen, seit vielen Jahren und in ständig zunehmendem Ausmass durch Maschinen verrichtet werden, während den Überwachungsfunktionen wie auch dem Dienstleistungsbereich grosse und wachsende Bedeutung zukommt, was wiederum auch entsprechende Arbeitsstellen mit sich bringt. Einer einlässlicheren Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten bedarf es dabei aber nicht (BGE 138 V 457 E. 3.1). Gestützt auf diese Ausführungen ist zu schliessen, dass der Versicherte – abstrakt betrachtet ■ das ihm attestierte Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt hätte verwerthen können. Eine Unverwertbarkeit infolge einer Verschlechterung der vorbestehenden, nicht unfallkausalen Beschwerden kann im UV-Verfahren nicht thematisiert werden. Vielmehr wäre dies revisionsweise bei der Invalidenversicherung vorzubringen und eine Anpassung der bestehenden Invalidenrente zu verlangen.

8.

E. 8

St. n. akuter Pankreatitis unklarer Ätiologie 08/2017

E. 8.1

In erwerblicher Hinsicht ist zu prüfen, ob die Suva das Invalideneinkommen korrekt ermittelt hat. Die Beschwerdeführerin ist nämlich der Auffassung, dass den Ausführungen der Suva zum Invalideneinkommen «selbstverständlich» nicht gefolgt werden könne. Selbst in Berücksichtigung der rein unfallbedingten Zumutbarkeitsbeurteilung in der kreisärztlichen Beurteilung könne dem Versicherten keine Verweistätigkeit im Produktionssektor 2 mehr zugemutet

27■36

werden. Insofern stünde dem Versicherten in diesem Sektor, welcher grösstenteils körperlich schwere Tätigkeiten beinhalte, keine Tätigkeiten offen. Angesichts dessen rechtfertige es sich vorliegend, das Invalideneinkommen nicht anhand des Totalwerts, sondern anhand des Durchschnittseinkommens von Männern in Sektor 3 Dienstleistungen

zu bemessen. Es sei von einem statistischen Einkommen von maximal Fr. 62'965.65 auszugehen. Aufgrund der hohen körperlichen Einschränkungen und auch der innermedizinischen Beschwerden, welche der Versicherte aufgrund seiner schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme aufweise und welche sich gegenseitig beeinflussen und verstärkten, sei ihm zweifellos ein maximaler Leidensabzug von 25% zu gewähren.

E. 8.2.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 148 V 174 E. 6.1). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 IV 29 E. 1). Schliesslich ist festzuhalten, dass vom Grundsatz der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs auszugehen ist; soweit hier auf die invalidenversicherungsrechtliche Rechtsprechung zur Bestimmung des Invaliditätsgrades Bezug genommen wird, ist diese unterschiedslos auch für das Unfallversicherungsrecht massgeblich (BGE 133 V 549 E. 6.1).

E. 8.2.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist gemäss der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen

28■36

aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können gemäss Rechtsprechung die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, abgestellt wird. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht absolut, sondern kennt Ausnahmen. Es kann sich rechtssprechungsgemäss durchaus rechtfertigen, auf die Tabelle TA7 respektive T17 (ab 2012) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und wenn der versicherten Person der öffentliche Sektor auch offensteht. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V

174 2 E. 6.2 m.w.H.). Rechtsprechungsgemäss sind bei der Wahl des statistischen Ausgangslohns grundsätzlich die Lohnverhältnisse im gesamten Privatsektor massgebend. Davon abzuweichen besteht nur ausnahmsweise Anlass, zum Beispiel, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit enge Grenzen gesetzt sind, etwa wenn alle produktionsnahen Tätigkeiten ausser Betracht fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.1 m.w.H.). Das Invalideneinkommen ist grundsätzlich auch bei einem Anwendungsfall von Art. 28 Abs. 3 UVV (nicht versicherter Vorzustand; s. vorne E. 4.4) nach diesen Regeln zu bestimmen (FLÜ-CKIGER, a.a.O., N 77 zu Art. 18 UVG).

E. 8.2.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss Rechtsprechung allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom

29■36

Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfs- arbeiter Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3 m.w.H.). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6).

E. 8.3

Zunächst steht fest, dass der Versicherte nach dem Unfall keine Erwerbstätigkeit mehr ausübte, dementsprechend zur Bestimmung des Invalideneinkommens die LSE-Tabellenlöhne beizuziehen sind. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin besteht hier keine Veranlassung lediglich auf das Durchschnittseinkommen von Männern im Sektor 3 (Dienstleistungen) abzustellen. Mit dem kreisärztlich definierten Zumutbarkeitsprofil standen dem Versicherten leichte Tätigkeiten offen. Solche finden sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht nur im Dienstleistungssektor, sondern auch in produktionsnahen Betrieben, weshalb auf den Totalwert abzustellen ist (exemplarisch: Urteil des Bundesgerichts 8C_227/2018 vom

E. 9

St. n. Urat-Urolithiasis beidseitig mit beginnender Pyelonephritis mit Candida albicans

E. 9.1

Weiter ist zu prüfen, ob die Suva das Valideneinkommen korrekt ermittelt hat. Die Beschwerdeführerin hält auch die diesbezügliche Berechnung für falsch. Der Versicherte habe vor dem Unfall sowie trotz vorbestehender gesundheitlichen Einschränkungen als Küchenchef in einem Restaurant in I. gearbeitet und dabei ein Einkommen auf einer deutlich höheren Basis erzielt. Das hier herangezogene Kompetenzniveau 3 erscheine als zu tief, sei die Position des Küchenchefs doch die höchste Kaderposition im Gastrobereich. Auch die IV-Stelle habe ein viel höheres Valideneinkommen angenommen. Die Suva erkenne, dass der Versicherte über zwanzig Jahre Berufserfahrung als Koch aufweise und zuletzt denn bei mehreren Restaurants als Küchenchef gearbeitet habe. Es rechtfertige sich die Anwendung des Kompetenzniveaus 4, was für das hier massgebende Jahr 2019 ein Einkommen von Fr. 80'881.50, bei Berücksichtigung des Pensums vor dem Unfall von 50% demnach ein Valideneinkommen von Fr. 40'440.75 ergebe.

E. 9.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1). Insbesondere wenn der Versicherte als Gesunder nicht mehr an der bisherigen Arbeitsstelle tätig wäre, ist das Valideneinkommen praxisgemäss mittels statistischer Werte zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5 m.w.H.). Im UV-Verfahren ist mit anderen Worten zu prüfen, welches

31■36

Einkommen die versicherte Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erzielen würde, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte (FLÜCKIGER, a.a.O., N 11 zu Art. 18 UVG). Bei einer vorbestehenden Einschränkung findet der bereits erwähnte Art. 28 Abs. 3 UVV Anwendung (vorne E. 4.4). Das Valideneinkommen entspricht bei Anwendung von Art. 28 Abs. 3 UVV dem Lohn, den die versicherte Person mit der vorbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erzielen imstande gewesen wäre (FLÜCKIGER, a.a.O., N 77 zu Art. 18 UVG).

E. 9.3

Unstrittig war der Versicherte im Unfallzeitpunkt (November 2017) bereits seit über einem Jahr nicht mehr an seiner letzten Arbeitsstelle tätig (SUVA-act. 48). Die Suva errechnete das Valideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne, wobei sie ein Ausgangseinkommen von Fr. 68'793.– (Tabellen-Ausgangswert Fr. 5'450.– [Tabelle TA1, LSE 2018, gesamte Schweiz, Branche 55-56 «Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie», Männer, Kompetenzniveau 3, wöchentliche Arbeitszeit von 40 Std., inkl. 13 Monatslohn], nominallohnbereinigt bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Std) berechnete. Entgegen der beschwerdeweise geäusserten Auffassung ist diese Berechnung

fehlerfrei. Das Kompetenzniveau 3 erfasst komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen, Kompetenzniveau 4 Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen. Der Versicherte hatte in J. 1995 die Lehre als Koch abgeschlossen und seither keinerlei Weiterbildungen absolviert. Er arbeitete zuletzt zwischen Januar 2014 bis August 2016 in der Schweiz als Küchenchef in zwei kleineren Restaurationsbetrieben, nachdem er vorher einerseits während vier Jahre (01/2005-10/2009) in K. als Geschäftsführer in der Sicherheitsbranche tätig, andererseits anschliessend 5 Jahren (11/2009-12/2014) infolge Unfalls und Genesung arbeitslos war (SUVA-act. 48). Weder seine Ausbildung noch sein beruflicher Werdegang, konkret seine letzten Anstellungen, lassen darauf schliessen, dass der Versicherte ohne Unfall einer Tätigkeit mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen, nachgegangen wäre. Keine gegenteiligen Schlüsse lassen sich aufgrund des Auszugs aus dem individuellen Konto ziehen (SUVA-act. 92). Eine Anwendung des Kompetenzniveaus 4 rechtfertigt sich mit Blick auf die konkreten Umstände jedenfalls nicht. In Übereinstimmung mit der Suva ist damit – nach Berücksichtigung der vorbestehend krankheitsbedingt reduzierten Erwerbsfähigkeit und der diesbezüglichen Reduktion um 50% des Ausgangseinkommens – von einem Valideneinkommen von Fr. 34'397.– auszugehen.

32■36

10.

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens (Fr. 34'397.–) und des Invalideneinkommens (Fr. 32'479.–) ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'918.– und damit ein rentenaus-schliessender Invaliditätsgrad von $\approx 5.6\%$ (Art. 18 Abs. 1 UVG e contrario).

11.

E. 10

St. n. nicht anämisierende, kreislaufstabile gastrointestinale Blutung

E. 11

Adipositas Grad I

E. 11.1

Die Beschwerdeführerin wendet sich weiter gegen die dem Versicherten zugesprochene Integritätsentschädigung von 10%. Der kreisärztlichen Beurteilung vom 27. März 2019 könne nicht gefolgt werden. Anlässlich der Untersuchung vom 3. August 2018 (gemeint ist wohl die kreisärztliche Beurteilung vom 31. Juli 2018 [SUVA-act. 67]) sei der Kreisarzt noch von einer Versteifung des OSG im Sinne einer Spitzfusskomponente ausgegangen. Zudem habe der Kreisarzt dabei zu Unrecht die hypotrophe Wadenmuskulatur mit deutlicher Narbenbildung und resultierender Verkürzung der Muskulatur als auch die Schmerzsymptomatik im Bereich der linken Wade vollumfänglich ausser Acht gelassen. Die kreisärztliche Beurteilung sei weder vollständig noch schlüssig. Dieser komme kein Beweiswert zu, es sei ein verwaltungsexternes Gutachten anzuordnen.

E. 11.2.1

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine

angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Wie jede Leistungspflicht des Unfallversicherers (Art. 6 Abs. 1 UVG) setzt auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung einen Schaden voraus, welcher in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall steht (Urteil des Bundesgerichts 8C_763/2020 vom 22. Februar 2021 E. 6.3.1 m.w.H.). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

33■36

E. 11.2.2

Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht; er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Vorausssehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4). Die Bemessung der Integritätsentschädigung fusst auf einer medizinisch-theoretischen Einschätzung der Beeinträchtigung der Integrität. Von den individuellen Auswirkungen des Gesundheitsschadens wird somit abstrahiert (Urteil EVG U 326/03 vom 17. Januar 2005 E. 1.2).

E. 11.2.3

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b m.w.H.) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5% nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5% des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

34■36

E. 11.2.4

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens gelte im Regelfall, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 11.2.5

Die hier interessierende SUVA-Tabelle 2 «Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten» hält unter dem Titel «Sprunggelenke und Mittelfuss», oberes steif im rechten Winkel 15% fest.

E. 11.3

Kreisarzt Dr. med. D. ___ führt in seiner Beurteilung vom 27. März 2019 (SUVA-act. 124) aus, dass beim Versicherten eine Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk infolge des Unfalls vorliege. Das Unfallereignis habe zu einer starken Vernarbung der Wadenmuskulatur mit Verkürzung und dementsprechend Einschränkung der Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks geführt. Es verbleibe eine Restbeweglichkeit von 15-20° Plantarflexion, weshalb in Anwendung von Tabelle 2.2 eine Schätzung von 10% erfolge. Zwar ist korrekt, dass der Kreisarzt in seinem früheren Bericht aus dem Jahr 2018 (SUVA-act. 67) noch von einer Versteifung des OSG im Sinne einer Spitzfusskomponente ausgegangen war. Er hielt dort aber gleichzeitig fest, dass noch ein deutliches Rehabilitationsdefizit bestehe, vor allem der Kondition, aber auch des Muskelaufbaus. Mit Hilfe der Physiotherapie sollte seiner damaligen Auffassung nach noch versucht werden, die Muskulatur aufzubauen und die Spitzfussstellung durch Dehnübungen zu verbessern. Weiter hielt der Kreisarzt damals explizit fest, dass eine abschliessende Beurteilung der Integritätsentschädigung erst nach Beendigung der Physiotherapie und MTT erfolgen könne. Dies deckt sich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach der Integritätsschaden erst dann beurteilt werden kann, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person stabilisiert hat und von medizinischen Massnahmen keine Besserung mehr erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts

35■36

8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 4.5 m.w.H.). Dass Dr. med. D. ___ in seiner ersten kreisärztlichen Beurteilung vom 31. Juli 2018 (SUVA-act. 67) noch einen anderen Befund/Funktionsseinschränkung festhielt als in seiner Integritätsschadensbeurteilung vom 27. März 2019 (SUVA-act. 124), ist damit nicht widersprüchlich. Schliesslich war der Gesundheitszustand des Versicherten im ersten Zeitpunkt noch nicht stationär, eine Veränderung/Verbesserung des Zustands aufgrund medizinischer Massnahmen ausdrücklich vorbehalten. Ebenso unbegründet ist der Einwand, dass Kreisarzt Dr. med. D. ___ bei seiner Beurteilung gewisse Funktionseinschränkungen (hypotrophe Wadenmuskulatur mit deutlicher Narbenbildung; resultierende Verkürzung der Muskulatur; Schmerzsymptomatik im Bereich der linken Wade) ausser Acht gelassen habe. Wie dargestellt wurde die unfallkausale Problematik und daraus folgende Integritätsschädigung in der kreisärztlichen Beurteilung vom 27. März 2019 gesamthaft

erfasst («Beim Versicherten liegt eine Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk infolge des Unfalles vor. Das Unfallereignis führte zu einer starken Vernarbung der Wadenmuskulatur mit Verkürzung und dementsprechender Einschränkung in der Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenkes. [...]. Bei einer verbliebenen Restbeweglichkeit von 15-20° Plantarflexion [...]») und schätzte – wegen der verbleibenden Restbeweglichkeit – den diesbezüglichen Integritätsschaden auf 10%. Eine im Zusammenhang mit der integritätsschadensbegründenden Problematik empfundene Schmerzsymptomatik begründet keinen zusätzlichen, eigenständigen Integritätsschaden, zumal die Schmerzen beim Versicherten mittels Analgetika versorgt wurden. Es bestehen demnach keine Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung des Integritätsschadens vom 27. März 2019 durch Dr. med. D. (SUVA-act. 124). Darauf kann abgestellt werden. Abweichende medizinisch-theoretischen Einschätzungen liegen im Übrigen nicht vor.

12.

Im Ergebnis erwies sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2020 als rechts. Die dagegen erhobene Beschwerde wäre unbegründet und demzufolge abzuweisen, sofern darauf einzutreten gewesen wäre.

13.

Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG und Art. 18 PKoG [Prozesskostengesetz; NG 261.2]). Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

36■36

E. 12

St. n. Hospitalisation wegen Phlegmone Dig IV Hand links dorsal vom 24.-28.11.2016

15■36

E. 14

Juni 2018 E. 4.2.1 m.w.H.). Auch ansonsten besteht keine Veranlassung auf das von der Suva errechnete Ausgangseinkommen von Fr. 68'377.– (Tabellen-Ausgangswert Fr. 5'417.– [Tabelle TA1, LSE 2018, privater Sektor, Männer, Kompetenzniveau 1, wöchentliche Arbeitszeit von 40 Std., inkl. 13. Monatslohn], nominallohnbereinigt bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Std.) zurückzukommen. Die Beschwerdeführerin begründet einen höheren Leidensabzug mit den hohen körperlichen Einschränkungen und der innermedizinischen Beschwerden, welche der Versicherte aufgrund seiner schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme aufweise. Insoweit die gesundheitlichen Probleme unfallbedingt sind, fanden sie bereits bei der Festlegung der Restarbeitsfähigkeit Berücksichtigung und dürfen im Rahmen des Leidensabzugs nicht nochmal miteinbezogen werden. Die übrigen (krankheitsbedingten) Leistungseinschränkungen bieten keinen Anlass für einen höheren Leidensabzug, zumal der Versicherte wegen diesen seit Februar 2016 eine halbe Invalidenrente bezieht (BF-Bel. 3) und eine allfällige Verschlechterung des Vorzustands revisionsweise bei der IV-Stelle geltend zu machen wäre. Es sind denn auch keine triftigen

30■36

Gründe oder Gegebenheiten ersichtlich, die in diesem Fall eine abweichende Ermessenausübung und eine gerichtliche Erhöhung des Leidensabzugs rechtfertigen würden. Es ist mit der Suva einig zu gehen, wenn sie unter Gewährung des leidensbedingten Abzugs von 5% ein Einkommen von Fr. 64'958.– errechnet und dieses in Anwendung von Art. 28 Abs. 3 UVV um 50% wegen unfallfremd verminderter Arbeitsfähigkeit kürzt. Das massgebliche Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf Fr. 32'479.–.

9.

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