

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.18 vom 16. Januar 2023

SO Obergericht, 2023-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.18\\_d20230116](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.18_d20230116)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.18 du 16 janvier 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.18 del 16 gennaio 2023

## Regeste

Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 20

Januar 2022 (A.S. 19 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 22. Dezember 2021 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 28. Mai 2021 seien vollumfänglich aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30. Juni 2021 hinaus weiterhin die vollumfänglichen Leistungen nach UVG, insbesondere vorderhand Taggelder nach Massgabe der attestierten Arbeitsunfähigkeit sowie die Übernahme der Kosten der Heilbehandlungen, zu gewähren. 3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 57 % sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines 30 % übersteigenden Integritätsschadens zu entrichten, sowie die medizinischen Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu übernehmen. 4. Subeventualiter sei eine externe orthopädisch-chirurgische Begutachtung zu initiieren. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 5. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2022 (A.S. 42 ff.) die Abweisung der Beschwerde. 6. Der Beschwerdeführer lässt sich am 24. Februar 2022 noch einmal vernehmen (A.S. 49 ff.), die Beschwerdegegnerin äussert sich am 4. März 2022 zurück (A.S. 60 f.). 7. Mit Eingabe vom 22. März 2022 (A.S. 63 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten. 8. Am 26. August 2022 teilt der Vertreter des Beschwerdeführers mit, dass er diesen nicht mehr vertrete und Rechtsanwältin C. \_\_\_ ab 1. September 2022 die Vertretung übernommen habe (A.S. 67). 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer

namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C\_585/2010 vom 5. November 2010 E. 8).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Gemäss Art. 61 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) werden einer versicherten Person, die sich ohne zureichenden Grund weigert, sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, die Leistungen gewährt, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich gewährt werden müssen. Um diese Rechtsfolge eintreten zu lassen, ist vorgängig das vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen. Der Versicherungsträger hat die versicherte Person schriftlich zu mahnen, sie auf die Rechtsfolgen hinzuweisen und ihr eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist einerseits, den Versicherten nicht Folgen eines Verhaltens tragen zu lassen, über dessen Auswirkungen er sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt hat. Andererseits soll er innerhalb der gesetzten Frist und im Wissen um die angedrohten Folgen seine bisherige Verweigerungshaltung aufgeben können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_156/2008 vom 11. August 2008 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Für das Verfahren bei der Invalidenversicherung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in einem Grundsatzentscheid (BGE 122 V 218) erwogen, dass das Mahn- und Bedenkzeitverfahren zwingend sei. Der Versicherte müsse in jedem Fall auf die möglichen nachteiligen Folgen seines Widerstandes aufmerksam gemacht werden und er müsse so in die Lage versetzt werden, in Kenntnis aller wesentlichen Faktoren seine Entscheidung zu treffen. Dies muss auch für die Unfallversicherung gelten (vgl. Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft KGE SV vom 26. November 2007 [725 07 172]; Urteil des Bundesgerichts 8C\_836/2013 vom 27. März 2014 E. 6.3 mit Hinweisen).

2.5 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24

Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist. 2.6 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 (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 und 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Weiter setzt die Leistungspflicht des Unfallversicherers voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c 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. 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1 und 8C\_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3). Rechtsprechungsgemäss hat das Gericht im Beschwerdeverfahren den Sachverhalt zu überprüfen, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids entwickelt hat (BGE 143 V 295 E. 4.1.2 S. 299 f.). 3.3 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 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). 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 Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen 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 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis). 3.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. 3.5 Auch 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. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64f., 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin legt in ihrem Einsprache-Entscheid (A.S. 1 ff.) dar, auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. D. \_\_\_\_ vom 3. Dezember 2021 sowie dessen übrigen Berichte könne voll und ganz abgestellt werden. Es bestünden keinerlei Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Berichte des Versicherungsmediziners. Es sei korrekt, dass dieser am 1. März 2021 ausgeführt habe, betreffend Rückenbeschwerden sei aktuell der Endzustand noch nicht erreicht, da eine Verbesserung durch Infiltration der reaktiv aktivierten AC-Gelenksarthrosen und ISG-Arthrosen möglich sei. Der Beschwerdeführer habe jedoch eine Infiltration nicht durchführen wollen. Er habe eine diabetische Untersuchung wahrnehmen und die Frage nach einem allfälligen Insulinanstieg bei einer Infiltration besprechen können. Der Zucker sei aktuell nicht so schlimm, dass er mit Insulin kontrolliert werden müsste. Der Beschwerdeführer wolle jedoch die Infiltration dennoch nicht durchführen lassen, da er Angst habe. Gestützt auf diese Angaben habe der Kreisarzt sodann am 7. Mai 2021 den Endzustand sowie das Zumutbarkeitsprofil festgelegt. Letzteres habe er gestützt auf den aktuellen Gesundheitszustand definiert, so dass der Hinweis auf ein durchzuführendes

Mahn- und Bedenkzeitverfahren, in dessen Folge man letztlich eine hypothetische Zumutbarkeit festlegen könnte, vorliegend fehl am Platz sei. Am 19. März 2020 habe der Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ geäußert, dass die geltend gemachten Beschwerden resp. die geplante und verschobene Operation an der rechten Schulter mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 3. Juni 2019 zurückzuführen seien. Die entsprechenden Leistungen seien erbracht und diese Einschränkungen beim Zumutbarkeitsprofil und bei der Festlegung des Integritätsschadens berücksichtigt worden. Die traumatische Aktivierung einer Arthrose, also die vorübergehende Verschlimmerung, welche nach drei Monaten als abgeschlossen anzusehen sei, betreffe hingegen das arthrotisch veränderte AC-Gelenk. Hier habe Dr. med. D.\_\_\_\_ anlässlich seines Untersuch vom 1. März 2021 die Hauptbeschwerden lokalisieren können. Dass der Endzustand im Moment der Rentenprüfung von Ende Juni 2021 erreicht gewesen sei, gehe aus dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2021 hervor. Zudem sei dies auch gemäss den übrigen Akten offensichtlich. So habe der Beschwerdeführer anlässlich des Gesprächs vom 8. Juni 2021 angegeben, dass keine eigentliche Behandlung mehr durchgeführt werde und lediglich am 1. Juli 2021 im Spital E.\_\_\_\_ die Jahreskontrolle stattfinde. Neben dieser Konsultation habe erst wieder am 5. November 2021 eine Besprechung bei Dr. med. F.\_\_\_\_ stattgefunden. Aus dem entsprechenden Bericht, welcher auch das CT vom 16. Juli 2021 mitberücksichtige, zeige sich, dass die Befunde im CT eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials ohne Lockerungszeichen mit progredienter Durchbauung gezeigt hätten. Im Weiteren könne dem Beschwerdeführer gemäss der Beurteilung des Wirbelsäulenchirurgen am Spital E.\_\_\_\_ operativ nichts angeboten werden und die wirbelsäulenchirurgische Behandlung sei abgeschlossen worden. Auch aus dem neuesten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2021 gehe nichts anderes hervor. Somit sei im Zeitpunkt der Rentenprüfung per 30. Juni 2021 keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen und folglich von einem Endzustand ausgegangen worden. Was das Zumutbarkeitsprofil anbelange, könne ebenfalls auf die Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2021 abgestellt werden. Am dort formulierten Zumutbarkeitsprofil könne der Bericht des Spitals E.\_\_\_\_, welcher sich auf die Untersuchung vom 1. Juli 2021 stütze, nichts ändern. Denn hier werde ein Arbeitseinsatz von 50 bis 60 % in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur als zumutbar erachtet. Gemäss Kreisarzt sei jedoch die herkömmliche Tätigkeit als Chauffeur gar nicht mehr zumutbar, weshalb ein neues Zumutbarkeitsprofil erstellt worden sei. Zur Integritätsentschädigung finde sich im Anhang 3 zur UVV eine nicht abschliessende Skala der Integritätsschäden, welche wichtige, richtunggebende Schäden mit der entsprechenden prozentualen Einstufung enthalte. Die medizinische Abteilung der Suva habe in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva). Dr. med. D.\_\_\_\_ schätze den Integritätsschaden auf 30 %, wobei voll und ganz auf diese Beurteilung abgestellt werden könne. Insbesondere lege der Kreisarzt detailliert dar, aufgrund welcher Befunde sich die geschätzten Werte ergäben. 4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 19 ff.) entgegenhalten, ein Fallabschluss per 30. Juni 2021 sei unzulässig. Der Kreisarzt sei anlässlich der Untersuchung vom 1. März 2021 zum Schluss gelangt, dass noch kein Endzustand vorliege und der Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 100 % arbeitsunfähig sei. Im Bericht werde ausgeführt, dass noch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Infiltration der reaktiv aktivierten AC-Gelenksarthrosen und ISG-Arthrosen möglich sei.

Entsprechend habe die Beschwerdegegnerin auch weiterhin Taggelder ausbezahlt. Obwohl in der Folge keine Infiltration stattgefunden habe und damit klarerweise noch immer nicht vom Erreichen des Endzustandes gesprochen werden könne, habe die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen per 30. Juni 2021 eingestellt. Diese Vorgehensweise verbiete sich, denn auch in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 7. Mai 2021 halte Dr. med. D. \_\_\_ nochmals fest, dass die Infiltrationen zu einer Besserung geführt hätten. Weil der Beschwerdeführer diese Infiltrationen jedoch ablehne, sei von einem Endzustand auszugehen. Diese Vorgehensweise sei nicht korrekt. In dieser Konstellation hätte die Beschwerdegegnerin vor Einstellung der Taggeldleistungen ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen müssen. Die Beschwerdegegnerin übersehe, dass der Versicherer die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung zu treffen habe. Vorliegend habe die Beschwerdegegnerin kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt, weshalb sich auch die Einstellung der Taggeldleistungen per 30. Juni 2021 verbiete. Somit seien weiterhin Taggelder zu entrichten. Es sei falsch, dass der Kreisarzt bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers berücksichtigt habe und sich demnach ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren erübrige. Denn in seiner Beurteilung vom 1. März 2021 sei der Kreisarzt noch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen. Es müssten eben zuerst noch die Infiltrationen stattfinden. Damit sei er also davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer ohne diese Infiltrationen 100 % arbeitsunfähig sei. Beim von ihm festgelegten Zumutbarkeitsprofil handle es sich entsprechend um ein hypothetisches und es hätte damit zwingend ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren stattfinden müssen, da hierdurch eine Leistungseinstellung vorgenommen werde. Selbst wenn der Kreisarzt den aktuellen Gesundheitszustand beurteilt hätte, sei die Vorgehensweise im Sinne der Rechtsprechung noch immer falsch. Denn dieser sei bloss vom Erreichen des Endzustandes ausgegangen, weil der Beschwerdeführer die vorgeschlagenen Infiltrationen nicht vorgenommen habe. Die Beschwerdegegnerin stütze auch ihre Leistungsablehnung betreffend die Invalidenrente auf die Beurteilung ihres versicherungsinternen Arztes Dr. med. D. \_\_\_. Diese sei sowohl in formell- als auch in materiellrechtlicher Hinsicht nicht beweistauglich. Leistungsansprüche seien grundsätzlich mittels externer Gutachten zu klären. Berichten versicherungsinterner Ärzte komme praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu. In diesem Sinne sei die Beurteilung des Kreisarztes kaum beweiskräftig, zumal sich dieser in Widerspruch zu den behandelnden Ärzten und der übrigen Aktenlage setze, ohne diesen Widerspruch adäquat aufzulösen. Die Beurteilung sei auch in materieller Hinsicht beweisuntauglich und nicht überzeugend. Dass der Beschwerdeführer in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig sein solle, sei offensichtlich nicht korrekt. Wie den Berichten des Spitals E. \_\_\_ vom 6. Juli 2021 sowie 27. August 2021 zu entnehmen sei, gingen die behandelnden Fachärzte lediglich von einer maximal bestehenden 50- bis 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, angepassten Tätigkeit aus. Diese Beurteilung beziehe sich explizit darauf, dass der Beschwerdeführer als Chauffeur nur fahre und keine schweren Objekte auflade / ablade. Damit habe sich der Kreisarzt nicht auseinandergesetzt. Auch die Beurteilung des Kreisarztes betreffend die Integritätsentschädigung zeige, dass dessen Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit offensichtlich nicht korrekt sei. Denn bei dieser gehe er zu Recht davon aus, dass der Beschwerdeführer an starken Dauerschmerzen am Rücken leide. Dies habe klarerweise auch Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, mindestens in dem Umstand, dass er auf vermehrte Erholungspausen angewiesen sei. Wie sich die Leistungsfähigkeit des

Beschwerdeführers in einer ganztägigen Präsenz gestalte, habe der Kreisarzt aber nicht beurteilt. Im Weiteren könne dem Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2021 auch entnommen werden, dass noch weitere Abklärungen, insbesondere ein CT, den Rücken betreffend getätigt werden müssten. Auch die Beschwerdegegnerin selbst habe sich nach der Einsprache veranlasst gesehen, weitere Abklärungen vorzunehmen, womit wiederum erstellt sei, dass keine Rede vom Erreichen des Endzustandes per 30. Juni 2021 sein könne. Sodann sei die Beschwerdegegnerin offensichtlich selbst davon ausgegangen, dass nicht auf die Beurteilung des Kreisarztes vom 7. Mai 2021 abgestellt werden könne, ansonsten keine weiteren Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen. Ausserdem dürften Abklärungen nicht ins Einspracheverfahren verschoben werden. Mit dieser Vorgehensweise werde das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt. Die kreisärztliche Beurteilung sei auch betreffend die Beurteilung der Schulterproblematik weder schlüssig noch nachvollziehbar. Hier halte der Kreisarzt am 1. März 2021 zunächst pauschal fest, dass das Unfallereignis nicht geeignet gewesen sein soll, die im MRI nachgewiesene Supraspinatussehnenläsion zu bewirken. Abgesehen davon, dass dies eine nicht begründete Behauptung sei, widerspreche sich der Kreisarzt selbst. Denn in seiner Beurteilung vom 19. März 2020 habe er festgehalten, dass die damals geplante Operation an der rechten Schulter zumindest teilkausal sei. Dem MRI-Befund vom 26. Juni 2019 könne denn auch nicht entnommen werden, dass ein Vorzustand vorgelegen haben solle. Dasselbe gelte für die Ausführungen des Kreisarztes betreffend die AC-Gelenksarthrosen. Hier behaupte der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 1. März 2021 zunächst, dass eine traumatische Aktivierung in der Regel nach drei Monaten abgeschlossen sei, dann sage er aber, dass beim Beschwerdeführer durch entsprechende Infiltrationen noch eine Verbesserung zu erwarten sei. Die kreisärztliche Beurteilung habe mehr als drei Monate nach dem Unfallereignis stattgefunden und der Kreisarzt selbst habe festgehalten, dass die Hauptbeschwerden im arthrotisch veränderten AC-Gelenk lokalisiert würden, und demnach eindeutig mehr als drei Monate nach dem Unfallereignis noch immer erhebliche Beschwerden bestanden hätten, die auch noch hätten verbessert werden können und damit eben kein Endzustand erreicht sei. Es sei jeder Fall individuell zu beurteilen und es verbiete sich pauschal zu sagen, dass Unfallfolgen nach drei Monaten abgeschlossen sein sollen, obwohl noch immer eine massgebliche Beschwerdesymptomatik imponiere. Sofern von einem Endzustand ausgegangen werden sollte, sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach wie vor in allen Tätigkeiten mindestens 50 bis 60 % arbeitsunfähig sei, dies eben auch in leichten Tätigkeiten. In Bezug auf die Integritätsentschädigung könne ebenfalls nicht auf die Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Der Kreisarzt berücksichtige auch hier zu Unrecht nicht sämtliche unfallkausalen Integritätsschäden, so die unfallbedingte Zunahme der Facettengelenksarthrose und ISG-Atrophien, da der Beschwerdeführer die Infiltrationen ablehne. Auch hier hätte zunächst zwingend ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müssen. Unter Berücksichtigung dieser Beschwerden resultiere eine höhere Integritätsentschädigung als die bereits zugesprochene von 30 %. Schliesslich sei zu konstatieren, dass bei derart mangelhaften Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes seitens der Beschwerdegegnerin und gestützt auf die vorliegende Aktenlage keinesfalls Ansprüche des Beschwerdeführers verneint werden könnten. Diesfalls wäre ein externes Gutachten durchzuführen, da der Fall nicht ohne objektive externe Begutachtung des Beschwerdeführers erledigt werden könne. 5.

Einleitend kann festgehalten werden, dass die Kausalität der beiden Ereignisse vom 3. Juni 2019 und 2. August 2019 vorliegend nicht umstritten ist. Die Beschwerdegegnerin hat

dementsprechend Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern erbracht. Streitig und zu Beginn zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem Fallabschluss per 30. Juni 2021 ausgegangen ist, die Heilkosten- und Taggeldleistungen eingestellt und einen Rentenanspruch sowie einen Anspruch auf Integritätsentschädigung geprüft hat. Hierzu sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen relevant: 5.1 Zur Schulterproblematik liegen diese Unterlagen vor: 5.1.1 Gemäss Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie [...], vom 2. Juli 2019 (Suva I Nr. 7) sei an der dominanten rechten Schulter eine Supraspinatus- und kraniale Infraspinatussehnenruptur bei traumatisierter AC-Gelenksarthrose zu diagnostizieren. Die Arthro-MR-Untersuchung der Klinik I.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2019 (Suva I Nr. 8) zeige eine vollständige Supraspinatussehnenruptur mit Cleavageläsion und eine mässige Retraktion der Muskelsehneneinheit ohne muskuläre Atrophie. Als provisorischen Operationstermin habe man den 28. August 2019 reserviert. Dr. med. H.\_\_\_\_ berichtete am 10. März 2020 (Suva I Nr. 16) erneut und führte aus, eine im August 2019 vorgesehene Operation sei wegen des Autounfalls abgesagt worden. Bezüglich der Schulter bestünden persistierende Schmerzen bei allen Bewegungen tagsüber und nachts. Schon in der MRI-Untersuchung vom Juni 2019 sei der Zustand der Sehne nicht besonders gut gewesen. Eine Verlaufs-MRI-Untersuchung wäre also nötig. Da aber noch relevante Rückenprobleme aufgrund des Verkehrsunfalls bestünden, mache die Planung einer Schulteroperation aktuell keinen Sinn. 5.1.2 Im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Klinik K.\_\_\_\_, vom 23. Dezember 2020 (Suva I Nr. 28) über ein durchgeführtes Arthro MRI der rechten Schulter wird angegeben, es bestehe eine vollständige transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit deutlicher Retraktion und Verfettung des Muskels. Weiter zeige sich eine leichte Tendinopathie der Infraspinatussehne und Subscapularissehne, die lange Bizepssehne sei intakt. Intakt erschienen auch das vordere und hintere Labrum. Es bestehe eine degenerative entzündliche AC-Arthrose mit begleitender Bursitis subacromialis, teilweise auch subdeltoidea. 5.1.3 Am 22. Januar 2021 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_ (Suva I Nr. 32), es bestünden eine irreparable Ruptur der Supraspinatus- und eine kraniale Ruptur der Infraspinatussehne, sowie eine symptomatische AC-Gelenksarthrose rechts mit / bei Status nach Stolpersturz im Juni 2019 und Status nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und Re-Operation mit Latissimus dorsi-Transfer links im Jahr 2014. In der klinischen Untersuchung imponiere vor allem eine symptomatische AC-Arthrose. Im MRI zeige sich gegenüber 2019 eine unverändert fortgeschrittene Sehnenretraktion der Supraspinatussehne ohne relevante Rissausdehnung in den Infraspinatus oder die Subscapularissehne. Begleitend seien gewisse Bewegungsschmerzen sicherlich durch die ungedeckte und frei liegende lange Bicepssehne bedingt. Dem Beschwerdeführer sei eine AC-Gelenks-Infiltration mit Cortison empfohlen worden, die dieser wegen Blutzuckerschwankungen als Diabetiker ablehne. Sollte der Leidensdruck weiter zunehmen, wäre eine Schulterarthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne und Resektion der lateralen Clavicula möglich. Aufgrund der Vorgeschichte mit Status nach Latissimus dorsi-Sehnentransfer der Gegenseite sei die Rückkehr zur belastenden Tätigkeit als Chauffeur nicht empfohlen. 5.1.4 Dr. med. G.\_\_\_\_ (Nachfolger von Dr. med. H.\_\_\_\_) führte im Bericht vom 3. Dezember 2021 (Suva I Nr. 66) aus, der Beschwerdeführer stelle sich wegen Schmerzpersistenz der rechten Schulter vor. Gegenüber der Voruntersuchung präsentiere sich der Zustand unverändert. In der aktuellen Untersuchung dürften zwar Schmerzen über dem AC-Gelenk vorliegen, jedoch scheine der Beschwerdeführer mehr durch die subacromiale Problematik gestört zu sein. Dieser sei erneut über die therapeutischen Optionen aufgeklärt worden. Zum einen bestehe die

Möglichkeit einer Schulterarthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne und subacromialem Débridement sowie Verbesserung der subacromialen Platzverhältnisse bei Typ II-III Acromion nach Bigliani und deutlichen Überlastungszeichen. Alternativ wäre ergänzend eine SCR (Superior capsular reconstruction) zu erwägen. Eine subacromiale Steroid-Infiltration komme für den Beschwerdeführer nicht in Frage.

5.2 Zur Rückenproblematik liegen diese Unterlagen vor:

5.2.1 Das am Unfalltag (2. August 2019) erstellte CT von Schädel, HWS, Thorax und Abdomen im Spital L.\_\_\_\_ (Suva II Nr. 11) zeigte eine Spaltungsfraktur LWK 1 (Deckplatte, Vorderkante, Bodenplatte). Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Chefarzt interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie im Spital L.\_\_\_\_, Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und med. pract. O.\_\_\_\_, Assistenzärztin, vom 7. August 2019 (Suva II Nr. 17) wurde dargelegt, dass aufgrund der inkompletten Berstungsfraktur des LWK 1 (Deckplatte, Vorderkante, Bodenplatte) eine minimal-invasive transpedikuläre Stabilisierung Th12, L2 vorgenommen worden sei. Die erste Operation am 2. August 2019 sei mit komplikationslosem peri- und postoperativem Verlauf gewesen. Postoperativ habe sich der Beschwerdeführer stark schmerzgeplagt gezeigt. Aus Kapazitätsgründen werde er in das Spital P.\_\_\_\_ zum zweiten operativen Schritt verlegt. Es werde eine zeitnahe Korpektomie empfohlen. Der Beschwerdeführer wurde anschliessend in das Spital P.\_\_\_\_ verlegt. Gemäss Austrittsbericht von med. pract. Q.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Leitender Arzt, vom 12. August 2019 (Aufenthalt vom 7. bis 13. August 2019, Suva II Nr. 22) seien dort im Verlauf alle nötigen bildgebenden Verfahren durchgeführt worden, um die Notwendigkeit eines weiteren operativen Schrittes zu überprüfen. Im Vergleich zur externen Voruntersuchung vom 2. August 2019 sei die Fraktur von LWK 1 postoperativ in unveränderten Stellungsverhältnissen ohne eine progrediente Höhenminderung bei erhaltenem Alignment zur Abbildung. Das eingebrachte Material in Höhe BWK12 und LWK 2 habe sich intakt und mit regelrecht einliegenden Pedikelschrauben dargestellt. Daher habe man sich für eine weitere konservativ-überwachende Therapie entschieden. Das Spital P.\_\_\_\_ und das Spital S.\_\_\_\_ attestierten in der Folge mehrfach unfallbedingt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 31. Mai 2020 (Suva II Nrn. 23 ff., 38, 45, 68, 69).

5.2.2 Am 28. April 2020 wurde im Spital P.\_\_\_\_ von Dr. med. T.\_\_\_\_, Oberärztin Radiologie, über ein MRI der Lendenwirbelsäule nativ berichtet. Bei Status nach dorsaler Stabilisation BWK 12 – LWK 2 bestünden keine spinalen oder foraminale Engstellen in diesen Segmenten bei kernspintomografisch reizlosem OSM und ohne Nachweis einer progredienten Sinterung des LWK 1. Es zeige sich eine moderate osteodiskoligamentäre Degeneration LWK 4/5, stationär zu Dezember 2019, ohne manifeste radikuläre Kompression (Suva II Nr. 80). Dr. med. U.\_\_\_\_, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie im Spital P.\_\_\_\_, empfahl daraufhin im Sprechstundenbericht vom 29. April 2020 (Suva II Nr. 76) bei einer sich zeigenden Schraubenlockerung BWK12, geringer LWK2, und bei deutlicher Konsolidierung der LWK1 Fraktur die Durchführung einer Materialentfernung von der Osteosynthese.

5.2.3 Der Beschwerdeführer wünschte in Bezug auf das vorgeschlagene Vorgehen eine Zweitmeinung, die im Spital E.\_\_\_\_ eingeholt wurde. Gemäss Untersuchungsbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Stv. Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Mai 2020 waren folgende Diagnosen zu stellen (Suva II Nr. 79):

1. Status nach perkutaner, dorsaler Stabilisation Th12 – L2 mit dem Longitude-System am 1. August 2019 bei Kneifzangenfraktur von LWK1
2. Verdacht auf ISG-Syndrom rechts
3. Status nach Ileus bei Verwachsungsbauch am 10. Juli 2017 - Status nach Neoblase aus dem Ileum 2008 bei Blasenkarzinom
4. Rezidivierender Harnverhalt
5. Niereninsuffizienz
6. Diabetes mellitus Typ II

Bei einer Metallentfernung sei damit zu rechnen, dass es zu

einer deutlichen Kyphosierung in den ventralen zentralen Defekt des cranialen Wirbelkörpers komme. Eine offensichtliche Lockerung sehe man bei den zur Verfügung stehenden Bildern nicht. Die Beschwerden seien relativ unspezifisch und ob diese auf die ausbleibende Heilung der Fraktur zurückzuführen seien, sei fraglich. Von der Biomechanik her wäre sicher ein ventraler Eingriff mit Corporectomie und Wirbelkörperersatz sinnvoll. Ob dies jedoch zu einer wesentlichen Reduktion der Schmerzen führen würde, sei schwierig vorauszusagen. Bei relativ ausgeprägten Schmerzen im ISG rechtsseitig könne dort sicher eine Infiltration durchgeführt werden. Zur Beurteilung, ob eine Schraubenlockerung vorliege und allenfalls eine dorsale Fusion stattgefunden habe, sollte ein neues CT durchgeführt werden.

5.2.4 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. V.\_\_\_\_, attestierte eine weitere Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 31. Juli 2020 (Suva II Nrn. 86 und 99)

5.2.5 Nachdem ein CT der LWS nativ vom 12. Juni 2020 (Dr. med. W.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, Suva II Nr. 100) gezeigt hatte, dass bei bekannter LWK-1-Fraktur die transpedikulären Schrauben in BWK 12 und LWK 2 keine Lockerungszeichen erkennen liessen, wurde der Beschwerdeführer am 15. Juli 2020 von Dr. med. F.\_\_\_\_, Spital E.\_\_\_\_, operiert (Suva II Nr. 101). Es wurde eine Korporektomie L1, Wirbelkörperersatz mit Rekolift, durchgeführt. Gemäss Austrittsbericht vom 21. Juli 2020 (Suva II Nr. 102) habe sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos präsentiert. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 14. Juli bis 30. August 2020 attestiert. Im Untersuchungsbericht vom 17. September 2020 (Suva II Nr. 112) wurde schliesslich berichtet, der Beschwerdeführer äussere persistierende Schmerzen, welche jedoch zu rund der Hälfte regredient seien im Vergleich zum präoperativen Zustand. Schmerzen bestünden nach wie vor bei der Mobilisation, jedoch auch in Ruhe bei gewissen Lagen und im Schlaf. Die Schmerzausstrahlung bis in den linken Oberschenkel sei weiterhin vorhanden, jedoch nur noch gelegentlich auftretend. Die lokalen Schmerzen im Bereich des Rückens würden unmittelbar kaudal der Operationsnarben lokalisiert. Fachärztlich wurde festgehalten, der aktuelle Verlauf zeige sich insgesamt regelrecht mit ordentlicher Schmerzreduktion nach der operativen Komplettierung. Die verbliebenen Schmerzen könnten differentialdiagnostisch im Bereich einer Facettengelenksarthrose gesehen werden. Der weitere Verlauf werde hier zunächst abgewartet. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit für weitere sechs Wochen. Im Untersuchungsbericht vom 20. Oktober 2020 (Suva II Nr. 118) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer berichte nach wie vor über persistierende Schmerzen. Er sei bis und mit heute unfallbedingt zu 100 % krankgeschrieben. Ein Röntgen der LWS ap/seitlich vom 15. Oktober 2020 zeige eine unveränderte Stellung ohne Lockerungs- oder Lysezeichen. Der aktuelle Verlauf sei klinisch und radiologisch regelrecht. Die Schmerzen im Rücken interpretiere man im Rahmen des deutlichen Muskelhartspanns im Bereich der LWS. Hierfür sollte die begonnene Physiotherapie unbedingt weitergeführt werden mit Hauptaugenmerk auf die Entspannung und Lösung des Muskelhartspanns. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bis und mit 15. November 2020. Im Untersuchungsbericht vom 18. Januar 2021 (Suva II Nr. 135) berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, man interpretiere die Beschwerden als nun reflektorisch auf die Versteifung im Bereich des thoracolumbalen Überganges aufgetretene Überlastung der Facettengelenke tieflumbal sowie beider ISG. Zur Behandlung dieser Problematik empfehle man als nächsten therapeutischen Schritt eine Facettengelenksinfiltration L4 bis S1 beidseits, sowie eine Infiltration beider ISG. Der Beschwerdeführer wolle sich das Ganze nochmals überlegen und mit seinem Hausarzt Rücksprache halten.

5.2.6 Der Hausarzt Dr. med. V.\_\_\_\_ attestierte weiter eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 31. März 2021 (Suva II Nrn. 122, 130, 141). 5.3 Am 1. März 2021 fand schliesslich in Bezug auf beide Unfallereignisse eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, statt (Suva II Nr.151). Zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wurde dort festgehalten, sein Hauptproblem seien die Rückenschmerzen. Die Schmerzen würden deutlich verstärkt beim Bücken. Auch komme es zu einer Schmerzzunahme nach längerem Laufen, Stehen und zum Teil auch im Liegen. Nach längerer Belastung oder nach Physiotherapie komme es zum Anschwellen im Bereiche der Operationsnarben am Rücken. Auch habe er Beschwerden im unteren Bereich des Rückens. Mitte Januar habe er den letzten Termin beim Rückenspezialisten in [...] gehabt. Dieser habe ihm eine Infiltration der lumbalen Facettengelenke sowie der ISG angeboten. Diese habe er bislang aber nicht durchführen lassen, da er Angst habe, dass der Blutzucker nach der Kortisoninfiltration ansteigen könnte. Er habe eine eingeschränkte Schulterfunktion beidseits. Rechts habe er zudem Beschwerden nach dem Unfall vom 3. Juni 2019. Man habe eigentlich geplant gehabt, die rechte Schulter zu operieren. Nachdem der Rücken versorgt gewesen sei, habe man die Schulteroperation nicht mehr durchführen können, weil der Muskel atroph gewesen sei. An Schmerzmitteln nehme er bei Schmerzen Dafalgan, bis maximal zwei Tabletten pro Tag, und gelegentlich Brufen. Zusätzlich leide er an einem Diabetes mellitus. Bislang sei der Blutzucker medikamentös eingestellt gewesen. Allerdings hätten die Zuckerwerte trotz konsequenter Diabetesdiät nicht vollständig normalisiert werden können. Das HbA1c betrage 8. Deswegen sei eine Vorstellung bei einem Diabetologen geplant. Er sei zudem wegen eines Blasenkarzinoms in [...] operiert worden. Man habe die ganze Blase entfernt und einen Blasenersatz aus Dünndarm (Ileum) hergestellt. Im späteren Verlauf sei es zu einem Dünndarmverschluss gekommen, welcher habe operiert werden müssen. Aktuell besuche er noch die Physiotherapie. Er habe ständig ein Kribbeln in den medialen drei Zehen links und in den medialen zwei Zehen rechts mit ausstrahlenden Schmerzen in die Fusssohle und die Ferse. Der Kreisarzt erhob folgende Befunde: Im Bereich der Wirbelsäule sei die Rotation eingeschränkt. Die Wirbelsäule sei insgesamt im Lot. Es zeigten sich reizlose Narben nach dorsaler Instrumentation. Die Dornfortsätze im Bereich der gesamten Wirbelsäule seien druckdolent, ebenso die ISG-Gelenke beidseits. Auch beim Prüfen der ISG-Gelenke werde über starke Schmerzen beidseits berichtet. Über dem operierten Bereich der LWS gebe es keine Druckdolenzen. Es zeige sich ein leicht erhöhter Muskeltonus paravertebral beidseits im Bereich der gesamten LWS. Neurologisch zeigten sich ein fehlender ASR beidseits, ein fehlender PSR links, Letzterer rechts schwach auslösbar, sowie ein mittellebhafter BSR beidseits. TSR und BRR beidseits seien negativ. Die Schultern stünden horizontal. Beidseits bestehe aspektmässig ein atropher Supraspinatus. Über der linken Schulter präsentiere sich eine Säbelhiebnarbe von 12 cm Länge. Diese sei reizlos. Der Nackengriff rechts sei gut möglich, links knapp erreichbar. Der Schürzengriff rechts gelinge bis LWK1, links bis LWK2. Der Kreisarzt erhob folgende Diagnosen: Am 3. Juni 2019 bei der Arbeit gestolpert und gestürzt und auf den rechten ausgestreckten Arm gefallen. - kompletter Abriss der Supraspinatussehne und traumatisierte AC-Gelenksarthrose Schulter rechts - operative Therapie wegen Wirbelfraktur aufgeschoben -

## **E. 23**

Dezember 2020 Arthro-MRI: deutliche Retraktion der Sehne und Atrophie des M. supraspinatus - aktuell: gute Beweglichkeit (Flexion / Abduktion 160 / 140°, AR 60°), Jobe-Test negativ, ordentliche Kraftentwicklung auch über der Horizontalen. Am 2. August 2019 mit dem Auto auf der Autobahn in eine Baustellenabschrankung gefahren. -

Kneifzangenfraktur des Wirbelkörpers LWK1 - 2. August 2019: minimal-invasive transpedikuläre Stabilisierung Th12 – L2 mit dem Longitude-System (Dr. med. N.\_\_\_\_, L.\_\_\_\_) - 15. Juli 2020: Korporektomie L1, Wirbelkörperersatz mit Rektolift: Endplatten 0°, 44 mm (Dr. med. F.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_) - ISG-Arthropathie rechts - Verdacht auf aktivierte Facettengelenksarthrosen lumbal - aktuell: reizlose Narben, schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit, schmerzhafte Iliosakralgelenke beidseits, paravertebraler Hartspann vor allem im unteren Bereich der LWS, Weitere Diagnosen: - Diabetes mellitus Typ 2 - Harnblasenkarzinom - Anlage einer Neoblase aus dem Ileum 2008 in [...] - offene Adhäsiolyse und Dünndarmrevision am 4. Mai 2017 wegen Ileus - rezidivierender Harnverhalt - Niereninsuffizienz In der Beurteilung hält der Kreisarzt fest, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall vom 3. Juni 2019 Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks gehabt. Die kurz darauf erfolgte MRI-Untersuchung habe einen kompletten Abriss der Supraspinatussehne mit bereits deutlicher Retraktion und eine bereits fortgeschrittene Atrophie der Supraspinatussehne mit positivem Tangenzzeichen gezeigt, zudem eine deutliche, aktivierte AC-Gelenksarthrose. Der Schulterorthopäde, Dr. med. H.\_\_\_\_, habe trotzdem eine Reinsertion der Supraspinatussehne geplant. Zu diesem Eingriff sei es nicht gekommen, da sich zwischenzeitlich ein weiterer Unfall ereignet habe, bei dem der Beschwerdeführer mit dem Auto auf der Autobahn in eine Baustellenabschrankung gefahren sei und sich dabei Prellungen im Brustbereich sowie eine inkomplette Berstungsfraktur des LWK1 zugezogen habe. Diese sei am 2. August 2019 operiert worden mittels minimal invasiver transpedikulärer Stabilisation Th12 – L2 mit dem Longitude-System. Zusätzlich zur dorsalen Stabilisation sei in einem zweiten Schritt die Korporektomie L1 geplant gewesen. Aus Kapazitätsgründen sei der Beschwerdeführer dann aber ins Spital P.\_\_\_\_ zur Durchführung des zweiten operativen Schritts verlegt worden. Die dortigen Wirbelsäulenchirurgen hätten sich jedoch für eine konservative Therapie entschieden. Unter dieser sei keine Schmerzfreiheit erlangt worden. Nach Einholung einer Zweitmeinung im Spital E.\_\_\_\_ sei am 15. Juli 2020 die Korporektomie L1 mit Wirbelkörperersatz durchgeführt worden. Bei der letzten Kontrolle hätten sich reizlose Narben gezeigt. Dolenzen hätten im Bereich der Facettengelenke tief lumbal und über den ISG beidseits bestanden. Es sei die Infiltration der Facettengelenke L4 – S1 beidseits sowie eine Infiltration beider ISG empfohlen worden. Der Beschwerdeführer habe diese jedoch wegen Angst, der Blutzuckerspiegel könnte ansteigen, vorerst abgelehnt. Von Seiten der Schulter sei der Beschwerdeführer Ende 2020 erneut vom Schulterorthopäden beurteilt worden. Es sei eine neue MRI-Untersuchung veranlasst worden. Diese habe unverändert die Sehnenruptur mit Retraktion und die deutliche Atrophie des Supraspinatus gezeigt. Der nun beurteilende Schulterorthopäde, Dr. med. G.\_\_\_\_, habe die Ruptur als irreparabel beurteilt. Bei der klinischen Untersuchung habe vor allem die symptomatische AC-Gelenksarthrose imponiert. Er habe hier dem Beschwerdeführer eine Infiltration empfohlen, welche dieser als Diabetiker aufgrund von befürchteten Blutzuckerschwankungen abgelehnt habe. Bei der heutigen klinischen Untersuchung würden die Rückenbeschwerden als Hauptsymptom geklagt. Die Schultergelenksbeweglichkeit rechts sei ebenfalls schmerzbedingt leicht eingeschränkt. Schmerzmittel würden nur in Reserve eingenommen, dies nicht täglich. Bei der klinischen Untersuchung sei die Schultergelenksbeweglichkeit rechts mässiggradig eingeschränkt. Deutlich stärker eingeschränkt sei die Schultergelenksbeweglichkeit links, wo der Beschwerdeführer ebenfalls eine irreparable Rotatorenmanschettenläsion aufgewiesen habe. 2014 sei hier ein Latissimus-Sehnentransfer durchgeführt worden. Von Seiten der Wirbelsäule habe der Beschwerdeführer vor allem eine schmerzbedingte

Bewegungseinschränkung mit einem Finger-Bodenabstand von 53 cm gezeigt. Die Operationsnarben seien reizlos, ohne Druckdolenz über den Dornfortsätzen. Schmerzen würden vor allem paravertebral distal des operierten Bereichs und im Bereich der ISG beidseits angegeben. Der Sturz nach vorne mit Abstützen mit beiden nach vorne gestreckten Händen sei nicht geeignet, die im MRI nachgewiesene Supraspinatussehnenläsion bewirkt zu haben. Die deutliche Retraktion und vor allem die bereits manifeste Atrophie des M. supraspinatus im zeitnah durchgeführten MRI mit positiven Tangenzzeichen spreche für eine länger bestehende, chronische Ruptur. Die Hauptbeschwerden würden im arthrotisch veränderten AC-Gelenk lokalisiert. Die Arthrose sei durch das Trauma allenfalls aktiviert worden. Eine traumatische Aktivierung einer Arthrose gelte aber in der Regel nach drei Monaten als abgeschlossen. Was die Rückenbeschwerden betreffe, so sei aktuell der Endzustand noch nicht erreicht. Hier sei sicher noch eine Verbesserung durch Infiltration der reaktiv aktivierten AC-Gelenksarthrosen und ISG-Arthrosen möglich. Nach diesen sollte eine engmaschige Überwachung des Blutzuckers erfolgen. Ideal wäre, wenn der Beschwerdeführer bis dann bereits vom Diabetologen beurteilt und allenfalls die Umstellung auf zusätzlich Insulin erfolgt wäre. Aktuell sei er noch arbeitsunfähig. Eine unfallbedingte Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei noch nicht gegeben. Der unfallbedingte Integritätsschaden könne erst bei Fallabschluss beurteilt werden.

5.4 Am 16. April 2021 hatte der Beschwerdeführer einen Termin beim Diabetologen. Gemäss telefonischer Auskunft der Ehefrau des Beschwerdeführers vom 30. April 2021 (Suva II Nr. 169) habe die Untersuchung ergeben, dass der Zucker aktuell nicht so schlimm sei, dass er mit Insulin kontrolliert werden müsse. Der Arzt habe noch weitere Abklärungen in die Wege geleitet. Der Beschwerdeführer müsse momentan dreimal täglich den Blutzucker messen und die Ernährung umstellen. Die nächste Kontrolle sei am 7. Juni 2021 geplant. Er habe sich entschieden, momentan keine Interventionen durchführen zu lassen. Er habe extreme Angst, auch wenn es «nur» eine Infiltration sei.

5.5 Am 3. Mai 2021 wurde der Fall der Versicherungsmedizin vorgelegt (Suva II Nr. 170). Der Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_ führte am 7. Mai 2021 aus, von weiteren Behandlungen könne mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Gemäss der Beurteilung des Wirbelsäulenspezialisten des Spitals E. \_\_\_ könnte mit einer Infiltration der Fazettengelenke L4 – S1 und der ISG eine Verbesserung der Beschwerden erreicht werden. Der Beschwerdeführer lehne eine Infiltration aber ab. Somit sei vom Erreichen des Endzustandes auszugehen. Weitere Eingriffe seien weder an der Schulter noch an der Wirbelsäule vorgesehen. Das aktuelle Zumutbarkeitsprofil laute folgendermassen: Unfallbedingt zumutbar seien mindestens leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben von Gewichten von mehr als 5 bis 10 kg und ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule in vornübergeneigter oder gebückter Stellung. Ungünstig seien ausschliesslich sitzende Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum gelegentlichen Aufstehen und Umhergehen. Nicht zumutbar seien belastete Überkopftätigkeiten rechts sowie Tätigkeiten, welche eine forcierte Aussenrotation im rechten Schultergelenk verlangten. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen auf die Wirbelsäule und / oder auf das rechte Schultergelenk. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz empfehle sich eine stufenweise Belastungssteigerung. Unter den Bemerkungen führte der Kreisarzt noch einmal aus, von den vorgeschlagenen Infiltrationen wäre eine Besserung der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden zu

erwarten. 5.6 Im Einspracheverfahren liess der Beschwerdeführer einen Untersuchungsbericht des Spitals E.\_\_\_\_ (Dr. med. F.\_\_\_\_) vom 6. Juli 2021 einreichen (Suva II Nr. 197). Dort wird festgehalten, bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne man sich einen Arbeitseinsatz von 50 bis 60 % im angestammten Beruf als Chauffeur in einer leichten Tätigkeit vorstellen, was heisse, dass der Beschwerdeführer nur fahren würde und keine schweren Objekte auf- / abladen müsste. Um dies jedoch vollständig beurteilen zu können, müsse zuerst das Resultat einer Computertomographie abgewartet werden. Man werde erneut berichten. 5.7 Im Bericht über ein CT der LWS nativ vom 16. Juli 2021, durchgeführt im Spital S.\_\_\_\_ (Suva II Nr. 205) wird angegeben, es zeige sich ein Zustand nach beidseitiger dorsaler Spondylodese BWK12 auf LWK2 mit unveränderter, regelrechter Lage der Pedikelschrauben. Es bestehe kein Hinweis auf Bruch oder Lockerung des Osteosynthesematerials. Erkennbar seien progrediente anteriore Abstützreaktionen zu den benachbarten Wirbelkörpern BWK12 und LWK2 linksseitig sowie zunehmende erosive Veränderungen an den Abschlussplatten LWK 1/2, links ausgedehnter als rechts. 5.8 Im Untersuchungsbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 10. November 2021 (Suva- II Nr. 214) wurde schliesslich ausgeführt, der Ursprung der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden scheine vor allem muskulär bedingt zu sein. Hinweise auf eine Pseudarthrose bestünden nicht. Es zeige sich eine progrediente Durchbauung des Segmentes ventral. Eine Entfernung der Schrauben würde wahrscheinlich keine Verbesserung der Beschwerden bringen. Operativ könne man aktuell nichts anbieten, es müssten die konservativen Massnahmen mit Lockerung der Muskulatur und Analgesie bei Bedarf durchgeführt werden. Die Behandlung werde abgeschlossen. 5.9 Die im Einspracheverfahren eingegangenen bzw. eingeholten Unterlagen wurden ebenfalls der Versicherungsmedizin vorgelegt. Dr. med. D.\_\_\_\_ äusserte sich am 3. Dezember 2021 folgendermassen (Suva II Nr. 216): Das neue CT ändere nichts an seiner Beurteilung vom 7. Mai 2021, insbesondere betreffend Endzustand. Die Befunde vom 16. Juli 2021 zeigten eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials ohne Lockerungszeichen mit progredienter Durchbauung. Gemäss der Beurteilung des Wirbelsäulenchirurgen vom 10. November 2021 könne dem Beschwerdeführer operativ nichts angeboten werden. Die wirbelsäulenchirurgische Behandlung sei abgeschlossen. 6. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Einsprache-Entscheid auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ ab. Dieser habe am 7. Mai 2021 den Endzustand sowie das Zumutbarkeitsprofil festgelegt. Letzteres habe er gestützt auf den aktuellen Gesundheitszustand definiert. Dabei verkenne sie, dass der Kreisarzt nicht von einem gesundheitlichen Endzustand ausgeht, sondern sich nur deshalb abschliessend äussert, weil der Beschwerdeführer eine angezeigte Infiltration nicht durchführen lassen wollte. Am 1. März 2021 hatte der Kreisarzt in seiner Beurteilung noch wortwörtlich festgehalten: «Was die Rückenbeschwerden betrifft, so ist aktuell der Endzustand noch nicht erreicht [...] Aktuell ist der [Beschwerdeführer] noch arbeitsunfähig. Eine unfallbedingte Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist noch nicht gegeben» (Suva II Nr. 151 S. 13). Am 7. Mai 2021 führte er dann aus, der Endzustand sei erreicht (E. II. 5.5 hiervor), obwohl es in der Zwischenzeit keine weiteren Untersuchungen oder Erkenntnisse den Rücken betreffend gegeben hatte. Die einzige neue Erkenntnis war, dass der Beschwerdeführer sich zwischenzeitlich vom Diabetologen hatte untersuchen lassen und dieser offenbar ausgeführt hatte, es gebe seitens der Zuckerkrankheit derzeit keine Probleme, womit diese einer Infiltration, wie sie von Seiten der Wirbelsäulenspezialisten als angezeigt erachtet worden war, nicht entgegenstünde. Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin nicht einmal auf einen Untersuchungsbericht

des Diabetologen, sondern nur auf eine telefonische Auskunft der Ehefrau des Beschwerdeführers. Alleine darauffolgend durfte nicht plötzlich auf den Endzustand geschlossen und der Rentenanspruch geprüft werden. Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind). Eine solche namhafte Verbesserung versprach sich der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 1. März 2021 – in Einklang mit den behandelnden Ärzten – von einer Infiltration. In den nachfolgenden Berichten wird nicht ausgeführt oder darauf eingegangen, dass dies plötzlich nicht mehr der Fall sein sollte. Somit kann es sich beim vom Kreisarzt am 7. Mai 2021 formulierten Zumutbarkeitsprofil tatsächlich nicht um ein «aktuelles» Zumutbarkeitsprofil handeln, sondern nur um ein hypothetisches. Würde man vom Gegenteil ausgehen, würde sich die Beurteilung vom 7. Mai 2021 in diametralen Widerspruch zur kreisärztlichen Beurteilung vom 1. März 2021, also nur zwei Monate vorher, setzen, wo klarerweise noch davon ausgegangen wurde, dass eine unfallbedingte, vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In der Beurteilung vom 7. Mai 2021 werden die Frage des Endzustandes und der Rentenprüfung in unzulässiger Weise miteinander vermischt. Es kann aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine zumutbare Behandlung verweigert, nicht auf den Endzustand geschlossen werden. In dieser Konstellation hätte die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen müssen und nicht einfach die Rentenprüfung durchführen dürfen (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Der Einwand, das Abschliessen des Falls bezwecke nicht ein Sanktionieren des Verhaltens des Beschwerdeführers und die Beschwerdegegnerin habe nicht die Leistungen eingestellt, ist dabei unbehelflich. Die Beschwerdegegnerin hat sehr wohl Leistungen eingestellt, nämlich die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen. So heisst es im Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 12. Mai 2021 betreffend Fallabschluss denn auch: «Die ärztliche Beurteilung hat ergeben, dass keine weitere Behandlung mehr nötig, resp. keine weitere Behandlung von Ihnen gewünscht ist. Es kann dadurch keine wesentliche Verbesserung mehr erreicht werden. Aus diesem Grund stellen wir die Heilkosten- und Taggelderleistungen per 30. Juni 2021 ein» (Suva II Nr. 174 S. 1). Somit erweist sich der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin ist zu Unrecht vom Erreichen des Endzustandes ausgegangen. Die Beschwerde ist aus diesem Grund in dem Sinne gutzuheissen, als die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Diese hat zunächst beim Diabetologen eine Stellungnahme dazu einzuholen, ob die Infiltration dem Beschwerdeführer gesundheitlich zumutbar ist; die vorliegende Aktennotiz zum Gespräch mit der Ehefrau vermag einen schriftlichen Arztbericht nicht zu ersetzen. Sollte sich die Zumutbarkeit einer Infiltration herausstellen, so hat die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen, bevor sie neu über den Fallabschluss und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheidet. Sollte die Infiltration hingegen unzumutbar sein, so würde sich ein vorgängiges Mahn- und Bedenkzeitverfahren naturgemäss erübrigen. In beiden Fällen hat die Beschwerdegegnerin bis zum neuen Entscheid allfällige Heilbehandlungskosten des Beschwerdeführers zu übernehmen und ihm Taggelder nach Massgabe der attestierten Arbeitsunfähigkeit auszurichten. 7. Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Prüfung der von der Beschwerdegegnerin (zu Unrecht bereits) vorgenommenen Prüfung des Leistungsanspruchs wie auch des Einkommensvergleichs und der Integritätsentschädigung. Für eine nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durch die Beschwerdegegnerin zu

erfolgende Rentenprüfung erscheint mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach ergänzende Abklärungen einzuholen sind, sofern auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer versicherungsinternen ärztlichen Feststellung bestehen, die Einholung eines versicherungsunabhängigen orthopädischen Gutachtens angezeigt. Die widersprüchlichen kreisärztlichen Ausführungen zur Frage der Arbeitsfähigkeit in den Beurteilungen vom 1. März und 7. Mai 2021 des Kreisarztes (vgl. E. II. 6) hiervoor erwecken mehr als nur geringe Zweifel an deren Schlüssigkeit. 8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich (sofern es wie hier um Verrichtungen vor dem 1. Januar 2023 geht) in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Der vormalige Vertreter des Beschwerdeführers machte mit Kostennote vom 22. März 2022 (A.S. 64 f.) einen Aufwand von insgesamt 11,35 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagen von insgesamt CHF 106.90 geltend. Dies erscheint angesichts von Aktenumfang und Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Die Auslagen sind ebenfalls ausgewiesen. Entsprechend resultiert eine Parteientschädigung von CHF 3'171.10 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer zu 7,7 %).

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

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