

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/72 vom 20. April 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-04-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2020\\_72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_72)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/72 du 20 avril 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/72 del 20 aprile 2022

## **Regeste**

Art. 15 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 24 Abs. 2 UVV. Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Beweiswürdigung ärztlicher Berichte und eines polydisziplinären Gutachtens. Die Unfallkausalität der geklagten Rückenbeschwerden ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Der Beschwerdeführer ist unter Berücksichtigung der als unfallkausal anerkannten Beschwerden in der angestammten sowie einer adaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Prozentvergleich. Kein Anspruch auf eine höhere Rente und eine höhere Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen. Der versicherte Verdienst ist gestützt auf Art. 24 Abs. 2 UVV festzulegen und übersteigt damit den von der Beschwerdegegnerin angenommenen versicherten Verdienst. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. April 2022, UV 2020/72). Beim Bundesgericht angefochten.

## **Volltext**

Entscheid vom 20. April 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2020/72 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roger Lippuner, St. Gallerstrasse 46, Postfach 745, 9471 Buchs SG 1, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ AG als C.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 26. April 1992 einen Motorradunfall erlitt (Suva-act. 1-2, 1-12 f.). Die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG), wo sich der Versicherte vom 26. April bis 16. Mai 1992 befand, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 19. Mai 1992 als Diagnosen eine komplexe linksseitige Beckenfraktur mit Längsfraktur des Os ilium mit Einstrahlung in den vorderen und hinteren Acetabularpfiler, eine obere und untere Schambeinastfraktur sowie Symphysen-Sprengung, eine traumatische Beckengefässverletzung links mit Zerreissung der Arteria und Vena iliaca externa, ein drohendes Kompartmentsyndrom Unterschenkel links mit Peroneus-Parese links (Differentialdiagnose: traumatische Plexus-Irritation links), latero-basale Rippenfrakturen 9 bis 11 links sowie einen posttraumatischen und postoperativen Hodenhochstand beidseits fest (Suva-act. 2-41 ff.). Am Unfalltag war im KSSG eine Gefäss-Rekonstruktion mit iliaco-femoralem Dacron-Interponat arteriell und venös, eine offene Reposition und Osteosynthese der Beckenfraktur links und eine subcutane Fasciotomie am Unterschenkel links durchgeführt worden (Suva-act. 2-40 f.). Am 8. Mai 1992 war ein Logenverschluss am Unterschenkel

links mit Sekundärnaht erfolgt (Suva-act. 2-39). Vom 16. Mai bis 26. Juni 1992 befand sich der Versicherte zur Weiterbehandlung und Physiotherapie im Spital D.\_\_\_\_ (Suva-act. 2-36 f.). Ihm wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Suva-act. 3-1 f.). Die Suva kam für die Folgen des Unfalls auf (vgl. u.a. Suva-act. 1-7 f.). Ab 19. Oktober 1992 war der Versicherte wieder zu 50 %, ab 14. Dezember 1992 zu 75 % und ab 4. Januar 1993 zu 100 % als C.\_\_\_\_ tätig (vgl. Suva-act. 2-29, 2-31). Suva-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt nach einer Untersuchung vom 16. Juni 1993 fest, ein auffallender Beckenschiefstand sei nicht feststellbar, möglicherweise könne ein geringer Beckenschiefstand nach links von 0.5 cm vorliegen. Aufgrund der noch bestehenden Einschränkungen empfehle er (weiterhin) eine physiotherapeutische Behandlung (Suva-act. 2-20 ff., vgl. auch die kreisärztlichen Untersuchungen vom 23. November 1992 und 18. Februar 1993; Suva-act. 2-24 ff.). Am 9. Februar 1994 wurde dem Versicherten im KSSG die solitäre Schraube im Beckenkamm links entfernt (Suva-act. 2-14). Nach einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bis 18. Februar 1994 war der Versicherte wieder voll arbeitsfähig (vgl. Suva-act. 2-10 ff.). Gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. August 1994 (vgl. Suva-act. 2-1) sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 20 % zu (vgl. Suva-act. 203-3). Am 20. Juli 1998 wurde beim Versicherten im KSSG wegen eines thromboembolischen Verschlusses der Arteria iliaca communis links eine Thrombolyse durchgeführt (Suva-act. 3-22 f.). Aufgrund einer Inguinalhernie links unterzog sich der Versicherte am 17. November 1998 im KSSG einer Transversalisplastik (Suva-act. 3-19 ff.). Infolge eines Rezidivs erfolgte am 20. Juli 1999 eine weitere Inguinalhernien-Operation (Suva-act. 3-16 f.). Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 5. Juli 2001 über zunehmende Knieschmerzen rechts. Der Versicherte habe einen völlig atrophischen Musculus vastus medialis, was zur Lateralisierung der Patella und den Knieschmerzen führe (Suva-act. 3-11). Am 17. Oktober 2001 kam es erneut zu einem thromboembolischen Verschluss der Arteria iliaca communis links, weshalb der Versicherte zur Durchführung einer nächsten Thrombolyse im KSSG hospitalisiert wurde (Suva-act. 3-10, 14-4 f., 16-5). Anlässlich einer Nachkontrolle im KSSG vom 25. Januar 2005 beschrieb der Versicherte nun vor allem Schmerzen im Iliosakralgelenk (ISG) sowie tief lumbal konzentriert mit teilweise pseudoradikulären Ausstrahlungen in beide Beine. Der behandelnde Arzt hielt im Untersuchungsbericht vom 27. Januar 2005 die Diagnosen retropatelläre Schmerzsymptomatik links bei hypoplastischem Musculus vastus medialis und Status nach Acetabulumfraktur links 1992 fest. Die lumbalen und iliosakralen Schmerzen seien durch die Dislokation der Hemipelvis rechts erklärbar. Die Verkürzung des Beines sowie die posteriore Dislokation seien aber weniger als 1 cm, so dass der Versicherte über mehr als zehn Jahre beschwerdearm gewesen sei. Durch eine 5 mm dicke Einlage könne eventuell die Statik verbessert werden (Suva-act. 3-6 f.). Am 13. Juni 2005 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ über eine rezidivierende ISG-Problematik rechts bei asymmetrischem Becken bei Status nach Unfall 1992. Im Allgemeinen bestehe ein recht ordentlicher Befund. Der Versicherte klagte aber immer wieder über ISG-Blockaden, die mit manueller Therapie gut deblockiert werden könnten. Er sei derzeit wegen eines Bandscheibenvorfalles L5/S1, der am 12. April 2005 operiert worden sei (vgl. Suva-act. 112 f.), in physiotherapeutischer Behandlung. Wegen vermehrter Schmerzen lumbal und im ISG-Bereich, die langes Sitzen etc. verunmöglichten, sei der Versicherte seit 29. März 2005 arbeitsunfähig (Suva-act. 3-4). Dr. med. G.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, berichtete am 11. Dezember 2018, der Versicherte befinde sich seit Mitte Mai 2018 wegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung in seiner Behandlung. Der Versicherte sei

aufgrund der entzündlichen Aktivität der rheumatologischen Grunderkrankung vom 2. Mai bis 29. September 2018 für seine angestammte Tätigkeit (Projektleiter bei der I. \_\_\_ AG; vgl. Suva-act. 72, 88-14) nur zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Seit Oktober 2018 führe er diese wieder im Vollpensum aus (Suva-act. 77-7). Prof. Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, beurteilte am 1. Februar 2019, es zeige sich ein leichtes sensibles Defizit im Dermatom S1 rechts neben den bereits bekannten Defiziten im linken Bein. Ursache dafür sei eine Reizung der lumbalen Wurzeln vor allem L5 und S1 rechts, ohne dass aber Denervierungszeichen im EMG zu finden seien. Die Reizung sollte in den nächsten Wochen langsam abklingen, er empfehle eine konservative Therapie mit Analgesie und Physiotherapie (Suva-act. 118). Die I. \_\_\_ AG kündigte das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per 30. Juni 2019 (Suva-act. 72, G1.9). Der Versicherte meldete der Suva am 26. Juli 2019 einen Rückfall (Suva-act. 21). Die behandelnden Ärztinnen des KSSG, Ostschweizer Gefässzentrum, hielten in ihrem Bericht vom 26. Juli 2019 als Diagnosen insbesondere ein symptomatisches Patch-Anostomosen-Aneurysma inguinal links (neu), einen chronischen Verschluss der Vena femoralis communis sowie der distalen Vena iliaca externa links fest. Es bestehe eine komplexe Situation mit multiplen Voroperationen. Insgesamt beurteilten sie die Gefässpathologie als Spätfolge der Notfallopoperationen des Motorradunfalls von 1992 (Suva-act. 30, vgl. auch die Berichte vom 4. und 9. Juli sowie 1. August 2019; Suva-act. 32 ff.). Mit Schreiben vom 9. September 2019 bestätigte die Suva, für den Rückfall zum Ereignis vom 26. April 1992 zuständig zu sein. Der Versicherte sei aber krankheitsbedingt (Lumbago, vgl. Suva-act. 32, 51) zu 100 % arbeitsunfähig. Während gleichzeitiger voller Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit und Unfall erhalte er von der Suva kein Taggeld (Suva-act. 54). Nach Einholung einer Zweitmeinung (vgl. Suva-act. 43) bei Dr. med. J. \_\_\_, Leiter Gefässmedizin und Thoraxchirurgie, Klinik K. \_\_\_, unterzog sich der Versicherte dort am 18. September 2019 einer Aneurysmaresektion mit 8 mm Dacron Y-Rekonstruktion inguinal links (Suva-act. 71). Dr. J. \_\_\_ attestierte ihm ab 17. September 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 86, 98, 108). Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hatte am 10. September 2019 berichtet, der Versicherte sei seit Januar 2019 intermittierend zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig. Dies vor allem wegen einer lumbalen Problematik, im Sinne eines lumboradikulären Schmerzes und eines Ausfallsyndroms L5/S1 beidseits, rechts deutlich mehr als links. Diesbezüglich seien einerseits degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Diskushernien zu erwähnen. Allerdings habe die komplexe posttraumatische Situation bei schwerer Beckenzertrümmerung mit über die Jahre hinweg vorhandener Fehlbelastung die Degeneration der Lendenwirbelsäule sicherlich auch mitgetriggert (Suva-act. 62). Auf Nachfrage der Suva (vgl. Suva-act. 63) befand Dr. L. \_\_\_ am 19. September 2019, aufgrund der krankheitsbedingten Rückenschmerzen wäre der Versicherte ab anfangs September 2019 zu 50 % und ab dem Operationsdatum vom 17. September 2019 (richtig: 18. September 2019) zu 100 % arbeitsfähig (gemeint: arbeitsunfähig) gewesen (Suva-act. 65). Dr. J. \_\_\_ berichtete am 6. Januar 2020 über einen gesamthaft sehr schönen Verlauf. Seitens des letzten operativen Eingriffs sei der Versicherte wieder belastbar mit stabilen körperlichen Einschränkungen in Folge des komplexen linksseitigen Traumas vor mehr als 25 Jahren (Suva-act. 151, vgl. auch den Bericht vom 20. Dezember 2019; act. G8.15). Kreisarzt Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beurteilte nach einer Untersuchung des Versicherten am 27. Januar 2020, an der Lendenwirbelsäule (LWS) lägen keine unfallbedingten Traumafolgen vor, so dass die bestehenden strukturellen Veränderungen an der LWS mit den damit verbundenen

Behandlungen nicht als unfallbedingte Traumafolgen hinsichtlich des Unfalls vom 26. April 1992 zu werten seien. Es sei von einer relativ guten Belastbarkeit des linken Hüftgelenks auszugehen. Derzeit stünden keine weiteren medizinischen Massnahmen zur Verfügung, die zu einer namhaften Verbesserung des Zustands führen würden, so dass der administrative Abschluss zu empfehlen sei. Bei der Beurteilung des Integritätsschadens am 30. August 1994 sei eine allfällig schicksalhaft sich ausbildende Arthrose im linken Hüftgelenk berücksichtigt worden. Da seither keine wesentliche Änderung des Zustands eingetreten sei, sei derzeit keine Erhöhung des Integritätsschadens zu begründen. Eine adaptierte Tätigkeit im Beruf als Projektleiter sei ganztägig zumutbar (Suva-act. 164). Nach einer Kritik des Versicherten an der Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. 167) nahm dieser am 4. Februar 2020 erneut Stellung (Suva-act. 172). Mit Schreiben vom 12. März 2020 stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. März 2020 ein. Sie kündigte an, für die Kosten einer allfälligen Behandlung des linken Hüftgelenks bzw. der linken Leistenregion werde sie im Rahmen von zwei bis drei Physiotherapie-Serien sowie allfälliger Schmerzmittel zumindest für die folgenden zwölf Monate weiterhin aufkommen (Suva-act. 192). Ab 1. April 2020 attestierte Dr. L.\_\_\_\_ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Der Versicherte war ab dann in einem Pensum von 50 % bei einem Arbeitgeber im T.\_\_\_\_ angestellt (Suva-act. 195, 214 f., 217, 233, zuvor seit dem 10. Februar 2020 Arbeitsversuch zu 50 %; vgl. Suva-act. 178, 185). Mit Verfügung vom 2. April 2020 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. April 2020 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 32 % und einem Jahresverdienst von Fr. 71'049.-- zu. Die bereits 1994 zugesprochene Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 20 % erhöhte sie nicht. Eine Leistungspflicht bezüglich der Rückenbeschwerden verneinte sie mangels Unfallkausalität (Suva-act. 203). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Lippuner, Buchs, am 4. Mai 2020 Einsprache (Suva-act. 212). Mit Entscheid vom 18. August 2020 hiess die Suva die Einsprache insofern teilweise gut, als sie den versicherten Verdienst auf Fr. 73'130.-- festsetzte. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab. Sie erhob keine Verfahrenskosten und sprach keine Parteientschädigung zu (Suva-act. 225). Gegen den Einspracheentscheid vom 18. August 2020 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), erneut vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Lippuner, am 16. September 2020 Beschwerde. Er beantragte darin: 1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben. 2.a Es sei ein ganzheitliches medizinisches Gutachten einzuholen und festzustellen, dass auch die Rückenbeschwerden unfallabhängige Traumata seien (mit Einfluss auf Leidensabzug/Tabellenlohnabzug, Behandlungskosten und Integritätsentschädigung) und dass ihm eine angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 50 bis 60 % (verteilt auf 7 Tage 24 h) zumutbar sei. 2.b Es sei festzustellen, dass sein versicherter Verdienst Fr. 95'145.--, das Valideneinkommen Fr. 219'816.--, der Invalidenlohn unter Berücksichtigung des Leidensabzugs Fr. 68'127.-- und seine Erwerbsunfähigkeit mehr als 32 %, nämlich 69 %, betrage. 2.c. Es sei die Invalidenrente entsprechend den beantragten Feststellungen festzusetzen. 2.d Es sei die im Jahr 1994 entrichtete Integritätsentschädigung von 20 % um einen nach Abschluss der Beweisergänzungen zu beziffernden Anteil zu erhöhen. 2.e Es sei festzustellen, dass die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) gemäss Art. 36 Abs. 1 des Gesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) für alle bisherigen und künftigen Behandlungen und Operationen leistungspflichtig sei, welche nicht völlig unfallfremd seien. 3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4. Unter erst- und zweitinstanzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu

Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G1). Der Beschwerdeführer liess unter anderem eine Verfügung seiner Krankentaggeldversicherung vom 2. Juli 2020, mit welcher diese einen Taggeldanspruch ab 1. April 2020 verneint hatte, einreichen (act. G1.4). Am 7. Oktober 2020 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. L. \_\_\_ vom 28. September 2020 einreichen (act. G3, G3.1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 23. Oktober 2020, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Der Einspracheentscheid vom 18. August 2020 sei im Rentenpunkt aufzuheben (reformatio in peius) und bezüglich Integritätsentschädigung zu bestätigen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 18. August 2020 sowohl im Rentenpunkt wie auch bezüglich Integritätsentschädigung zu bestätigen. Sie habe bislang übersehen, dass der Kreisarzt dem Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Projektleiter im X. \_\_\_bereich eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Ein Rentenanspruch sei damit zum vornherein ausgeschlossen (act. G5). Mit Replik vom 4. Dezember 2020 liess der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren festhalten und zusätzlich beantragen, die Anträge der Beschwerdegegnerin seien abzuweisen. Er sei entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht in der Lage, seinen angestammten Beruf in einem Vollpensum auszuüben (act. G8). Der Beschwerdeführer liess unter anderem ein selbst erstelltes Protokoll einer Tonaufnahme der kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Januar 2020 einreichen (act. G8.25). Die Beschwerdegegnerin hielt am 22. Januar 2021 an ihren Anträgen fest (act. G10). Am 6. Oktober 2021 informierte die Verfahrensleitung die Parteien über den Beizug der Akten der T. \_\_\_ischen AHV-IV-FAK und der "FKB - Die T. \_\_\_ische Gesundheitskasse" (act. G16, vgl. act. G12 ff.). Nach Einsicht in die beigezogenen Akten (vgl. act. G17, G19) reichten die Parteien am 1. Dezember 2021 und 10. Januar 2022 je eine Stellungnahme mit diversen Beilagen ein (act. G26 f.). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist primär die Höhe des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin. Dabei sind insbesondere der Invaliditätsgrad und der versicherte Verdienst festzulegen. Weiter Streitgegenstand ist die Höhe der Integritätsentschädigung. Der Beschwerdeführer beantragt ausserdem, es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin für alle bisherigen und künftigen Behandlungen und Operationen leistungspflichtig sei, welche nicht völlig unfallfremd seien (act. G1). Wie die Beschwerdegegnerin aber zu Recht einwendet (vgl. act. G5), kommt diesem Antrag feststellender Charakter zu. Ein Feststellungsbegehren kann jedoch nur massgeblich sein, wenn Gestaltungs- und Leistungsbegehren ausgeschlossen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2010, 8C\_257/2010, E. 1). Entsprechend hat der Beschwerdeführer für die Behandlungen bis zum Fallabschluss bzw. Einspracheentscheid auch bereits zuhanden der Beschwerdegegnerin ein entsprechendes Leistungsbegehren gestellt, welches von ihr behandelt worden ist (vgl. Suva-act. 192-2 f.). Rechtsprechungsgemäss bildet sodann das Datum des streitigen Einspracheentscheids die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1). In Bezug auf die künftigen Behandlungen steht dem Beschwerdeführer ebenfalls ein Leistungsbegehren offen. Angesichts des Gesagten besteht beim Beschwerdeführer kein Rechtsschutzinteresse an einem Feststellungsbegehren. Auf das Feststellungsbegehren des Beschwerdeführers ist demnach nicht einzutreten. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person

nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Vorerst stellt sich die Frage, welche Beschwerden unfallkausal sind. Umstritten sind insbesondere die Rückenschmerzen. Die Beschwerdegegnerin verneint die Unfallkausalität gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. M. \_\_\_ vom 27. Januar 2020 (Suva-act. 164). Dieser begründete insbesondere (Suva-act. 164-4), bereits 14 Tage vor dem Unfallereignis seien im CT Verschleisserscheinungen der LWS festgestellt worden. Das genannte CT vom 14. April 1992 hatte eine mediane Protrusion L4/5 und eine medio-rechts-laterale Protrusion L5/S1 gezeigt (vgl. Suva-act. 2-23). Damit lag im Unfallzeitpunkt vom 26. April

1992 unbestritten ein gewisser Vorzustand vor. Dr. M.\_\_\_\_ verwies auch auf den Bericht der Klinik N.\_\_\_\_ vom 12. August 1994, in welchem eine leichte Streckhaltung der LWS mit degenerativen Veränderungen im Sinne einer beginnenden Spondylarthrose erwähnt worden war (vgl. Suva-act. 2-2 f.). Dr. M.\_\_\_\_ begründete weiter, an der LWS lägen keine unfallbedingten Traumafolgen vor, so dass die bestehenden strukturellen Veränderungen an der LWS mit den damit verbundenen Behandlungen versicherungsmedizinisch nicht als unfallbedingte Traumafolgen hinsichtlich des Unfalls vom 26. April 1992 zu werten seien (Suva-act. 164-4). Diese Aussage ist jedoch insofern irrelevant, als vorliegend eine indirekte Unfallfolge, verursacht durch die traumatische Beckenverletzung, im Vordergrund steht. Eine fehlende direkte Traumatisierung des Rückens schliesst damit eine Unfallkausalität der Rückenbeschwerden nicht aus. Wie sich jedoch aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, sind indirekt unfallkausale Rückenbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Der Beschwerdeführer bemängelt die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ insbesondere dahingehend, dass dieser nicht all seine Beschwerden berücksichtigt habe und bereits vor der Untersuchung davon überzeugt gewesen sei, dass die Rückenbeschwerden nicht unfallkausal seien (act. G1). Er liess unter anderem ein selbst erstelltes Protokoll einer Tonaufnahme der kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Januar 2020 einreichen (act. G8.25). Dr. M.\_\_\_\_ hielt zwar in seinem Untersuchungsbericht vom 27. Januar 2020 fest, er habe dem Beschwerdeführer zu Beginn der ärztlichen Untersuchung erklärt, dass die bestehenden strukturellen Veränderungen an der LWS und die damit verbundenen Behandlungen nicht als unfallbedingte Traumafolgen hinsichtlich des Verkehrsunfalls vom 26. April 1992 zu werten seien (Suva-act. 164-4, vgl. auch act. G8.25). Dies ist jedoch insoweit nicht zu bemängeln, als die Beurteilung der Unfallkausalität im Wesentlichen bereits vor der kreisärztlichen Untersuchung aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten möglich war. Zudem klärte Dr. M.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer am 27. Januar 2020 umfassend ab und kam aufgrund der erhobenen Befunde sowie der Angaben des Beschwerdeführers im Einklang mit seinem bereits zu Beginn der Begutachtung geäusserten Standpunkt zum Schluss, dass die Rückenbeschwerden als nicht unfallkausal zu erachten seien (Suva-act. 164). Dies entspricht auch der nachfolgenden Schlussfolgerung (vgl. insb. E. 2.7). Wie nachfolgend ausgeführt, erscheint eine indirekte Unfallkausalität der Rückenbeschwerden, verursacht durch die Beckenfraktur mit einer jahrelangen Fehlbelastung, zwar durchaus möglich. In Berücksichtigung auch des zeitlichen Verlaufs lässt sie sich aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen. Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 23. November 1992 und berichtete daraufhin über einen sehr erfreulichen Heilungsverlauf. Seit dem 19. Oktober 1992 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als C.\_\_\_\_. Der Beschwerdeführer erwähnte Dr. E.\_\_\_\_ gegenüber zwar auch Beschwerden im Bereich der Kreuzgegend und der LWS, Dr. E.\_\_\_\_ fokussierte sich bei seiner Untersuchung - entsprechend den Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers - jedoch auf das linke Bein und das linke Becken (Suva-act. 2-27 ff.). Nach einer weiteren Untersuchung vom 18. Februar 1993 hielt Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ fest, die Funktion des Hüft- und Kniegelenks sei seitengleich. Das Hüftgelenk sei frei beweglich. Die Dorsalextension und Plantarflexion des oberen Sprunggelenks (OSG) sei endgradig vermindert. In den nächsten Wochen und Monaten sei mit einer weiteren Anpassung, Besserung und Angewöhnung bis zur vollständigen Abheilung der Verletzungen zu rechnen. Voraussichtlich würden keine dauernden und erheblichen Unfallfolgen zurückbleiben. Allfällige Rückenbeschwerden wurden im Bericht nicht erwähnt (Suva-act. 2-24 ff.). Auch bei der kreisärztlichen

Untersuchung vom 16. Juni 1993 standen die Beschwerden am linken Bein im Vordergrund, Hinweise auf Rückenbeschwerden sind dem Bericht nicht zu entnehmen. Dr. E. \_\_\_ hielt fest, ein auffallender Beckenschiefstand sei nicht feststellbar, möglicherweise könne ein geringer Beckenschiefstand nach links von 0.5 cm vorliegen (Suva-act. 2-20 ff.). In den folgenden späteren medizinischen Berichten (vgl. Suva-act. 3-10, 14) fanden allfällige Rückenbeschwerden ebenfalls keine Erwähnung. Erst am 13. Mai 2003, mithin über elf Jahre nach dem Unfall, berichtete Dr. F. \_\_\_ wieder über Rückenschmerzen und Schmerzen im linken Knie bedingt durch unsymmetrische Belastung und leichte Verschiebung im Beckenbereich (Suva-act. 3-8). Am 27. Januar 2005 hielt der behandelnde Arzt des KSSG fest, dem Beschwerdeführer sei es von Seiten des Hüftgelenks über die letzten zwölf Jahre recht gut gegangen. Er betreibe auch wieder Sport mit O. \_\_\_ und habe über die letzten Jahre auch P. \_\_\_ gespielt. Letzteres habe er nun aufgeben müssen. Die Schmerzen seien vor allem auf das ISG sowie tief lumbal konzentriert mit teilweise pseudoradikulären Ausstrahlungen in beide Beine. Die typischen lumbalen und iliosakralen Schmerzen seien durch die Dislokation des Hemipelvis rechts erklärbar. Die Verkürzung des Beines sowie die posteriore Dislokation seien aber weniger als 1cm, so dass der Beschwerdeführer über mehr als zehn Jahre beschwerdearm gewesen sei. Er denke, dass durch eine 5 mm Einlage eventuell die Statik verbessert werden könnte (Suva-act. 3-6 f.). Diese Erklärung als Ursache für die Rückenschmerzen, rund 13 Jahre nach dem Unfall, überzeugt nicht vollends. Dies, zumal der Beschwerdeführer offenbar bis kurz vor der Untersuchung im KSSG beschwerdearm war. Im Folgenden wurde ein Bandscheibenvorfall L5/S1 diagnostiziert, welcher am 12. April 2005 im KSSG operiert wurde (vgl. Suva-act. 112 f.). Die behandelnden Ärzte des KSSG hielten am 20. April 2005 fest, der Beschwerdeführer berichte, schon immer unter chronischen Rückenschmerzen zu leiden. Bisher habe er eine konservative Therapie erhalten, seit Weihnachten des letzten Jahres hätten sich seine Schmerzen aber deutlich verschlechtert (Suva-act. 113). Es ist nicht bekannt, wann der schlussendlich operierte Bandscheibenvorfall, welcher offenbar ab Ende 2004 verstärkt Beschwerden verursachte, auftrat. Aufgrund der mehrjährigen schmerzarmen Periode, der vorherigen medizinischen Berichte und der Exazerbation erst Ende 2004 erscheint es jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Bandscheibenvorfall im Zusammenhang mit der Beckenfraktur und einer jahrelangen Fehlbelastung steht. Dasselbe gilt für den weiteren, im Jahr 2016 aufgetretenen und konservativ behandelten Bandscheibenvorfall (Suva-act. 72-2, 118). Aufgrund starker Rücken- und Ischiasschmerzen rechts suchte der Beschwerdeführer sodann am 1. Februar 2019 Prof. H. \_\_\_ auf, welcher feststellte, es zeige sich ein leichtes sensibles Defizit im Dermatome S1 rechts neben den bereits bekannten Defiziten im linken Bein. Ursache dafür sei eine Reizung der lumbalen Wurzeln vor allem L5 und S1 rechts, ohne dass aber Denervierungszeichen im EMG zu finden seien. Die Reizung sollte in den nächsten Wochen langsam abklingen, er empfehle eine konservative Therapie mit Analgesie und Physiotherapie (Suva-act. 118). Ein am 7. Februar 2019 durchgeführtes MRI der Wirbelsäule zeigte bei LWK 4/5 eine nach kaudal migrierte sequestrierte Diskusherniation mit radikulärer L4-Affektion und möglichem radikulärem Kontakt beidseits (Suva-act. 119-1). Auch für diese Veränderungen bestehen keine Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Becken- bzw. Hüftgelenksituation. Insgesamt spricht der zeitliche Verlauf gegen eine Unfallkausalität der Rückenbeschwerden. Diese wurden erst mehrere Jahre nach dem Unfall akut behandlungsbedürftig. Dr. M. \_\_\_ befand am 27. Januar 2020, mithin rund 28 Jahre nach dem Unfall vom 26. April 1992, es bestehe klinisch objektivierbar lediglich eine

geringe muskuläre Dysbalance am rechten Ober- und Unterschenkel, wohl als Folge der Bandscheiben-Operation mit Fenestration L5/S1 bei möglicher radikulärer L5-Problematik mit seit Jahren bestehendem, leichtem sensiblem Defizit im Dermatome S1 rechts, letztmals neurologisch festgehalten im Februar 2019. Die Hüftfunktion habe sich im Verlauf seit der intraartikulären Acetabulumfraktur vor 28 Jahren verschlechtert, wahrscheinlich im Zusammenhang mit der bereits im August 1994 prognostizierten Arthrose im linken Hüftgelenk. Trotz der im Verlauf zunehmenden Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk bei intakter Gefässsituation sei unter Berücksichtigung der derzeitigen klinischen Befunde und des berichteten Freizeitverhaltens von einer relativ guten Belastbarkeit des linken Hüftgelenks auszugehen (Suva-act. 164-8). Auch diese relativ gering ausgeprägten Befunde an der Hüfte links sprechen gegen eine dadurch verursachte Rückenproblematik. Der Beschwerdeführer hielt denn auch in seiner Replik fest, das linke Hüftgelenk verursache derzeit keine Probleme (act. G8). Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Vertrauensärztin der R.\_\_\_\_, beurteilte in einer Stellungnahme vom 25. Juni 2020, die erste Diskushernie sei 2005 operiert und als Krankheit deklariert worden. Derzeit würden altersentsprechend überdurchschnittlich ausgeprägte degenerative Veränderungen beschrieben mit Foraminalstenosen L5/S1 und polytope Diskuspathologie (L5/S1, L4/5 und cervical), die auf die Epidural-Infiltration gut angesprochen hätten. Diese degenerativen Veränderungen seien gemäss Akte partiell vorbestehend, während die rasche weitere Degeneration als Verschleisserscheinung infolge frühzeitiger Coxarthrose links und asymmetrischem Gangbild zu sehen sei. Die linke untere Extremität müsse wegen multiplen unfallbedingten Folgeproblemen immer wieder geschont werden und die zunehmende Einschränkung des Bewegungsumfanges der linken Hüfte führe zu einer Überbelastung lumbal, da der fehlende Bewegungsumfang der Hüfte kompensiert werden müsse. Beides führe zu einer rascheren Progredienz vorbestehender degenerativer Veränderungen. Eine sichere Zuordnung unfall- oder krankheitsbedingt sei kaum möglich (vgl. act. G15.1, USB-Stick "Unterlagen Vertrauensärztlicher Dienst"). Dr. Q.\_\_\_\_ schlussfolgerte, die Rückenschmerzen seien keinesfalls ausschliesslich degenerativ bedingt, sondern unter anderem eine Folge der Acetabulumfraktur und der x-fachen chirurgischen Eingriffe in der linken Leiste (vgl. act. G15.1, obgenannte Stellungnahme vom 25. Juni 2020; vgl. auch Verfügung der FKB vom 2. Juli 2020, in act. G15.1, USB-Stick "Unterlagen Abteilung Erwerbsausfall"). Dr. Q.\_\_\_\_ gab in ihrer Aktenbeurteilung keine Befunde wieder und verwies nicht auf konkrete Vorakten. Ihre wenig begründete Beurteilung ist damit nicht nachvollziehbar. Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, befand am 7. Januar 2022, es könne an der Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ festgehalten werden. Das Unfallereignis vom 26. April 1992 habe (unbestritten; vgl. E. 2.1) zu keinen direkten traumatischen Veränderungen an der LWS geführt und der Beschwerdeführer habe bereits zuvor degenerative LWS-Veränderungen aufgewiesen. Bezüglich indirekter Unfallfolgen hielt er entsprechend den Ausführungen in E. 2.4 überzeugend und schlüssig fest, es bestehe keine unfallbedingte, wesentliche Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks, welche lumbal hätte kompensiert werden müssen. Auch weise der Beschwerdeführer keine fixierte skoliotische Fehlhaltung und kein chronisches Lumbalsyndrom auf, sondern es liege lediglich eine diskrete Gefühlsstörung nach Segment S1 rechts vor. Zusammengefasst liege kein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den lumbalen Beschwerden vor (act. G27.1). Dr. L.\_\_\_\_ führte am 28. September 2020 aus, der Beschwerdeführer habe bei seinem Unfall im Jahr 1992 eine enorme biomechanische

Veränderung des gesamten Bewegungsapparates erlitten. In den letzten Jahren sei es dadurch zu zunehmenden Beschwerden des Bewegungsapparates einerseits im Bereich des linken Beines, aber vor allem auch im Bereich der LWS gekommen. Dass sich zusätzliche degenerative Veränderungen im Bereich der LWS zeigten, liege in der Natur der Sache des Alterwerdens. Allerdings müsse davon ausgegangen werden, dass durch die unfallbedingten biomechanischen Veränderungen diese degenerativen Veränderungen getriggert würden und rascher voranschritten. Gleichzeitig müsse erwähnt werden, dass die fehlende ausgeglichene Stabilisierung durch die Muskulatur ebenfalls einen wesentlichen Beitrag leiste (act. G3.1). Die Beurteilung von Dr. L. \_\_\_ basiert im Wesentlichen auf der Formel "post hoc ergo propter hoc", welche nach ständiger Rechtsprechung für sich allein jedoch nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Insgesamt ist eine Unfallkausalität der beklagten Rückenbeschwerden damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass diese entsprechend der Beurteilung der Gutachter der PMEDA, welche den Beschwerdeführer im August und September 2020 im Auftrag der T. \_\_\_ ischen AHV-IV-FAK polydisziplinär (angiologisch, neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch) abklärten, ohnehin keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben und damit keine Invalidität zu begründen vermögen (vgl. IV-act. 822 ff.). Angesichts dieser Ausführungen erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G1) bestehen auch keine Hinweise auf eine Verletzung der Untersuchungspflicht durch die Beschwerdegegnerin. Weiter umstritten ist der Grad der Arbeitsfähigkeit. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses (Art. 19 Abs. 1) war unbestritten spätestens per 1. April 2020 erreicht, so dass ein Rentenanspruch und die diesem zugrundeliegende Arbeitsfähigkeit per dieses Datum zu prüfen ist. Kreisarzt Dr. M. \_\_\_ beurteilte am 27. Januar 2020, wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Beruf als Projektleiter seien ganztägig zumutbar. Häufiges Stehen, Gehen und Sitzen sowie häufiges Gehen im Gelände seien nicht möglich. Ebenfalls seien kein überwiegendes Treppensteigen, kein Steigen auf Leitern und Gerüste, kein häufiges Einnehmen der tiefen Kniehocke sowie keine kauernenden oder kriechenden Tätigkeiten zumutbar (Suva-act. 164). Dr. S. \_\_\_ befand am 7. Januar 2022, an dieser Beurteilung der unfallbedingten Zumutbarkeit könne festgehalten werden (act. G27.1). Diese beiden Einschätzungen überzeugen - wie nachfolgend dargestellt - angesichts der Beurteilung der Gutachter der PMEDA jedoch nicht. Diese schätzten in ihrem Gutachten vom 3. März 2021 die Arbeitsfähigkeit interdisziplinär in der bisherigen sowie einer adaptierten Tätigkeit auf 70 %. Die Teilarbeitsunfähigkeit sei durch die Einschränkungen in angiologischer und neurologischer Hinsicht bedingt. Die orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit hingegen auf 100 % (IV-act. 832 f.). Der neurologische Teilgutachter Prof. Dr. med. U. \_\_\_, Neurologie FMH, hielt fest, zusammenfassend sei unter Berücksichtigung der Anamnese, der Aktendokumente, seiner neurologischen Untersuchung sowie der Zusatzdiagnostik aus neurologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Pensum 100 %, Rendement 70 %) gegeben. Bei seiner angestammten Tätigkeit koordine, steuere und leite der Beschwerdeführer Projekte. Vorrangig bestehe seine Arbeit aus einer sitzenden und stehenden Tätigkeit, häufig im Wechsel. Selten müsse er Lasten bis 10 kg heben. Prof. U. \_\_\_ begründete nachvollziehbar, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus neurologischer Sicht aufgrund Einschränkungen am linken Bein mit Notwendigkeit für vermehrte Pausen und Lagewechsel. Die angestammte Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht bereits optimal

angepasst (IV-act. 917). Dr. S.\_\_\_\_ bemängelt, die Divergenz der medizinischen Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters Dr. med. V.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, sowie von Prof. U.\_\_\_\_ werde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung nicht diskutiert (act. G27.1). Wie gesagt (vgl. E. 3.2), hatte Dr. V.\_\_\_\_ beurteilt, sowohl in der angestammten als auch einer adaptierten Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht kein ausreichender Anhalt für eine namhafte Limitation der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 955 f.). Er berücksichtigte dabei jedoch nur die seinem medizinischen Fachgebiet der Orthopädie entsprechenden Diagnosen und Einschränkungen (vgl. IV-act. 949, 952 f.). Die von Prof. U.\_\_\_\_ attestierte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ergibt sich hingegen aus den neurologischen Diagnosen (u.a. primär muskuläre Schwäche der Hüftbeuger links und der Adduktorengruppe links, Nervus cutaneus femoris lateralis- und anterior-Läsion links, distale Nervus radialis-Läsion links, Reizung des Nervus ulnaris beidseits im Sulcus ulnaris, sensibles S1-Syndrom rechts; vgl. IV-act. 907). Folglich erscheint die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer und orthopädischer Sicht nicht widersprüchlich. Die angiologische Teilgutachterin Dr. med. W.\_\_\_\_, Angiologie und Allgemeine Innere Medizin, begründete die Arbeitsfähigkeit von 70% mit der Funktionseinschränkung im Bereich der linken unteren Extremität durch den gestörten venösen Abfluss und das sekundäre Lymphödem. Tätigkeiten mit längerem Sitzen und Stehen sollten daher vermieden werden und die Arbeitszeit müsse flexibel eingeteilt werden können (IV-act. 879 f.). Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erscheint angesichts der ausgeprägten angiologischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.2.1, IV-act. 907) plausibel. Insbesondere die linke Hüfte und das linke Bein des Beschwerdeführers weisen auch für einen medizinischen Laien namhafte ersichtliche Veränderungen auf (vgl. IV-act. 164-10, act. G1, G26.4). Die Beurteilung von Dr. W.\_\_\_\_ wurde sodann von keinem Arzt in Zweifel gezogen. Auch Dr. S.\_\_\_\_ äusserte sich nicht dazu und ging weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus, ohne seine abweichende Einschätzung zu begründen (vgl. act. G27.1). Insgesamt ist damit entsprechend der interdisziplinären gutachterlichen Beurteilung von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % sowohl in der angestammten als auch in jeder anderen adaptierten Tätigkeit auszugehen. Basierend darauf ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Massgebend für das Valideneinkommen ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte. Für die Bestimmung des Valideneinkommens wird grundsätzlich am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 125 V 58 E. 3.1; Urteile des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1, und 21. August 2013, 8C\_196/2013, E. 3.1). Der Beschwerdeführer war bis Ende Juni 2019 bei der I.\_\_\_\_ AG als Projektleiter tätig (vgl. Suva-act. 72). Die Arbeitgeberin gab an, der Beschwerdeführer hätte im Jahr 2020 monatlich brutto Fr. 10'650.-- erzielt (Suva-act. 189). Daraus ergibt sich das von der Beschwerdegegnerin angenommene Jahreseinkommen von Fr. 127'800.-- (12 x Fr. 10'650.--; vgl. Suva-act. 198, 203). Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, dieser Lohn habe lediglich einem Pensum von 60 % entsprochen (act. G1). Aus den Akten lässt sich nicht eindeutig feststellen, welches Pensum der Beschwerdeführer bei der I.\_\_\_\_ AG tatsächlich geleistet hat. Der Beschwerdeführer hatte gegenüber der Suva mehrfach erklärt,

er sei wohl zu 100 % angestellt gewesen, habe aber aus gesundheitlichen Gründen nur 60 bis 70 % Leistung erbringen können. Er habe dabei sein Arbeitspensum flexibel auf sieben Tage à 24 Stunden verteilen können (Suva-act. 72, 164-5, 167; vgl. auch Suva-act. 145-3, IV-act. 129). Die Arbeitgeberin gab gegenüber der Arbeitslosenversicherung ebenfalls an, der Beschwerdeführer sei zwar Vollzeit eingestellt gewesen, jedoch nur mit einem Arbeitspensum von 25 Stunden pro Woche (act. G1.9). Daraus lässt sich jedoch nicht eindeutig schliessen, ob der ausbezahlte Lohn einem Pensum von 100 % oder dem tatsächlich geleisteten tieferen Pensum entsprach. Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, hatte er bis im Jahr 2016 als Angestellter einer Bank wesentlich höhere Einkommen (seit 2008 schwankend zwischen rund Fr. 146'000 und Fr. 172'000.-- jährlich) erzielt (act. G1, Suva-act. 175). Ob der wesentlich tiefere Lohn bei der I.\_\_\_\_ AG gesundheitlich bedingt war oder allenfalls private Gründe hatte - die damalige Inhaberin der Arbeitgeberin war die Partnerin des Beschwerdeführers (act. G1) -, lässt sich nicht rechtsgenügend erheben. Das Valideneinkommen muss jedoch insofern nicht abschliessend festgelegt werden, als dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Projektleiter mit gewissen Einschränkungen auch im Invalidenfall weiterhin zumutbar ist. Die Gutachter der PMEDA erachteten die angestammte Tätigkeit als adaptiert (vgl. IV-act. 832 f., 880, 917). Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. W.\_\_\_\_ sodann auch an, er möchte grundsätzlich arbeiten und sei mit der Anstellung als Projektleiter mit flexibler Zeiteinteilung sehr zufrieden. Er sehe sich jedoch in seinem angestammten Beruf als nur zu maximal 60 % arbeitsfähig (IV-act. 879). Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich ein Prozentvergleich. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar 2017, 9C\_734/2016, E. 4.1, mit Hinweis). Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der Beschwerdeführer hat nur geringfügige qualitative Einschränkungen (kein längeres Sitzen und Stehen, flexible Einteilung der Arbeitszeit; vgl. IV-act. 879 f.), weshalb sich höchstens ein minimaler Tabellenlohnabzug rechtfertigen würde. Die Frage nach der Höhe des Tabellenlohnabzugs ist eine typische Ermessensfrage ( BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73, 126 V 75 E. 6 S. 81). Deshalb drängt es sich vorliegend nicht auf, die Ermittlung des Invaliditätsgrads von 32 % durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. 203) unter diesem Titel zu korrigieren, zumal mit einem Tabellenlohnabzug von 5 % ein nur minimal höherer Invaliditätsgrad von 33.5 % ( $30\% + [70\% \times 5\%]$ ) resultieren würde. Insgesamt ist damit der von der Beschwerdegegnerin berechnete Invaliditätsgrad von 32% nicht zu beanstanden. Weiter umstritten ist die Höhe des versicherten Verdienstes. Taggelder und Renten werden nach dem versicherten Verdienst bemessen (Art. 15 Abs. 1 UVG). Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Renten der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Art. 15 Abs. 2 UVG, vgl. auch Art. 22 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]). In Art. 24 UVV hat der Bundesrat die Bestimmung des massgebenden Lohns für Renten in Sonderfällen geregelt. Beginnt die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall

oder dem Ausbruch der Berufskrankheit, so ist der Lohn massgebend, den der Versicherte ohne den Unfall oder die Berufskrankheit im Jahr vor dem Rentenbeginn bezogen hätte, sofern er höher ist als der letzte vor dem Unfall oder dem Ausbruch der Berufskrankheit erzielte Lohn (Art. 24 Abs. 2 UVV). Die Grundregel von Art. 15 Abs. 2 UVG und Art. 22 Abs. 4 UVV, wonach für die Rentenberechnung der vor dem Unfall bezogene Lohn massgebend ist, kann bei steigenden Löhnen zu unbilligen Ergebnissen führen, wenn sich die Rentenfestsetzung insbesondere wegen einer langen Heilungsdauer verzögert. Die Sonderregel von Art. 24 Abs. 2 UVV trägt diesem Umstand Rechnung und bezweckt die Anpassung des versicherten Verdienstes an die normale Lohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsbereich. Daraus folgt, dass im Rahmen von Art. 24 Abs. 2 UVV nicht jeder Bezug zur Grundregel von Art. 15 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 22 Abs. 4 UVV (Massgeblichkeit der Verhältnisse vor dem Unfall) aufgehoben ist. Bei der Festsetzung des versicherten Verdienstes ist vielmehr beim angestammten Arbeitsverhältnis anzuknüpfen und Arbeitsverhältnisse, die erst nach dem Unfallereignis angetreten werden, fallen ausser Betracht. Praxisgemäss erlaubt Art. 24 Abs. 2 UVV lediglich die Anpassung des Verdienstes an die normale Lohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsfeld (BGE 127 V 172, E. 3.b; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2011, 8C\_237/2011, E. 3.3). Vorliegend ist der versicherte Verdienst unbestritten gestützt auf Art. 24 Abs. 2 UVV festzulegen. Gemäss Angaben in der Unfallmeldung erzielte der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt seines Unfalls im Jahr 1992 einen Grundlohn von Fr. 55'900.-- pro Jahr (Suva-act. 1-2). Vom 1. Januar 1992 bis zum 25. April 1992 (ein Tag vor dem Unfall) ist damit von einem Verdienst von Fr. 17'717.-- auszugehen (Fr. 55'900.-- / 366 Tage x 116 Tage). Gemäss IK-Auszug hatte der Beschwerdeführer im Jahr 1991 ein Einkommen von Fr. 52'325.-- generiert (Suva-act. 175), was für den Zeitraum vom 26. April bis 31. Dezember 1991 Fr. 35'839.-- (Fr. 52'325.-- / 365 Tage x 250 Tage) entspricht. Im Jahr vor dem Unfallereignis ist damit von einem Einkommen von Fr. 53'556.-- (Fr. 17'717.-- + Fr. 35'839.--) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin passte dieses Jahreseinkommen an die allgemeine Nominallohnentwicklung bis 2019 an und berechnete für das Jahr 2019 einen versicherten Verdienst von Fr. 73'130.-- (vgl. Suva-act. 225). Sie ging dabei von einem falschen Nominallohnindex für das Jahr 1992 aus (1'669 statt 1'699). Korrigiert würde so ein versicherter Verdienst von Fr. 71'839.-- resultieren (Index 1992: 1'699, Index 2019: 2'279). Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, ist der versicherte Verdienst jedoch rechtsprechungsgemäss (vgl. E. 5.1) nicht an die allgemeine Nominallohnentwicklung anzupassen, sondern an die Lohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsbereich. Der Beschwerdeführer war bereits vor seinem Unfall und auch danach stets im Bereich der X.\_\_\_\_ tätig, teilweise als Projektleiter (vgl. Suva-act. 88-14, 175). In dieser Branche entwickelten sich die Löhne im Vergleich zur allgemeinen Nominallohnentwicklung überdurchschnittlich, so dass nicht auf letztere abgestellt werden kann. Das Bundesgericht beschäftigte sich in seinem Urteil vom 15. Juli 2020, 8C\_111/2020, mit einem als X.\_\_\_\_ tätigen Versicherten. Das Bundesverwaltungsgericht als Vorinstanz hatte sich auf die LSE, Tabelle T17, Berufsgruppe 35, "Informations- und Kommunikationstechniker/-innen", gestützt. Das Bundesgericht wies im Beschwerdeentscheid darauf hin, dass es sich um die Berufs(haupt)gruppe 3 handle, die das Kompetenzniveau 3 betreffe mit komplexen praktischen Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetze. Es beanstandete das Vorgehen der Vorinstanz für einen IT-Spezialisten grundsätzlich nicht und wich lediglich aufgrund der massiven gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten und der damit verbundenen

Unmöglichkeit, weiterhin komplexe Tätigkeiten im Informations- und Kommunikationsbereich auszuführen, davon ab (vgl. E. 7.3.1 f.). Es rechtfertigt sich damit vorliegend, den versicherten Verdienst gestützt auf die LSE 2018, Tabelle T17, Berufsgruppe 35, "Informations- und Kommunikationstechniker/-innen", Männer ab 50 Jahren, festzulegen. Aus dem dort aufgeführten Zentralwert von Fr. 8'086.-- pro Monat bzw. Fr. 97'032.-- pro Jahr ergibt sich bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche ein Jahreseinkommen von Fr. 101'156.--. Dieses ist an die Nominallohnentwicklung der Männer im Wirtschaftszweig "J 58-63, Information und Kommunikation" anzupassen, womit für 2019 (das Jahr vor dem Rentenbeginn) ein Einkommen von Fr. 101'747.-- (Index 2018: 102.7, 2019: 103.3) resultiert. Damit ist von einem versicherten Verdienst von Fr. 101'747.-- auszugehen. Weiter umstritten ist die Höhe der Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin hatte dem Beschwerdeführer bereits 1994 eine solche basierend auf einer Integritätsseinbusse von 20 % zugesprochen (vgl. Suva-act. 203-3). Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. August 2020 verneinte sie einen Anspruch auf Erhöhung derselben (Suva-act. 225). Der Beschwerdeführer beanstandet dies nur insofern, als er einen Anspruch auf eine höhere Integritätsentschädigung aufgrund seiner Rückenbeschwerden geltend macht (act. G1). Da diese jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sind (vgl. E. 2.7), besteht ohnehin kein diesbezüglicher Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der entsprechende Antrag ist abzuweisen. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 18. August 2020 insofern gutzuheissen, als der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2020 Anspruch auf eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 32 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 101'747.-- hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 82a ATSG noch anwendbaren Fassung). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Bei vollständigem Obsiegen wäre die Parteientschädigung praxismässig auf Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Da der Beschwerdeführer vorliegend jedoch lediglich zu einem Teil obsiegt (höherer versicherter Verdienst), rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung ermessensweise auf Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu reduzieren. Der Beschwerdeführer beantragt ausserdem eine Parteientschädigung für das Vorverfahren (vgl. act. G1). Eine solche hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid verweigert (vgl. Suva-act. 225). Gemäss Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG werden Parteientschädigungen für das Einspracheverfahren in der Regel nicht ausgerichtet. Der vom Gesetzgeber gewählte Wortlaut "in der Regel" deutet darauf hin, dass Ausnahmen vom Grundsatz möglich sind. Das Bundesgericht vertritt die Auffassung, dass eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren nur einer obsiegenden mittellosen Partei zu gewähren sei, die im Fall des Unterliegens die unentgeltliche Verbeiständung (Art. 37 Abs. 4 ATSG) hätte beanspruchen können (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Mai 2020, 9C\_803/2019, E. 5.2.1; BGE 140 V 119, E. 3.3). Weitere Ausnahmen bei sonstigen besonderen Umständen sind

rechtsprechungsgemäss nicht zulässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2018, 9C\_877/2017, E. 8.2, vgl. auch Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Dezember 2021, UV 2021/3, E. 4.1, und vom 21. Januar 2022, UV 2021/52, E. 2.2). Damit abweichend von der Regel in Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG eine Parteientschädigung bei Obsiegen im Einspracheverfahren zugesprochen werden kann, müssen demnach die Voraussetzungen für einen Anspruch auf unentgeltliche Rechtsbeistandung erfüllt sein. Gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG wird einer gesuchstellenden Person die unentgeltliche Rechtsbeistandung bewilligt, wo die Verhältnisse es erfordern. Voraussetzungen für die Bewilligung sind die finanzielle Bedürftigkeit und die fehlende Aussichtslosigkeit der Rechtsbegehren. Sodann muss die Rechtsbeistandung sachlich geboten sein (BGE 132 V 200 f. E. 4.1). Für die Bewilligung einer unentgeltlichen Rechtsbeistandung ist gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG vorausgesetzt, dass ein entsprechendes Gesuch gestellt wird. In seiner Einsprache vom 4. Mai 2020 stellte der Beschwerdeführer kein solches Gesuch (Suva-act. 212). Ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege oder Rechtsbeistandung wurde auch im Beschwerdeverfahren nicht gestellt (vgl. act. G 1 ff.). Darüber hinaus wurde weder im Einspracheverfahren noch im Beschwerdeverfahren nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführer finanziell bedürftig sei. Somit fällt ein Anspruch auf Parteientschädigung bei Obsiegen im Einspracheverfahren gemäss der Ausnahme von Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG ausser Betracht. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird dem Beschwerdeführer ab 1. April 2020 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 32 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 101'747.-- zugesprochen. Der Antrag um Erhöhung der Integritätsentschädigung wird abgewiesen. Auf den Antrag um Übernahme aller bisherigen und künftigen "nicht völlig unfallfremden" Heilbehandlungskosten wird nicht eingetreten. Der Antrag um Zusprache einer Parteientschädigung für das Einspracheverfahren wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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