

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/26 vom 18. Juni 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2023\\_26](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2023_26)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/26 du 18 juin 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/26 del 18 giugno 2024

## Regeste

Art. 6 UVG. Art. 18 ff. UVG. Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs der psychischen Beschwerden in Anwendung der Kriterien der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133). Beweiswürdigung ärztlicher Berichte. Der Beschwerdeführer ist unter Berücksichtigung der als unfallkausal anerkannten organischen Beschwerden in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Einkommensvergleich. Rentenanspruch in gleicher Höhe wie bereits zugesprochen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2024, UV 2023/26). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_471/2024.

## Volltext

Entscheid vom 18. Juni 2024 Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2023/26 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Invalidenrente Sachverhalt A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ GmbH (sowie der C.\_\_\_\_ GmbH [act. G7.3.1 f.]) tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 16. Juli 2007 mit seinem Motorrad stürzte (act. G7.3.12, G7.3.123). Die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), wo sich der Versicherte vom 17. Juli bis 9. August 2007 stationär befunden hatte, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 10. August 2007 als Diagnosen eine Polytraumatisierung nach Motorradunfall mit komplexer, instabiler Beckenfraktur Typ C mit offener Alafraktur links, Symphysensprengung, ausgedehntem pelvinen Hämatom nach Ruptur der Arteria iliaca links, Ruptur des Nierenbeckenkelchsystems (Nierentrauma IV o ) links, komplettem Urethra-Abriss (Pars membranacea) und Läsion des Nervus ischiadicus links mit hochgradigem Verdacht auf Kontinuitätsunterbrechung (Nervus femoralis intakt) sowie ausgedehnte, multiple Hautabderungen/Schürfungen fest (act. G7.3.8). Während des Aufenthalts im KSSG waren zwei operative Eingriffe erfolgt (act. G7.3.3, G7.3.8). Die behandelnden Ärzte des KSSG attestierten dem Versicherten vom 17. Juli bis 30. September 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. G7.3.8). Die Suva erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen (act. G7.3.4, G7.3.59, G7.3.96). Vom 9. August bis 13. Oktober 2007 befand sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Klinik Valens. Die dort behandelnden Ärzte attestierten dem Versicherten für die Dauer des Aufenthalts eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. act. G7.3.174-66 ff.). Am 17. Oktober

und 21. November 2007 unterzog sich der Versicherte im KSSG zwei operativen Eingriffen (act. G7.3.19 f., G7.3.44, G7.3.46). Nach einer Untersuchung im KSSG vom 4. Februar 2008 diagnostizierten die zuständigen Ärzte einen Ausriss des Plexus lumbosacralis links. Sie beurteilten in ihrem Bericht vom 6. Februar 2008, der Nervenwurzelausriss sei nicht rekonstruierbar. Es sei eine Harmonisierung des Gangbildes anzustreben; dies durch eine Arthrorese des oberen Sprunggelenks (OSG) oder ansonsten durch eine Peroneus-Schiene (act. G7.3.43) Am 22. Oktober 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für die 1. Phase der Umschulung gemäss Eingliederungsplan (individueller Vorkurs beim D.\_\_\_\_) vom 27. Oktober 2008 bis 28. März 2009 (act. G7.3.80). Am 23. April 2009 erfolgte die Kostengutsprache für die 2. Phase der Umschulung (Hauptkurs beim D.\_\_\_\_) zum Technischen Kaufmann vom 20. April 2009 bis 27. März 2010 (act. G7.3.93). Der IV-Berufsberater hielt in einem Bericht vom 26. März 2010 fest, das Ausbildungsziel habe sich unterdessen geändert. Gemäss dem ursprünglichen Eingliederungsplan vom 12. August 2008 wäre vorgesehen gewesen, dass der Versicherte sich ab dem Frühjahr 2010 für die eidg. Prüfung vorbereite und diese im Herbst 2010 absolviere. Nun sei die ehemalige Arbeitgeberin bereit, ihm einen Ausbildungsplatz zum Verkaufsleiter zur Verfügung zu stellen, was seitens der Berufsberatung unterstützt werde (act. G7.3.174-203 f.). Am 30. März 2010 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für die Umschulung zum Verkaufsleiter vom 18. April 2010 bis 31. Oktober 2011 (act. G7.3.116). Nachdem der Versicherte die eidgenössische Prüfung im Anschluss an seine Umschulung zum Verkaufsleiter nicht bestanden hatte, verfügte die IV-Stelle am 1. März 2012, sie komme nicht für die Kosten einer Wiederholung auf. Er habe auch ohne den Abschluss eine Festanstellung in dieser Tätigkeit und sei in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu generieren (act. G7.3.150, vgl. G7.3.148, G7.3.174-232 f.). Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (act. G7.3.174-249) hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 21. November 2013 gut und hielt fest, der Versicherte habe Anspruch auf die Weiterführung der Umschulung zum eidg. dipl. Verkaufsleiter (Entscheid IV 2012/125). Am 16. Mai 2012 untersuchte Suva-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den Versicherten. Er beurteilte am 23. Mai 2012, objektiv fände sich eine erhebliche Beeinträchtigung des Gehvorgangs. Aus fachärztlicher Sicht sei der gegenwärtige Zustand mit Läsion des linksseitigen Plexus lumbosacralis durch weitere medizinische Massnahmen nicht zu verbessern. Dem Versicherten sei eine vollschichtige adaptierte Tätigkeit zuzumuten (act. G7.3.163). Dr. E.\_\_\_\_ schätzte den Integritätsschaden am 12. Juni 2012 auf 40 % (act. G7.3.164, vgl. bzgl. Integritätsschaden auch act. G7.3.130, G7.3.133). Mit Schreiben vom 25. Juni 2012 stellte die Suva ihre Heilkosten- und Taggeldleistungen per 30. Juni 2012 ein (act. G7.3.167). Mit Verfügung vom 2. April 2013 hielt die Suva fest, dass der Versicherte auf weitere Abklärungen bezüglich eines möglichen Rentenanspruchs verzichte. Sie sprach ihm eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 40 % zu (act. G7.3.198). Der Versicherte hatte die Suva am 17. Juli 2012 über die Auflösung der C.\_\_\_\_ GmbH informiert (act. G7.3.179). Zudem hatte er der Suva am 5. Dezember 2012 mitgeteilt, er habe seine Arbeit (bei der B.\_\_\_\_ AG [vgl. act. G7.3.461]) per 31. Dezember 2012 verloren (act. G7.3.186). Am 12. Juni 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für die Umschulung zum Dipl. Marketing- und Verkaufsleiter vom 7. April 2014 bis 30. Juni 2015. Zusätzlich absolviere der Versicherte während dieser Zeit ein Praktikum (act. G7.3.214). Aufgrund eines infizierten Ulcus plantar über Metatarsale I Köpfchen Fuss links befand sich der Versicherte

vom 9. Januar bis 11. Februar 2015 (mit einer kurzzeitigen Entlassung am 30. Januar 2015) stationär im KSSG und unterzog sich dort mehreren operativen Eingriffen (act. G7.3.234, G7.3.238, vgl. act. G7.3.223). Suva-Kreisärztin med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin Chirurgie, beurteilte am 22. Januar 2015, das Ulcus plantar links sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (act. G7.3.224; bzgl. der auf den Aufenthalt im KSSG folgenden stationären Rehabilitation vgl. act. G7.3.259 und G7.3.277). Nachdem es im Bereich des Ulcus an der Fusssohle zu einem langsamen Heilungsverlauf gekommen war (vgl. Bericht des KSSG vom 30. März 2015, act. G7.3.259), berichteten die behandelnden Ärzte des KSSG am 20. April 2015 über ein chronisches Ulcus über dem Metatarsalköpfchen 1 links (act. G7.3.254; bzgl. wiederholt auftretender Ulcera vgl. act. G7.3.289, 7.3.380-10 ff.). Am 13. Mai 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, er habe die Umschulung zum Dipl. Marketing- und Verkaufsleiter erfolgreich absolviert (act. G7.3.284). Der Versicherte war in einem Pensum von 100 % tätig (act. G7.3.289). Mit Vorbescheid vom 10. Juli 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 14 % in Aussicht (act. G7.3.304). Der Versicherte war aufgrund der kurz zuvor beendeten Tätigkeit (act. G7.4.3) bei der G.\_\_\_\_ AG erneut bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 21. Juli 2019 in eine Glasscheibe stolperte und sich dabei Schnittverletzungen am Unterarm und der Hand rechts zuzog (act. G7.4.1 f.). Der Versicherte befand sich vom 21. bis 29. Juli 2019 stationär im KSSG. Die dort behandelnden Ärzte diagnostizierten eine tiefe Schnittverletzung des Vorderarms rechts, einen neuropathischen Fuss links und einen Status nach Polytrauma bei Motorradunfall 2007. Sie attestierten dem Versicherten vom 21. Juli bis 29. September 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. G7.4.18-6 f.). Am Unfalltag hatte sich der Versicherte im KSSG einer operativen Versorgung der Schnittverletzung des Unterarms rechts unterzogen (act. G7.4.18-4 f.). Die Suva erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen (act. G7.4.9). Am 12. August 2019 meldete der Versicherte der Suva telefonisch einen Rückfall. Er habe erneut starke Schmerzen am Fuss. Dieser habe sich wie vor Jahren wieder "geöffnet" (act. G7.3.305). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, berichtete am 13. August 2019 über ein neuropathisch bedingtes Druckulcus plantar in Höhe Metatarsale I Köpfchen Fuss links und ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom Bein links (act. G7.3.307). Suva-Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, beurteilte am 25. Oktober 2019, bezüglich der erneuten Fussbeschwerden links bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Teilkausalität zum Ereignis vom 16. Juli 2007 (act. G7.3.314). Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, attestierte dem Versicherten vom 30. September bis 17. November 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. G7.4.29, bzgl. weiterer Arbeitsunfähigkeitsatteste vgl. act. G7.4.69 und act. G7.4.86). Die behandelnden Ärzte des KSSG hatten am 3. Oktober 2019 berichtet, die Streckung der Finger der rechten Hand sei noch nicht vollständig möglich. Ebenfalls bestünden Einschränkungen bei der Extension und Flexion des Handgelenks sowie beim Faustschluss (act. G7.4.24). Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 14. Februar 2020, bei erfolgter Schonung sei es nicht mehr zur Eröffnung des Druckulcus plantar gekommen. Er gehe jedoch davon aus, dass sich bei einem erneuten Arbeitsversuch höchstwahrscheinlich die vorherige Situation (erneute Ausbildung eines Druckulcus) wieder einstellen werde. Bezüglich des linken Beines sei davon auszugehen, dass sich keine Restitutio ad integrum erreichen lasse (act. G7.3.326). In seinem Bericht vom 19. August 2020 hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, es sei erneut zu einem Druckulcus am Fuss links gekommen. Es sei davon auszugehen, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erreichen sei. Inwiefern eine Integration in einen adaptierten

Arbeitsalltag möglich sei, müsse evaluiert werden (act. G7.3.340). Dr. J. \_\_\_ hatte am 24. Juli 2020 über eine im Vordergrund stehende Sensibilitätsstörung mit Dysästhesie und inkomplettem Faustschluss bei Status nach komplexer Schnittverletzung berichtet (act. G7.3.339-6). Er hatte dem Versicherten vom 1. März bis 28. Juli 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (act. G7.3.339-7). Am 21. Oktober 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für ein Belastbarkeitstraining vom 19. Oktober 2020 bis 18. Januar 2021, durchgeführt von der K. \_\_\_ AG (act. G7.3.338). Sie sprach ihm für die Dauer der Eingliederungsmassnahme ein Taggeld zu (act. G7.3.342). Am 27. November 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, die Mitteilung vom 21. Oktober 2020 werde aufgrund seines instabilen Gesundheitszustandes per 25. November 2020 aufgehoben; die beruflichen Massnahmen seien abgebrochen worden (act. G7.3.356). Dr. J. \_\_\_ hatte am 5. November 2020 berichtet, die rechte Hand des Versicherten könne derzeit lediglich als Zudienhand für leichte Tätigkeiten eingesetzt werden. Es bestehe eine erhebliche schmerzbedingte Einschränkung auch beim Benützen einer Tastatur oder einer Computermaus. Eine Arbeitsfähigkeit lasse sich derzeit nicht beziffern (act. G7.3.344; vgl. auch den gleichentags von Dr. H. \_\_\_ verfassten Bericht in act. G7.3.345). Dr. med. L. \_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte (auf Zuweisung der Suva bzw. von Dr. J. \_\_\_; vgl. act. G7.3.359, G7.3.368) am 5. Februar 2021 eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung der unteren und oberen Extremitäten des Versicherten durch. In ihrem gleichentags verfassten Bericht hielt sie als Diagnosen eine traumatische, auch axonale Läsion des Plexus lumbosacralis links anlässlich Polytrauma (16. Juli 2007), eine elektrophysiologisch komplette Denervation des Musculus tibialis anterior links, eine Handverletzung rechts (21. Juli 2019) und einen Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS, auch Morbus Sudeck genannt) fest. Sie beurteilte, aus neurologischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit unvorstellbar (act. G7.3.376). Im Auftrag der Suva (vgl. act. G7.3.425) wurde der Versicherte am 22. Dezember 2021 bezüglich der Folgen seiner Schnittverletzung am rechten Unterarm von Dr. med. M. \_\_\_, Fachärztin für Neurologie, elektrophysiologisch untersucht. Sie beurteilte tags darauf, die Verletzung des Nervus ulnaris sei grundsätzlich recht gut verheilt, es bestünden aber noch leichte Restsymptome. Die im Vorfeld gestellte Verdachtsdiagnose eines CRPS lasse sich nicht sicher untermauern. Sie gehe davon aus, dass bezüglich der Nervenläsion ein Endzustand erreicht sei (act. G7.3.428). Nach einer Untersuchung vom 26. Januar 2022 beurteilte Suva-Kreisarzt Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, am 9. Februar 2022, es liege ein dauerhaft stabiler Zustand bezüglich der Unfallfolgen vor, ohne Änderung zur Voruntersuchung vom 16. Mai 2012. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. G7.3.433). Am 10. Februar 2022 schätzte er den Integritätsschaden bezüglich des Unfalls vom 16. Juli 2007 unverändert auf 40 % und denjenigen bezüglich des Unfalls vom 21. Juli 2019 (neu) auf 10 % (act. G7.3.434, G7.4.203). Mit Schreiben vom 24. März 2022 teilte die Suva dem Versicherten mit, sie stelle die Heilkostenleistungen per sofort und die Taggeldleistungen per 31. Mai 2022 ein. Zum Erhalt des Gesundheitszustandes übernehme sie über den Abschluss hinaus gewisse (näher umschriebene) Behandlungen und ärztliche Untersuchungen (act. G7.4.219). Mit Verfügung vom 4. April 2022 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Juni 2022 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 14 % sowie eine Integritätsentschädigung für den Schaden an der rechten Hand entsprechend einer Integritätseinbusse von 10 % zu (act. G7.3.449). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedernana, St. Gallen, am 10. Mai

2022 Einsprache (act. G7.3.452). Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 1. Juni 2022, seit zwei bis drei Wochen habe sich erneut eine offene Druckstelle unter dem Grosszehenballen eingestellt. Seiner Ansicht nach seien die neuropathischen Schmerzen verbunden mit der Funktionseinschränkung des linken Beins ausreichende Befunde, die den Versicherten für eine Wiedereingliederung in den "zweiten Arbeitsweg" ausschliessen würden. Er attestierte dem Versicherten vom 23. Mai bis 24. Juli 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. G7.3.464, vgl. act. G7.3.458; weiteres Arbeitsunfähigkeitsattest vgl. act. G7.3.525). Dr. N.\_\_\_\_ hielt am 6. September 2022 an seiner Beurteilung vom 9./10. Februar 2022 fest (act. G7.3.471). Aufgrund eines akuten Erysipels (bzw. plantares Druckulcus und Verdachts auf ein beginnendes Erysipel; vgl. act. G7.3.500) am Fuss links und einem neuropathischen Schmerzsyndrom befand sich der Versicherte vom 3. bis 9. November 2022 stationär in der Klinik O.\_\_\_\_ (act. G7.3.485, vgl. act. G7.3.520). Am 2. Mai 2023 meldete der Versicherte der Suva einen Rückfall zum Unfall vom 16. Juli 2007 (act. G7.3.514). Dr. N.\_\_\_\_ befand am 12. Juni 2023, die Behandlungskosten ab 3. November 2022 könnten übernommen werden, weil es sich überwiegend wahrscheinlich um einen Rückfall mit erneuter Verschlimmerung handle (act. G7.3.536). Die Suva erteilte entsprechende Kostengutsprachen (vgl. act. G7.3.544 ff.). Der behandelnde Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte in seinem Bericht vom 26. Januar 2023 als Diagnosen eine schwere depressive Episode bei Status nach schwerem Motorradunfall 2007 (ICD-10: F32.2), chronische Schmerzen seit dem Unfall 2007 und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach jahrelangen Schmerzen und Depressionen (ICD-10: F62.1) festgehalten (act. G7.3.497). Mit Entscheid vom 8. März 2023 hatte die Suva die Einsprache abgewiesen (act. G7.3.503). Dagegen hatte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedernana, St. Gallen, am 24. April 2023 Beschwerde erhoben und beantragt, der Einspracheentscheid vom 8. März 2023 sei aufzuheben und es sei ihm spätestens ab 12. August 2019 eine ganze Rente zuzusprechen. Es sei vom Gericht ein polydisziplinäres Gutachten betreffend die Arbeitsunfähigkeit und die Unfallkausalität in Auftrag zu geben; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Er hatte unter anderem einen Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 und den Schlussbericht über die Integrationsmassnahme bei der K.\_\_\_\_ AG vom 27. November 2020 einreichen lassen (act. G1.4 f.). Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 22. August 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G7). Sie reichte zwei Stellungnahmen von Kreisarzt Dr. N.\_\_\_\_ vom 12. Juni und 19. Juli 2023 ein (act. G7.1 f.). Mit Replik vom 22. Dezember 2023 liess der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren festhalten und diverse ärztliche Berichte einreichen (act. G15 ff.). Mit Duplik vom 13. Februar 2024 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde fest und reichte eine Beurteilung von Kreisarzt Dr. N.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2024 ein (act. G19 f.). Der Beschwerdeführer liess am 1. März 2024 eine Stellungnahme zur Eingabe der Beschwerdegegnerin sowie einen Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Oberärztin Kinderorthopädie, Klinik R.\_\_\_\_, vom 28. Februar 2024 einreichen (act. G21, G21.1). Die Beschwerdegegnerin reichte am 8. April 2024 eine diesbezügliche Stellungnahme und eine Kurzbeurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ vom 25. März 2024 ein (act. G23, G23.1). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist die Höhe und der Beginn des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin. Bezüglich der zugesprochenen Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10 % ist die Verfügung vom 4. April 2022 mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen (act. G7.3.449, G7.3.452). Ist die versicherte Person

infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG 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). Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (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 63 ff. 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 des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (sogenannte "Psycho-Praxis") vorzunehmen. 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. Bezüglich 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.). Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, eine Rente sei spätestens ab 12. August 2019 geschuldet (act. G1), während die Beschwerdegegnerin erst von einem Rentenbeginn ab 1. Juni 2022 ausgeht. Nachfolgend ist mithin zu prüfen, welche Unfallrestfolgen beim Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind und wann in Bezug auf diese der Fallabschluss bzw. die Rentenprüfung (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG) vorzunehmen war. Der Beschwerdeführer knüpft bezüglich Rentenbeginn am Datum seiner telefonischen Rückfallmeldung an, wobei er erneute starke Schmerzen am Fuss beklagte (act. G7.3.305). Der Zeitpunkt der Rückfallmeldung kann jedoch nicht identisch sein mit dem Rentenbeginn, zumal damals offensichtlich noch kein stabiler medizinischer Endzustand vorlag (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Zudem wurden die Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle erst per 25. November 2020 abgeschlossen bzw. abgebrochen. Ein Fallabschluss bzw. ein Rentenanspruch konnte somit zumindest nicht per 11. bzw. 12. August 2019 erfolgen. Zu prüfen ist mithin der von der Beschwerdegegnerin festgelegte Rentenbeginn. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei insbesondere auf die Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2022 (act. G7.3.433) ab. Hinzuweisen ist darauf, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin am 2. Mai 2023 erneut einen Rückfall zum Unfall vom 16. Juli 2007 meldete (act. G7.3.514). Gestützt auf eine Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ (vgl. act. G7.3.536) anerkannte die Beschwerdegegnerin den Rückfall und übernahm die Behandlungskosten ab 3. November 2022 erneut (act. G7.3.544 ff.). Die ab 3. November 2022 erneut eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. März 2023 und damit vorliegend auch nicht Streitgegenstand. Vorerst sind der Zeitpunkt des medizinischen Endzustands (Fallabschluss) und die dann noch bestehenden unfallkausalen somatischen Beschwerden bezüglich des Unfalls vom 16. Juli 2007 zu prüfen. Dr. N.\_\_\_\_ beurteilte am 9. Februar 2022, der Motorradunfall vom 16. Juli 2007 mit der schweren und komplexen Beckenverletzung links sowie die gleichzeitig unfallkausal verursachte Läsion des Plexus lumbo-sacralis links hätten dauerhafte und erhebliche Gesundheitsschäden im Bereich des linken Beckens, Beines und Fusses sowie eine unfallkausale erektile Dysfunktion verursacht. Seitdem seien unvermeidbare Komplikationen im Bereich des linken Fusses jeweils fachgerecht und erfolgreich behandelt worden, so dass der dauerhafte stabile Zustand habe aufrechterhalten werden können. Im Zeitpunkt seiner Untersuchung vom 26. Januar 2022 habe erneut ein dauerhaft stabiler Zustand zu den Unfallfolgen, unverändert zur kreisärztlichen Untersuchung vom

16. Mai 2012, vorgelegen. Die klinischen Befunde bei der Untersuchung vom 26. Januar 2022 hätten sich unverändert gezeigt zu denjenigen vom 16. Mai 2012 (act. G7.3.433, vgl. act. G7.3.163). Dr. N.\_\_\_\_ hielt als Befunde unter anderem fest, der Beschwerdeführer zeige zu ebener Erde ein links hinkendes, sogenanntes Stepper-Gangbild "wund" mit positivem Trendelenburgzeichen aufgrund fehlender aktiver Beckenstabilisierung. Dabei sei er mit einem Heidelberger-Winkel und mit nach Mass angefertigter Fusssohlenbettung versorgt. Es bestehe eine vollständige Atrophie der Becken- und Glutealmuskulatur links. Die Standvarianten könnten links nicht ausgeführt werden und auch das Einnehmen der Hocke und Knien seien nicht möglich. Bei der grobneurologischen Untersuchung hätten eine vollständige Parese im Bereich des linken Unterschenkels mit dadurch aufgehobener aktiver Fusshebung und -senkung sowie eine vollständige Parese der Fussmuskulatur mit aufgehobener Zehenbeweglichkeit bestanden. Ebenso sei die Sensibilität im Endversorgungsgebiet des Nervus tibialis vollständig aufgehoben. Im Gegensatz zur aufgehobenen aktiven Beweglichkeit im linken Sprunggelenk sei die passive Beweglichkeit im physiologischen Ausmass erhalten. Der linke Fuss zeige eine Spitzfusskontraktion mit dystrophen, zum Untersuchungszeitpunkt reizlosen Weichteilverhältnissen bei atropher Fussinnenmuskulatur und aufgehobener Fusssohlenbeschwielung ohne zum Untersuchungszeitpunkt entzündliche Veränderungen oder Ulcera. Gesamthaft seien die klinischen Befunde zum linken Becken, Bein und Fuss gleichbleibend zur kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Mai 2012. Die neurologische Untersuchung vom 5. Februar 2021 (Dr. L.\_\_\_\_ [Suva-act. G7.3.376]) und die urologische Kontrolluntersuchung vom 9. April 2021 hätten ebenfalls gleichbleibende Befunde bestätigt. Auch eine computertomographische Kontrolluntersuchung des Beckens vom 13. Juli 2021 habe einen gleichbleibenden Befund im Vergleich zu den Voraufnahmen, ohne Zeichen einer Hüftgelenksarthrose links, dokumentiert. Dr. N.\_\_\_\_ fasste zusammen, aus medizinischer Sicht bestünden keine Einwände gegen einen erneuten administrativen Fallabschluss aufgrund der gleichbleibenden und dauerhaft stabilen Befunde auf dem Fachgebiet der Orthopädie und Traumatologie, der Neurologie sowie der Urologie (act. G7.3.433). Dr. N.\_\_\_\_ hatte unter anderem auf die neurologische und elektrophysiologische Untersuchung von Dr. L.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2021 verwiesen. Diese ging übereinstimmend mit Dr. N.\_\_\_\_ von einem Endzustand mit bleibendem Dauerschaden aus (act. G7.3.376). Die untersuchenden medizinischen Fachpersonen der Klinik R.\_\_\_\_, wo auch Ganganalysen bei erwachsenen Patienten durchgeführt werden (vgl. act. G15), berichteten am 2. November 2023 ausführlich über die Einschränkungen im Gang des Beschwerdeführers und hielten fest, mit der derzeitigen Orthese fände sich eine gute Verbesserung des Gangbildes. Eine weiterführende Therapie zur Verbesserung der Glutealinsuffizienz links bestehe orthopädischerseits nicht (act. G15.1). Dieser Bericht widerspricht der Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ nicht und steht einem Fallabschluss per 31. Mai 2022 nicht entgegen. Dr. Q.\_\_\_\_ hielt sodann in ihrem Bericht vom 28. November 2023 fest, es bestehe eine deutliche Fehlbelastung mit Kompensationsbewegungen sowohl im Bereich der unteren Extremität als auch im Bereich des Oberkörpers und des Beckens. Mit der Orthesen-Versorgung sei das Gangbild partiell gebessert. Es müsse permanent auf eine gute Passform derselben geachtet werden, um das Risiko auf Ulcusbildung so niedrig wie möglich zu halten. Eine weiterführende (operative) Therapie zur Verbesserung der Beckenstabilisation links werde orthopädischerseits nicht gesehen (act. G15.6). Wie Dr. N.\_\_\_\_ am 1. Februar 2024 (act. G19.1) zu Recht bemerkte, wurde die Ganganalyse im Rahmen des anerkannten Rückfalls vom 3. November 2022 durchgeführt und hat damit keine Relevanz für die Beurteilung des

Endzustandes per 31. Mai 2022. Dr. Q.\_\_\_\_ führte am 28. Februar 2024 aus, aus orthopädischer Sicht sei es überwiegend wahrscheinlich, dass die Gangprobleme und die Minderinnervation, welche sie nach der Untersuchung vom 2. November 2023 festgehalten habe, schon länger bestehend gewesen seien – vermutlich seit dem Unfall im Jahr 2007 – und sich nicht erst zwischen dem 26. Januar 2022 und November 2023 spontan entwickelt hätten (act. G21.1). Dr. N.\_\_\_\_ pflichtete Dr. Q.\_\_\_\_ am 25. März 2024 insofern bei, als die Gangstörungen durch den Unfall vom Jahr 2007 verursacht worden seien und eine Verschlechterung des Gangbildes im Verlauf nicht ausgeschlossen sei. Dies widerspreche aber nicht seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung und auch nicht der Tatsache, dass die Gangbildanalyse eben erst im Rahmen der Rückfallabklärung und –behandlung am 31. Oktober 2023 durchgeführt worden sei und damit die Feststellung von Dr. Q.\_\_\_\_ einer Verschlechterung im Verlauf bestätige. Diese wesentliche Verschlimmerung sei mit der Rückfallanerkennung vom 3. November 2022 auch berücksichtigt worden. Die am 9. Februar 2022 bereits bestehende Gangstörung habe er damals in seine Beurteilung miteinbezogen. In den versicherungsmedizinischen Beurteilungen fände sich nirgendwo die von Dr. Q.\_\_\_\_ als falsch erwähnte Aussage, wonach die Gangprobleme sich "spontan zwischen dem 26. Januar 2022 und dem 3. November 2023 entwickelt hätten". Vielmehr habe auch bereits vor dem 26. Januar 2022 eine unfallkausale Gangbildstörung bestanden, wobei diesbezüglich damals aber ein dauerhaft stabiler Zustand vorgelegen habe, welchen er entsprechend gewürdigt habe. Allerdings sei es am 3. November 2022 zu einem erneuten Rückfall gekommen. Er habe bereits am 9. Februar 2022 auf dieses Risiko hingewiesen (act. G23.1). Die Stellungnahmen von Dr. Q.\_\_\_\_ sind damit nicht geeignet, die überzeugende Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, ein CRPS am Bein links habe nicht ausgeschlossen werden können (vgl. act. G1), ist festzuhalten, dass in den medizinischen Akten keine Hinweise auf das Vorliegen eines solchen bestehen. Dr. N.\_\_\_\_ prüfte am 26. Januar 2022 die Kriterien eines CRPS insofern, als er ausführte, im Bereich der linken Beckenseite bestünden reizlose Operationsnarben ventral, lateral und dorsal. Ansonsten seien die Hautverhältnisse der unteren Extremitäten (beidseits) bezüglich Farbe, Temperatur, Feuchtigkeitsgehalt und Behaarung beidseits physiologisch ungestört ausgebildet. Es liege eine seitengleiche regelrechte Durchblutung der unteren Extremitäten (beidseits) vor (act. G7.3.433). Es ist damit nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer das Vorliegen eines CRPS am Bein links in Betracht zieht (bzgl. eines solchen am Arm rechts vgl. die nachfolgende E. 2.2.2). Auch aus den weiteren medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise, welche gegen einen medizinischen Endzustand bezüglich der im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Juli 2007 stehenden Beschwerden im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen und einer Rentenprüfung per 1. Juni 2022 sprechen würden. Weiter zu beurteilen sind der Zeitpunkt des Fallabschlusses und die dann noch bestehenden somatischen Restbeschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. Juli 2019. Dr. N.\_\_\_\_ beurteilte am 26. Januar 2022, als dauerhaft verbleibende, unfallkausale Folgen der komplexen Schnittverletzung vom 21. Juli 2019 im Bereich des rechten Unterarms hätten sich bei seiner Untersuchung eine sensomotorische distale und dauerhafte Läsion des Nervus ulnaris mit dadurch bedingter Atrophie der ulnaren Handbinnenmuskulatur, eine Sensibilitätsstörung des Endversorgungsgebiets des Nervus ulnaris rechts, ein Beuge- und Streckdefizit des rechten Ring- und Kleinfingers mit dadurch verursachtem inkomplettem Faustschluss, eine Kraftminderung bei der groben Kraft rechts und einem Streckdefizit des

rechten Ring- und Kleinfingers sowie eine eingeschränkte Handspanne rechts gefunden. Diese dauerhafte Funktionsstörung und die distale, sensomotorische Läsion des Nervus ulnaris rechts verursachten eine dauerhafte und erhebliche Gesundheitsschädigung der rechten Hand, die durch weitere Behandlungsmassnahmen nicht gebessert werden könne. Rein unfallkausal zur Schnittverletzung am rechten Unterarm seien nach Behandlungsabschluss keine weiteren Behandlungsmassnahmen medizinisch sinnvoll indiziert, auch nicht auf neurologischem Fachgebiet, da keine Besserung erreicht werden könne. Er schlussfolgerte überzeugend, es bestünden zum Schadenfall vom 21. Juli 2019 keine medizinischen Einwände gegen einen administrativen Fallabschluss (act. G7.3.433). Dr. L.\_\_\_\_ äusserte am 5. Februar 2021 hinsichtlich der Handverletzung rechts beim Unfall vom 21. Juli 2019 den Verdacht auf ein CRPS. Eine Irritation des Nervus medianus rechts sei klinisch möglich, eine relevante Läsion des Nerven habe sie elektrophysiologisch aber nicht nachweisen können. Sie empfehle zur Schmerzlinderung zunächst lokale schmerzstillende Massnahmen. Bei Bedarf könne wieder eine systemische Medikation gegen neuropathische Schmerzen probiert werden (act. G7.3.376). Am 23. Dezember 2021 wurde der Beschwerdeführer bezüglich seiner Schnittverletzung am rechten Arm durch Dr. M.\_\_\_\_ neurologisch und elektrophysiologisch untersucht. Diese beurteilte gleichentags, auch mehr als zwei Jahre nach dem Trauma habe sich die Handfunktion nicht vollständig erholt. Neben der eingeschränkten Beuge- und weniger auch Streckfähigkeit der Langfinger, die wahrscheinlich als Folge der Sehnenverletzungen einzuordnen sei, sei aus neurologischer Sicht die leichte Schwäche im Bereich der ulnarisversorgten kleinen Handmuskeln relevant, ebenso wie im Nervenversorgungsgebiet die prädominante Sensibilitätsstörung, welche sie als Restsymptom der Nervenverletzung werte. Elektrophysiologisch zeige sich zwar eine normalisierte motorische Ulnarisneurographie; eine Aussage darüber, ob sich tatsächlich alle Nervenfasern erholt hätten, sei mit dieser aber nicht möglich und der Befund der sensiblen Neurographie könnte die Einschätzung einer unvollständigen Nervenregeneration untermauern. Daneben bestünden aber auch Schmerzen und eine Berührungsempfindlichkeit, die durch die Nervenläsion nicht erklärt seien. In diesem Zusammenhang habe die voruntersuchende Dr. L.\_\_\_\_ im Februar 2021 die Verdachtsdiagnose eines CRPS geäussert. Obwohl der Beschwerdeführer die hierfür typische Allodynie (Überempfindlichkeit für Berührung) beschreibe, seien die berichteten Symptome und die klinischen Befunde nicht ausreichend, um diese Diagnose zu stellen. Von den vier anamnestischen Kriterien werde nur eines, nämlich die Allodynie, erfüllt und von den klinischen Kriterien ebenfalls nur dieses eine. Die reduzierte Fingerbeweglichkeit sehe sie nicht in einem entsprechenden Zusammenhang, sondern als Folge der damaligen Sehnenverletzung. Dr. M.\_\_\_\_ hatte als neurologischen Befund unter anderem festgehalten, der Beschwerdeführer habe eine reizlose Z-Narbe über dem gesamten rechten Unterarm. Die rechte Hand sei leicht geschwollen, aber nicht gerötet oder überwärmt. Es bestehe ein normales Haar- und Nagelwachstum sowie symmetrisches Schwitzen. Bei der Sensibilitätsprüfung habe der Beschwerdeführer eine Überempfindlichkeit für Berührungsreize im Bereich der rechten Handfläche, eine veränderte Sensibilität auch am Handrücken und allen Fingern, ulnarseitig betont, sowie am Unterarm ventralseitig angegeben. Dr. M.\_\_\_\_ schloss damit ein CRPS der Hand rechts überzeugend aus. Weiter ging Dr. M.\_\_\_\_ übereinstimmend mit Dr. N.\_\_\_\_ vom Erreichen eines Endzustandes bezüglich der Nervenläsion (Verletzung des Nervus ulnaris) aus (act. G7.3.428). Insgesamt lagen im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. Mai 2022 zwar noch unfallkausale somatische Beschwerden (Beeinträchtigung des Gehvorgangs,

Beeinträchtigung der Sensibilität im Bereich der Dermatome L5 sowie S1, herabgesetzte linksseitige Beinbelastbarkeit, reduzierte Beweglichkeit im linken Sprunggelenk, erhebliche Atrophie der linksseitigen Gesässmuskulatur, Atrophie der ulnaren Handbinnenmuskulatur, Sensibilitätsstörung des Endversorgungsgebiets des Nervus ulnaris rechts, Beuge- und Streckdefizit des rechten Ring- und Kleinfingers mit dadurch verursacht inkomplettem Faustschluss, Kraftminderung bei der groben Kraft rechts, eingeschränkte Handspanne rechts [act. G7.3.163, G7.3.433]) vor, diesbezüglich war jedoch ein medizinischer Endzustand erreicht. Soweit der Beschwerdeführer geltend machen lässt (act. G1, G15), die kreisärztliche Untersuchung vom 26. Januar 2022 sei nicht in Kenntnis wesentlicher Berichte, insbesondere dem Schlussbericht von K.\_\_\_\_ AG und dem Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 9. September 2019 (act. G7.3.318), erfolgt, erscheint dies nicht problematisch. Die genannten Berichte sind für die Situation im Zeitpunkt der Rentenprüfung bereits aufgrund ihres älteren Datums wenig aussagekräftig. Die Beurteilung von Dr. S.\_\_\_\_ beruht im Vergleich zu jener der Neurologin Dr. L.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2021 (act. G7.3.376) nicht auf einer Befundaufnahme. Zum Bericht der K.\_\_\_\_ AG, welcher insbesondere eine Arbeitsfähigkeitsschätzung enthält, äusserte sich Dr. N.\_\_\_\_ sodann am 12. Februar 2024 (act. G19.1, vgl. nachfolgend E. 4.4). Weitere medizinische Abklärungen, insbesondere das vom Beschwerdeführer beantragte polydisziplinäre Gerichtsgutachten (act. G1), erübrigen sich damit. Der entsprechende Antrag ist abzuweisen. Weiter bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen noch unter natürlich und adäquat kausalen psychischen Unfallfolgen litt. Dr. P.\_\_\_\_ bestätigte am 26. Januar 2023, dass sich der Beschwerdeführer bei ihm in psychiatrischer Behandlung befinde und diagnostizierte eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), einen Status nach schwerem Motorradunfall 2007 mit seither bestehenden chronischen Schmerzen sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach jahrelangen Schmerzen und Depressionen (ICD-10: F62.1). Er stellte die psychiatrische Beeinträchtigung in Zusammenhang mit dem Unfall vom Jahr 2007 (act. G7.3.497). Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133) vom Unfallereignis auszugehen. Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Hinblick auf die Gebote der Rechtssicherheit und der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten eine objektivierte Betrachtungsweise angezeigt (BGE 115 V 139 E. 6 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischenliegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten

Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 139 ff. E. 6a-c). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Kommt keinem Einzelkriterium ein besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Vorliegend verlor der Beschwerdeführer am 16. Juli 2007 die Herrschaft über sein Motorrad, stürzte, schlitterte über die Strasse und kollidierte mit einem Holzpfahl (act. G7.3.12-13). Dieses Ereignis ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G7.3.503) höchstens als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne zu qualifizieren. Am 21. Juli 2019 stolperte der Beschwerdeführer sodann in eine Glasscheibe (act. G7.4.1 f.). Auch bei diesem Unfall ist (zugunsten des Beschwerdeführers) maximal von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn auszugehen. Damit bedarf es für die Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs der Erfüllung von drei Adäquanzkriterien (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 4.5, vom 7. Dezember 2009, 8C\_487/2009, E. 5 mit Hinweis und vom 21. August 2015, 8C\_529/2015, E. 3.3.1 mit Hinweisen), wobei die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C\_903/2009, E. 4.6). Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Vorliegend bestehen keine Hinweise auf dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit der Unfälle im Sinne der Rechtsprechung. Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom 16. Juli 2007 ein Polytrauma mit verschiedenen Verletzungen (act. G7.3.8, vgl. Sachverhalt A.a). Im weiteren Verlauf der ärztlichen Behandlungen wurde zudem ein Ausriss des Plexus lumbosacralis links festgestellt (act. G7.3.43). Am 21. Juli 2019 zog sich der Beschwerdeführer eine tiefe Schnittverletzung des Vorderarms rechts mit Durchtrennung diverser Strukturen zu (act. G7.4.18). Obwohl der Beschwerdeführer ein Polytrauma erlitt, erscheinen die Verletzungen - aufgrund ihrer besonderen Art und Schwere - nicht als geeignet, psychische Fehlreaktionen auszulösen (vgl. die Kasuistik im Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2012, 8C\_398/2012, E. 6.2). Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der

zeitliche Massstab entscheidend. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. Oktober 2006, U 488/05, E. 3.2.3; BGE 134 V 128, E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer war vom 17. Juli bis 9. August 2007 im KSSG hospitalisiert und unterzog sich dort am 17. Juli 2007 zwei operativen Eingriffen (act. G7.3.3, G7.3.8). Anschliessend befand er sich vom 9. August bis 13. Oktober 2007 in der Klinik Valens (act. G7.3.174-66 ff.). Am 17. Oktober und 21. November 2007 erfolgten zwei weitere operative Eingriffe im KSSG (act. G7.3.19 f., G7.3.44, G7.3.46). Im weiteren Verlauf erfolgten lediglich Kontrolluntersuchungen bzw. ärztliche Abklärungen (vgl. u.a. act. G7.3.43, G7.3.71). Nach einer Abschlussuntersuchung durch Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ stellte die Beschwerdegegnerin ihre vorübergehenden Leistungen per 30. Juni 2012 ein (act. G7.3.167). Aufgrund eines (als unfallkausal anerkannten [act. G7.3.224]) infizierten Ulcus plantar links befand sich der Beschwerdeführer vom 9. Januar bis 11. Februar 2015 stationär im KSSG und unterzog sich dort mehreren operativen Eingriffen (act. G7.3.234, G7.3.238). Im Anschluss erfolgte eine stationäre Rehabilitation (act. G7.3.259, G7.3.277). Aufgrund des langsamen Heilungsverlaufs im Bereich des Ulcus an der Fusssohle sowie im Verlauf wiederholt aufgetretener Ulcera, erfolgten im Jahr 2015 diverse ärztliche Behandlungen (act. G7.3.254, G7.3.259, G7.3.289, G7.3.380-10 ff.). Nach dem Unfall vom 21. Juli 2019 befand sich der Beschwerdeführer bis zum 29. Juli 2019 stationär im KSSG, wo die Schnittverletzung des Unterarms rechts am Unfalltag operativ versorgt worden war (act. G7.4.18-4 ff.). Am 13. August 2019 berichtete Dr. H.\_\_\_\_ über ein neuropathisch bedingtes Druckulcus plantar in Höhe Metatarsale I Köpfchen Fuss links und ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom (act. G7.3.307). Im weiteren Verlauf erfolgten diverse Kontrolluntersuchungen bezüglich der Schnittverletzung am Arm rechts und des Druckulcus plantar (act. G7.4.24, G7.3.326, G7.3.339 f., G7.3.344 f.). Am 5. Februar und 22. Dezember 2021 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Dres. L.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ abgeklärt (act. G7.3.376, G7.3.428). Insgesamt wurde der Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen zwar über einen langjährigen Zeitraum ärztlich behandelt. Abgesehen von den unmittelbar nach den beiden Unfällen bzw. gemeldeten Rückfällen erfolgten Behandlungen und operativen Eingriffen ist die ärztliche Behandlung jedoch als nicht besonders intensiv zu betrachten, zumal teilweise über mehrere Jahre keine ärztlichen Behandlungen dokumentiert sind. Zudem fanden grösstenteils Kontrolluntersuchungen und Abklärungsmassnahmen statt, welche nicht einer zielgerichteten Behandlung dienten. Das Kriterium der langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist damit zu verneinen. Der Beschwerdeführer klagte gegenüber den behandelnden Ärzten vor allem initial nach dem Unfall vom 16. Juli 2007 über Schmerzen (vgl. act. G7.3.8, 7.3.174-67). Am 29. Juli 2008 hielt der behandelnde Arzt des KSSG fest, der Beschwerdeführer sei subjektiv mit dem Behandlungsergebnis weitgehend zufrieden und berichte noch über eine mässige, intermittierend auftretende Schmerzsymptomatik. Der Analgetikabedarf habe im Verlauf deutlich reduziert werden können (act. G7.3.71). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Mai 2012 klagte der Beschwerdeführer sodann noch über bei Wetterwechsel auftretende Schmerzen im Bereich

des linken Hüftgelenks. Bei längeren Wegstrecken habe er nach zirka einer halben Stunde Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte. In längeren Standphasen bemerke er auftretende Rückenschmerzen (act. G7.3.163). Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 13. August 2019 über ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom Bein links (act. G7.3.307). Bezüglich des Unfalls vom 21. Juli 2019 befand Dr. J.\_\_\_\_ am 5. November 2020, es bestehe eine erhebliche schmerzbedingte Einschränkung der rechten Hand auch beim Benützen einer Tastatur oder einer Computermaus (act. G7.3.344). Dr. L.\_\_\_\_ hielt am 5. Februar 2021 sodann anamnestisch fest, der Beschwerdeführer habe Ein- und Durchschlafstörungen wegen seiner starken Schmerzen im linken Bein und in der rechten Hand (act. G3.3.376). Gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ machte der Beschwerdeführer am 26. Januar 2022 geltend, am schlimmsten seien seine Phantomschmerzen, die immer wieder und plötzlich einschliessend, elektrisierend und brennend, vorhanden seien. Auch bezüglich der Schnittverletzungen am Unterarm bestünden teilweise Schmerzen (act. G7.3.433). Das Kriterium der Dauerschmerzen ist insgesamt zwar zu bejahen, dies aber nicht in ausgeprägter Weise, zumal die Schmerzen eher situativ auftreten und nicht pausenlos bestehen. Es liegen keine Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, vor. Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C\_61/2008, E. 7.6). Vorliegend bestehen keine Hinweise auf einen besonders schwierigen Heilungsverlauf. Es traten zwar als Folge des Unfalls vom 16. Juli 2007 wiederholt Ulcera am Fuss links auf, diese heilten jedoch jeweils wieder komplikationslos ab (vgl. act. G7.3.234, G7.3.254, G7.3.289, G7.3.380-10 ff., G7.3.326, G7.3.340). Das Kriterium ist damit zu verneinen. Der Beschwerdeführer war nach seinem Unfall vom 16. Juli 2007 mehrere Monate lang zu 100 % arbeitsunfähig, wobei entsprechende Arbeitsunfähigkeitszeugnisse nur unvollständig vorhanden sind (vgl. act. G7.3.8, G7.3.174-66 ff.). Vom 27. Oktober 2008 bis 31. Oktober 2011 absolvierte der Beschwerdeführer einen individuellen Vorkurs, eine Umschulung zum Technischen Kaufmann und sodann eine Umschulung zum Verkaufsleiter (act. G7.3.80, G7.3.93, G7.3.116) und war daneben arbeitstätig. Obwohl er die eidgenössische Prüfung im Anschluss an seine Umschulung nicht bestanden hatte, hatte er gemäss Verfügung der IV-Stelle vom 1. März 2012 eine Festanstellung und war in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu generieren (act. G7.3.150). Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer am 16. Mai 2012 ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (act. G7.3.163). Vom 7. April 2014 bis 30. Juni 2015 absolvierte der Beschwerdeführer (erneut) eine Umschulung zum diplomierten Marketing- und Verkaufsleiter sowie ein Praktikum (act. G7.3.214). Am 13. Mai 2016 teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit, er habe die Umschulung erfolgreich abgeschlossen (act. G7.3.284). Der Beschwerdeführer war in einem Pensum von 100 % erwerbstätig (act. G7.3.289). Kurz vor seinem Unfall vom 21. Juli 2019 war er ebenfalls zu 100 % (temporär) beschäftigt (act. G7.4.3). Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer (mit einem Unterbruch bzw. fehlendem Zeugnis vom 18. November bis 31. Dezember 2019) vom 12. Juli 2019 bis 28. Juli 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. G7.4.18-6 f., G7.4.29, G7.4.69, G7.4.86). Ab 19. Oktober 2020 absolvierte der Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining, welches jedoch per 25. November 2020 abgebrochen werden musste (act. G7.3.338, G7.3.356). Dr. L.\_\_\_\_ hielt am 5. Februar 2021 die Wiederaufnahme einer

beruflichen Tätigkeit aus neurologischer Sicht für unvorstellbar (act. G7.3.376, vgl. dazu jedoch die nachfolgenden Ausführungen in E. 4 ff.). Dr. N.\_\_\_\_ beurteilte am 26. Januar 2022 sodann, in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. G7.3.433). Insgesamt war der Beschwerdeführer nach seinem Unfall vom 16. Juli 2007 über mehrere Monate voll arbeitsunfähig, danach bestand bis zu seinem Unfall vom 21. Juli 2019 jedoch (mit kurzen Unterbrüchen) für eine Umschulung bzw. adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Anschliessend war der Beschwerdeführer erneut bis längstens zur Untersuchung durch Dr. N.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2022 zu 100 % arbeitsunfähig. Seither besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für adaptierte Tätigkeiten (vgl. dazu die nachfolgende E. 4 ff.). Das Kriterium der langen Dauer der physisch bedingten Arbeitsfähigkeit ist damit zu bejahen, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Da somit zwei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 16. Juli 2007 sowie vom 21. Juli 2019 und den im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen vom 31. Mai 2022 geklagten psychischen Beschwerden zu verneinen. Bei diesem Ergebnis kann die Frage der natürlichen Kausalität offenbleiben (BGE 135 V 465 E. 5). Unter Berücksichtigung der unfallkausalen somatischen Beschwerden ist nachfolgend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit zu prüfen. Dr. N.\_\_\_\_ beurteilte am 26. Januar 2022, unter Berücksichtigung der dauerhaft verbleibenden Unfallfolgen des Motorradunfalls vom 16. Juli 2007 und der komplexen Schnittverletzung am rechten Unterarm vom 21. Juli 2019 sei für den allgemeinen Arbeitsmarkt eine zeitlich unlimitierte Arbeitsfähigkeit, ganztätig mit einem Pensum von 100 %, für angepasste leichte Tätigkeiten in Wechselposition ausgewiesen. Die Tätigkeit sollte weit überwiegend sitzend, gelegentlich kurz stehend oder gehend auf ebenem Untergrund, nicht auf Leitern, Gerüsten oder ungesicherten Arbeitsstellen, nicht auf unebenem oder abschüssigem Untergrund, nicht kniend, hockend oder kauern, mit leichten Tätigkeiten manuell rechts ohne Schläge, Vibrationen und Kälteexposition sowie ohne Kraftansprüche an die rechte Hand und ohne feinmotorische manuelle Tätigkeiten rechts sein (act. G7.3.433). Diese Einschätzung ist angesichts der vorhandenen somatischen Einschränkungen plausibel. Die Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2021, mithin über ein Jahr vor dem Rentenbeginn, aus neurologischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit – unabhängig von der Arbeit – unvorstellbar, ist demgegenüber nicht nachvollziehbar (act. G7.3.376). Dies zumal Dr. L.\_\_\_\_ sie nicht begründete und insbesondere nicht erklärte, weshalb selbst eine ideal adaptierte Tätigkeit (allenfalls mit reduziertem Pensum) aus ihrer Sicht unmöglich sein sollte. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Dr. L.\_\_\_\_ ein CRPS an der Hand rechts vermutete (act. G7.3.376), sich dieser Verdacht jedoch im Verlauf nicht bestätigte (act. G7.3.428). Eine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines CRPS könnte damit ohnehin nicht berücksichtigt werden. Weiter ist mit Dr. N.\_\_\_\_ (act. G7.3.471) darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich im Zeitpunkt der Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ am 5. Februar 2021 mitten in der Behandlungsphase eines Rückfalls aufgrund damaliger Komplikationen befand. Dies im Gegensatz zur Untersuchung vom 26. Januar 2022 durch Dr. N.\_\_\_\_, als wieder ein dauerhaft stabiler Zustand zu den Unfallfolgen bestand. Der Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ kann auch unter diesem Aspekt kein Beweiswert zukommen. Soweit Dr. L.\_\_\_\_ am 29. November 2023 bemängelte, Dr. N.\_\_\_\_ habe ihren neurologischen Befund vom 5. Februar 2021 in seinem Untersuchungsbericht vom 9. Februar 2022 nicht korrekt zitiert (act. G15.3), ist dies – mit Dr. N.\_\_\_\_ (act. G19.1) – nicht

nachvollziehbar. Selbst wenn eine geringfügige Abweichung bei der Wiedergabe desselben bestehen sollte, ist ohnehin nicht ersichtlich, inwiefern dies die Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ in Frage stellen sollte. Dr. H.\_\_\_\_ hatte am 19. August 2020 beurteilt, aufgrund der Gesamtsituation sei davon auszugehen, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erreichen sei. Diese sei sowohl durch die vorhandenen, neuropathischen Phantomschmerzen, als auch die rezidivierenden, neurogen bedingten Druckulzerationen verursacht. Inwieweit eine Integration in einen adaptierten Arbeitsalltag möglich sei, müsse evaluiert werden (act. G7.3.340). Auch diese Aussage ist insofern wenig aussagekräftig, als sie bereits knapp zwei Jahre vor dem Zeitpunkt der Rentenprüfung erfolgte. Zudem machte Dr. H.\_\_\_\_ keine abschliessende Aussage zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, sondern hielt explizit eine Evaluation für notwendig. Am 1. Juni 2022 befand Dr. H.\_\_\_\_ sodann, in Anbetracht der Gesamtsituation empfehle er eine nochmalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Seiner Ansicht nach seien die neuropathischen Schmerzen verbunden mit der Funktionseinschränkung des linken Beines ausreichende Befunde, die den Beschwerdeführer für eine "Wiedereingliederung in den zweiten Arbeitsweg" ausschlossen. Durch die neurologischen Defizite bestehe das hohe Risiko, dass die rezidivierend auftretenden Ulzerationen zu einer Infektsituation exazerbieren könnten (act. G7.3.464). Das theoretische Risiko eines Infektes rechtfertigt es jedoch nicht, den Beschwerdeführer als arbeitsunfähig zu betrachten. Zudem kann das Risiko von weiteren Ulzerationen mit einer entsprechenden Adaption der Tätigkeit (wechselbelastend, hauptsächlich sitzend) minimiert werden. Dasselbe gilt für die von Dr. H.\_\_\_\_ erwähnten neuropathischen Schmerzen und die Funktionseinschränkung des linken Beines. Zudem äusserte sich Dr. H.\_\_\_\_ erneut nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit, sondern empfahl eine nochmalige Beurteilung. Dr. N.\_\_\_\_ hielt am 6. September 2022 in Kenntnis der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ an seiner Einschätzung vom 9. Februar 2022 fest. Er führte aus, es sei medizinisch nicht nachvollziehbar, worauf Dr. H.\_\_\_\_ die Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms in seinen Berichten stütze, zumal diese Diagnose in den neurologischen Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ (vgl. dazu die nachfolgende E. 4.4) und Dr. M.\_\_\_\_ nicht erwähnt sei und eine solche nur durch Fachärztinnen/Fachärzte auf neurologischem Fachgebiet gestellt werden dürfte. Abschliessend sei festzuhalten, dass sich der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2022 auf eine am 24. Mai 2022 akut erforderlich gewordene Behandlung eines erneuten und akut aufgetretenen Ulcus am Fuss beziehe. Der Bericht habe keinerlei Bezug oder Relevanz für seine vorgängige Beurteilung vom 9. Februar 2022 (act. G7.3.471). Mit seiner Beschwerde liess der Beschwerdeführer ein Schreiben von Dr. L.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 einreichen. Diese führte aus, der Beschwerdeführer sei ihr für die Untersuchung vom 5. Februar 2021 zugewiesen worden. Die Frage nach neuropathischen Schmerzen sei ihr nicht gestellt worden, weshalb sie diesen Begriff auch nicht expressis verbis erwähnt habe. Der Beschwerdeführer habe ihr am 5. Februar 2021 aber detailliert heftige Schmerzen geschildert, welche neuropathischen Schmerzen entsprächen und ohne Zweifel Folgen der traumatischen Läsion des Plexus lumbosacralis links anlässlich des schweren Motorradunfalls vom 16. Juli 2007 seien. Diese invalidisierenden Schmerzen mit erheblicher Störung der Nachtruhe schränkten den Beschwerdeführer im Alltag schwer ein und müssten obligat bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Die Konsultation sei einmalig gewesen, weshalb sie die weitere gesundheitliche Entwicklung nicht habe verfolgen und nichts zum Heilungsverlauf habe sagen können. Allerdings habe der Chronifizierungsprozess hinsichtlich der neuropathischen Schmerzen auf sie schon weit (irreversibel?) fortgeschritten gewirkt (act. G1.4, vgl. auch die Stellungnahme von Dr.

L.\_\_\_\_ vom 29. November 2023 in act. G15.3). Auch die behandelnden Ärzte des KSSG berichteten am 9. November 2023 über ein neuropathisches Schmerzsyndrom (act. G15.5). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. N.\_\_\_\_ die geklagten Schmerzen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Umschreibung der Adaptionkriterien durchaus berücksichtigte, auch wenn er die Schmerzen nicht als neuropathisch qualifizierte (vgl. act. G7.3.433). Dr. N.\_\_\_\_ führte am 19. Juli 2023 unter Bezugnahme auf das Schreiben von Dr. L.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 aus, an seiner bisherigen medizinischen Beurteilung der Zumutbarkeit/Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vom 9. Februar 2022 könne bis zum erneuten Rückfall mit Verschlimmerung ab dem 3. November 2022 festgehalten werden (act. G7.2). Weiter liess der Beschwerdeführer geltend machen (act. G1), die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. N.\_\_\_\_ widerspreche dem Schlussbericht vom 27. November 2020 über die erfolgte Integrationsmassnahme bei der K.\_\_\_\_ AG. Der Verantwortliche der K.\_\_\_\_ AG beurteilte damals, der Gesundheitszustand habe sich im Verlauf der Massnahme verschlechtert und der Beschwerdeführer habe wieder offene Stellen an seinem Fuss. Er habe nach eigener Angabe immer noch grosse Schmerzen, welche es ihm schwierig machten, sich zu konzentrieren und es ihm verunmöglichten, sich über einen längeren Zeitraum mit etwas zu beschäftigen. Die Präsenzzeit schwanke derzeit zwischen 15 Minuten und maximal zwei Stunden täglich. Leider habe sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer trotz des angepassten Arbeitsplatzes Mühe mit Sitzen und Stehen gehabt habe und es nicht über einen längeren Zeitraum ausgehalten habe. Das Belastungstraining sei aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustandes abgebrochen worden. Die Arbeitsleistung könne aufgrund des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers nicht beurteilt werden und sei derzeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht verwertbar (act. G1.5). Abklärungen, wie sie bei der K.\_\_\_\_ AG durchgeführt werden, sind in erster Linie dazu bestimmt, im Rahmen der beruflichen Massnahmen eine geeignete Umschulungsmöglichkeit oder eine den persönlichen Fähigkeiten und Beschränkungen der versicherten Person entsprechende Arbeit zu definieren. Sie erweisen sich aber in der Regel als ungeeignet, den Arbeitsfähigkeitsgrad objektiv zu bestimmen (vgl. Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. August 2010, IV 2008/508 E. 2.3, und vom 25. November 2016, IV 2014/355, E. 3.2.5). Dr. N.\_\_\_\_ führte am 12. Februar 2024 nachvollziehbar aus, der Bericht der K.\_\_\_\_ AG datiere mehr als ein Jahr vor seiner versicherungsmedizinischen Untersuchung vom 26. Januar 2022 und bestätige diese insofern, als im Zeitpunkt des Abbruchs der Eingliederungsmassnahme bei der K.\_\_\_\_ AG noch kein dauerhaft stabiler medizinischer Zustand vorgelegen habe. Ein solcher habe erst im Zeitpunkt seiner Untersuchung vom 26. Januar 2022 bestanden. Folglich stehe der Schlussbericht der K.\_\_\_\_ AG in keinem Widerspruch zu seiner Beurteilung vom 9. Februar 2022 (act. G19.1). Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 6. Dezember 2023, der Beschwerdeführer stehe seit 2019 in seiner fachärztlichen Behandlung. Laut Angaben des Beschwerdeführers bestünden weiterhin elektrisierende Schmerzen und chronische Ulzerationen am Fuss. Derzeit sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres als Status quo anzusehen (act. G15.2). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ nach dem Rückfall vom 3. November 2022 erfolgte und daraus kein Rückschluss auf die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Rentenprüfung per 1. Juni 2022 möglich ist. Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer ideal adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Der Einkommensvergleich wird vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht bestritten (vgl. act. G1). Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen

Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar, war die versicherte Person zur Zeit des Unfalls arbeitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle auch ohne den Unfall in der Zeit bis zum Rentenbeginn verloren, können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2017, 8C\_382/2017, E. 2.3.1). Der Beschwerdeführer war vor dem Unfall im Jahr 2007 bei den Unternehmen B.\_\_\_\_ GmbH sowie der C.\_\_\_\_ GmbH als Anlage- und Apparatebauer tätig (act. G7.3.1 f., G7.3.123). Er war auch Teilhaber beider Unternehmen (act. G7.3.53) und blieb nach dem Unfall (während seiner Umschulung zum Technischen Kaufmann bzw. Verkaufsleiter) weiterhin dort beschäftigt, dies jedoch vermehrt im planerischen, organisatorischen Bereich (act. G7.3.145, G7.3.174-132). Der Beschwerdeführer informierte die Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2012 über die Auflösung der C.\_\_\_\_ GmbH (act. G7.3.170). Am 5. Dezember 2012 teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin sodann telefonisch mit, er habe die Arbeit per 31. Dezember 2012 mangels Leistung verloren (act. G7.3.186). Der Geschäftsführer der B.\_\_\_\_ AG führte am 22. Juni 2022 aus, die Leistung des Beschwerdeführers habe stetig abgenommen, was dieser mit seinen Schmerzen, den dagegen eingenommenen Medikamenten und der daraus resultierenden Erschöpfung/Unkonzentriertheit erklärt habe. Dazwischen habe er auch weiterhin Probleme am Fuss (offene Stellen) gehabt. Die Präsenz im Betrieb und auf den Baustellen hätten stetig ab- und Unstimmigkeiten mit Mitarbeitern/Lieferanten dafür eher zugenommen. Sie hätten daraufhin das Arbeitsverhältnis aufgelöst. Der Zusammenhang zwischen Unfall und fehlender Leistung sei für ihn nachvollziehbar (act. G7.3.461). Diese rund zehn Jahre nach der Kündigung erfolgte Begründung derselben widerspricht den telefonischen Angaben des Beschwerdeführers kurz vor Ablauf der Kündigungsfrist. Es lässt sich damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eruieren, ob der Verlust der Arbeitsstelle bei der B.\_\_\_\_ AG (vorwiegend) unfallbedingt war. Bis kurz vor seinem Unfall vom 21. Juli 2019 war der Beschwerdeführer sodann lediglich temporär bei der G.\_\_\_\_ AG beschäftigt (act. G7.4.3). Da damit nicht erstellt ist, dass der Beschwerdeführer im Validenfall noch bei einem der erwähnten Unternehmen beschäftigt wäre, ist der Validenlohn gestützt auf die LSE zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. März 2023 Daten aus der LSE 2018 verwendet (act. G7.3.503). Dies ist jedoch insofern nicht korrekt, als bei der Ermittlung der Vergleichseinkommen mithilfe der Tabellenlöhne der LSE rechtsprechungsgemäss die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind. Im Bereich der Unfallversicherung ist diesbezüglich der Zeitpunkt des Einspracheentscheids massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2023, 8C\_235/2023, E. 3.2 und E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Im Zeitpunkt des vorliegenden Einspracheentscheids war die LSE 2020 bereits veröffentlicht (Datum der Veröffentlichung: 23. August 2022), weshalb diese massgeblich ist. Laut LSE 2020, Tabelle TA1, belief sich der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) im Baugewerbe (Wirtschaftszweig 41-43), Kompetenzniveau 2, Männer, auf Fr. 6'069.-- pro Monat bzw. Fr. 72'828.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Baugewerbe von 41.3 Stunden und angepasst

an die Nominallohnentwicklung bis 2022 (Index 2020: 2'298, 2022: 2'305) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 75'424.--. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher 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 aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 135 V 301 E. 5.2 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer hat erfolgreich eine Umschulung (durch die IV-Stelle) absolviert (act. G7.3.284), ist jedoch derzeit nicht arbeitstätig. Es rechtfertigt sich daher, das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2020, Tabelle TA1, Zentralwert für Männer im Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten) festzulegen. Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2020 auf Fr. 5'791.-- pro Monat bzw. Fr. 69'492.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2022 (Index 2020: 2'298, 2022: 2'305) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 72'666.--. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig 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 gewisse qualitative Einschränkungen (vgl. act. G7.3.433). Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit leicht unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C\_796/2013, E 3.1.2). Damit ist vorliegend die Gewährung eines Tabellenlohnabzugs angezeigt. Die Beschwerdegegnerin hat einen solchen von 10 % gewährt, womit sich ein Invalideneinkommen von Fr. 65'399.-- (90 % von Fr. 72'666.--) und damit leicht abweichend von der Berechnung der Beschwerdegegnerin (14 % [act. G7.3.503]) ein Invaliditätsgrad von rund 13 % ergeben würde. Die Frage nach der Höhe des Tabellenlohnabzugs ist jedoch 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 durch die Beschwerdegegnerin unter diesem Titel zu korrigieren, zumal mit einem lediglich minimal höheren Tabellenlohnabzug von 10.3 % (was abgerundet 10 % entspricht) ein Invalideneinkommen von Fr. 65'181.-- (89.7 % von Fr. 72'666.--) und damit gerundet – entsprechend der Berechnung der Beschwerdegegnerin (act. G7.3.503) – ein Invaliditätsgrad von 14 % resultiert. Insgesamt ist damit der von der Beschwerdegegnerin berechnete Invaliditätsgrad von 14 % nicht zu beanstanden. Im Sinne der vorstehenden

Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 8. März 2023 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f bis ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf die beantragte Parteientschädigung (vgl. act. G1). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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