

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.77 vom 26. Februar 2020

SO Obergericht, 2020-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.77](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.77)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.77 du 26 février 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.77 del 26 febbraio 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1974, [...], erlitt am 13. April 2015 um 13.15 Uhr in [...], Lagerhalle der Firma B.\_\_\_\_ AG, einen Unfall. Der Unfallmeldung vom 23. April 2015 kann entnommen werden, dass er mit der «Ameise» (Rüstfahrzeug) gefahren sei und nicht mehr habe bremsen können. Beim Versuch, abzuspringen, sei sein linker Fuss zwischen der «Ameise» und der Wand eingequetscht und der linke Unterschenkel verletzt worden. In diesem Zeitpunkt war er als Lagermitarbeiter für die Firma C.\_\_\_\_ AG, [...], tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert (Suva Aktenbeleg [Suva-] Nr. 2; 69, S. 2).

1.2 Aufgrund der drittgradig offenen Unterschenkelfraktur links erfolgte am 16. April im D.\_\_\_\_ eine Operation (Suva-Nr. 3, 11), am 19. April eine Anastomosenrevision (Suva-Nr. 5) und schliesslich am 20. April 2015 eine Amputation des Unterschenkels (Suva-Nr. 10, 22).

1.3 Am 29. April 2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, die Versicherungsleistungen für die Folgen des Berufsunfalls vom 13. April 2015 zu übernehmen (Suva-Nr. 16).

1.4 Die Ärzte des D.\_\_\_\_ verfassten am 21. Mai 2015 einen Austrittsbericht über die Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Zeit vom 13. April bis 20. Mai 2015 (Suva-Nr. 35).

1.5 Die Kantonspolizei Aargau erstellte am 28. Mai 2015 über den Arbeitsunfall des Beschwerdeführers vom 13. April 2015 einen Bericht (Suva-Nr. 69).

1.6 Am 7. Juli 2015 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer, er erhalte ab 16. April 2015 bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit ein Taggeld von CHF 98.75 pro Kalendertag, welches der Arbeitgeber auszahle (Suva-Nr. 44).

1.7 Die Ärzte der E.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer ab 20. Mai 2015 in der orthopädischen Akutrehabilitation befand, ersuchten die Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2015, der Rehabilitationsaufenthalt sei bis 26. August 2015 zu verlängern (Suva-Nr. 50). Ein weiteres Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache stellten die Ärzte der E.\_\_\_\_ am 3. September 2015 (Suva-Nr. 67).

1.8 Die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn (nachfolgend AKSO) stellte der Beschwerdegegnerin am 4. September 2015 den gewünschten Kontoauszug aus dem individuellen Konto (IK) des Beschwerdeführers zu (Suva-Nr. 70).

1.9 Am 30. September 2015 fand in der E.\_\_\_\_ eine Besprechung statt, an der nebst dem Beschwerdeführer und seinem Bruder auch Dr. med. F.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, und die Case Managerin der Beschwerdegegnerin teilnahmen (Suva-Nr. 85).

1.10 Dr. med. F.\_\_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie, beide E.\_\_\_\_, orthopädische und handchirurgische Rehabilitation, verfassten am 9. Oktober 2015 einen Austrittsbericht über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. Mai bis 30. September 2015, wobei in der Zeit vom 7. bis 23. August 2015 ein Therapieunterbruch stattgefunden habe (Suva-Nr. 87).

1.11 Am 3. November 2015 kündigte die Arbeitgeberin C.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer das Arbeitsverhältnis per 7. Dezember 2015 (Suva-Nr. 90).

1.12 Med.

pract. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, beide E.\_\_\_\_, berichteten am 16. Dezember 2015 über die ambulante Konsultation des Beschwerdeführers in der orthopädisch-orthopädiotechnischen Sprechstunde (Suva-Nr. 96). 1.13 Eine weitere Besprechung bei der Beschwerdegegnerin, an der nebst der Case Managerin und dem Beschwerdeführer eine Eingliederungsfachfrau der IV-Stelle des Kantons Solothurn teilnahm, fand am 24. März 2016 statt, worüber die Case Managerin der Beschwerdegegnerin einen Rapport erstellte (Suva-Nr. 119). 1.14 Die Beschwerdegegnerin verwarnte am 24. Mai 2016 den Beschwerdeführer, weil dieser ohne Rücksprache mit der I.\_\_\_\_ drei Wochen Ferien gebucht habe (Suva-Nr. 130). Bei dieser Stiftung befand sich der Beschwerdeführer seit 17. Mai 2016 in einem von der IV-Stelle organisierten Belastbarkeitstraining (vgl. Suva-Nr. 125) 1.15 Am 22. Juli 2016 trafen sich der Beschwerdeführer sowie je eine Vertreterin der I.\_\_\_\_, der IV-Stelle Solothurn und der Beschwerdegegnerin erneut zu einer Besprechung, worüber die Case Managerin der Beschwerdegegnerin gleichentags rapportierte (Suva-Nr. 143). 1.16 Das Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA) stellte der Beschwerdegegnerin am 26. Oktober 2016 Unterlagen zu (Suva-Nr. 167); diese verneinte gleichentags ihre Leistungspflicht für die vom Beschwerdeführer beklagten Schulterbeschwerden, da es sich nicht um Folgen des Unfalls vom 13. April 2015 handle (Suva-Nr. 160). 1.17 Zu einer weiteren Besprechung zwischen dem Beschwerdeführer und je einer Vertreterin der I.\_\_\_\_, der IV-Stelle Solothurn und der Beschwerdegegnerin kam es am 7. November 2016 (Suva-Nr. 173). 1.18 Am 21. November 2016 berichtete die I.\_\_\_\_ der IV-Stelle über die in der Zeit vom 15. August – 11. November 2016 durchgeführte Integrationsmassnahme (Suva-Nr. 179). 1.19 Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, [...], erstattete der Beschwerdegegnerin am 10. Dezember 2016 Bericht über den Gesundheitsverlauf des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 187). 1.20 Die Physiotherapeutin K.\_\_\_\_, [...], verfasste am 22. Januar 2017 einen Zwischenbericht über die beim Beschwerdeführer durchgeführten Therapiemassnahmen (Suva-Nr. 197). 1.21 Am 24. Januar 2017 fand wiederum eine Besprechung bei der Beschwerdegegnerin statt, an der der Beschwerdeführer, der Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, und die Case Managerin der Suva teilnahmen (Suva-Nr. 198); gleichentags nahm Dr. med. L.\_\_\_\_ die kreisärztliche Abschlussuntersuchung des Beschwerdeführers vor (Suva-Nr. 200). 1.22 Im Bericht vom 25. Januar 2017 hielt der Kreisarzt fest, dass der Integritätsschaden 35 % betrage (Suva-Nr. 199). 1.23 Am 6. April 2017 beschwerte sich der Beschwerdeführer über den Bericht des Kreisarztes vom 24. Januar 2017 (Suva-Nr. 220); letzter ergänzte am 18. April 2017 die Angaben über das Zumutbarkeitsprofil (Suva-Nr. 222).

## **E. 2**

2.1 Im Vorbescheid vom 15. Mai 2017 teilte die IV-Stelle Solothurn dem Beschwerdeführer mit, es sei vorgesehen, den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen wie auch jenen auf eine Invalidenrente abzuweisen (Suva-Nr. 233). 2.2 Die Ausgleichskasse gab am 26. Mai 2017 den gewünschten IK-Auszug zu den Akten der Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 239). 2.3 Am 20. Juli 2017 fasste die Beschwerdegegnerin die Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung zusammen (Suva-Nr. 245). 2.4 Mit Verfügung vom 20. Juli 2017 entschied die Beschwerdegegnerin in dem Sinne, dass keine Invalidenrente ausgerichtet werde und kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bestehe; gleichzeitig setzte sie die dem Beschwerdeführer zustehende Integritätsentschädigung auf CHF 44'100.00, entsprechend einer Integritätseinbusse von 35 %, fest (Suva-Nr. 246). Gegen diese Verfügung liess der

Beschwerdeführer am 14. September 2017 Einsprache erheben (Suva-Nr. 252). 2.5 Dr. med. J.\_\_\_\_ stellte dem Vertreter des Beschwerdeführers am 26. September 2017 einen Verlaufsbericht zu (Suva-Nr. 259).

### E. 3

3.1 Am 7. Februar 2018 initiierte die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre Begutachtung (Suva-Nr. 276) und teilte dem Vertreter des Beschwerdeführers am 22. März 2018 mit, als Begutachtungsstelle sei die M.\_\_\_\_ (nachfolgend Medas) in [...] vorgesehen, und zwar mit folgenden Disziplinen bzw. Gutachtern: Orthopädie, Dr. med. N.\_\_\_\_; Psychiatrie, Dr. med. O.\_\_\_\_; Neurologie, Dr. med. P.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 302); damit wie auch mit der Fragestellung erklärte sich der Vertreter des Beschwerdeführers am 24. April 2018 einverstanden (Suva-Nr. 308), worauf die Beschwerdegegnerin der Gutachterstelle am 26. April 2018 den Auftrag für ein interdisziplinäres Gutachten erteilte (Suva-Nr. 310).

3.2 Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Chirurgie und FMH SP Allg. und Unfallchirurgie, [...], empfahl der Beschwerdegegnerin am 20. Oktober 2018, beim Beschwerdeführer eine Prothesenkorrektur vornehmen zu lassen (Suva-Nr. 319). 3.3 Am 2. November 2018 reichte die Gutachterstelle M.\_\_\_\_ das durch die Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten ein (Suva-Nr. 320 ff.). 3.4 Auf Bitte des Vertreters des Beschwerdeführers nahm Dr. med. J.\_\_\_\_ am 18. Januar 2019 zum M.\_\_\_\_-Gutachten Stellung (Suva-Nr. 336). Der Beschwerdeführer selbst äusserte sich am 28. Januar 2019 zum M.\_\_\_\_-Gutachten (IV-Nr. 335).

3.5 Am 1. Mai 2019 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer über das weitere Vorgehen und stellte dabei insbesondere fest, dass sie die Verfügung vom 20. Juli 2017 sowie den Fallabschluss zurückgenommen habe (Suva-Nr. 346 vgl. auch Suva-Nr. 278). 3.6 Eine neue Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen erstellte die Beschwerdegegnerin am 16. Mai 2019 (Suva-Nr. 361); gleichentags erliess sie eine Verfügung, worin sie den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Hilflösenentschädigung erneut verneinte und die bereits bekanntgegebene Integritätsentschädigung in der Höhe von CHF 44'100.00 bestätigte (Suva-Nr. 362).

3.7 Am 30. Mai 2019 reichte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. R.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, Allgemeine Innere Medizin FMH, [...], der Beschwerdegegnerin einen Bericht ein (Suva-Nr. 372). 3.8 Gegen die Verfügung vom 16. Mai 2019 liess der Beschwerdeführer am 7. Juni 2019 Einsprache erheben (Suva-Nr. 365), die die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 26. Februar 2020 abwies (Suva-Nr. 409). Der Einsprache lag ein Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, [...], vom 25. Mai 2019 bei (Suva-Nr. 368).

4. Am 16. April 2020 lässt der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben. Sein Vertreter stellt und begründet folgende Anträge (A.S. 37 ff.): 1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben, und die Sache sei zum Neuentscheid über die Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 2. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin 5.

In der Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 26 ff.); dazu äussert sich der Beschwerdeführer am 2. Juni 2020 (A.S. 32 ff.). Am 9. Juni 2020 teilt die Beschwerdegegnerin mit, auf das Einreichen einer umfassenden Duplik zu verzichten (A.S. 37).

6. Der Vertreter des Beschwerdeführers gibt am 17. September 2020 eine aktuelle psychiatrische Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 14. September 2020 zu den Akten (A.S. 40 f.), wozu sich die Beschwerdegegnerin am 5. Oktober 2020 äussert (A.S. 44). Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im

Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Streitig und im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. 3. Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Nach der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 13. April 2015 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar.

#### **E. 4**

4.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 4.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). 4.3 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 4.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht; dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften

Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

#### **E. 4.4**

S. 469 f. mit Hinweis).

#### **E. 4.5**

4.5.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent 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 Bundesgesetz 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). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um 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. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4 S. 261). 4.5.2 Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 4.5.3 Beginnt die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall oder dem Ausbruch der Berufskrankheit, so ist für die Festlegung des versicherten Verdienstes der Lohn massgebend, den der Versicherte ohne den Unfall oder die Berufskrankheit im Jahre 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 Verordnung über die Unfallversicherung, UVV, SR 832.202).

#### **E. 5**

5.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.2 mit Hinweisen, 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1).

5.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C\_474/2016 vom 23. Januar 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_352/2015, 8C\_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss hat sich die gerichtliche Prüfung auf den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids – hier vom 21. Dezember 2016 – zu beschränken (BGE 135 V 201 E. 7.3 S. 215, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220).

5.4 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne

das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). 5.5 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C\_67/2007 vom 28. August 2007 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 354). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E).

#### **E. 5.4**

hiervor). 9.3 Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_ und Dr. med. R.\_\_\_\_ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind – entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers – nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

#### **E. 6**

6.1 Den Erwägungen im angefochtenen Entscheid lässt sich im Wesentlichen entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 13. April 2015 aufgrund der Rechtsprechung als mittelschweren Unfall qualifiziert hat. Es seien zwei von sieben Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 115 V 133 ff. für den mittelschweren Bereich definiert habe, erfüllt, was nicht ausreiche, für die psychischen Beschwerden die Adäquanz zu bejahen. Im Weiteren bestehe kein Anlass, von der Einschätzung der M.\_\_\_\_-Gutachter, wonach dem Versicherten aus somatischer Sicht wechselbelastende, hauptsächlich sitzende Tätigkeiten mit vereinzelt kurzeitigen Arbeiten auf den Knien oder in der Hocke sowie vereinzelt Treppensteigen ganztags zuzumuten seien; dabei seien aufgrund der geklagten Stumpfschmerzen vermehrte Pausen notwendig, was die zumutbare Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht leicht einschränke. Der Invalidenlohn berechne sich nach den Vorgaben der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 bzw. auf CHF 67'743.00; nach Abzug von 20 % (vermehrte Pausen berücksichtigt) resultiere ein massgebender Invalidenlohn von CHF 54'194.00. Der Validenlohn für das Jahr 2019 betrage ■ gestützt auf den GAV für Personalverleih ■ CHF 49'303.00. Weil der Invalidenlohn den Validenlohn übersteige, entfalle ein Rentenanspruch von vornherein (Suva-Nr. 409, S. 5 ff.). Ergänzend wird in der Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2020 angeführt, selbst die Bejahung der Adäquanz hätte

auf die Rentenprüfung keinen Einfluss; so hätten die M.\_\_\_\_-Experten aus psychiatrischer Sicht keine relevanten Leistungseinschränkungen gefunden, die über die somatischen Unfallfolgen hinausgingen. Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto sei der Beschwerdeführer seit September 2013 regelmässig als Temporärmitarbeiter bei der Firma C.\_\_\_\_ AG im Einsatz gewesen, sodass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass er ohne Unfall weiterhin temporär gearbeitet hätte. Werde der Validenlohn aufgrund eines GAV ermittelt, entfalle eine Parallelisierung der Erwerbseinkommen (A.S. 26 ff.). Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 5. Oktober 2020 zum Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 17. September 2020 festgehalten, aus diesem könne nichts zugunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden (A.S. 44).

6.2 Der Beschwerdeführer bemängelt die Adäquanzbeurteilung bezüglich psychischer Folgen und sowie den Einkommensvergleich. Zusammenfassend werde in erster Linie beantragt, die psychischen Beschwerden bei der Festsetzung der Invalidenrente zu berücksichtigen, wobei auf das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle M.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne. In Berücksichtigung der Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ sei von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit, allenfalls noch von einer Resterwerbsfähigkeit von 30 % auszugehen. Unter Umständen sei die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit anhand eines ergänzenden psychiatrischen Gutachtens festzulegen. Unabhängig von der Mitberücksichtigung der psychischen Unfallfolgen sei zudem das Valideneinkommen zu korrigieren und gestützt auf die Lohnstatistik festzulegen, allenfalls im Sinne der Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu erhöhen (A.S. 13, 19). In der Replik vom 2. Juni 2020 bestätigt der Beschwerdeführer im Wesentlichen das bereits Vorgebrachte (A.S. 32 ff.). Schliesslich hat er am 17. September 2020 ausführen lassen, im Gegensatz zum psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle M.\_\_\_\_ überzeuge die Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 14. September 2020, weshalb auf letztere abgestellt werden könne (A.S. 40).

7. Aufgrund der Akten, insbesondere des Berichts der Kantonspolizei Aargau vom 28. Mai 2015, ist von folgendem Hergang des sich am 13. April 2015 um 13.15 Uhr in [...], Lagerhalle Firma B.\_\_\_\_ AG, ereigneten Unfalls auszugehen: Der Beschwerdeführer fuhr mit einem ungeladenen Niederhubwagen rückwärts den Gang entlang, um in eine andere Lagerhalle zu gelangen. Aus nicht näher bekannten Gründen fuhr er ■ aus seiner Sicht ■ zur linken Seite und prallte dort in einen Betonpfeiler; dabei klemmte er sich das linke Bein zwischen dem Betonpfeiler und dem Niederhubwagen ein (Suva-Nr. 2; 69, S. 3), was eine drittgradig offene Unterschenkelfraktur nach sich zog (Suva-Nr. 3). Ein solcher Unfall sollte sich nicht zutragen können, wenn sich die das Gefährt bedienende Person in der Kabine auf der Fahrerstandplattform befindet (vgl. Still EXU-S, technische Daten EXU-S 22/24 Niederhubwagen mit Fahrerstandplattform; vgl. auch den Polizeibericht, Suva-Nr. 69, S. 3 unten). Der genaue Unfallhergang ist jedoch nicht entscheidend, denn es steht fest, dass der Beschwerdeführer einen Arbeitsunfall erlitten und sich dabei gravierende Verletzungen am linken Bein zugezogen hat. Aufgrund des massiven Weichteilschadens nahmen die Ärzte des D.\_\_\_\_ am 20. April 2015 schliesslich eine Amputation des Unterschenkels vor (Suva-Nr. 35).

8. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

8.1 Im Austrittsbericht vom 21. Mai 2015 diagnostizierten die Ärzte des D.\_\_\_\_ eine drittgradig offene Unterschenkelfraktur links. Am 16. April 2015 sei nach abschwellender

Therapie die definitive Osteosynthese erfolgt. Im Verlauf habe sich eine Lappenvenenthrombose entwickelt, weswegen der Lappen am 19. April 2015 habe entfernt werden müssen. Am 20. April 2015 sei dem Patienten aufgrund des massiven Weichteilschadens der Unterschenkel amputiert worden. Aufgrund von Phantomschmerzen sei eine Therapie mit Lyrica begonnen worden. Es sei eine langsame Mobilisation des Patienten am Böckli erfolgt. Am 20. Mai 2015 habe der Patient in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen zur Rehabilitation nach [...] entlassen werden können. Schliesslich attestierten die Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 13. April bis 31. Juli 2015 (Suva-Nr. 35).

8.2 Die Ärzte der E.\_\_\_\_ hielten im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2015 nebst bekannter Diagnose (3°ige offene Unterschenkelfraktur links) fest, dass dem Patienten die Tätigkeit als Lagerist (Verteilzentrum) aktuell nicht zuzumuten sei. Die Anforderungen seien zu hoch. Aktuell bestehe noch eine zu hohe Belastung auf dem Unterschenkelstumpf. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % ab 30. September 2015. Nach einem vollständigen Stockabbau werde ein erleichterter beruflicher Wiedereinstieg im Sinne von Angewöhnung und Anpassung an die Arbeit bei 100 % Arbeitsunfähigkeit empfohlen. Für den Patienten sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit, wechselbelastend vorwiegend sitzend, ganztags zumutbar; spezielle Einschränkungen: kein repetitives Treppen- / Leitersteigen; keine lang dauernde kniende Arbeit; zirka vier Wochen / Jahr, Arbeitsausfall wegen eventueller Prothesenproblematik. Empfohlen werde eine Arbeitsaufnahme zur Angewöhnung/Anpassung an die Arbeit (Arbeitsunfähigkeit 100 %) (Suva-Nr. 87).

8.3 Am 16. Dezember 2015 berichteten die Ärzte der E.\_\_\_\_ über die ambulante Konsultation des Beschwerdeführers in der orthopädischen-orthopädiotechnischen Sprechstunde und schilderten folgende Probleme: «1. Mobil an einem Handstock; 2. Mobilitätsgrad 2; 3. leicht adhärenente Narbe über ventraler Tibiaspitze am Unterschenkelstumpf links (weiter regredient)». Der Patient habe zurzeit über ein zu weites Einsinken in die Prothese geklagt, was dann im Verlauf zu Stumpfbeschwerden führe. Er habe berichtet, dass er die Prothese ganztags tragen könne und mit Hilfe eines Gehstocks im Aussenbereich mobil sei. Die Gehstrecke am Tag betrage ungefähr 1,5 ■ 2 km. Seine Angaben bezüglich Phantomschmerzen seien unterschiedlich, von 6-mal täglich bis 1 ■ 3-mal wöchentlich; sie träten sporadisch in unregelmässigen Abständen auf. Das Laufen mit der Prothese bereite ihm Schmerzen im gesamten Stumpfbereich. Eine Schmerzmedikation nehme der Patient zurzeit nicht ein. Beim Befund gaben die Ärzte u.a. an, beim Laufen sehe man, dass der Beschwerdeführer zu weit in den Prothesenschaft einsinke, wobei er die Strümpfe nicht wie instruiert trage. Die Narbenverhältnisse hätten sich reizlos abgeheilt gezeigt. Es bestehe lediglich noch eine leicht adhärenente Narbe über der ventralen Tibiaspitze am Unterschenkelstumpf links. Weichteilverhärtungen im Bereich des Stumpfs bestünden nicht, auch keine Rötung und kein Druckschmerz. Aktuell habe der Patient über keine Phantomschmerzen berichtet. Im Rahmen der Beurteilung führten die Ärzte aus, dass aufgrund der erheblichen Stumpfatrophy ein Schaftwechsel indiziert sei (Suva-Nr. 96). In der Folge wurde die Prothese angepasst (vgl. Suva-Nr. 109).

8.4 Im Zwischenbericht vom 10. Dezember 2016 sprach Dr. med. R.\_\_\_\_ von einem guten Verlauf sowie einer guten Prognose. Zur Frage nach einer Arbeitsaufnahme regte der Hausarzt des Beschwerdeführers an, die Suva möge sich beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit engagieren (Suva-Nr. 186).

8.5 Der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ erstattete der Beschwerdegegnerin am 10. Dezember 2016 Bericht über den Gesundheitsverlauf des Beschwerdeführers. Seinen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass zunächst eine komplexe Anpassungsreaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) mit chronischem Verlauf und aktuell mindestens eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) zu diagnostizieren seien. Es sei bislang ein vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapiesetting mit psychoedukativen Elementen in Kombination mit systemischen Interventionen (Einbezug der Ehefrau) erfolgt. Die Psychoedukation diene zur Erklärung von Zusammenhängen und der Neurobiologie des Störungsbildes. Bisher sei keine Analgesie und Psychopharmakotherapie hinreichend erfolgreich gewesen. Vielmehr habe sich eine Chronifizierung des Beschwerdebilds gezeigt, weshalb von einer eher schlechten Prognose im Hinblick auf den weiteren Verlauf der depressiven und Schmerzsymptomatik in den nächsten Monaten ausgegangen werden müsse. Konkrete Angaben über die Arbeitsfähigkeit machte Dr. J.\_\_\_\_ keine (Suva-Nr. 187).

8.6 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ gelangte anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 24. Januar 2017 zu folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 200, S. 9 f.):

Verdacht auf Symptomausweitung und belastungsabhängige Restbeschwerden  
Amputationsstumpf Unterschenkel links sowie Klage über Schulterbeschwerden rechts bei inadäquatem Krückengebrauch bei

- St. p. Unterschenkelamputation nach Burgess links am 20. April 2015 bei
- St. p. Entfernung des Latissimus dorsi-Lappens wegen zunehmender Devitalisierung am 19. April 2015 mit nunmehr grossflächig offenliegender osteosynthetisch überbrückter Frakturzone am distalen Unterschenkel bei
- St. p. Platten- und Schraubenosteosynthese der Tibia und Fibula sowie Weichteildeckung mittels freiem muskulären Latissimus dorsi-Lappen am 16. April 2015
- St. p. geschlossener Reposition und Anlage eines Fixateurs extern sowie VAC-Verbands am 13. April 2015 bei
- 3°ig offener mehrfragmentärer Unterschenkelfraktur links

Im Weiteren führte der Kreisarzt aus, anlässlich der heutigen Konsultation habe sich eine reizlose gute Stumpfbildung gezeigt. Einzig störend sei möglicherweise eine kleine Adhäsion ventral am Stumpftrand der Tibia, wobei der Beschwerdeführer angegeben habe, dies störe ihn nicht so, dass er eine mögliche Intervention wünschte. Er selbst habe sich ausschliesslich auf sein Leiden fixiert präsentiert und dies auch demonstriert. Die Prothese sei offenbar dringend anpassungsbedürftig, wobei der Beschwerdeführer darauf verwiesen habe, dass ihm Herr [...] in der E.\_\_\_\_ gesagt habe, das Überziehen von bis zu 8 Baumwollstülp sei normal. Der verordnete Stützstrumpf werde nicht getragen. Zudem habe er angegeben, anlässlich der letzten Konsultation in der Orthopädietechnik sei etwas in den Schaft hinten eingeklebt und später wieder entfernt worden, nachdem es ihn gestört habe. Die Gesamtproblematik sei mit dem Beschwerdeführer in Gegenwart der zuständigen Sachbearbeiterin der Suva ausführlich diskutiert worden. Sie werde die Anpassung der Prothese direkt mit Herrn [...] in der E.\_\_\_\_ besprechen, insbesondere auch die durch den Beschwerdeführer gemachten Vorwürfe einer ungenügenden Anpassung; dieser sei darauf aufmerksam gemacht worden, dass bezüglich der Prothesenanpassung eine Holschuld bestehe. Gegebenenfalls seien mehrere Anpassungen auch innerhalb kurzer Zeit notwendig.

( ). Eine Haushaltshilfe, wie von der Rechtsvertretung in den Raum gestellt, sei aufgrund objektivierbarer Befunde medizinisch in keiner Weise nachvollziehbar. Im häuslichen Umfeld scheine der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schilderungen Hilfestellungen seiner Ehefrau in Anspruch zu nehmen/erhalten, deren Notwendigkeit aufgrund der objektivierbaren Verletzungsfolgen nicht nachvollzogen werden könne. Im Laufe des Gesprächs sei der Verdacht auf eine zunehmende Symptomausweitung aufgekommen, insbesondere, sobald das Gespräch in Richtung Arbeitsfähigkeit gegangen sei. Der Beschwerdeführer habe sich einerseits in keiner Weise arbeitsfähig gesehen, andererseits jedoch beteuert, dass er keine Rente möchte. Aufgrund der objektivierbaren Befunde bestehe in einer angepassten, wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit unter folgenden Voraussetzungen eine ganztägige Arbeitsfähigkeit: Keine Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und / oder Gerüsten. Keine knienden und / oder kauernenden Tätigkeiten, keine Tätigkeiten mit repetitivem Treppenbesteigen, insbesondere unter Gewichtsbelastung. Die Notwendigkeit von Stützkrücken könne bei angepasster Prothese nicht nachvollzogen werden (Suva-Nr. 200, S. 9 f.).

Am 18. April 2017 vervollständigte der Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers in dem Sinne, dass diesem leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zuzumuten seien (Suva-Nr. 222).

8.7 Dr. med. J.\_\_\_\_ erstattete am 26. September 2017 dem Vertreter des Beschwerdeführers einen Verlaufsbericht; darin stellte er die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung mit Chronifizierungstendenz (ICD-10 F32.2). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der beschriebenen Psychopathologie mit deutlichen Einschränkungen der Alltagsfunktionsfähigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter und eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten (Suva-Nr. 259, S. 3 ff.).

8.8 Die Ärzte der Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ gelangten in ihrem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten vom 2. November 2018 zu folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 320, S. 1 ff.):

Diagnosen infolge des Ereignisses vom 13. April 2015

unfallfremde Diagnosen

Zusammenfassend hielten die M.\_\_\_\_-Gutachter fest, der Versicherte habe am 13. April 2015 einen Arbeitsunfall erlitten. Er sei mit einem Transportgefährt («Ameise») gegen einen Pfeiler im Lagergebäude gefahren, wobei der linke Unterschenkel zwischen das Gefährt und einen Pfeiler geraten sei. Er habe sich eine 3.-gradig offene Unterschenkel-Trümmerfraktur links sowie ausgedehnte Weichteilverletzungen zugezogen. Trotz primärer Fixation der Fraktur und der Weichteildeckung mit einem freien, gefässgestielten Lappen des linken M. latissimus dorsi habe am 20. April 2015 der Unterschenkel amputiert werden müssen. Nach einem Sturz am 5. Mai 2015 auf den noch frischen Stumpf hätten zwei weitere Eingriffe zwecks Débridement und Sekundärnaht durchgeführt werden müssen. Nach der Stumpfheilung sei die Rehabilitation in der E.\_\_\_\_ mit Prothesenversorgung erfolgt. Seit August 2016 stehe der Versicherte zudem in psychiatrischer Behandlung. Verschiedene Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung hätten zu keinem Erfolg geführt. ( ). Aus orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht sei der Versicherte infolge des Ereignisses vom 13. April 2015 in seiner letzten vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit als Lagerist nicht mehr

arbeitsfähig. Folgende Tätigkeiten seien nicht zumutbar:

Aus orthopädisch-traumatologischer und neurologischer Sicht seien jedoch folgende Tätigkeiten zumutbar:

Für ganztägige wechselbelastende, hauptsächlich sitzende Tätigkeiten, seien aufgrund der Stumpfschmerzen vermehrte Pausen nötig. Diese geringen zeitlichen Einschränkungen könnten wegen der Verdeutlichungstendenz und der Selbstlimitierung des Versicherten nicht genau beziffert werden. Allenfalls wäre eine erneute Berufserprobung in der Lage, diese zeitlichen Einschränkungen zu beziffern (Suva-Nr. 320, S. 13 f.).

8.9 Am 18. Januar 2019 nahm Dr. med. J. \_\_\_ auf Wunsch des Vertreters des Beschwerdeführers u.a. zum Gutachten der M. \_\_\_-Gutachterin Dr. med. O. \_\_\_ vom 28. September 2018 Stellung. Zusammenfassend hielt er an seiner Beurteilung und der Diagnose einer chronischen mittelschweren depressiven Störung (F 32.2) mit den entsprechenden Funktionsbeeinträchtigungen fest. Zur Begründung der Funktionseinbussen und der damit einhergehenden, verminderten Leistungsfähigkeit wies er auf seine Stellungnahme vom 26. September 2017 sowie auf das aktuelle Schreiben hin. Dabei habe er sich nicht nur auf seine Beschwerdeeinschätzung und die subjektiven Angaben der Patientin (recte: des Patienten) gestützt, sondern (auch) auf fremdanamnestiche Auskünfte, einschliesslich Informationen aus dem Umfeld. Zudem habe er auch Testungen mit dem BDI und MADRS als unterstützende Werkzeuge mit einfliessen lassen. Demnach habe er vollumfänglich den Aspekt der Beschwerdevalidierung berücksichtigt. Aus den genannten Fakten und Überlegungen sei der Patient zurzeit reduziert belastbar (Antriebsmangel, Schlafstörungen, Konzentrationsdefizite, verminderte Stressresistenz mit folglich Notwendigkeit vermehrter Pausen). Aufgrund der mittelschweren depressiven Störung mit den beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen lasse sich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und mindestens eine 70%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit für Verweistätigkeiten begründen. Zudem sei seines Erachtens die Bewältigung alltäglicher Aufgaben deutlich eingeschränkt. Er habe auch den grossen Verdacht, dass eine leichte Intelligenzminderung vorliege, weshalb er den Patienten für eine neuropsychologische Untersuchung anmelden werde (Suva-Nr. 336).

8.10 Dr. med. Q. \_\_\_ verfasste ■ auf Wunsch des Vertreters des Beschwerdeführers ■ am 25. Mai 2019 einen Bericht im Sinne einer Stellungnahme; darin diagnostizierte er beim Beschwerdeführer eine posttraumatische Unterschenkelamputation links, eine Tendinopathie der Supraspinatussehne rechte Schulter mit Bursa-seitigem Sehneineinriss, eine leichte AC-Gelenksarthrose rechts sowie einen Überlastungsschmerz rechtsbetont LWS. Aus seiner Sicht ■ so Dr. med. Q. \_\_\_ ■ stünden die Verletzung der Supraspinatussehne sowie die entsprechende Bursitis subakromialis an der rechten Schulter und die Überlastungsschmerzen der Lendenwirbelsäule in einen direkten kausalen Zusammenhang mit dem Unfall, und zwar nicht aufgrund der stattgehabten traumatischen Unterschenkelamputation, sondern, weil die prothetische Behandlung fachlich nicht korrekt durchgeführt worden sei (Suva-Nr. 368).

8.11 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. R. \_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 30. Mai 2019 an die Beschwerdegegnerin die Diagnosen «Status nach Unterschenkelamputation nach Burgess links 20.04.2015 wegen offene Oberschenkel Fraktur 13.04.2015», «Subjektive kognitive Störung», «Komplexe Anpassungsreaktion auf schwere Belastung mit chronischem Verlauf/schwere depressiver Störung» sowie

«Schulerschmerzen rechts». Im Weiteren führte Dr. med. R.\_\_\_\_ an, die Suva habe den Patienten am 14. (recte wohl 24.) Januar 2017 für angepasste wechselbelastende, mehrheitliche sitzende Tätigkeiten wieder als voll arbeitsfähig geschrieben, was aus hausärztlicher Sicht leider nicht realistisch sei. Diese Situation werde zusätzlich durch das ISG-Schmerz-Syndrom sowie diverse vorerwähnte Nacken-, Schulter-, Rücken- und Kopfschmerzen erschwert. Der Patient sei wegen dem durch den Unfall verlorenen Bein nicht in der Lage zu arbeiten wie ein Mensch, der mit allen Extremitäten voll einsatzfähig sei. Der Patient habe das Bein rechts unfallbedingt verloren, weshalb die Suva gesetzlich verpflichtet sei, die Kosten lebenslanglich zu übernehmen (Suva-Nr. 372).

8.12 Am 14. September 2020 nahm Dr. med. J.\_\_\_\_ gegenüber dem Vertreter des Beschwerdeführers in Form eines Verlaufsberichts Stellung. In dieser Stellungnahme diagnostizierte er eine chronifizierte mittelschwere depressive Störung mit somatischem Syndrom (F32.11) im Rahmen des erheblichen Erschöpfungszustands, persistierende Beinschmerzen links und auch zunehmend Beinschmerzen rechts mit Albträumen; zudem lägen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung vor. Aufgrund der chronischen, therapieresistenten, mittelschweren depressiven Störung bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter im allgemeinen Arbeitsmarkt und eine mindestens 70%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit für leidensangepassten Tätigkeiten. Funktionell limitierend wirkten sich vor allem die Antriebsstörung (ausgeprägte Schlafstörung, erhöhte Ermüdbarkeit), Konzentrationsstörungen sowie starke Einschränkungen der emotionalen Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit aus. Der Patient sei bereits im normalen Alltag deutlich eingeschränkt und auf die Unterstützung durch seine Familie angewiesen (Beilage zu Brief Vertreter des Beschwerdeführers vom 17. September 2020, A.S. 40 f.).

9. Die Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt Folgendes:

9.1

9.1.1 Der Beschwerdeführer bemängelt die Qualität des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 28. September 2018. Aus dem Gesprächsprotokoll ergebe sich, dass die Gutachterin jegliche Neutralität und Unvoreingenommenheit vermissen lasse. Sie habe der schwierigen, kaum zu verkraftenden Situation des Beschwerdeführers kein Verständnis entgegengebracht. Vielmehr habe sie ihm sinngemäss vorgeworfen, in seinem Selbstmitleid zu versinken, anstatt alles daran zu setzen, seine Situation zu akzeptieren und seine Arbeitskraft zu verwerten. ( ). Grundvoraussetzung für eine zuverlässige psychiatrische Exploration dürfte aber eine gewisse Vertrauensbasis bilden, die erst die offene und erschöpfende Auskunftserteilung über das effektive psychische Befinden ermögliche. Diese Voraussetzung sei hier offensichtlich nicht vorgelegen, was massgeblich auf die Explorationstaktik der Gutachterin zurückzuführen sein dürfte. Bemerkenswert sei sodann die von der Gutachterin vorgenommene Beurteilung der Leistungsfähigkeit gemäss Mini-ICF-APP. Dass angesichts dieser teilweise sogar mittelschweren Einschränkungen in Bereichen, die für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt von absolut zentraler Bedeutung seien, keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegen solle, leuchte nicht ein und vermöge nicht zu überzeugen. Völlig diametral zur Beurteilung der psychischen Beschwerden durch die psychiatrische Gutachterin fielen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ aus. In der Stellungnahme vom 18. Januar 2019 habe Dr. med. J.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass die diagnostischen

Überlegungen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ zum Teil nicht nachvollziehbar seien. In Berücksichtigung der ausführlichen und nachvollziehbaren Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ erscheine fraglich, ob in psychischer Hinsicht eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit bestehe. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, allenfalls von einer verbliebenen Restarbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen. Sollten die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht als genügende Grundlage betrachtet werden, dränge sich eine ergänzende psychiatrische (Einzel-)Begutachtung auf (A.S. 15 ff.).

9.1.2 Zu diesen Ausführungen des Beschwerdeführers hat sich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (A.S. 26 ff.) nicht konkret geäußert, sondern einzig die Einwände in der Beschwerde als unbegründet bezeichnet. Den Erwägungen im angefochtenen Entscheid ■ worauf in der Beschwerdeantwort verwiesen wird (A.S. 27) ■ lässt sich entnehmen, dass die psychische Problematik Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit beeinflusst habe (Suva-Nr. 409, S. 5).

9.1.3 Im psychiatrischen Gutachten vom 28. September 2018, worin vorab auf die Vorakten sowie die eigene, eingehende psychiatrische Untersuchung vom 17. September 2018 verwiesen wird, hat Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zuerst die Vorgeschichte nach der Aktenlage dargestellt (Suva-Nr. 323, S. 4 ff.), dann die Angaben des Beschwerdeführers während einer vertiefenden Befragung im Beisein einer albanischen Dolmetscherin beschrieben (Suva-Nr. 323, S. 16 ff.) und den psychopathologischen Befund erhoben, um schliesslich ■ nach Einholen einer Auskunft beim behandelnden Psychiater ■ zu den Diagnosen und zur Beurteilung zu gelangen (Suva-Nr. 323, S. 27 ff.). In ihrer Beurteilung hat die psychiatrische Gutachterin einleitend eine Zusammenfassung der Aktenlage (Berufsbiographie, Verlauf seit April 2015) gemacht (Suva-Nr. 323, S. 31 ff.). Ihren weiteren Ausführungen, vorab zur Diagnose, lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (Suva-Nr. 323, S. 37 ff.): Was die depressive Episode (F 32/33.0-2 nach ICD-10) anbelange, seien von den Grundsymptomen eine leicht gedrückte Stimmung, kein Interessenverlust, eine Antriebsminderung und keine erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden. Von den weiteren häufigen Symptomen sei aufgrund der Akten von einem verminderten Selbstwertgefühl auszugehen; aktuell habe sich der Explorand dazu nicht konkret geäußert. Die Äusserung zu Schuldgefühlen habe in der aktuellen Untersuchung eher Fremdattributionen betroffen. Suizidgedanken seien klar verneint worden. Beklagt worden seien ausgeprägte Schlafstörungen. Der Appetit sei ungestört. Damit würden knapp zwei der Grundsymptome und zwei der weiteren häufigen Symptome bestätigt, was knapp einer leichten depressiven Episode entspreche; damit stimme das Ergebnis der Hamilton Depressionsskala mit 10 Punkten überein. Nach der Rekonstruktion des Verlaufs schein es im Verlauf des Jahres 2016 zu einer depressiven Symptomatik gekommen zu sein. Der Explorand habe von einer mittelschweren depressiven Symptomatik im 2016 gesprochen. Das Ausmass möge vorübergehend mittelschwer gewesen sein, was sie, die Gutachterin, inzwischen nicht mehr bestätigen könne. Aufgrund des mittlerweile mehrjährigen Verlaufs gehe sie, Dr. med. O.\_\_\_\_, von einer anhaltenden depressiven Episode, gegenwärtig leichtgradig (F32.0 nach ICD-10), aus. Zur diagnostizierten Anpassungsstörung (F 43.2 nach ICD-10) hat die Gutachterin festgestellt, dass es zu einem belastenden Lebensereignis gekommen sei. So habe der Explorand durch einen Arbeitsunfall seinen linken Unterschenkel verloren. Der Verlauf habe deutlich gezeigt, dass es zu erheblichen Anpassungsproblemen gekommen sei. Die vorliegenden

Informationen zur Biographie, speziell auch Berufsbiographie, deuteten auf eine Disposition zu Anpassungsproblemen hin. An Symptomen, die bei einer Anpassungsstörung auftreten könnten, finde sich eine depressive Verstimmung, mindestens episodisch ein Gefühl, so nicht zurechtzukommen. Zu einer Einschränkung in der Bewältigung alltäglicher Routinen sei es offensichtlich gekommen. Die ICD-10 vermerke ausdrücklich, dass keines der Symptome schwer genug sein dürfe oder so markant, dass es eine spezifischere Diagnose rechtfertige; dies treffe auf den Exploranden zumindest im Hinblick auf die depressive Symptomatik nicht zu. Nachdem die Diagnose nicht sehr reliabel sei, weil sie eine breitere Variabilität unterschiedlicher Symptomausprägungen einschliesse, habe sich die Frage gestellt, ob diese Diagnose überhaupt zusätzlich diskutiert werden müsse und einen Informationsgewinn bringe. Für die Diagnose spreche, dass der Kern der Probleme des Exploranden wahrscheinlich im Verlust des Unterschenkels bestehe, was er als narzisstische Kränkung erlebe. In dieser Hinsicht habe er sich verschiedentlich geäußert (sein Leben ohne Unterschenkel sei «am Arsch»; er wolle sich nicht ohne Bein zeigen, ohne Bein habe er ein schlechtes Leben); insbesondere im Kontext der Erhebung von Phantomschmerzen bzw. Phantomempfindungen sei auch hörbar geworden, dass das Hauptproblem nicht im Ausmass der Schmerzen bestehe, sondern in Empfindungen, die den Exploranden daran erinnerten, dass ihm das Bein fehle; insofern treffe die Diagnose der Anpassungsstörung am ehesten die Problematik des Exploranden. Anzumerken sei in diesem Zusammenhang auch, dass die ICD-10 die als in weitüberwiegenden Fällen vorübergehende Störung begriffene Diagnose in Ausnahmefällen als dauerhafte Beeinträchtigung zulasse. Auf eine Variante der Anpassungsstörung längerdauernden Ausmasses und auch in höherem Schweregrad deuteten die Konzeptualisierungen im Vorfeld der ICD-11 hin. Insofern treffe die Diagnose der Anpassungsstörung gemäss F43.25 (mit gemischter Störung von Gefühlen, vorwiegend depressiv, und Störung des Sozialverhaltens) am ehesten zu. Verstehe man die Anpassungsstörung als psychische Störung auch mehr als leichten, tendenziell leicht bis mittelschweren Ausmasses, wäre die depressive Episode lediglich als Differenzialdiagnose anzusehen (Suva-Nr. 323, S. 37 ff.).

Zur Persönlichkeit des Beschwerdeführers hat die Gutachterin Folgendes festgehalten (Suva-Nr. 323, S. 39 f.): Von klinischer Seite gebe es keine ausreichenden Hinweise dafür, dass von einer manifesten Persönlichkeitsstörung auszugehen wäre. Allerdings zeigten sich einige Auffälligkeiten, die zumindest auf akzentuierte Persönlichkeitszüge hinwiesen: Die Berufsbiographie des Exploranden enthalte mit einer Ausnahme lediglich Kürzest- bis Kurzanstellungen, unterbrochen durch Episoden der Arbeitslosigkeit. In der vertieften Exploration anlässlich der aktuellen Untersuchung habe der Explorand zugegeben, dass er am langjährigen Arbeitsplatz im S.\_\_\_\_ entlassen worden sei. Bei der Begründung habe er sich im Ungefähren ergangen. Er habe davon gesprochen, dass er in schlechte Kreise geraten sei, oder, dass man hinter seinem Rücken schlecht über ihn geredet habe. Angeben habe er schliesslich können, dass es wegen Arztbesuchen und verschiedenen Beschwerden, darunter Magen- und Knieschmerzen, zu gehäuften Fehlzeiten gekommen sei. Eine Chefin, mit der er sich gut verstanden habe, erachte er als Hauptgrund dafür, dass es ihm über Jahre dort gut gegangen sei, während er mit der nachfolgenden Chefin schliesslich nicht mehr zurechtgekommen sei. Ob und inwiefern auch die häufigen Fehlzeiten mit Spannungen, Schwierigkeiten oder tiefgreifenden Auseinandersetzungen oder Leistungsproblemen am Arbeitsplatz damit zu tun gehabt hätten, habe sich auch in der aktuellen Untersuchung nicht in Erfahrung bringen lassen. Mangelnde Motivation, zunehmend verlängerte Pausen, Zuspätkommen und Abmelden wegen verschiedenster Beschwerden habe der Explorand

auch während des Belastbarkeitstrainings gezeigt. Auch zur aktuellen Untersuchung sei er fast 15 Minuten zu spät gekommen, ohne dass er dafür eine Entschuldigung als notwendig erachtet habe. Im Dossier tauche zum einen schon sehr früh das Erschrecken des Exploranden über den Verlust des linken Unterschenkels auf, vor allem aber auch Vorwürfe an die Ärzte, die den Unterschenkel nicht gerettet hätten, zum andern an die polizeiliche Untersuchung des Unfallereignisses; man habe einen Schaden am Unfallfahrzeug vertuscht. Im Verlaufe von Behandlung und Rehabilitation fänden sich weitere Fremdattributionen von Problemen. Seit dem Zeitraum der bevorstehenden Entlassung aus [...] und der Frage der beruflichen Wiedereingliederung habe es über das übliche Mass hinaus quasi kontinuierlich neue Probleme mit der Prothese gegeben. Im Dossier fänden sich nicht nur einmal Vorwürfe an die Orthopädietechnik der E.\_\_\_\_; darauf angesprochen, habe der Explorand in der aktuellen Untersuchung als erstes gekontert, es gäbe durchaus bessere Prothesen als diejenige, die er selbst habe. Für seine Arbeitsbiographie habe er ausschliesslich seine fehlende Ausbildung verantwortlich gemacht. Auf seine eigene Verantwortung am Unfallereignis angesprochen, habe der Explorand zum einen geantwortet, dass er dies nicht mit Absicht gemacht habe, zum andern, dass dies eine göttliche Entscheidung sei. In Voruntersuchungen und verschiedenen Gesprächsprotokollen beschrieben wie auch in der aktuellen Untersuchung, habe der Explorand seine Schilderungen von Beschwerden und Bewegungseinschränkungen mit Grimassieren und wiederholtem Stöhnen begleitet, was nicht überzeugt habe, zumal er bei anderen Themen geordnet und lebhaft habe erzählen können. Über eine längere Passage zu Beginn der Untersuchung habe er versucht, das Gespräch zu dominieren, die Fragen nicht zu beantworten, vom Thema abzulenken. Dabei sei der Eindruck entstanden, dass der Explorand durchaus auch ein gewisses schauspielerisches Talent besitze, hinter dem er schwer erreichbar sei. All dies spreche für akzentuierte Persönlichkeitszüge gemäss Z73.1 mit vorwiegend unreifen und narzisstischen Anteilen. Die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren würden nicht erfüllt. Das Ausmass der angegebenen Schmerzen stimme mit dem Verhalten des Exploranden nicht überein. Die vertiefte Exploration habe gezeigt, dass er in erster Linie durch Phantomempfindungen und nicht durch das Ausmass der Schmerzen beeinträchtigt sei; ein Anteil der Schmerzen sei somatisch erklärbar (Suva-Nr. 323, S. 39 f.).

Zur Kausalität führte Dr. med. O.\_\_\_\_ Folgendes aus (Suva-Nr. 323, S. 40 f.): Sehr früh und wiederholt im Verlauf bis auch in die aktuelle Untersuchung hinein sei immer wieder Thema gewesen, dass sich der Explorand nicht bzw. nur mühsam mit dem Verlust seines linken Unterschenkels zurechtfinden könne. Er möchte sich nicht ohne Bein zeigen. Er habe Mühe wahrzunehmen, dass das Bein fehle; dabei scheine es weniger um Schmerzen, sondern mehr um Phantomempfindungen zu gehen, die ihn störten und an den Verlust erinnerten. Neben der, wenn auch nicht sehr ausgeprägten, aber doch klinisch relevanten depressiven Symptomatik habe sie, die Gutachterin, dies einer Anpassungsstörung gemäss F43.25 nach ICD-10 zugeordnet. Sie sei definitionsgemäss auf das Ereignis bezogen, für das die Anpassung nicht oder nur partiell gelungen sei; dies treffe auf den Exploranden geradezu prototypisch zu. Insofern stehe die Anpassungsstörung in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Daneben verweise zum einen die ICD-10 in der Beschreibung der Diagnose, dass Disposition und Vulnerabilität ebenfalls einen Anteil am Auftreten der Störung hätten; zum zweiten zögen sich durch das Dossier ausreichend viele explizite Äusserungen des Exploranden, mit denen er deutlich gemacht habe, dass er nun nicht ans Arbeiten denke, sondern eine Rente der Versicherungen erwarte. In der aktuellen

Untersuchung habe er noch einmal hervorgehoben, dass eine berufliche Tätigkeit lediglich eine Perspektive in den Augen von ihr, Dr. med. O. \_\_\_\_, als Untersucherin sei; für ihn selbst sei dies keine Option. Auch das Verhalten des Exploranden im Verlauf des Belastbarkeitstrainings wie auch vor dem Austritt aus der E. \_\_ sprechen dafür, dass es neben den Anpassungsproblemen erhebliche andere Anteile gebe, die die bessere Mobilität mit Hilfe der Prothese, die Wiederaufnahme des alltäglichen Lebens und die Rückkehr in eine berufliche Tätigkeit behinderten (Suva-Nr. 323, S. 40 f.).

Was die Leistungsfähigkeit anbelangt, gab die Gutachterin nach detaillierten Ausführungen zusammenfassend an, der Explorand sei in für seine berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten partiell wie folgt eingeschränkt: leicht in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Konversations- und Kontaktpflege zu Dritten und der Gruppenfähigkeit; mittelschwer in der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Einschränkungen betreffen auch Persönlichkeitsanteile. Aufgrund der Anpassungsstörung seien vor allem die Selbstbehauptungsfähigkeit, anteilig auch das Durchhaltevermögen und die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Gruppenfähigkeit beeinträchtigt (Suva-Nr. 323, S. 41 ff.).

Die Fragen der Suva beantwortete die Gutachterin im Wesentlichen wie folgt (Suva-Nr. 323, S. 44 ff.): Die Anpassungsstörung und die anhaltende leichte depressive Episode stünden überwiegend wahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Als unfallfremde Faktoren fänden sich mangelnde Deutschkenntnisse, die fehlende Berufsausbildung und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Unfallfremde Krankheitsbilder lägen nicht vor. Die Einschränkungen betreffen in erster Linie die orthopädischen Folgen des Unfallereignisses. Bezüglich der Anpassungsstörung gehe es zusätzlich um die Kränkung und ■ damit zusammenhängend ■ um die Scham angesichts des Beinverlusts; dies führe nicht zu einer relevanten Leistungseinschränkung über die somatischen Unfallfolgen hinaus, sondern mache gewisse Voraussetzungen am Arbeitsplatz notwendig: Der Explorand benötige angesichts des Unterschenkelverlusts einen respektvollen und verständnisvollen Umgang. Auf der anderen Seite benötige er aufgrund der beschriebenen akzentuierten Persönlichkeitszüge klare Strukturen und Vorgaben für die auszuführenden Tätigkeiten sowie wohlwollende, aber konsequent umgesetzte Rahmenbedingungen. Die Anpassungsstörung gehe etwas über das Ausmass einer leichten Störung hinaus, erreiche nicht ganz den Grad einer leichten bis mittelschweren Störung. Die depressive Episode sei noch leicht ausgeprägt; gemäss Tabelle 19 entspreche dies gesamthaft einer nicht ganz leichten bis mittelschweren psychischen Störung, entsprechend einem Integritätsschaden von 30 %. Allerdings sei aus somatischen Gründen für die Amputation bereits ein Integritätsschaden von 35 % zugesprochen worden; damit sei der überwiegende Anteil von verbleibenden Schmerzen und Beeinträchtigungen bereits abgegolten. Zudem sei nach einer Amputation mit gewissen Anpassungsproblemen zu rechnen. Die Beeinträchtigungen, die der Explorand erlebt habe, seien weitgehend auf die akzentuierten Persönlichkeitszüge zurückzuführen. Aus psychiatrischer Sicht könnten die beiden Integritätsschäden deshalb nicht addiert werden. Sie, Dr. med. O. \_\_\_\_, schätze den zusätzlichen Anteil des Integritätsschadens auf einen Drittel der 30 %, entsprechend 10 % zusätzlich zu den bereits gesprochenen 35 % (Suva-Nr. 323, S. 44 ff.).

9.1.4 Die Ausführungen von Dr. med. O.\_\_\_\_ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 323, S. 4 ff.) und der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, die am 17. September 2018 im Beisein einer albanischen Dolmetscherin stattgefunden hat; zudem hat sie beim behandelnden Psychiater eine telefonische Auskunft eingeholt (IV-Nr. 323, S. 16 ff.). Auf dieser Basis ist Dr. med. O.\_\_\_\_ zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die sie widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Die Gutachterin hat die Angaben des Beschwerdeführers ■ wie dieser selbst bemerkt hat (A.S. 15) ■ genau festgehalten, dazu Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt. Insofern der Beschwerdeführer vorbringt, bei der Gutachterin jegliche Neutralität und Unvoreingenommenheit vermisst zu haben (vgl. A.S. 15 ff.), scheint er dies mit der Beharrlichkeit und Gründlichkeit von Dr. med. O.\_\_\_\_ beim Ermitteln des medizinischen Sachverhalts zu verwechseln; ihren Ausführungen unter «Aktuelle Beschwerden» lässt sich eindrücklich entnehmen, dass sie sich mit unklaren und ausweichenden Antworten des Beschwerdeführers nicht einfach zufriedengegeben hat. Vielmehr hat die Gutachterin versucht, dem Beschwerdeführer klarzumachen, dass eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und letztendlich der geltend gemachten Beschwerden von der Genauigkeit seiner Aussagen abhängt. Vor diesem Hintergrund ist der Widerspruch zu den anderslautenden und weitschweifenden Ausführungen des Beschwerdeführers (A.S. 15 ff.) als aufgelöst zu betrachten. Das psychiatrische Teilgutachten wird folglich den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II 5.4 hiervor) gerecht; seine Ergebnisse lassen sich mit der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2017 vereinbaren, wonach sich anlässlich der heutigen Konsultation keine Hinweise auf eine mindestens mittelgradige depressive Störung gezeigt hätten, wie dies der Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ am

## **E. 10**

10.1 Zur Frage, ob die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 13. April 2015 stehen, hat der Beschwerdeführer vorgebracht, es sei, objektiv betrachtet, zumindest von einem mittelschweren Unfallereignis im engeren Sinne auszugehen, allenfalls sogar von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren Unfallereignis. Entgegen den Ausführungen im Einspracheentscheid seien drei und nicht bloss zwei Kriterien für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs erfüllt, davon zumindest eines sehr ausgeprägt, nämlich die Art und Schwere der erlittenen Verletzung. Gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung müsse dies bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn und erst recht bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren Unfall genügen, um die Adäquanz der psychischen Unfallfolgen zu bejahen (A.S. 15).

10.2 Diesen Ausführungen widerspricht die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort wie folgt: Sie habe das Ereignis vom 13. April 2015 als mittelschweren Unfall eingestuft, was der Beschwerdeführer grundsätzlich nicht bestritten habe. Anders als die Suva, die lediglich zwei Kriterien (Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen sowie schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen) als erfüllt betrachtet habe, sehe der Beschwerdeführer zusätzlich das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen in dem Sinne erfüllt, dass er zwar körperliche Dauerschmerzen geltend mache, diese somatisch jedoch nicht erklärbar seien. Im

N.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. November 2018 sei ein reizloser funktionstüchtiger Unterschenkelstumpf links mit (nicht erklärbaren) Phantom- und Stumpfschmerzen diagnostiziert worden (vgl. neurologisches und orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten). Damit bleibe es dabei, dass lediglich zwei von sieben Kriterien, die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht in BGE 115 V 133 ff. für den mittelschweren Bereich verlangt würden, erfüllt seien, was zur Bejahung der Adäquanz nicht ausreiche. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 13. April 2015 sei daher zu verneinen. Selbst wenn die Adäquanz zu bejahen wäre, hätte dies auf die Rentenprüfung keinen Einfluss. So hätten doch die M.\_\_\_\_-Experten aus psychiatrischer Sicht keine relevanten Leistungseinschränkungen gefunden, die über die somatischen Unfallfolgen hinausgingen (A.S. 27 f.).

## **E. 11**

11.1 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der wiederkehrenden Formulierung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a S. 461). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c S. 462). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

11.2 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden, ohne dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der HWS oder einen äquivalenten Verletzungsmechanismus erlitten hat, erfolgt die Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien. Nach dieser Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis bzw. einer unfallähnlichen Körperschädigung und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem fraglichen Ereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt; dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7 S. 141 mit Hinweisen).

## **E. 11.3**

11.3.1 Eine spezielle Adäquanzprüfung verlangt zunächst eine Qualifikation des Unfallereignisses nach seiner Schwere. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des

Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Urteil des Bundesgericht U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1 [SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26]). Die erlittenen Verletzungen können aber immerhin Rückschlüsse auf die Kräfte gestatten, die sich beim Unfall entwickelt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1 [SVR 2009 UV Nr. 57 S. 203]).

11.3.2 In der höchstrichterlichen Praxis sind als schwerere Fälle im mittleren Bereich etwa Amputationen an den Fingern III-V durch ein laufendes Fräsblatt (RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428 E. 2b/bb [U 280/97]) und die Totalamputation an den Fingern I-III mit subtotaler Amputation an den Fingern IV und V beim Kehlen (Urteil U 233/95 vom 13. Juni 1996 E. 3b) beurteilt und eingestuft worden. Demgegenüber hat das Bundesgericht bspw. einen Unfall als mittelschwer im engeren Sinne qualifiziert, bei dem sich die versicherte Person zu Hause beim Holzschneiden mit einer Kapp-Handfräse an der linken Hand verletzte, «mit Amputation des Dig. IV knapp distal des Mittelgelenkes und Durchtrennung aller beugeseitigen Strukturen an Dig. III sowie Beugesehnenverletzung Dig. II» (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.3). Ferner hat das Bundesgericht als Unfälle mittelschwer im engeren Sinn bezeichnet, bei denen der Versicherte beim Reinigen einer Doppelwalze mit der linken Hand in die Walzenräder geriet und dabei ein Degloving des linken Daumens und Quetschwunden im Bereich der Endglieder und -gelenke der Finger II, IV und V sowie eine Zerrung und Distraktionsverletzung der gesamten linken oberen Extremität (Urteil U 82/00 vom 22. April 2002 Sachverhalt A und E. 3.1) oder beim Holzfräsen folgende Verletzungen erlitt: «Am Daumen subtotale Abtrennung knapp proximal des IP-Gelenks mit intakter 4mm breiter Weichteilbrücke dorsalseits und fraglicher Zirkulation, palmarer Weichteildefekt bis in den Bereich der Fingerkuppen-Mitte, Defektläsion im Bereich des Grundphalanxköpfchens mit Zerstörung des IP-Gelenks; am Zeigefinger 3 cm lange, schrägverlaufende ulnopalmar Rissquetschwunde mit Durchtrennung der Profundus-Beugesehne sowie des ulnaren Superficialis-Beugesehnenzügels in der Zone II, Durchtrennung des ulnopalmaren Gefäss-Nervenbündels bei intakter Zirkulation; am Mittelfinger subtotale Abtrennung Höhe PIP-Gelenk mit intakter 1 cm breiter Weichteilbrücke radiopalmar, Zirkulation intakt, Sensibilitätsstörung ulnarseits bei intakter Sensibilität radiallyseits und Defektläsion im Bereich der Mittelphalanxbasis mit Zerstörung von zirka der Hälfte der PIP-Gelenkfläche» (Urteil U 19/06 vom 18. Oktober 2006 Sachverhalt A und E. 3; vgl. auch die dortige Praxisübersicht).

11.4 Der Ablauf des Unfallereignisses vom 13. April 2015 lässt sich ■ gestützt auf die Ausführungen in E. II. 7 hiervor ■ folgendermassen zusammenfassen: Der Beschwerdeführer prallte auf der Fahrt mit einem Niederhubwagen in einen Betonpfeiler, wobei er sich das linke Bein zwischen dem Betonpfeiler und dem Fahrzeug einklemmte, was zu einer drittgradig offenen Unterschenkelfraktur führte. Diese Verletzung hatte schliesslich die Amputation seines linken Unterschenkels zur Folge. Im Lichte des Massstabs, der sich aus den vorstehend zitierten Urteilen des Bundesgerichts ableiten lässt, ist dieses Ereignis anhand des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren, wovon die Beschwerdegegnerin und grösstenteils auch der Beschwerdeführer ausgeht.

11.5 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche

unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen; dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufs. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich ■ wie im vorliegenden Fall ■ um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich, müssen mindestens drei Kriterien erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

11.5.1 Der Beschwerdeführer kollidierte mit einem über zwei Tonnen schweren Niederhubwagen (Still EXU-S 22, sog. «Ameise») mit einer Betonmauer und klemmte sich dabei das linke Bein ein. Trotz der Verletzungen habe er ■ seinen eigenen Angaben zufolge ■ den Wagen noch etwas nach vorne fahren und sich selber befreien können (Suva-Nr. 69, S. 3). Ein solches Ereignis kann zwar für den Betroffenen eindrücklich sein; es ist aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hat, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne dieses Kriteriums zu bezeichnen, welches im Übrigen objektiv zu beurteilen ist und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; U56/07 vom 25. Januar 2008 E. 6.1). Das erste Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist daher zu verneinen, zumal es zu beachten gilt, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die somit noch nicht ausreicht, dieses Merkmal bejahen zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Die Beurteilung dieses Kriteriums wird in der Beschwerdeschrift und der Replik denn auch nicht beanstandet (A.S. 14 f., 33).

11.5.2 Die durch den Unfall erlittenen Verletzungen, nämlich die drittgradige, offene Unterschenkelfraktur bzw. die Amputation des linken Unterschenkels, sind erfahrungsgemäss geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, was die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend festgestellt hat. Bejaht hat sie auch das weitere Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen (Suva-Nr. 409, S. 5). Der Beschwerdeführer betrachtet diese beiden Kriterien allerdings in sehr ausgeprägter Form als gegeben, wobei seiner Meinung nach bereits das Kriterium der Schwere der Unfallverletzung alleine genüge, um die Adäquanz zu bejahen (A.S. 14); dazu hat sich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (A.S. 26 ff.) nicht geäußert. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden, die sich in auffallender oder besonders ausgeprägter Form manifestieren, beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, die die verunfallte Person durch Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Zu berücksichtigen ist der Zeitraum vom Unfallereignis bis zum Fallabschluss, der hier Ende

Mai 2019 erfolgte (Suva-Nr. 350). Dazu hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, aufgrund des massiven Weichteilschadens sei die Unterschenkelamputation unumgänglich gewesen. Hinzu komme der schwierige Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen; es sei aktenkundig, dass die Prothesenanpassung während Jahren unbefriedigend verlaufen sei und wiederholt medizinische bzw. orthopädische Interventionen erfordert habe (A.14 f.).

11.5.3Es trifft zu, dass sich die Ärzte des D.\_\_\_\_ trotz zweimaligen operativen Interventionen ausserstande sahen, den linken Unterschenkel des Beschwerdeführers zu retten, so dass als Ausweg einzig die Amputation dieses Körperteils blieb; dazu kamen zwei weitere Eingriffe als Folge des Sturzes vom 5. Mai 2015. Allerdings habe Dr. med. F.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, ■ so lässt sich einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 14. September 2015 entnehmen ■ berichtet, es liege ein guter Heilverlauf vor. Die Prothesenanpassung habe gut geklappt, und das ganztägige Tragen sei inzwischen möglich. Das Gehen ■ auch auf unebenem Gelände ■ klappe mit Unterstützung durch einen Handstock gut. Der Versicherte habe nun plötzlich den Wunsch nach einem Permanentrollstuhl geäussert. Eine medizinische Indikation für ein solches Hilfsmittel ergebe sich im vorliegenden Fall jedoch absolut nicht; dies habe man dem Versicherten erklärt (Suva-Nr. 72). Dazu lässt sich dem Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2015 entnehmen, der Amputationsstumpf sei ■ beim Austritt vom 30. September 2015 ■ weitestgehend sehr gut abgeheilt, die Haut reizlos und die Narbe ausreichend gut verschiebbar gewesen. Einschränkungen der Knie- und Hüftbeweglichkeit links hätten nicht bestanden. Der Stumpf sei in der Prothese ausreichend belastbar gewesen. Die gesamte Beinmuskulatur sei stumpfseitig hypoton und in der allgemeinen Kondition im Bereich Kraft und Ausdauer eingeschränkt gewesen. Während des Gehens sei ein leichtes Duchenne-Hinken linksseitig erkennbar gewesen. Beim Klinikaustritt sei der Patient mit einer Unterschenkelprothese mobil in der Ebene und auf der Treppe gewesen. Für längere Strecken habe er noch einen Handstock benötigt. Es sei eine ambulante Physiotherapie zur Verbesserung der Belastbarkeit durchzuführen, damit der Patient Gangsicherheit erlange und im Verlauf auf den Stock verzichten könne (Suva-Nr. 87, S. 3). Im Rahmen einer Verlaufskontrolle vom 16. Dezember 2015 ■ so die Ärzte der E.\_\_\_\_ ■ habe der Patient angegeben, die Prothese den ganzen Tag tragen zu können, wobei ihm das Laufen im gesamten Stumpfbereich Schmerzen bereite. Schmerzmittel nehme er keine. Im Befund hielten die Ärzte fest, beim Laufen mit der Prothese sehe man, dass der Patient zu weit in den Prothesenschaft einsinke, so dass es zu einer körperlichen Fehlhaltung komme. Er trage allerdings auch nur zwei Baumwollstrümpfe über dem Liner, könnte (wie er während dem stationären Aufenthalt mehrfach instruiert worden sei) jedoch mehr Strümpfe zum Ausgleich der Atrophie tragen. Den Sleeve trage der Patient verkehrt herum (textilbeschichtete Seite zur Haut hin), was ein Funktionieren der Vakuum-Verankerung des Prothesenschafts verhindere. Im Weiteren hielten die Ärzte der E.\_\_\_\_ fest, die Narbenverhältnisse hätten sich reizlos abgeheilt gezeigt. Lediglich noch über der ventralen Tibiaspitze am Unterschenkelstumpf links sei eine leicht adhärente Narbe sichtbar gewesen. Aktuell habe der Patient über keine Phantomschmerzen berichtet (Suva-Nr. 96, S. 2 f.). Am 7. März 2016 habe der Beschwerdeführer gegenüber einer Suva-Mitarbeiterin über einen positiven Verlauf nach Prothesenanpassung (Suva-Nr. 113) und am 24. März 2016 darüber berichtet, sich zwischenzeitlich gut an die Prothese gewöhnt zu haben. Die Narbe sei gut verheilt und reizlos gewesen. Der Stumpf habe sich seit der Prothesenanpassung 2016 nicht mehr verändert. Selten verspüre er Phantomschmerzen (Suva-Nr. 119). Am 6. Oktober 2016 habe der Beschwerdeführer anlässlich einer Besprechung in der Stiftung I.\_\_\_\_ weiterhin über

Schmerzen im linken Stumpf und rechten Schultergürtel geklagt. Der Hausarzt habe von einem gut verheilten, reizlosen Stumpf gesprochen. Nach wie vor nehme er keine Schmerzmittel ein. Inzwischen befinde er sich in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. J. \_\_\_ in [...], der ihm ein Psychopharmakum, dessen Name er nicht benennen könne, verschrieben habe. Auf Rückfrage habe er zugeben, dieses Medikament bereits nach zwei Tagen wieder abgesetzt zu haben mit der Begründung, dass er keine Tabletten schlucken könne. Aufgrund des Hinweises der andern an der Besprechung teilnehmenden Personen, dass es solche Medikamente auch in flüssiger Form gäbe, habe er zugegeben, die Einnahme von Medikamenten gänzlich abzulehnen. Auch hinsichtlich Psychotherapie habe er sich kritisch geäußert und angemerkt, dass eine solche eigentlich nur Personen mit Amputationen eines ganzen Beins benötigten (Suva-Nr. 154). Schliesslich hat der orthopädische Facharzt der Gutachterstelle M. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 30. September 2018 festgehalten, der Stumpf sei reizlos und belastbar, die Versorgung mit einer Unterschenkel-Prothese funktionell korrekt. Aus Erfahrung und in Übereinstimmung mit den Lehrbüchern seien Patienten mit einer, ja sogar mit beidseitiger Unterschenkel-Amputation und guter Prothesenversorgung stockfrei gehfähig. Viele Einzelbeispiele dokumentierten, dass mit einer Unterschenkelprothese, ja sogar mit zwei Unterschenkelprothesen Sportarten wie Skifahren möglich seien. Die Versorgung mit der Unterschenkelprothese mit Abstützung auf den Condylen erlaube es auch, kurzzeitige kniende Tätigkeiten auszuführen. Im konkreten Fall seien die Verwendung eines Gehstocks und die angeblich eingeschränkte Gehstrecke nicht nachvollziehbar. Zwar leide der Versicherte seit der Amputation an Phantom-Beschwerden, die erfahrungsgemäss schwierig zu behandeln seien, funktionell jedoch nichts an der Belastbarkeit und Gehfähigkeit änderten (Suva-Nr. 321, S. 7 f.).

11.5.4 Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass der Amputationsstumpf relativ rasch reizlos verheilte und der Beschwerdeführer die Prothese schon bald den ganzen Tag tragen konnte. Weil er sich nicht an die Empfehlungen der Fachärzte hielt und die Möglichkeiten zur Verbesserung der Tragkomforts nicht ausnutzte, gab es Probleme, die er sich folglich grösstenteils selbst anzurechnen hat. Daran ändert die Einschätzung von Dr. med. Q. \_\_\_, wonach die prothetische Behandlung nicht fachgerecht vorgenommen worden sei, nichts, zumal dem Beschwerdeführer jederzeit die Möglichkeit offenstand, bei der Beschwerdegegnerin eine Nachbesserung der prothetischen Versorgung zu initiieren. Dazu kommt die orthopädische Einschätzung des Fachgutachters Dr. med. N. \_\_\_, wonach der Stumpf funktionell korrekt versorgt, hingegen das Verhalten des Versicherten bezüglich Verwenden eines Gehstocks und eingeschränkter Gehstrecke nicht nachvollziehbar sei. Dem Heilungsprozess nicht förderlich dürfte auch das Verhalten des Beschwerdeführers gewesen sein, ohne nachvollziehbare Gründe auf die Einnahme von Schmerzmitteln zu verzichten. Auffallend ist schliesslich der Beginn der unterschiedlich geltend gemachten Probleme mit der prothetischen Versorgung, welcher ungefähr mit dem Zeitpunkt einer am 14. September 2015 gemachten Aussage des Beschwerdeführers gegenüber den Ärzten der E. \_\_\_ zusammenfällt; so habe sich dieser dahingehend geäußert, aufgrund der Unfallfolgen nicht mehr arbeiten zu können. Er erwarte eine Rente, worauf sich die E. \_\_\_-Ärzte bemüht hätten, dem Versicherten verständlich zu machen, dass ihm gewisse Tätigkeiten ■ trotz Unfallfolgen ■ noch zuzumuten seien (Suva-Nr. 72). Bei der gesamthaften Würdigung ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs sowie der erheblichen Komplikationen als erfüllt zu betrachten, dies jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise; dass trotz diverser Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt im Übrigen allein nicht

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_561/2012 vom 12. Dezember 2012 E. 4.2.3 m.H.a. Urteil 8C\_738/2011 E. 7.3.5).

11.5.5 Im Weiteren ist ■ entgegen der Betrachtungsweise des Beschwerdeführers ■ aufgrund der vorstehenden ärztlichen Aussagen wie auch jenen des Beschwerdeführers nicht davon auszugehen, dieser habe unter erheblichen, unfallbedingten körperlichen Dauerschmerzen gelitten. Ebenso wenig liegt eine ärztliche Fehlbehandlung vor, die die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert hätte. Unbestritten geblieben ist schliesslich die Feststellung der Beschwerdegegnerin, es bestehe weder ein hoher Grad noch eine lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

11.6 Somit sind lediglich zwei der eingangs erwähnten sieben Adäquanzkriterien (vgl. E. II. 11.5 hiervor) erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 13. Mai 2015 zu verneinen ist.

### **E. 11.3.1**

Eine spezielle Adäquanzprüfung verlangt zunächst eine Qualifikation des Unfallereignisses nach seiner Schwere. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Urteil des Bundesgericht U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1 [SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26]). Die erlittenen Verletzungen können aber immerhin Rückschlüsse auf die Kräfte gestatten, die sich beim Unfall entwickelt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1 [SVR 2009 UV Nr. 57 S. 203]).

### **E. 11.3.2**

In der höchstrichterlichen Praxis sind als schwerere Fälle im mittleren Bereich etwa Amputationen an den Fingern III-V durch ein laufendes Fräsblatt (RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428 E. 2b/bb [U 280/97]) und die Totalamputation an den Fingern I-III mit subtotaler Amputation an den Fingern IV und V beim Kehlen (Urteil U 233/95 vom 13. Juni 1996 E. 3b) beurteilt und eingestuft worden. Demgegenüber hat das Bundesgericht bspw. einen Unfall als mittelschwer im engeren Sinne qualifiziert, bei dem sich die versicherte Person zu Hause beim Holzschneiden mit einer Kapp-Handfräse an der linken Hand verletzte, «mit Amputation des Dig. IV knapp distal des Mittelgelenkes und Durchtrennung aller beugeseitigen Strukturen an Dig. III sowie Beugesehnenverletzung Dig. II» (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.3). Ferner hat das Bundesgericht als Unfälle mittelschwer im engeren Sinn bezeichnet, bei denen der Versicherte beim Reinigen einer Doppelwalze mit der linken Hand in die Walzenräder geriet und dabei ein Degloving des linken Daumens und Quetschwunden im Bereich der Endglieder und -gelenke der Finger II, IV und V sowie eine Zerrung und Distraktionsverletzung der gesamten linken oberen Extremität (Urteil U 82/00 vom 22. April 2002 Sachverhalt A und E. 3.1) oder beim Holzfräsen folgende Verletzungen erlitt: «Am Daumen subtotale Abtrennung knapp proximal des IP-Gelenks mit intakter 4mm breiter Weichteilbrücke dorsalseits und fraglicher Zirkulation, palmarer Weichteildefekt bis in den Bereich der Fingerkuppen-Mitte, Defektläsion im Bereich des Grundphalanxköpfchens mit Zerstörung des IP-Gelenks; am Zeigefinger 3 cm lange, schrägverlaufende ulnopalmar

Rissquetschwunde mit Durchtrennung der Profundus-Beugesehne sowie des ulnaren Superficialis-Beugesehnenzügels in der Zone II, Durchtrennung des ulnopalmaren Gefäss-Nervenbündels bei intakter Zirkulation; am Mittelfinger subtotale Abtrennung Höhe PIP-Gelenk mit intakter 1 cm breiter Weichteilbrücke radiopalmar, Zirkulation intakt, Sensibilitätsstörung ulnarseits bei intakter Sensibilität radialeits und Defektläsion im Bereich der Mittelphalanxbasis mit Zerstörung von zirka der Hälfte der PIP-Gelenkfläche» (Urteil U 19/06 vom 18. Oktober 2006 Sachverhalt A und E. 3; vgl. auch die dortige Praxisübersicht).

11.4 Der Ablauf des Unfallereignisses vom 13. April 2015 lässt sich – gestützt auf die Ausführungen in E. II. 7 hiervor – folgendermassen zusammenfassen: Der Beschwerdeführer prallte auf der Fahrt mit einem Niederhubwagen in einen Betonpfeiler, wobei er sich das linke Bein zwischen dem Betonpfeiler und dem Fahrzeug einklemmte, was zu einer drittgradig offenen Unterschenkelfraktur führte. Diese Verletzung hatte schliesslich die Amputation seines linken Unterschenkels zur Folge. Im Lichte des Massstabs, der sich aus den vorstehend zitierten Urteilen des Bundesgerichts ableiten lässt, ist dieses Ereignis anhand des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren, wovon die Beschwerdegegnerin und grösstenteils auch der Beschwerdeführer ausgeht.

11.5 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6c/aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen; dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufs. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich – wie im vorliegenden Fall – um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich, müssen mindestens drei Kriterien erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

11.5.1 Der Beschwerdeführer kollidierte mit einem über zwei Tonnen schweren Niederhubwagen (Still EXU-S 22, sog. «Ameise») mit einer Betonmauer und klemmte sich dabei das linke Bein ein. Trotz der Verletzungen habe er – seinen eigenen Angaben zufolge – den Wagen noch etwas nach vorne fahren und sich selber befreien können (Suva-Nr. 69, S. 3). Ein solches Ereignis kann zwar für den Betroffenen

eindrücklich sein; es ist aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hat, nicht als besonders dramatisch oder eindrucklich im Sinne dieses Kriteriums zu bezeichnen, welches im Übrigen objektiv zu beurteilen ist und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; U56/07 vom 25. Januar 2008 E. 6.1). Das erste Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeits des Unfalls ist daher zu verneinen, zumal es zu beachten gilt, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeits eigen ist, die somit noch nicht ausreicht, dieses Merkmal bejahen zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Die Beurteilung dieses Kriteriums wird in der Beschwerdeschrift und der Replik denn auch nicht beanstandet (A.S. 14 f., 33).

11.5.2 Die durch den Unfall erlittenen Verletzungen, nämlich die drittgradige, offene Unterschenkelfraktur bzw. die Amputation des linken Unterschenkels, sind erfahrungsgemäss geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, was die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend festgestellt hat. Bejaht hat sie auch das weitere Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen (Suva-Nr. 409, S. 5). Der Beschwerdeführer betrachtet diese beiden Kriterien allerdings in sehr ausgeprägter Form als gegeben, wobei seiner Meinung nach bereits das Kriterium der Schwere der Unfallverletzung alleine genüge, um die Adäquanz zu bejahen (A.S. 14); dazu hat sich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (A.S. 26 ff.) nicht geäussert. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden, die sich in auffälliger oder besonders ausgeprägter Form manifestieren, beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, die die verunfallte Person durch Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Zu berücksichtigen ist der Zeitraum vom Unfallereignis bis zum Fallabschluss, der hier Ende Mai 2019 erfolgte (Suva-Nr. 350). Dazu hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, aufgrund des massiven Weichteilschadens sei die Unterschenkelamputation unumgänglich gewesen. Hinzu komme der schwierige Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen; es sei aktenkundig, dass die Prothesenanpassung während Jahren unbefriedigend verlaufen sei und wiederholt medizinische bzw. orthopädische Interventionen erfordert habe (A.14 f.).

11.5.3 Es trifft zu, dass sich die Ärzte des D.\_\_\_\_ trotz zweimaligen operativen Interventionen ausserstande sahen, den linken Unterschenkel des Beschwerdeführers zu retten, so dass als Ausweg einzig die Amputation dieses Körperteils blieb; dazu kamen zwei weitere Eingriffe als Folge des Sturzes vom 5. Mai 2015. Allerdings habe Dr. med. F.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, – so lässt sich einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 14. September 2015 entnehmen – berichtet, es liege ein guter Heilverlauf vor. Die Prothesenanpassung habe gut geklappt, und das ganztägige Tragen sei inzwischen möglich. Das Gehen – auch auf unebenem Gelände – klappe mit Unterstützung durch einen Handstock gut. Der Versicherte habe nun plötzlich den Wunsch nach einem Permanentrollstuhl geäussert. Eine medizinische Indikation für ein solches Hilfsmittel ergebe sich im vorliegenden Fall jedoch absolut nicht; dies habe man dem Versicherten erklärt (Suva-Nr. 72). Dazu lässt sich dem Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2015 entnehmen, der Amputationsstumpf sei – beim Austritt vom 30. September 2015 – weitestgehend sehr gut abgeheilt, die Haut reizlos und die Narbe ausreichend gut verschiebbar gewesen. Einschränkungen der Knie- und Hüftbeweglichkeit links hätten nicht bestanden. Der Stumpf sei in der Prothese ausreichend belastbar gewesen. Die gesamte Beinmuskulatur sei stumpfseitig hypoton und in der allgemeinen Kondition im Bereich Kraft und Ausdauer eingeschränkt gewesen. Während des Gehens sei ein leichtes Duchenne-Hinken linksseitig erkennbar gewesen. Beim

Klinikaustritt sei der Patient mit einer Unterschenkelprothese mobil in der Ebene und auf der Treppe gewesen. Für längere Strecken habe er noch einen Handstock benötigt. Es sei eine ambulante Physiotherapie zur Verbesserung der Belastbarkeit durchzuführen, damit der Patient Gangsicherheit erlange und im Verlauf auf den Stock verzichten könne (Suva-Nr. 87, S. 3). Im Rahmen einer Verlaufskontrolle vom 16. Dezember 2015 – so die Ärzte der E.\_\_\_\_ – habe der Patient angegeben, die Prothese den ganzen Tag tragen zu können, wobei ihm das Laufen im gesamten Stumpfbereich Schmerzen bereite. Schmerzmittel nehme er keine. Im Befund hielten die Ärzte fest, beim Laufen mit der Prothese sehe man, dass der Patient zu weit in den Prothesenschaft einsinke, so dass es zu einer körperlichen Fehlhaltung komme. Er trage allerdings auch nur zwei Baumwollstrümpfe über dem Liner, könnte (wie er während dem stationären Aufenthalt mehrfach instruiert worden sei) jedoch mehr Strümpfe zum Ausgleich der Atrophie tragen. Den Sleeve trage der Patient verkehrt herum (textilbeschichtete Seite zur Haut hin), was ein Funktionieren der Vakuum-Verankerung des Prothesenschafts verhindere. Im Weiteren hielten die Ärzte der E.\_\_\_\_ fest, die Narbenverhältnisse hätten sich reizlos abgeheilt gezeigt. Lediglich noch über der ventralen Tibiaspitze am Unterschenkelstumpf links sei eine leicht adhärente Narbe sichtbar gewesen. Aktuell habe der Patient über keine Phantomschmerzen berichtet (Suva-Nr. 96, S. 2 f.). Am 7. März 2016 habe der Beschwerdeführer gegenüber einer Suva-Mitarbeiterin über einen positiven Verlauf nach Prothesenanpassung (Suva-Nr. 113) und am 24. März 2016 darüber berichtet, sich zwischenzeitlich gut an die Prothese gewöhnt zu haben. Die Narbe sei gut verheilt und reizlos gewesen. Der Stumpf habe sich seit der Prothesenanpassung 2016 nicht mehr verändert. Selten verspüre er Phantomschmerzen (Suva-Nr. 119). Am 6. Oktober 2016 habe der Beschwerdeführer anlässlich einer Besprechung in der Stiftung I.\_\_\_\_ weiterhin über Schmerzen im linken Stumpf und rechten Schultergürtel geklagt. Der Hausarzt habe von einem gut verheilten, reizlosen Stumpf gesprochen. Nach wie vor nehme er keine Schmerzmittel ein. Inzwischen befinde er sich in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. J.\_\_\_\_ in [...], der ihm ein Psychopharmakum, dessen Name er nicht benennen könne, verschrieben habe. Auf Rückfrage habe er zugeben, dieses Medikament bereits nach zwei Tagen wieder abgesetzt zu haben mit der Begründung, dass er keine Tabletten schlucken könne. Aufgrund des Hinweises der andern an der Besprechung teilnehmenden Personen, dass es solche Medikamente auch in flüssiger Form gäbe, habe er zugegeben, die Einnahme von Medikamenten gänzlich abzulehnen. Auch hinsichtlich Psychotherapie habe er sich kritisch geäußert und angemerkt, dass eine solche eigentlich nur Personen mit Amputationen eines ganzen Beins benötigten (Suva-Nr. 154). Schliesslich hat der orthopädische Facharzt der Gutachterstelle M.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 30. September 2018 festgehalten, der Stumpf sei reizlos und belastbar, die Versorgung mit einer Unterschenkel-Prothese funktionell korrekt. Aus Erfahrung und in Übereinstimmung mit den Lehrbüchern seien Patienten mit einer, ja sogar mit beidseitiger Unterschenkel-Amputation und guter Prothesenversorgung stockfrei gehfähig. Viele Einzelbeispiele dokumentierten, dass mit einer Unterschenkelprothese, ja sogar mit zwei Unterschenkelprothesen Sportarten wie Skifahren möglich seien. Die Versorgung mit der Unterschenkelprothese mit Abstützung auf den Condylen erlaube es auch, kurzzeitige kniende Tätigkeiten auszuführen. Im konkreten Fall seien die Verwendung eines Gehstocks und die angeblich eingeschränkte Gehstrecke nicht nachvollziehbar. Zwar leide der Versicherte seit der Amputation an Phantom-Beschwerden, die erfahrungsgemäss schwierig zu behandeln seien, funktionell jedoch nichts an der Belastbarkeit und Gehfähigkeit

änderten (Suva-Nr. 321, S. 7 f.). 11.5.4 Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass der Amputationsstumpf relativ rasch reizlos verheilte und der Beschwerdeführer die Prothese schon bald den ganzen Tag tragen konnte. Weil er sich nicht an die Empfehlungen der Fachärzte hielt und die Möglichkeiten zur Verbesserung der Tragkomforts nicht ausnutzte, gab es Probleme, die er sich folglich grösstenteils selbst anzurechnen hat. Daran ändert die Einschätzung von Dr. med. Q.\_\_\_\_, wonach die prothetische Behandlung nicht fachgerecht vorgenommen worden sei, nichts, zumal dem Beschwerdeführer jederzeit die Möglichkeit offenstand, bei der Beschwerdegegnerin eine Nachbesserung der prothetischen Versorgung zu initiieren. Dazu kommt die orthopädische Einschätzung des Fachgutachters Dr. med. N.\_\_\_\_, wonach der Stumpf funktionell korrekt versorgt, hingegen das Verhalten des Versicherten bezüglich Verwenden eines Gehstocks und eingeschränkter Gehstrecke nicht nachvollziehbar sei. Dem Heilungsprozess nicht förderlich dürfte auch das Verhalten des Beschwerdeführers gewesen sein, ohne nachvollziehbare Gründe auf die Einnahme von Schmerzmitteln zu verzichten. Auffallend ist schliesslich der Beginn der unterschiedlich geltend gemachten Probleme mit der prothetischen Versorgung, welcher ungefähr mit dem Zeitpunkt einer am 14. September 2015 gemachten Aussage des Beschwerdeführers gegenüber den Ärzten der E.\_\_\_\_ zusammenfällt; so habe sich dieser dahingehend geäussert, aufgrund der Unfallfolgen nicht mehr arbeiten zu können. Er erwarte eine Rente, worauf sich die E.\_\_\_\_-Ärzte bemüht hätten, dem Versicherten verständlich zu machen, dass ihm gewisse Tätigkeiten – trotz Unfallfolgen – noch zuzumuten seien (Suva-Nr. 72). Bei der gesamthaften Würdigung ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs sowie der erheblichen Komplikationen als erfüllt zu betrachten, dies jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise; dass trotz diverser Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt im Übrigen allein nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_561/2012 vom 12. Dezember 2012 E. 4.2.3 m.H.a. Urteil 8C\_738/2011 E. 7.3.5). 11.5.5 Im Weiteren ist – entgegen der Betrachtungsweise des Beschwerdeführers – aufgrund der vorstehenden ärztlichen Aussagen wie auch jenen des Beschwerdeführers nicht davon auszugehen, dieser habe unter erheblichen, unfallbedingten körperlichen Dauerschmerzen gelitten. Ebenso wenig liegt eine ärztliche Fehlbehandlung vor, die die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert hätte. Unbestritten geblieben ist schliesslich die Feststellung der Beschwerdegegnerin, es bestehe weder ein hoher Grad noch eine lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. 11.6 Somit sind lediglich zwei der eingangs erwähnten sieben Adäquanzkriterien (vgl. E. II. 11.5 hiervor) erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 13. Mai 2015 zu verneinen ist.

## **E. 12**

12.1 Nach Meinung des Beschwerdeführers erweise sich der durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich selbst ohne Berücksichtigung der psychischen Unfallfolgen als nicht korrekt. Konkret werde das Valideneinkommen von CHF 49'303.00 beanstandet, das gestützt auf den GAV für Personalverleih pro 2019 berechnet worden sei; bei der Arbeitstätigkeit mittels der C.\_\_\_\_ SA handle es sich um eine Übergangssituation, um der zuvor bestehenden Arbeitslosigkeit zu entgehen. Stattdessen sei auf den statistischen Durchschnittslohn für Hilfsarbeiter abzustellen, und zwar gemäss den Grundlagen, die auch für die Bemessung des Invalideneinkommens herangezogen worden seien. Ausgangspunkt für die Bemessung des Valideneinkommens sei somit der Tabellenlohn von CHF 67'743.00. Bei einem leidensbedingten Abzug von 20 %, wie im Einsprache-Entscheid angenommen, ergebe sich ein Invaliditätsgrad von ebenfalls 20 %.

Eventualiter wäre zumindest im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorzunehmen (vgl. BSK ATSG ■ Christoph Frey/Nathalie Lang, Art. 16 N 12 ff.); diesfalls wäre das Validen- bzw. das Invalideneinkommen zumindest bis 5 % anzugleichen, womit noch ein Invaliditätsgrad von 15 % resultierte (A.S. 18 f.).

12.2 Demgegenüber hat die Beschwerdegegnerin ausgeführt, sie habe den mutmasslichen Verdienst von CHF 49'303.00 für das Jahr 2019 gestützt auf den GAV für Personalverleih ermittelt. Zum Unfallzeitpunkt sei der Beschwerdeführer als Lagermitarbeiter durch die C.\_\_\_\_ AG obligatorisch bei der Suva gegen Unfälle versichert gewesen. Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto sei er seit September 2013 regelmässig als Temporärmitarbeiter via C.\_\_\_\_ AG im Einsatz, sodass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer ohne Unfall weiterhin als Temporärmitarbeiter gearbeitet hätte. Von einer blossen Übergangssituation könne unter diesen Umständen keine Rede sein. Werde der Validenlohn aufgrund eines GAV ermittelt, so entfalle eine Parallelisierung der Erwerbseinkommen. Der Validenlohn von CHF 49'303.00 sei folglich korrekt ermittelt worden (A.S. 28).

12.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung überwiegend wahrscheinlich als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2009 IV Nr. 28 S. 79, 8C\_576/2008 E. 6.2; Urteil 9C\_63/2018 vom 9. November 2018 E. 4.4.2). Falls der Versicherte als Gesunder nicht mehr an der bisherigen Arbeitsstelle tätig wäre, ist das Valideneinkommen praxisgemäss mittels statistischer Werte zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5 m.H.a. SVR 2009 IV Nr. 58 S. 181, 9C\_5/2009 E. 2.3; Urteil 8C\_115/2018 vom 27. Juni 2018 E. 7.1.2). Weist das zuletzt erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteile 9C\_14/2019 vom 24. April 2019 E. 2.2.2; 8C\_443/2018 vom 30. Januar 2019 E. 2.1 mit Hinweisen; z.G: Urteil des Bundesgerichts 9C\_225/2019 vom 11. September 2019 E. 4.2.1).

12.4 Der Arbeitgeberbescheinigung der Firma S.\_\_\_\_ AG lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer dort vom 9. November 1998 bis 31. Dezember 2012 gearbeitet und ihm die Arbeitgeberin per 31. Dezember 2012 gekündigt hatte (Suva-Nr. 167, S. 103 f.). Nach Lage der Akten ist davon auszugehen, dass diese Kündigung nicht aus gesundheitlichen, sondern aus andern Gründen (wie Probleme mit der Vorgesetzten etc.; vgl. Aussagen des Beschwerdeführers im Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_, Berufsbiographie, Suva-Nr. 323, S. 23 f.) erfolgte. Er wäre somit auch ohne den Unfall, der sich mehr als zwei Jahre später ereignete, nicht mehr dort erwerbstätig (vgl. zum Ganzen etwa die Urteile 8C\_382/2017 des Bundesgerichts vom 25. August 2017 E. 2.3.1, 8C\_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2, 8C\_41/2015 vom 24. April 2015 E. 2.3, 8C\_462/2014 vom 18. November 2014 E. 4.2, 9C\_501/2013 vom 28. November 2013 E. 4.2 und 4.3.2 sowie Urteil des damaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 792/05 vom 15. März 2006 E. 3.3). Demnach kann nicht mehr vom Lohn in diesem Betrieb ausgegangen werden. Das Valideneinkommen ist somit zwar

grundsätzlich gestützt auf den Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2019 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_551/2017 vom 2. August 2018, a.a.O.). Allerdings nahm der Beschwerdeführer im Anschluss an die Anstellung bei der Firma S. \_\_\_ AG ab Januar 2013 für kurze Zeit eine neue Tätigkeit auf, bezog dann Arbeitslosenentschädigungen, um ab anfangs 2014 verschiedene temporär ausgeübte Tätigkeiten ■ insbesondere bei der Firma C. \_\_\_ AG ■ zu übernehmen, was bis zum Unfallzeitpunkt im April 2015 unverändert blieb (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, Suva-Nr. 239 S. 3). Nachdem der Beschwerdeführer bis zum Eintritt des Versicherungsfalls über eine Zeitdauer von mehr als zwei Jahren temporär gearbeitet hat, ist dies nicht mehr als eine Übergangssituation zu betrachten; entsprechende Hinweise lassen sich u.a. in seinen Aussagen gegenüber der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. O. \_\_\_ erblicken, wonach er sich vertraglich nicht habe festlegen können. Wo er gewesen sei, sei gut von ihm gesprochen worden. Eine Festanstellung habe man ihm nicht gegeben. Die einzige Stelle, die ihm gefallen habe, sei jene in der Firma S. \_\_\_ AG gewesen (Suva-Nr. 323, S. 24, 33), mithin jene Arbeitgeberin, die ihm per Ende 2012 gekündigt hatte. Vor diesem Hintergrund ist, entgegen der Darstellung in der Beschwerde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Eintreten des Unfalls weiterhin temporär, insbesondere bei der Firma C. \_\_\_ AG, erwerbstätig geblieben wäre; dafür spricht auch die Bestätigung dieser Firma vom 18. April 2017, wonach der Beschwerdeführer, hätte sich der Unfall nicht ereignet, noch immer dort tätig wäre (Suva-Nr. 232, S. 3). Zu seinen Gunsten hat die Beschwerdegegnerin allerdings nicht auf die Lohnverhältnisse bei der Firma C. \_\_\_ AG (Grundlohn CHF 19.81; Suva-Nr. 232, S. 3), sondern auf den Gesamtarbeitsvertrag (GAV) Personalverleih 2019 bzw. auf ein Jahreseinkommen von CHF 49'303.00 (CHF 20.81 x 2'187 Std., zzgl. 8,33 % 13. Monatslohn; Suva-Nr. 360 ff.) abgestellt; dies lässt sich nicht beanstanden. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, lehnt das Bundesgericht eine Parallelisierung der Vergleichsabkommen ab, wenn das Valideneinkommen unter Bezugnahme auf einen Gesamtarbeitsvertrag ermittelt worden ist (vgl. Urteile 8C\_141/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5.2.2; 8C\_721/2017 vom 26. September 2018 E. 3.4; 8C\_662/2019 vom 26. Februar 2020 E. 3.3; 8C\_88/2020 vom 14. April 2020 E. 3.2.2; 8C\_310/2020 vom 23. Juli 2020 E. 3.2 und 3.3.).

12.5 Folglich ist beim Einkommensvergleich auf einen Validenlohn von CHF 49'303.00 pro Jahr abzustellen, womit es sein Bewenden hat.

12.6 Die Bemessung des Invalideneinkommens im Betrag von CHF 54'194.00 pro Jahr ist nicht bestritten, womit kein Anlass zu einer näheren Prüfung besteht; in Gegenüberstellung des Valideneinkommens von CHF 49'303.00 pro Jahr resultiert keine Erwerbseinbusse, was den Anspruch auf eine Invalidenrente ausschliesst.

13. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente verneint hat. Die gegen den Einspracheentscheid vom 26. Februar 2020 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

14. Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

15. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_528/2021 vom 3. Mai 2022 bestätigt.

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