

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/58 vom 14. August 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_58

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/58 du 14 août 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/58 del 14 agosto 2014

Regeste

Art. 6 UVG, Art. 8 ATSG: Unbestrittene Berechnung des Invaliditätsgrads unter Berücksichtigung der Unfallrestfolgen im Bereich des rechten Fusses. Verneinung einer Leistungspflicht für eine allenfalls aus Schulterbeschwerden links resultierende Erwerbseinbusse aufgrund Nichtbestehens eines natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2014, UV 2013/58).

Erwägungen

E. 1

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers rügt die Berechnung des Invaliditätsgrades, indem er geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe dabei zu Unrecht die Beschwerden des Beschwerdeführers an der linken Schulter nicht berücksichtigt. Die Schulterbeschwerden links seien unfallkausal und würden eine weitergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit bewirken, weshalb sich das Invalideneinkommen verringere und der Invaliditätsgrad entsprechend erhöht werde.

E. 2

2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich- und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181, Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Aufgabe des Arztes ist es, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweis; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). 2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in

seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren eingeholt hat, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3bb/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). 2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 119 V 337 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist mithin im Folgenden, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden links zu Lasten der Unfallversicherung gehen, bzw. ob zwischen dem Unfallereignis vom 4. Februar 2011 und den genannten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 3.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Im Rahmen der im Institut für Radiologie des KSSG am Unfalltag durchgeführten Röntgenuntersuchung des linken Schultergelenks zeigten sich mehrere bis 1 cm grosse Osteolysen mit Randsklerosierung am Caput humeri links, hingegen keine Fraktur (Suva-act. 143). Eine MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 18. Oktober 2011 im Spital F. ___ brachte sodann eine chronische Tendinopathie der Supraspinatussehne, eine akute und chronische Tendinopathie der Subscapularissehne, eine Peritendinitis der Infraspinatussehne, ein aufgequollenes anteriores Labrum sowie eine aktivierte AC-Gelenksarthrose hervor (Suva-act. 58). Bei sämtlichen, vorgenannten Gesundheitsschäden handelt es sich eindeutig um organische Substrate bzw. strukturelle Gesundheitsstörungen, welche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, zu verursachen vermögen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579 ff., S. 735, S. 1107; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, S. 1808; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 172, S. 2065). Eine Osteolyse, Arthrose sowie Tendinopathie bzw. Tendinitis stellen sodann grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden bzw. degenerative Veränderungen dar, die als unfallkausale Gesundheitsschäden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise nach einer

Fraktur oder Ruptur, auftreten (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 580 f., S. 725, S. 740; Psyhyrembel, a.a.O., S. 172; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1380, S. 1808; <http://www.schulter-zentrum.de/supraspinatus-sehne.html>, [http://www.heilpraxisnet.de/krankheiten/osteolyse . php](http://www.heilpraxisnet.de/krankheiten/osteolyse.php), beide abgerufen am 12. Juni 2014). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, ob die radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden im Bereich des linken Schultergelenks des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sekundär durch den Unfall vom 4. Februar 2011 verursacht wurden.

3.3 Massgebende Ausgangspunkte für traumatische Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bilden der Unfallmechanismus zusammen mit den unmittelbar nach dem Unfall gestellten Unfalldiagnosen sowie der zeitliche Ablauf. Dies in dem Sinne, dass es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann und im Regelfall massgebende Verletzungen zu Schmerzen führen und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden.

3.3.1 Wie von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 14. August 2013 umfassend dargelegt (Erwägung 3. a.), enthalten sämtliche Unfallschilderungen in den Akten keinerlei Hinweise, wonach am 4. Februar 2011 eine Einwirkung auf die linke Schulter des Beschwerdeführers stattgefunden hätte. So wird in der Schadenmeldung UVG vom 7. Februar 2011 einzig ein Einklemmen des rechten Fusses und ein Stoss rückwärts auf den Boden ohne genaue Bestimmung eines davon betroffenen Körperteils beschrieben (Suva-act. 1). Im Bericht des am 4. Februar 2011 Einsatz habenden Notarztes SGNOR Dr. med. G. ___ ist sodann von einem Einklemmtsein des rechten Fuss sowie auf Höhe Becken/Bauch und einem anschliessenden Sturz auf den Hinterkopf aus Körper- und Tischhöhe die Rede (Suva-act. 133). Auch gegenüber der Kantonspolizei St. Gallen erwähnte der Beschwerdeführer am 25. Februar 2011 einzig ein Einklemmen des rechten Fusses und ein Rückwärtsfallen vom Tisch, ohne Angabe der dabei aufgeschlagenen Körperteile (Suva-act. 17). Diesen Unfallhergängen ohne ausdrückliche Einwirkung auf die linke Schulter des Beschwerdeführers fügt sich der dem Unfallrapport der Suva, Abteilung Arbeitssicherheit, vom 28. Februar 2011 zu entnehmende Unfallhergang an (Suva-act. 12). Erstmals am 17. Juni 2011, d.h. rund 4 1/2 Monate nach dem Unfall, beschrieb der Beschwerdeführer gegenüber der Suva ein Aufschlagen mit der linken Schulter an einer gegenüber stehenden Schweissmaschine beim Unfall (Suva-act. 33). Grundsätzlich kann ein Aufschlagen mit der linken Schulter bei einem Sturz von einem Tisch mit dem Oberkörper voran nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Auch dass der Beschwerdeführer laut Unfallrapport mit dem linken Fuss neben dem Tisch ins Leere getreten ist und nach dem Sturz mit dem rechten Fuss eingeklemmt geblieben ist, liesse sodann zumindest einen Sturz in Richtung der linken Körperhälfte vorstellen (Suva-act. 12). Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass in sämtlichen echtzeitlichen Akten von keinem Unfallmechanismus mit Einwirkung auf die linke Schulter die Rede ist. RQW erlitt der Beschwerdeführer im Übrigen am rechten Ellbogen und rechten Ohrläppchen (Suva-act. 9). An dem erst nach längerer Latenzzeit vorgebrachten neuen Sachverhalt bzw. Sachverhaltselement eines Aufschlagens der linken Schulter beim Sturz vom Tisch lässt sich damit massgeblich zweifeln.

3.3.2 Auch die ursprünglich gestellten Unfalldiagnosen sowie die zeitlichen Abläufe hinsichtlich der Schulterproblematik ergeben keinerlei Anhaltspunkte für eine Unfalleinwirkung auf die linke Schulter bzw. lassen eine solche höchst fraglich erscheinen. Laut Bericht vom 19. Juni

2013 erhob Notarzt SGNOR Dr G.____ bei seinem Einsatz am 4. Februar 2011 als Befunde starke Schmerzen im Bereich des Unterschenkels/Fusses, ein mögliches Logensyndrom, eine fragliche Motorik und Neurologie, trophische Störungen wegen Varikosis und Status nach Operation, jedoch eine intakte Durchblutung. Eine Commotio wurde von ihm nicht ausgeschlossen, klinisch fand sich indessen kein Anhalt für eine Schädelfraktur; auch nicht für eine Thorax-/Abdominal-/Becken-Verletzung (Suva-act. 133). Der Rega-Arzt Dr. med. H.____ stellte die (vorläufigen) Diagnosen einer Quetschung bzw. eines Traumas des rechten Beins und Unterschenkels sowie einer Commotio (Suva-act. 13). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG, wo sich der Beschwerdeführer vom Unfalltag an während beinahe zwei Wochen aufgehalten hat und somit - wie angenommen werden darf - erstmals sorgfältig und umfassend die Unfallverletzungen erhoben worden sind, diagnostizierten ebenfalls (nur) ein Quetschtrauma rechter Fuss mit/bei undislozierter subkapitaler MT III-V-Fraktur, undislozierter Fraktur Os cuneiforme laterale intermediums und Os cuboideum sowie eine RQW rechter Ellbogen mit Eröffnung Bursa olecrani und RQW rechtes Ohrläppchen (Suva-act. 9). Im Rahmen der Nachkontrolle vom 20. April 2011 in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG schloss sich sodann die Diagnose einer undislozierten Weber B Fraktur rechts an (Suva-act. 26). Von einem Unfallmechanismus mit Einwirkung auf die linke Schulter sprach der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin, wie gesagt, erstmals am 17. Juni 2011 (Suva-act. 33). Danach fanden zwar eine Nachkontrolle des Beschwerdeführers in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG (Suva-act. 36), ein Gespräch mit Dr. D.____ (Suva-act. 37) sowie eine kreisärztliche Untersuchung (Suva-act. 45) statt. Diese wiederum jedoch ohne Erwähnung, Untersuchung oder gar Behandlung einer Schulterproblematik. Die erste (MRI-)Untersuchung der linken Schulter erfolgte schliesslich erst am 18. Oktober 2011 (Suva-act. 58) und eine schulterbezogene Verletzungs-Diagnose - Kontusion Schulter links - wurde erstmals in den Berichten der Rehaklinik Bellikon vom Dezember 2011/Januar 2012 gestellt (Suva-act. 81 ff.). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Diagnose ohne strukturelle Läsion, die nicht in jedem Fall augenfällig ist und somit oft auch nur gestützt auf einen subjektiv geschilderten Unfallmechanismus gestellt wird.

3.3.3 Nachdem in Anbetracht des in den Erwägungen 3.3.1 f. dargelegten Sachverhalts weder bezüglich des Unfallmechanismus noch der echtzeitlichen Unfalldiagnosen von einer Traumatisierung der linken Schulter am 4. Februar 2011 ausgegangen werden kann, fällt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung bzw. Spätfolge einer solchen in diesem Bereich grundsätzlich zum Vornherein ausser Betracht.

3.4 Was die linke Schulter angeht, ist jedoch letztlich entscheidend, dass die medizinischen Akten nur umfassende krankheitsbedingte Gesundheitsschäden und degenerative Veränderungen zutage fördern, jedoch keinerlei Anhaltspunkte für das Geschehen einer strukturellen Läsion enthalten (vgl. Erwägung 3.2). Entsprechend wird im Bericht über das orthopädische Konsilium in der Rehaklinik Bellikon vom 16. Dezember 2011 festgehalten, dass die Unfallaufnahmen vom Februar 2011 (Suva-act. 143) ein unauffälliges Schultergelenk zeigt und die Sehnen der linken Schulter im Arthro-MRI vom Oktober 2011 (Suva-act. 58) intakt bei chronischen Tendinopathien und einer aktivierten AC-Gelenksarthrose dargestellt seien (Suva-act. 82). Ohne Schultergelenksverletzung bleibt jedoch für eine (sekundär) traumatisch bedingte Osteolyse, Arthrose sowie Tendopathie bzw. Tendinitis kein Raum, zumal die fraglichen Gesundheitsschädigungen im Regelfall ohnehin rein degenerativ bzw. krankheitsbedingt vorkommen (vgl. Erwägung 3.2). Der Umstand, dass am Unfalltag im Institut für Radiologie des KSSG unter anderem eine radiologische Untersuchung des linken

Schultergelenks stattgefunden hat (Suva-act. 143), vermag nicht als Hinweis auf eine ursprüngliche Schultergelenkläsion gelten. Der Grund hierfür ist wohl einzig darin zu sehen, dass der Beschwerdeführer einen schweren Arbeitsunfall mit Sturz von einem Tisch erlitten hatte, aufgrund dessen umfassende Verletzungen im Raum standen. Dies machte es - wie getätigt - offensichtlich erforderlich, zur Feststellung bzw. zum Ausschluss von Verletzungen den ganzen Körper des Beschwerdeführers einer radiologischen Untersuchung zu unterziehen. Bezüglich der Osteolyse kommt hinzu, dass diese bereits am Unfalltag röntgenologisch sichtbar war. Der Zeitraum zwischen dem Unfallereignis vom 4. Februar 2011 und der kernspintomographischen Untersuchung vom 18. Oktober 2011 ist sodann mit rund 10 Monaten relativ kurz, so dass auch eine unfallbedingte Arthrose kaum postuliert werden kann. Demgemäss spricht auch Dr. D.____ in seinem Bericht vom 30. April 2012 über die kreisärztliche Untersuchung vom 27. April 2012 von einer vorbestehenden Acromioclaviculargelenksarthrose (Suva-act. 104). Der Begriff "chronisch", wie er im MRI-Untersuchungsbericht im Zusammenhang mit der Tendinopathie angeführt ist, steht schliesslich dem Begriff "traumatisch" entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch "langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend" (Psyhyrembel, a.a.O., S. 389; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 334). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang der konkret radiologisch objektivierten Gesundheitsschäden zum Unfallereignis vom 4. Februar 2011 insgesamt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist.

E. 3.5

3.5.1 Dr. D.____ nimmt in seinem Bericht vom 30. April 2012 über die kreisärztliche Untersuchung 27. April 2012 betreffend Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links die vorangehenden Erwägungen auf. Laut Angaben des Beschwerdeführers seien die Schulterbeschwerden linksseitig durch den Unfall aufgetreten. Weder in der Echtzeitdokumentation noch in späteren Arztberichten würden jedoch Schulterbeschwerden linksseitig erwähnt. Auch in der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. August 2011 (Suva-act. 45) habe der Beschwerdeführer keine diesbezüglichen Beschwerden angegeben. Bildgebend fänden sich in den Unterlagen Röntgenaufnahmen beider Schultergelenke vom Unfalltag und ein MRI der linken Schulter vom 18. Oktober 2011. Im Weiteren hält er fest, aus rein medizinischer Sicht sei denkbar, dass eine Schulterkontusion zu einer Aktivierung einer vorbestehenden Acromioclaviculargelenksarthrose führe. Bei ansonsten fehlender medizinischer Dokumentation müsse die Wahrhaftigkeitsbeurteilung der Angaben jedoch administrativ erfolgen (Suva-act. 104). Im Bericht vom 1. Februar 2013 über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 31. Januar 2013 verwies Dr. D.____ auf seine Ausführungen vom 30. April 2012 und formulierte, der Beschwerdeführer gebe an, dass er die linke Schulter anlässlich des Ereignisses am 4. Februar 2011 angeschlagen habe. Er wiederholte, dass die Wahrhaftigkeitsbeurteilung der Angaben des Beschwerdeführers allein der Administration obliege. Es werde ihr empfohlen, die Ambulanzaufzeichnungen der Zentralen Notfallabteilung im KSSG anzufordern, um festzustellen, ob gegebenenfalls dort eine Schulterverletzung dokumentiert sei (Suva-act. 116). In der Folge wurde vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Einsprache vom 17. Juli 2013 (Suva-act. 141) der Untersuchungsbericht des Instituts für Radiologie des KSSG vom 4. Februar 2011 (Suva-act. 143) eingereicht. Die Beschwerdegegnerin erliess ihren Einspracheentscheid vom 14. August 2013 (Suva-act. 150), ohne zuvor den fraglichen medizinischen Bericht nochmals Dr. D.____ zu unterbreiten. Im Rahmen seiner Beurteilungen lag dem Kreisarzt

ausserdem auch der Bericht des am Unfalltag diensthabenden Notarztes SGNOR Dr. G.____ vom 19. Juni 2013 (Suva-act. 133) nicht vor. 3.5.2 Dem Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. G 1 Ziff. 3.1 f.), die neuen Unterlagen hätten Dr. D.____ für eine abschliessende Beurteilung vorgelegt werden müssen bzw. der Beschwerdegegnerin habe das notwendige, medizinische Fachwissen gefehlt, um den Bericht des KSSG vom 4. Februar 2011 verlässlich beurteilen zu können, kann nicht gefolgt werden. In der Anamnese des Berichts vom 1. Februar 2013 über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 31. Januar 2013 (Suva-act. 116) sind die radiologischen Untersuchungsergebnisse vom 4. Februar und 18. Oktober 2011 umfassend aufgeführt. Dr. D.____ sieht zwar in seinen Berichten von einer ausdrücklichen Feststellung des Fehlens einer strukturellen Unfallverletzung ab. Der Hinweis auf die radiologischen Unterlagen sowie die Aussage - aus rein medizinischer Sicht sei es denkbar, dass eine Schulterkontusion zu einer Aktivierung einer vorbestehenden Acromioclaviculargelenksarthrose führen könne - lässt jedoch davon ausgehen, dass er das Vorliegen einer solchen entsprechend der medizinischen Aktenlage - insbesondere auch in Berücksichtigung der im Rahmen einer Kausalitätsbeurteilung massgebenden echtzeitlichen Befunderhebungen - ausschliesst. Einzig hinsichtlich der Feststellung des Geschehens einer allfälligen Schulterkontusion empfahl er die Einholung der Ambulanzaufzeichnungen der Zentralen Notfallabteilung und hielt ausdrücklich fest, dass die Wahrhaftigkeitsbeurteilung der Angaben des Beschwerdeführers eines Anschlages der linken Schulter anlässlich des Ereignisses vom 4. Februar 2011 allein der Administration obliege. Medizinisch sah er damit offensichtlich für das Vorliegen fortdauernder unfallkausaler Schulterbeschwerden keinen Raum mehr und stellte seine Beurteilung fehlender unfallkausaler struktureller Restfolgen mit fortdauernden unfallkausalen Beschwerden nicht in Frage. Es ist damit nicht ersichtlich, inwiefern Dr. D.____ das röntgenologische Untersuchungsergebnis des KSSG nochmals hätte vorgelegt werden müssen. Dieses sowie der Bericht des Notarztes SGNOR Dr. G.____ enthielten letztlich ohnehin keinerlei Hinweise auf eine strukturelle Schulterverletzung. Eine Kontusion hat keinesfalls zwingend eine solche zur Folge, kann jedoch - wie von Dr. D.____ angeführt - zu einer Aktivierung eines Vorzustands führen. Mit der Formulierung "denkbar" weist Dr. D.____ darauf hin, dass auch ein solcher Verlauf nicht regelmässig auftritt. Nachdem eine Kontusion im Normalfall innert kurzer Zeit abheilt und vorliegend keine strukturellen Schäden bestehen, ist ausserdem nicht anzunehmen, dass sturzbedingt 4 1/2 Monate später plötzlich Beschwerden in einem neuen Körperbereich auftreten. Angesichts dessen, dass die neuen Akten schliesslich keinerlei Hinweise für das Geschehen einer Schulterkontusion enthielten, hatte die Beschwerdegegnerin keinerlei Veranlassung, weitere medizinischen Abklärungen hinzuzufügen. Einzig bei einer überwiegend wahrscheinlichen Schulterkontusion hätte sich nachfolgend die von einem Arzt zu beurteilende Frage gestellt, ab welchem Zeitpunkt die Kontusion abgeheilt, d.h. der Status quo sine/ante erreicht war (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.1 f.; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). 3.6 Zusammenfassend ist bei obiger Sachlage festzuhalten, dass am 4. Februar 2011 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein Unfallereignis mit einer natürlich und adäquat kausalen Schädigung der linken Schulter stattgefunden hat, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für eine allenfalls daraus entstandene Erwerbseinbusse zu Recht verneint hat. Auch eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands fällt aus diesen Gründen ausser Betracht.

E. 4

4.1 Einig sind sich die Parteien hingegen darin, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 4. Februar 2011 Unfallrestfolgen im Bereich des rechten Fusses aufweist. Auf weitere Ausführungen diesbezüglich kann bei Vorliegen einer schlüssigen und unbestrittenen Aktenlage verzichtet werden (vgl. dazu Suva-act. 116, 118).

4.2 Wie der Wortlaut von Art. 21 Abs. 4 ATSG zeigt, kommt der versicherten Person im Sozialversicherungsrecht eine Schadenminderungspflicht zu; im konkreten Fall eine rentenspezifische Schadenminderungspflicht. Zum Ausdruck gebracht ist diese im Grundsatz "Eingliederung vor Rente" und besteht grundsätzlich in einer Umschulung des Beschwerdeführers in einen, seinem erlernten Beruf eines Maschinenschlossers und geprüften Schweissers (vgl. Suva-act. 33) gleichwertigen, aber behinderungsadaptierten, und sich rentenmindernd auswirkenden Beruf (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, Vorbemerkungen N 47). Angesichts des Alters des Beschwerdeführers (geb. 1954) bzw. seiner verbleibenden Aktivitätsperiode fällt jedoch eine Umschulung ausser Betracht (vgl. dazu Ulrich Mayer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. Zürich 2010, S. 101 f.).

4.3 Zu prüfen bleibt damit, welche Erwerbseinbusse der Beschwerdeführer durch seine Restfolgen der beim Unfall vom 4. Februar 2011 zugezogenen Fussverletzungen rechts erleidet. Die Parteien sind sich darin einig, dass der Beschwerdeführer durch diese in seiner angestammten Tätigkeit als Schlosser nicht mehr arbeitsfähig ist. Gestützt auf die von Dr. D.____ in seinem Bericht 1. Februar 2013 über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung 31. Januar 2013 (Suva-act. 116) bestätigte Zumutbarkeitsbeurteilung bzw. Arbeitsfähigkeitsschätzung der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht vom 9. Januar 2012 ist ihm hingegen in einer adaptierten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne längeres Stehen oder Gehen am Stück während > 60 Minuten, Tätigkeiten mit Erfordernis, schneller laufen zu müssen, Arbeiten in unebenem Gelände, Vibrationsbelastung und Schläge bezüglich des rechten Fusses, Zwangshaltung für den rechten Fuss und ohne Arbeiten an sturzexponierten Stellen (innerhalb der nächsten drei Monate) das Erreichen einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit zumutbar (Suva-act. 83). Gegen diese Auffassung ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nichts einzuwenden. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht den Invaliditätsgrad aufgrund einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ermittelt. Nach Berechnung der Beschwerdegegnerin führt die unfallbedingte körperliche Einschränkung zu einer Erwerbseinbusse von 24%. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat gegen diese Berechnung keine konkreten Einwände erhoben. Die vorliegenden Akten liefern keine Hinweise, gemäss welchen die Berechnung des Invaliditätsgrads zu beanstanden wäre. In der Beschwerde vom 12. September 2013 (act. G 1) wurde sodann richtigerweise auch kein Lohnabzug mehr bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gefordert (vgl. dazu BGE 129 V 475 ff. E. 4.2.1 ff.). Nicht bestritten ist schliesslich die Berentung ab 1. Februar 2013.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 14. August 2013 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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