

# **SO\_GERICHTE VSBES.2024.42 vom 26. Januar 2024**

SO Obergericht, 2024-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.42)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.42 du 26 janvier 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.42 del 26 gennaio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

ff.).

### **E. 2**

2.1 Mit Zuschrift vom 29. Februar 2024 lässt der Beschwerdeführer gegen den vorerwähnten Einspracheentscheid vom 26. Januar 2024 Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 11 ff.):

2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. März 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (A.S. 22 ff.).

2.3 Mit Replik vom 3. Juni 2024 lässt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren und Ausführungen in der Beschwerde vollumfänglich festhalten (A.S. 42 f.).

2.4 Am 12. Juli 2024 stellt das Gericht mit Instruktionsverfügung gleichen Datums fest, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik innert Frist verzichtet hat (A.S. 46).

2.5 Mit Eingabe vom 12. August 2024 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 47 ff.). Diese wird in der Folge der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 51).

2.6 Auf die 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 zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 11. März 2015 ab 1. Juli 2012 auf 27 % herabgesetzte Invalidenrente (Suva-Nr. 76), welche vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 7. März 2018 in dieser Höhe ab 1. April 2015 bestätigt wurde (VSBES.2016.135; Suva-Nr. 112), mit vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid zu Recht ab 1. Februar 2021 auf 33 % erhöhte. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei ihm spätestens ab 1. Februar 2021 eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 37 % zuzusprechen (vgl. E. I. 2.1 hiervor). Umstritten ist somit die Höhe des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers aus der Unfallversicherung ab 1. Februar 2021.

### **E. 3**

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) gewährt der Unfallversicherer seine Leistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt dabei (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3. S. 358).

Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG.

Ist der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

3.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach 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 zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs ■ respektive, in der hier gegebenen Konstellation einer Revision, der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011, E. 7.2.1) ■ massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neu Beurteilung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 350 f.).

4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede (wesentliche) Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Invalidenrente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dazu gehört insbesondere die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die gesundheitliche Beeinträchtigung. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben oder eine andere Art der Invaliditätsbemessung zur Anwendung kommt. Demgegenüber bleibt eine lediglich andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts unbeachtlich. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand schliessen zu können. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der

Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_188/2024 vom 20. März 2025 E. 2.2. mit Hinweisen).

## **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 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 351 E. 3a S. 352). 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 Rechtsanspruches 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 353 E. 3b bb). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 39 E. 7.2.2 S. 110 f.).

6. Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob ein Revisionsgrund gegeben ist:

6.1 Die Beschwerdegegnerin wies im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid darauf hin, die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers habe am 27. Juni 2022 auf die

entsprechende Anfrage hin angegeben, dass dieser im Gesundheitsfall im Jahr 2021 ein Valideneinkommen von CHF 70'751.00 erzielt hätte. Zu Recht sei in der Einspracheergänzung vom 30. Januar 2023 (Suva-Nr. 325) darauf hingewiesen worden (vgl. Suva-Nr. 345 S. 7 Ziff. 4; A.S. 7 Ziff. 4). Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer ohne Unfall ein Einkommen in Höhe von CHF 70'751.00 (13 x CHF 5'400.00 [Grundlohn] und 12 x CHF 45.90 [Zulagen] erzielt; vgl. Suva-Nr. 299 S. 2). Im Einspracheentscheid vom 8. April 2016 bzw. im Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. März 2018 war das Valideneinkommen des Beschwerdeführers noch auf CHF 64'143.00 (Suva-Nr. 94 S. 5) bzw. CHF 65'268.00 (Suva-Nr. 112 S. 25) festgesetzt worden. Wie (oben unter E. II. 4.2 hiavor) erwähnt, ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben. Mit dem höheren Valideneinkommen von CHF 70'751.00 ist eine erwerbliche Veränderung eingetreten, die Auswirkung auf den Rentenanspruch des Beschwerdeführers hat. Im Weiteren gilt es zu beachten, dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer im Rahmen einer Neuanmeldung mit Verfügung vom 25. Juli 2022 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 40 % ab 1. Februar 2022 zugesprochen hat (vgl. Suva-Nr. 288 S. 2 und 308). Eine Revision der IV-Renten stellt gemäss Art. 34 Abs. 1 UVV auch einen Revisionsgrund für die Invalidenrente der Unfallversicherung dar, wenn sie auf eine Veränderung zurückgeht, die auch für diese relevant ist. Ein Revisionsgrund ist somit gegeben. Demnach ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. E. II. 4.2 hiavor). Der von der Beschwerdegegnerin festgesetzte Revisionszeitpunkt (1. Februar 2021), ab welchem der Beschwerdeführer bei seiner bisherigen Arbeitgeberin eine Arbeitsstelle im Recycling mit einem Pensum von 50 % aufgenommen hat (vgl. Suva-Nr. 293 S. 94), erweist sich als sachgerecht. In diesem Zeitpunkt ist von einer Stabilität der einer Rentenberechnung zugrundeliegenden Faktoren auszugehen. Von weiteren Behandlungen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands mehr zu erwarten (vgl. Stellungnahme der Suva-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2020 [Suva-Nr. 252]; vgl. E. II. 8.10 hiernach; vgl. auch Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 19. März 2021 [Suva-Nr. 271]). Sowohl das Vorliegen eines Revisionsgrundes als auch der Revisionszeitpunkt wird denn auch von keiner Seite bestritten. Strittig ist dagegen die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (Einspracheentscheid vom 8. April 2016 [Suva-Nr. 94]) bzw. Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. März 2018 [Suva-Nr. 112]) verändert, d.h. verschlechtert hat.

## 6.2

6.2.1 Die Beschwerdegegnerin hielt im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. Januar 2024 fest, die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts sei revisionsrechtlich unerheblich. Die Suva-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ lege in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2022 zum F.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 nachvollziehbar dar, weshalb eine Erhöhung der Einschränkung um weitere 10 % der in der Verfügung vom 11. März 2015 angerechneten 20 % auf nunmehr 30 % nicht schlüssig sei. Folglich sei es sachgerecht, ab dem 1. Februar 2021 von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Umfang von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen psychisch bedingten

Einschränkungen und dem Unfall vom 18. März 2000 sei zu verneinen (Suva-Nr. 345 S. 7 Ziff. 3; A.S. 7 Ziff. 3).

6.2.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, die Beschwerdegegnerin habe trotz gutachterlich attestierter Arbeitsunfähigkeit von 30 % im polydisziplinären F.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 nicht auf diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung abgestellt, sondern ihr Entscheid beruhe auf ihrer eigenen reinen Aktenbeurteilung, was nicht rechtskonform sei. Das F.\_\_\_\_-Gutachten sei im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt worden. Der im angefochtenen Einspracheentscheid enthaltenen Behauptung, wonach es sich bei der F.\_\_\_\_-Beurteilung um eine revisionsrechtlich irrelevante Andersbewertung handle, sei entgegenzuhalten, dass zwischen den Parteien unstrittig ein Revisionsgrund vorliege, weshalb die übrigen Invaliditätsbemessungsfaktoren bzw. der Sachverhalt zu den übrigen für den Rentenanspruch wesentlichen Faktoren frei zu prüfen seien. Die Beschwerdegegnerin glaube gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_, dass eine Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit von 20 % auf 30 % nicht schlüssig begründet sei, weil auch eine funktionelle Überlagerung der Schmerzsymptomatik vorliege. Die Ausführungen der Suva-Ärztin seien jedoch nicht geeignet, konkrete Indizien gegen die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Einschätzung durch den rheumatologischen Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ im F.\_\_\_\_-Gutachten zu begründen. Im rheumatologischen Teilgutachten habe er nachvollziehbar und schlüssig ausgeführt, dass sich ein chronifiziertes Beschwerdebild der rechten Hüfte zeige, welches sich «dokumentiert im Arthro-MRT vom 10.06.2020» durch pathoanatomische Veränderungen erklären lasse und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % begründe. Die Feststellung, dass nicht das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden rein somatisch erklärbar sei, ändere nichts an den klaren Aussagen des rheumatologischen Gutachters. Es seien daher keine Gründe ersichtlich, nicht auf die Beurteilung im vollumfänglich beweiskräftigen F.\_\_\_\_-Gutachten einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit abzustellen (A.S. 15 f. Ziff. 6).

6.2.3 Die Beschwerdegegnerin hält dem in ihrer Beschwerdeantwort entgegen, aus der Sicht des rheumatologischen F.\_\_\_\_-Teilgutachters Dr. med. G.\_\_\_\_ bestünden pathoanatomische Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte, dokumentiert im Arthro-MRT vom 10. Juni 2020, welche auch bei fehlendem Ansprechen auf eine intraarticuläre Hüftinfiltration durchaus als solche gewertet werden könnten, im Sinne einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts. Im Widerspruch dazu sei er der Meinung, dass das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden aus rein somatischer Sicht abschliessend nicht komplett zu erklären sei. Das Belastungsprofil, wie es auf S. 98 des Gutachtens definiert sei, sei schlüssig und gebe eigentlich die Beurteilung der Beschwerdegegnerin vom 14. Juli 2015 und 18. Dezember 2020 wieder. Einzig die zeitliche Leistungsbegrenzung, die mit einem erhöhten Pausenbedarf erklärt werde, könne nicht nachvollzogen werden, sei das Belastungsprofil doch sehr niederschwellig angesetzt. Dr. med. D.\_\_\_\_ halte an ihrer kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Dezember 2020, wonach sich das Belastungsprofil gegenüber der Beurteilung vom 14. Juli 2015 nicht wesentlich verändert habe, fest. Soweit der Beschwerdeführer die Übernahme der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung gemäss F.\_\_\_\_-Gutachten im vorliegenden Unfallversicherungsverfahren propagiere, könne ihm nicht gefolgt werden. Im vorliegenden Unfallversicherungsverfahren fehle es bezüglich der aktenkundigen psychisch bedingten Einschränkungen zumindest an der adäquaten Kausalität zum Unfallereignis. Entsprechend

habe die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt zu bleiben. Die Beschwerdegegnerin sei für funktionelle Überlagerungen nicht leistungspflichtig. Dr. med. D.\_\_\_\_ erkläre nachvollziehbar, weshalb eine Erhöhung der Einschränkung um weitere 10 % der in der Verfügung vom 11. März 2015 angerechneten 20 % auf nunmehr 30 % nicht schlüssig sei. Folglich sei es sachgerecht, ab dem 1. Februar 2021 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Eine Einschränkung von 20 % sei aus Sicht der Unfallversicherung sachgerecht (A.S. 28 ff.).

6.2.4 In seiner Replik äussert sich der Beschwerdeführer noch dahingehend, der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit komme höherer Beweiswert zu als der nicht nachvollziehbaren Aktenbeurteilung der Suva-Ärztin (A.S. 43).

## **E. 7**

7.1 Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt kurz darzulegen, wie er dem Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. April 2016 (Referenzzeitpunkt; Suva-Nr. 94) zu Grunde lag. Den Erwägungen kann im Wesentlichen Folgendes entnommen werden (vgl. S. 4 f. Ziff. 2b):

Wie gesehen, bestehen im Vergleich zu seinerzeit keine psychischen Folgen mehr. In somatischer Hinsicht sind indes nach wie vor unfallbedingte Befunde gegeben. Gemäss den im Rahmen der Rentenrevision von der IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlassten medizinischen Abklärungen, namentlich dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 03.06.2009 (inkl. Ergänzungsbericht vom 29.06.2009) sowie vom 18.10.2011 (inkl. Ergänzungsbericht vom 31.01.2012) ist Herrn A.\_\_\_\_ aufgrund der somatischen Unfallfolgen eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit mit regelmässigen sitzenden Anteilen, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten wird, grundsätzlich zu 100 % zumutbar. Aufgrund der persistierenden leichten neuropsychologischen Defizite bestehe jedoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Das entsprechende Zumutbarkeitsprofil wurde von den Gerichten im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren bestätigt. Ebenso der noch vorgenommene Leidensabzug von 10 %. Davon ist auch im vorliegenden Verfahren auszugehen und es kann insofern insbesondere auch auf die Ausführungen im Urteil des Verwaltungsgerichts (recte: Versicherungsgerichts) des Kantons Solothurn vom 25.03.2014 (vgl. Suva-Nr. 62 S. 3 ff.) verwiesen werden.

7.2 Aus den Erwägungen des Versicherungsgerichts im Urteil vom 7. März 2018 (VSBES.2016.135) geht im Wesentlichen Folgendes hervor (Suva-Nr. 112 S. 24 ff.):

11.4 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2003 erheblich verbessert hat, und die damals noch bestehende erhebliche, psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit spätestens im Jahr 2009 weggefallen war. Damit liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor. ( )

12.3 Bei der Invaliditätsbemessung ist von demjenigen Zumutbarkeitsprofil auszugehen, welches das Versicherungsgericht im IV-Verfahren formuliert hat. Das Gericht ging gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 davon aus, beim Beschwerdeführer bestehe für die angestammte sowie für andere körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten eine bleibende, 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine 80%ige

Arbeits- und Leistungsfähigkeit, die sich vollschichtig realisieren lasse. Die rheumatologischen Befunde bewirkten eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit regelmässigen sitzenden Anteilen, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten wird. Die Reduktion des Leistungsvermögens auf 80 % (bei vollem Pensum) ergebe sich aus den persistierenden leichten neuropsychologischen Defiziten (Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2012.165 vom 25. März 2014 E. II. 11.3). ( )

13.3 Nach dem Gesagten lässt sich die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung nicht beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat die laufende Rente zu Recht auf eine solche von 27 % herabgesetzt.

8. Gestützt auf die vorliegend ins Recht gelegten Akten präsentiert sich die medizinische Situation des Beschwerdeführers im Verlauf wie folgt:

8.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeinarzt, hielt in seinem Bericht vom 21. Oktober 2018 fest, der Beschwerdeführer sei nun wieder in seiner Sprechstunde. Es finde sich eine posttraumatische, schwere heterotope Ossifikation im Bereich der rechten Hüfte. Der Patient arbeite nun wieder zu 50 % an seinem angestammten Arbeitsplatz. Er habe aber Mühe und belastungsabhängige Schmerzen. Er Sorge sich um seinen Arbeitsplatz (Suva-Nr. 128).

8.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2018 fest, die geltend gemachten Hüftbeschwerden rechts seien mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 18. März 2000 zurückzuführen (Suva-Nr. 130; vgl. auch Schadenmeldung UVG vom 28. November 2018 [Suva-Nr. 131]).

8.3 Am 18. Juni 2019 wurde der Beschwerdeführer im E.\_\_\_\_ an der rechten Hüfte operiert (Exzision heterotope Ossifikationen aus dem Gluteus minimus und medius über transglutealen Zugang der Hüfte rechts mit Kapsulotomie und Offsetkorrektur anterosuperior; vgl. Bericht vom 24. Juni 2019 [Suva-Nr. 147]). Im Austrittsbericht der Hüftchirurgie des E.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2019 wurde angegeben, es habe sich ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf gezeigt. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien postoperativ intakt gewesen. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung sei problemlos erfolgt. Die postoperative Röntgenkontrolle habe korrekte Stellungsverhältnisse gezeigt. Die Entlassung sei bei gutem Allgemeinbefinden und mit reizlosen Wundverhältnissen in die ambulante Weiterbehandlung erfolgt (Suva-Nr. 148).

8.4 Die Beurteilung im Bericht des E.\_\_\_\_, Hüftchirurgie, vom 23. Oktober 2019 lautete wie folgt: Subjektiv habe der Patient leider nicht von der Exzision der grossen, heterotypen Ossifikation profitieren können. Radiologisch zeige sich keine Neubildung. Es werde das Weiterführen der Physiotherapie zur Kräftigung empfohlen. Die Arbeitsunfähigkeit werde nochmals verlängert und müsse zukünftig mit dem Hausarzt besprochen werden (Suva-Nr. 175).

8.5 Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 22. November 2019 wurde dargelegt, in der aktuellen Befundkonstellation mit aggravierten, vermutlich neuropathischen Beschwerden sehe man ein primär chirurgisches Vorgehen momentan nicht als indiziert. Es werde mit dem Patienten besprochen, dass man eine konservative Therapie vorerst intensivieren und die Beschwerden objektiv dokumentieren wolle. In diesem Sinne werde die hausinterne

Ergotherapie hinzugezogen (Suva-Nr. 195 S. 3 f.).

8.6 Am 10. Juni 2020 wurde im E.\_\_\_\_ eine MR Arthrografie der Hüfte rechts erstellt. Die Beurteilung lautete wie folgt: Zeichen eines femoroazetabulären Impingements rechts bei komplexem Labrumriss mit angrenzender Delamination Knorpeldefekt und Schenkelhalstaillierungsstörung; geringe, am Acetabulumdach betonte degenerative Veränderungen im Hüftgelenk rechts; postoperative Veränderungen um Trochanter major und Kapselverdickung; Verdacht auf Bursitis trochanterica rechts bei Flüssigkeit um Trochanter major; geringe fettige Muskelatrophie (Suva-Nr. 226).

8.7 Am 26. Juni 2020 erfolgte eine diagnostische/therapeutische Hüftgelenksinfiltration rechts (Suva-Nr. 228 S. 2). Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 13. August 2020 wurde im Rahmen der Beurteilung angegeben, leider habe der Patient von der Exzision der heterotopen Ossifikationen mit Refixation der Abduktorensehne nicht profitiert. Radiologisch zeigten sich in der letzten Aufnahme keine wiederauftretenden heterotopen Ossifikationen mit verbleibender kleiner Ossifikation an der Trochanterspitze. Obschon der Patient klinisch-mechanische Beschwerden in tiefer Flexion habe, sehe man leider keine chirurgische Option, die Beschwerden weiter zu verbessern. Auch die intraartikuläre Infiltration habe keine deutliche Schmerzverbesserung gebracht. Die Option mit einem Kunstgelenk erscheine bei dem sehr jungen Patienten unter fehlendem Ansprechen der Infiltration als auch der ausbleibenden Arthrose keine valable Option. Es seien hier keine fixen Nachkontrollen vorgesehen (Suva-Nr. 230).

8.8 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in ihrer Beurteilung vom 25. August 2020 fest, aus orthopädischer und plastisch-chirurgischer Sicht könnten dem Versicherten keine Optionen mehr angeboten werden. Leider seien die Beschwerden nach der Operation subjektiv unverändert oder sogar eher schlechter. Trotz aktuell laufender schmerztherapeutischer Behandlung könne schon zum aktuellen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass von weiteren Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands mehr zu erwarten sei. Das Belastungsprofil habe sich gegenüber der Beurteilung vom 14. Juli 2015 nicht wesentlich verändert. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit regelmässigem Sitzen und Anteilen, bei welchen eine Hebe- und Traglimite von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten werde, bestehe eine zeitliche und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des postoperativen Verlaufs sowie der noch beklagten Beschwerden müsste in diesem Zusammenhang nochmals ein stationärer Rehaufenthalt in der I.\_\_\_\_ diskutiert werden. Während eines solchen Aufenthalts könnte die Gesamtsituation auch aus arbeitstechnischer Sicht nochmals begutachtet werden. Ausserdem könnte der Versicherte von verschiedenen physikalischen Massnahmen vor Ort profitieren. Der Versicherte möchte aber aufgrund der schwierigen familiären Situation dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen (Suva-Nr. 236).

8.9 Im Bericht des J.\_\_\_\_ vom 27. November 2020 (Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt Anästhesie) wurde eine chronische multilokuläre Schmerzproblematik mit somatischen und psychischen Anteilen diagnostiziert. Zur Anamnese wurde angegeben, für den Patienten sei die Schmerzproblematik unverändert. Es bestehe ein Dauerschmerz in der rechten Hüfte, bei Belastung sei er schlimmer, im Liegen erträglicher. Dieser Schmerz stehe aktuell im Vordergrund. Bei der Arbeit quäle er sich durch, so gut es gehe, weil er auf das Einkommen angewiesen sei; danach müsse er sich hinlegen. Die Operation im Juni 2019 habe leider zu einer Verschlechterung der Schmerzproblematik geführt. Im Weiteren seien Nervenschmerzen im linken Bein vorhanden, wie eine schubweise Hitzeexplosion. Die

Infusion habe leider nichts gebracht. Während der Infusion habe er zwar weniger Schmerzen verspürt, weil er sich jeweils wie narkotisiert gefühlt habe. Am nächsten Tag sei jedoch alles beim Alten gewesen. Von der Psyche her fühle er sich momentan stabil, auch wenn das Leben hart sei. Die Schlafqualität sei schmerzbedingt nicht gut. Die Beurteilung lautete wie folgt: Leider bestehe kein anhaltendes positives Ansprechen auf die Lidocain-/Ketamin-Infusion, weshalb es nicht sinnvoll sei, diese weiterzuführen. Die im Vordergrund stehenden Hüftschmerzen rechts seien für den Patienten invalidisierend, die Funktionsfähigkeit habe sich seit der letzten Operation verschlechtert. Die konservativen Therapieoptionen seien im Grossen und Ganzen ausgeschöpft. Eine weitere Operation sei laut dem behandelnden Orthopäden aktuell nicht indiziert und mit einem Risiko einer weiteren Schmerzexazerbation verbunden. Die gegenwärtige Beschäftigung könne der Patient nur mit Mühe bewältigen. Entlastend für den Patienten und damit auch positiv bezüglich Schmerzproblematik wäre deshalb eine bessere finanzielle Unterstützung oder einer veränderte Arbeitssituation (Suva-Nr. 249 S. 2 ff.).

8.10 Am 18. Dezember 2020 nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ dahingehend Stellung, wie in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 25. August 2020 (vgl. Suva-Nr. 8.8 hiervor) nachzulesen sei, könnten dem Versicherten aus orthopädischer und plastisch-chirurgischer Sicht keine Optionen mehr angeboten werden. Seine Beschwerden nach der Operation seien subjektiv unverändert oder eher sogar schlechter. Aufgrund der schwierigen familiären Situation sei vom Versicherten ein nochmals angebotener stationärer Reha-Aufenthalt nicht in Anspruch genommen worden. In der Zwischenzeit sei die schmerztherapeutische Behandlung weitergeführt worden, ohne dass sich eine Verbesserung eingestellt habe. Es könne nun definitiv davon ausgegangen werden, dass von weiteren Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei. Das Belastungsprofil habe sich gegenüber der Beurteilung vom 14. Juli 2015 nicht wesentlich verändert. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit regelmässig sitzenden Anteilen, bei der eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten werde, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Arbeiten auf unebenem Gelände sowie Arbeiten in kniender oder kauender Position seien zu vermeiden. Arbeiten, die ein regelmässiges Besteigen von Gerüsten und Leitern sowie ein regelmässiges Begehen von Treppen nötig machten, seien ungeeignet. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil wäre der Versicherte wieder zu 100 % arbeitsfähig (Suva-Nr. 252).

8.11 Aus der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 18. Februar 2021 geht hervor, der Beschwerdeführer arbeite seit anfangs Februar 2021 wieder zu 50 %. Es sei ihm angeboten worden, jeweils am Montag und Dienstag sowie am Donnerstag und Freitag etwas länger zu arbeiten, damit er am Mittwoch eine Pause einlegen könne. Er arbeite aktuell aber «ganz normal» jeden Tag seine 4 bis 4 ½ Stunden. Dies funktioniere bis anhin anscheinend gut (Suva-Nr. 258).

8.12 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 21. April 2021 die Diagnosen «ICD-10: F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode» und «DSM-5 300.82: «Somatic Symptom Disorder» bzw. «Somatische Belastungsstörung, mit überwiegendem Schmerz»». Zur Beurteilung gab er an, es liege eine depressive Affektlage mit Symptomen einer mittelgradigen depressiven Episode vor, welche zusammen mit den chronifizierten Schmerzen eine klinisch relevante negative gegenseitige Wechselwirkung

aufweise, welche die somatogene Schmerzwahrnehmung zusätzlich emotional-limbisch verstärke. Die Arbeitsbelastung sollte immer in der Behandlung chronischer Schmerzen berücksichtigt werden, welche dem Anforderungsprofil und den Ressourcen des Patienten angepasst seien. Sei der Patient überfordert, werde es zuerst zur Zunahme von medizinischen Behandlungen, anschliessend zu vermehrten Arbeitsausfällen und zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit kommen.

Zur Arbeitsfähigkeit legte der behandelnde Psychiater dar, es müsse davon ausgegangen werden, dass der Patient seine Restarbeitsfähigkeit nur an einem den körperlichen und psychischen Beschwerden adaptierten Arbeitsplatz realisieren könne. Die festgestellte komorbide psychische Störung begründe aktuell eine arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Aufgrund der Befunde, dem Krankheitsverlauf, der erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen sowie der verminderten psychischen Ressourcen sei die psychische Kraft des Patienten eingeschränkt, daher sei er in seiner angestammten Tätigkeit rein aus psychiatrischer Sicht mindestens zu 40 % arbeitsunfähig. Dies werde mit der verminderten Konzentrationsfähigkeit, der Verlangsamung bei komplexen Aufgaben und Einschränkungen bei komplexen Handlungs- und Planungsaufgaben, dem verminderten Antrieb, diffusen Schmerzen sowie allgemeiner Verunsicherung und deutlich verminderter Stresstoleranz begründet. Die hohe Verantwortung und das geregelte Arbeitstempo, die eine Tätigkeit verlange, könne er nicht mehr übernehmen. Die Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt. Es bestehe eine erhöhte Anfälligkeit für Kränkungen, insbesondere wenn er sich überfordert fühle. Die Erholungs- und Ruhephasen seien verlängert (Suva-Nr. 274 S. 5 ff.).

8.13 Dem interdisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) F.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 können im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronische Periarthropathia coxae rechts (ICD-10 M24.8)», «Rezidivierende leichtgradige depressive Störung (ICD-10 F33.0) bei Z.n. F33.1» und «Chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)» entnommen werden. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde zur Krankheitsentwicklung im Wesentlichen dargelegt, der 1981 geborene und seit 1993 in der Schweiz wohnhafte Explorand habe ab Juni 1999 als Rüster, Lagerangestellter und Staplerfahrer im B.\_\_\_\_, [...], gearbeitet. Am 18. März 2000 habe er bei einem frontalen Autounfall ein Polytrauma erlitten mit konsekutiver voller Arbeitsunfähigkeit. Ab März 2003 habe er vom alten Arbeitgeber einen neuen Arbeitsvertrag mit einem Beschäftigungsgrad von 25 % erhalten, wobei er gemäss Lebenslauf von März 2003 bis Dezember 2015 bei einer Anwesenheit von 25 % ein Arbeitspensum von effektiv 10 % geleistet habe. Seit August 2018 arbeite er in einem Pensum von 50 % als Mitarbeiter Entsorgung. Aufgrund eines operativen Eingriffs am Bewegungsapparat am 19. Juni 2019 im E.\_\_\_\_ (Exzision heterotope Ossifikationen aus dem Gluteus minimus und medius über transglutealen Zugang der Hüfte rechts mit Kapsulotomie und Offsetkorrektur anteriorsuperior) habe vom 18. Juni 2019 bis 21. Januar 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit und vom 27. Januar 2020 bis Ende Januar 2021 eine solche von 80 % bestanden. Seit anfangs Februar 2021 arbeite er wieder in einem Pensum von 50 % (4 bis 4 ½ Stunden pro Tag), wobei dem Exploranden aus psychiatrischer Sicht von seinem behandelnden Psychiater, Dr. med. L.\_\_\_\_, gemäss Bericht vom 21. April 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % attestiert worden sei. Aktuell arbeite er von

Montag bis Freitag von 7:10 bzw. 7:15 Uhr bis 11:15 Uhr, unterbrochen von einer Rauchpause von 10 Minuten. Eine Steigerung des aktuellen Pensums von 50 % erachte der Explorand aufgrund seiner Schmerzen als nicht realisierbar.

Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete wie folgt: Aus rheumatologischer Sicht könne das Ausmass der seit Jahren beklagten Schmerzsymptomatik rein somatisch-orientiert abschliessend schwierig erklärt werden. Eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden müsse differentialdiagnostisch diskutiert werden. Hinweise auf eine eindeutige Schmerzausweitungs- oder gar Schmerzgeneralisierungstendenz habe man nicht gefunden. Aufgrund der vorliegenden bildgebenden Befunde, vor allem des Arthro-MRT der rechten Hüfte, könne insgesamt von einer gewissen Leistungseinbusse für berufliche Tätigkeiten im freien Arbeitsmarkt ausgegangen werden. Aus neurologischer Sicht seien die geltend gemachten Einschränkungen vor dem Hintergrund einer lediglich minimal bis leichten Hirnstörung nicht nachvollziehbar. In der Untersuchungssituation imponierten schwerfällige und allgemein verlangsamte Bewegungsabläufe. Aus psychiatrischer und allgemeininternistischer Sicht habe man keine Hinweise auf Inkonsistenzen, Verdeutlichungstendenzen, Aggravation oder gar Simulation gefunden.

Die gesamtmedizinische Beurteilung lautete wie folgt: Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter wie auch in anderen körperlich anhaltend mittelschweren und schweren Tätigkeiten eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Diagnose chronische Periarthropathia coxae rechts. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden und adaptierten Verweistätigkeit im freien Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von 70 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts wie auch Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder rückhalteposition seien dem Exploranden nicht mehr zuzumuten. Dies gelte auch für das berufsbedingte Benützen von Treppen oder gar Gerüsten und Leitern. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille seien auf maximal 7.5 kg zu limitieren. Auch aus neurologischer Sicht bestünden aufgrund der Diagnose St.n. Polytrauma am 18. März 2000 mit Schädelhirntrauma mit Subarachnoidalblutung hochparietal links und leichten kognitiven Defiziten quantitative und qualitative Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit. So bestehe in der bisherigen wie auch in einer optimal angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Aufgaben mit hohem kognitivem Anspruch oder erhöhter konzentrativer Ausdauer seien dem Exploranden nicht zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund einer rezidivierenden leichtgradigen depressiven Störung und eines chronischen Schmerzsyndroms in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Folgende Tätigkeiten sollten vermieden werden: Zeitdruckarbeit, Einzel- und Gruppenakkord, Fliessband- und taktgebundene Arbeiten, Wechselschicht- und Nachtschichtarbeiten, Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastung, an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen, die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit sowie mit Publikumsverkehr. Aus allgemeininternistischer Sicht beeinträchtigten die Diagnosen Adipositas WHO Grad III, Verdacht auf arterielle Hypertonie, anhaltender Nikotinabusus und Hypertriglyzeridämie die zuletzt ausgeübte wie auch eine andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit nicht.

Zur Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde angegeben, aus rheumatologischer Sicht klage der Explorand über

chronische periartikuläre Hüftgelenksbeschwerden rechts bei Zustand nach wiederholten operativen Interventionen im Nachgang zu einem Polytrauma, erlitten im März 2000. Die beklagten Beschwerden könnten aus rein somatischer Sicht abschliessend nicht komplett erklärt werden. Eine relevante Schmerzausweitungs- oder Generalisierungstendenz liege nicht vor. Aus neurologischer Sicht seien die kognitiven Fähigkeiten weitestgehend erhalten, wobei minimale bis leichte Einschränkungen bei Zustand nach Subarachnoidalblutung anzunehmen seien. Formal-neurologisch finde man keine motorischen und sensiblen Einschränkungen. Die hohe subjektive Behinderungsüberzeugung sei ein negativer Kontextfaktor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Komorbidität in Form einer Schmerzstörung. Schmerzen gingen altersunabhängig mit einem hohen Risiko für affektive Einschränkungen einher. Das Risiko für eine Chronifizierung sei gross, was zur Entwicklung weiterer psychischer Probleme beitragen könne. Die derzeitige Tätigkeit könne als optimal angepasst beurteilt werden. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Explorand seine Restarbeitsfähigkeit noch weiter steigern könne. Aus allgemeininternistischer Sicht arbeite der Explorand aktuell in einem Pensum von 50 % als Mitarbeiter Entsorgung. Es bestünden gute soziale Verhältnisse, auch sei der Explorand fähig, regelmässig mit seinem Auto zu fahren. Eine fehlende Ausbildung, die Beschwerden am Bewegungsapparat, eine mangelnde körperliche Aktivität und eine subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung seien Belastungsfaktoren.

Die Gesamtarbeitsfähigkeit wurde wie folgt begründet: Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter wie auch in anderen körperlich anhaltend mittelschweren und schweren Tätigkeiten eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden und adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer anderen körperlich adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Dagegen bestehe aus psychiatrischer Sicht in genannten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Aus allgemeininternistischer Sicht seien keine weiteren Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit zu finden. Die aus rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten könnten in der Summe nicht addiert werden, da für die jeweiligen Ruhephasen die gleichen Pausen in Anspruch genommen werden könnten.

Das Belastungsprofil für eine angepasste Tätigkeit wurde wie folgt umschrieben: Körperlich leichte, wechselbelastende und adaptierte Tätigkeit. Folgende Arbeiten könnten dem Exploranden nicht mehr zugemutet werden: Zeitdruckarbeit, Einzel- und Gruppenakkord, Fliessband- und taktgebundene Arbeiten, Wechselschicht- und Nachtschichtarbeiten, Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit, an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen, die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit sowie mit Publikumsverkehr, stereotype Rotationsbewegungen des Achsen skelettes und Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Das Gehen in der Ebene auf unebenem Untergrund für kürzere Gehstrecken sei z.B. für Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich, das berufsbedingte Benützen von Treppen oder gar Gerüsten und Leitern sei nicht möglich. Das Heben und Tragen von Lasten sei bis zur Taille auf 5 kg, maximal 7,5 kg zu limitieren. In einer solchen Tätigkeit wäre eine Präsenz von 5 bis 6 Stunden pro Tag möglich. Es bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Die

Arbeitsfähigkeit in einer solchen angepassten Tätigkeit belaufe sich auf 60 % (Arbeitsunfähigkeit von 40 %; bezogen auf ein 100%-Pensum). Von dieser Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne seit Februar 2020 ausgegangen werden, dem Zeitpunkt der Feststellung einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands. Vorgängig könne die vom C.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % bestätigt werden (Suva-Nr. 293 S. 2 ff.).

8.13.1 Der allgemeininternistische F.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin (Fallführung), konnte in seinem Teilgutachten vom 8. Februar 2022 (Untersuchung vom 11. Januar 2022) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Adipositas WHO Grad III, der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, anhaltender Nikotinabusus und Hypertriglyceridämie haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (8.5 Stunden pro Tag). Eine Leistungseinschränkung bestehe nicht. Als angepasste Tätigkeiten seien körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten zu nennen. Bei Vorliegen eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (OSAS) wären dem Exploranden, solange keine adäquate Behandlung eingeleitet worden sei, Schichtarbeiten, selbst- oder fremdgefährdende Tätigkeiten wie auch das berufsbedingte Führen von Fahrzeugen nicht zumutbar. Eine adaptierte Tätigkeit sei ebenfalls uneingeschränkt (8.5 Stunden pro Tag) ohne Leistungseinschränkung zuzumuten. Im Vordergrund stehe eine Gewichtsreduktion mittels Steigerung der körperlichen Aktivität und Ernährungsberatung. Aus allgemeininternistischer Sicht empfehle sich die Abklärung eines OSAS, zudem eine ambulante Kontrolle der erhöhten Blutdruckwerte und je nach Resultat eine Einleitung einer entsprechenden Behandlung. Zudem sollte der Explorand dazu angehalten werden, den Nikotinkonsum zu sistieren (Suva-Nr. 293 S. 55 ff.).

8.13.2 Der neurologische F.\_\_\_\_-Teilgutachter, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Teilgutachten vom 8. Februar 2022 (Untersuchung am gleichen Tag) die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «St.n. Polytrauma am 18.03.2000 mit Schädelhirntrauma mit Subarachnoidalblutung hochparietal links (ICD-10 S06.6) und leichten kognitiven Defiziten». Die Diagnose «Chronifiziertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der medizinischen Beurteilung gab der Neurologe an, in der Zusammenschau sei es bei dem aktuell 40-jährigen Exploranden gemäss eigenen Angaben und der Aktenlage im März 2000 zu einem Polytrauma bei einem Verkehrsunfall gekommen, bei welchem er eine Beckenringfraktur links sowie beidseitige Femurfrakturen erlitten habe. Auf neurologischem Fachgebiet sei anhand der Aktenlage von einer ca. einstündigen Amnesie sowie subjektiven Orientierungsstörungen über zwei Tage auszugehen. Es werde eine Hirnverletzung bei parietaler Subarachnoidalblutung links dokumentiert (I.\_\_\_\_, 02/2001). In diesem Zusammenhang werde neuropsychologisch von einer minimalen bis leichten Störung ausgegangen, welche «wahrscheinlich ohne gravierende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit bei zusätzlich Bestehen der Schmerzproblematik» sei. Gemäss eigenen Angaben verbleibe die lokalisierte Schmerzsymptomatik nach den erwähnten Frakturen weitestgehend statisch; auch eine Metallentfernung im Jahr 2002 habe zu keiner relevanten Entlastung geführt. Vielmehr sei es im Jahr 2019 bei erneutem operativem Eingriff der rechten Hüfte bei Ossifikationen und hiernach subjektiv zu einer weiteren Schmerzverstärkung gekommen. In diesem Zusammenhang habe über einen längeren

Zeitraum eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 25 % bestanden, welche erst ab 2018 auf 50 % gesteigert worden sei. Zum aktuellen Zeitpunkt beklage der Explorand insbesondere Schmerzen der rechten Hüfte, des linken Oberschenkels, punktuell der Lendenwirbelsäule sowie beider Knie mit rechtsseitiger Betonung und allenfalls selten der linken Schulter. Erst auf Nachfrage sei eine gewisse Vergesslichkeit beschrieben worden, das Namensgedächtnis habe deutlich abgenommen und der Explorand müsse sich alles aufschreiben. Klinisch-neurologisch finde sich ein weitestgehend unauffälliger Hirnnervenstatus, wobei subjektiv eine Hypästhesie der gesamten linken Gesichtshälfte angegeben werde. Motorisch liessen sich keine relevanten Einschränkungen erkennen. Gesamthaft sei unverändert zum Jahr 2011 beim vorerwähnten Unfall und nachgewiesener Subarachnoidalblutung von einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Fachgebiet auszugehen. Es imponierten schwerfällige und allgemein verlangsamte Bewegungsabläufe, wobei weitestgehend Übereinstimmung mit der neurologischen Begutachtung des polydisziplinären Gutachtens des C. \_\_\_ aus dem Jahr 2011 bestehe.

Im Weiteren wurde dargelegt, es ergäben sich nun 22 Jahre nach dem Unfall und der Begutachtung von 2011 keine neuen diagnostischen oder therapeutischen Aspekte. Auffällig sei, dass aktive Strategien zur Schmerzbewältigung nicht vorhanden seien. Die kognitiven Fähigkeiten seien weitestgehend erhalten, wobei minimale bis leichte Einschränkungen aufgrund der stattgehabten Subarachnoidalblutung anzunehmen seien; motorisch und sensibel bestünden formal-neurologisch keine Einschränkungen. Negative Kontextfaktoren bestünden in der hohen subjektiven Behinderungsüberzeugung. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne der Explorand vollzeitlich anwesend sein. Aus neurologischer Sicht seien qualitative und quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründbar, dahingehend, dass einerseits Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch an die konzentrierte Ausdauer oder Kognition nicht mehr möglich seien. Ferner sei von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 80 % bezogen auf ein 100%-Pensum. Der Verlauf sei seit dem Verkehrsunfall aus neurologischer Sicht als statisch zu sehen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (mit vermehrtem Pausenbedarf, ohne Aufgaben mit hohem kognitivem Anspruch oder erhöhter konzentrativer Ausdauer) wurde bezogen auf ein 100%-Pensum bei reiner Vollzeitpräsenz ebenfalls auf 80 % festgesetzt. Als Leistungseinschränkung wurde der vermehrte Pausenbedarf angegeben (Suva-Nr. 293 S. 101 ff.).

8.13.3 Der rheumatologische F. \_\_\_-Teilgutachter, Dr. med. G. \_\_\_, FMH Rheumatologie, stellte in seinem Teilgutachten vom 8. Februar 2022 (Untersuchung am gleichen Tag) folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): «Chronische Periarthropathia coxae rechts (ICD-10 M24.8) bei St.n. Exzision von heterotopen Ossifikationen aus dem Gluteus minimus und medius über einen transglutealen Zugang der rechten Hüfte mit Capsulotomie und Offset-Korrektur anterior-superior am 18.06.2019 bei mechanisch-störenden heterotopen Ossifikationen der Hüfte rechts, St.n. Radiotherapie im Bereich der rechten Hüfte mit 7GY am 18.06.2019; St.n. Polytrauma am 18.03.2000 mit drittgradiger offener Femurfraktur mit Frakturstabilisierung bei peritrochantärer Femurfraktur und Osteosynthesenmaterialentfernung 2002 und konsekutiver Beinlängenverkürzung rechts von 2cm; radiomorphologisch: Becken ap und Hüftgelenk rechts axial vom 10.06.2020 (Universitätsinstitut für Diagnostische Interventionelle

Radiologie, Universitätsspital [...]): stationärer Fadenanker im Trochanter major rechts. Status nach Plattenosteosynthese des Os iliums links. Intaktes Osteosynthesematerial. Keine Lockerungszeichen. Stationäre ISG-Ankylose links. Stationäre heterotope Ossifikationen angrenzend der Spina iliaca beidseits. Stationäre geringe subchondrale Sklerosierung des Acetabulumdaches beidseits. Keine signifikante Befundänderung zur Voraufnahme vom 23.10.2019, Arthro MRT Hüftgelenk rechts vom 10.06.2020 (Universitätsinstitut für Diagnostische Interventionelle Radiologie, Universitätsspital [...]): Ossäre Strukturen: Weiterhin flau abgrenzbarer Bohrkanal im Femurschaft bei Status nach Femurnagel Entfernung. Faden-Anker im Tuberculum majus bei Status nach Refixation der Adduktoren. Status nach Entfernung der heterotopen Ossifikationen um Trochanter major rechts. Im Vergleich zur Voruntersuchung weiterhin stationärer kleiner Ossikel angrenzend an den Trochanter major. Status nach Fraktur/operative Korrektur am Schenkelhals, weiterhin anteriore Schenkelhalstaillierungsstörung. Metallartefakten im Bereich des Osteosynthesematerials links iliosakral. Ansonsten normales Knochenmarksignal ohne Ödem, keine Fraktur. ISG links nicht beurteilbar, rechts normal. Symphyse normal. Artikulation: Hüftkopf im Acetabulum zentriert. Geringe subchondrale Sklerosierung und asymmetrische Gelenkspaltverschmälerung, Knorpel: Soweit bei suboptimaler Kontrastierung im Gelenk beurteilbar generell ausgedünnter Knorpel. Labrum: Komplexer Labrum-Riss mit angrenzendem superior-posterior bis superior-anterior laufendem Delamination Knorpelriss. Muskulatur: Status nach Refixation der Adduktoren. Im Bereich des Trochanter majors postoperative Veränderungen. Rechtsseitige fettige Muskelatrophie Grad I. Erguss in der Bursa trochanterica rechts. Iliofemoral Ligament: Verdickt. Adduktorenansatz: Status nach Rekonstruktion. Keine Leistenhernie; Abschwächung der abdominellen rücken- sowie hüftstabilisierenden Muskelgruppen jedoch ohne klinisch erhebliche Insuffizienzzeichen der Glutealmuskulatur zu objektivieren.»

Die medizinische Beurteilung lautete im Wesentlichen wie folgt: Es müsse abschliessend festgestellt werden, dass das Beschwerdebild aus Sicht der Hüftchirurgie des E.\_\_\_\_ im Rahmen der früheren Evaluationen im Jahr 2020 nicht eindeutig klinisch hätten erklärt werden können, dementsprechend hätten keine weiteren therapeutischen Optionen mehr vorgeschlagen werden können. Die verschiedenen schmerzinterventionellen Massnahmen, durchgeführt in der Anästhesie des J.\_\_\_\_ zwischen 2020 bis 2021, hätten das Beschwerdebild bis im Februar 2021 nicht positiv beeinflussen können, sodass die Behandlungen abgeschlossen worden seien. Der Explorand habe nun im Februar 2021 eine 50%ige Arbeitsstelle im Recycling der B.\_\_\_\_ aufgenommen, einer körperlich wechselbelastenden beruflichen Tätigkeit. Am Nachmittag eines Arbeitstages beklage er jeweils deutlich akzentuierte Schmerzen inguinal sowie perigluteal lateral rechts. Im klinisch-rheumatologischen Status präsentiere sich ein 41-jähriger Explorand in einem guten Allgemein- und deutlich adipösem Ernährungszustand mit einem BMI aktuell von 40.1 kg/m<sup>2</sup>entsprechend Adipositas Grad III nach WHO. In diesem Kontext bestehe eine Haltungsinsuffizienz des Oberkörpers mit einer hochthorakal betonten Kyphosierung, konsekutiv einer HWS- sowie Schultergürtelantepositionsfehlstellung sowie einer leicht betonten Lendenlordosierung. In Bezug auf den detaillierten Hüftgelenkstatus sei auf die Angaben im Status zu verweisen. Der Referent habe insbesondere beobachten können, dass es dem Exploranden durchaus möglich gewesen sei, in einer sitzenden Stellung eine kräftige Hüftflexion rechts gegen den Widerstand des Referenten durchzuführen in einem Hüftwinkel zwischen 90 ° bis maximal 100 °, ebenfalls habe in sitzender Position eine sehr kräftige Abduktion bzw. Adduktion gegen Widerstand des Referenten in dieser Position

durchgeführt werden können, ohne dass spezifische inguinale bzw. perigluteale/peritrochantäre Schmerzen hätten provoziert werden können. Demgegenüber habe der Explorand in liegender Untersuchungsposition ab einem Hüftwinkel von 90 ° rechts eine zunehmende Schmerzintensivierung vor allem peritrochantär rechts beklagt, in dieser Position bei der Hüftflexionsprüfung gegen den Widerstand des Referenten habe eine Zunahme der Schmerzen peritrochantär ebenso bei der Abduktion und Adduktion bestanden. Insofern seien gewisse inkonsistente Befunde in Bezug auf die Schmerzprovokation bei grundsätzlich ähnlichen physischen Belastungen für die Hüftflektoren, Hüftadduktoren und Hüftabduktoren, sei es in sitzender bzw. liegender Untersuchungsposition, zu finden gewesen.

Die früheren bildgebenden Evaluationen der Radiologie des Universitätsspitals [...] seien vorhanden; insbesondere könne klar konstatiert werden, dass keinerlei relevante Coxarthrose radiomorphologisch habe festgestellt werden können. Im Arthro-MRT sei ein komplexer Labrumriss antero-superior posterior bis superior-anterior mit einer Knorpelläsion und einer Delumination beschrieben worden. Rheumatologisch-theoretisch wäre ein solcher Labrumriss durchaus geeignet, einen chronischen inguinalen sowie auch periglutealen Schmerz zu provozieren, es müsste jedoch eine positive Beeinflussung der Schmerzen durch eine fachärztlich gezielt durchgeführte Lokalanästhetika bzw. Steroidinfiltration erzielt werden. Diese Schmerzintervention sei effektiv gemäss Aktenlage im E. \_\_\_ am 26. Juni 2020, d.h. unmittelbar im Nachgang zur Bildgebung vom 10. Juni 2020, durchgeführt worden und habe zu keiner Reduktion der Schmerzen geführt. Insofern müsse dieser Labrumriss eher als Nebenschauplatz angesehen werden. Konsekutiv erscheine es nachvollziehbar zu sein, dass die Hüftorthopäden im August 2020 dem Exploranden keine weiteren therapeutischen Optionen mehr hätten anbieten können. Es habe keine Indikation zur Durchführung einer Hüfttotalprothesen-Implantation bestanden.

Unter Berücksichtigung der gesamten detaillierten Aktenlage sei das Ausmass der nun seit Jahren beklagten Schmerzsymptomatik rein somatisch orientiert abschliessend schwierig zu erklären; differentialdiagnostisch könne eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden zumindest theoretisch diskutiert werden. Es müsse erwähnt werden, dass die Durchführung des gesamten rheumatologischen Status bei hervorragender Patientencompliance habe durchgeführt werden können; es hätten sich ansonsten keine Hinweise für eine Schmerzausweitungs- oder gar Schmerzgeneralisierungstendenz gefunden. Einzig die ganz lokal umschriebene Druckempfindlichkeit bei leichtem Palpationsdruck des Referenten unmittelbar in die subcutanen sehr adipösen Weichteile auf Höhe des Iliosakralgelenks (ISG) links sei somatisch orientiert schwierig zu erklären. Sonstige Schmerzpräsentationszeichen hätten jedoch nicht vorgelegen. Unter Berücksichtigung der bildgebenden Befunde vor allem des Arthro-MRT der rechten Hüfte sei jedoch insgesamt von einer gewissen Leistungseinbusse für berufliche Tätigkeiten im freien Arbeitsmarkt auszugehen.

Die Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen lautete aus rheumatologischer Sicht wie folgt: Die klinischen Erhebungen der orthopädischen Hüftsprechstunde des E. \_\_\_ könnten in diesem Kontext bestätigt werden. Das Postulat der Suva Aarau im August bzw. Dezember 2020, dass spezifische Arbeitsplatzbedingungen zu erfüllen seien, könne ebenfalls bestätigt werden, nicht jedoch die Aussage, dass konsekutiv eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen würde. Aus Sicht des Referenten beständen doch pathoanatomische Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte, dokumentiert im

Arthro-MRT vom 10. Juni 2020, welche auch bei fehlendem Ansprechen auf eine intraartikuläre Hüftinfiltration durchaus als solche gewertet werden könnten, im Sinne einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts. Zum Verlauf wurde dargelegt, in den letzten zwei Jahren hätten verschiedenste therapeutische Massnahmen stattgefunden, welche das chronifizierte Beschwerdebild nicht adäquat positiv hätten beeinflussen können, weitere therapeutische Massnahmen seien in diesem Kontext nicht mehr indiziert oder zielführend.

Die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen lautete wie folgt: Der 41-jährige Explorand beklage chronische periartikuläre Hüftgelenksbeschwerden rechts, hauptsächlich lokalisiert inguinal sowie peritrochantär rechts bei Durchführung einer Exzision von heterotropen Ossifikationen im Juli 2019 ohne Erfolg bei Status nach verschiedenen operativen Interventionen im Nachgang zu einem Polytrauma, erlitten im März 2000. Verschiedene schmerztherapeutische sowie infiltrative Massnahmen hätten keine bedeutende Reduktion der Schmerzen provozieren können. Das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden sei rein somatisch-orientiert abschliessend nicht komplett zu erklären. Hinweise für eine relevante Schmerzausweitungs- oder Generalisierungstendenz seien jedoch keine vorhanden.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, rheumatologisch-theoretisch bestehe die Möglichkeit, dass der Explorand eine leichte wechselbelastende Tätigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen ausüben könne: Idealerweise regelmässiger Wechsel zwischen stehenden und gehenden Arbeiten, stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts seien zu vermeiden, ebenso Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition, manuelle Tätigkeiten in mehrheitlich Schulterneutralstellung seien uneingeschränkt möglich. Das Gehen in der Ebene auf ebenem Untergrund für kürzere Gehstrecken sei z.B. für Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich, das berufsbedingte Benützen von Treppen oder gar Gerüsten und Leitern sei nicht möglich. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille sei auf 5 kg, maximal 7.5 kg zu limitieren. Für eine solche Tätigkeit bestehe eine Präsenzzeit von 8 Stunden pro Tag. Dabei bestehe eine Leistungseinschränkung. Zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen könne eine um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit postuliert werden. Demnach bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % für eine körperlich leichte, wechselbelastende und adaptierte berufliche Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt. Unter Berücksichtigung der Aktenlage seien diese Angaben seit Sommer 2020 gültig (Suva-Nr. 293 S. 68 ff.).

8.13.4 Im psychiatrischen F.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 8. Februar 2022 (Untersuchung vom 11. Januar 2022) stellte der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende leichtgradige depressive Störung (ICD-10: F33.0) bei Z.n. F33.1» sowie «Chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)». Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Explorand klage weiterhin über Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Zu Beginn der Behandlung bei Dr. med. L.\_\_\_\_ seien Suizidgedanken und vermehrte Lebensunlust vorgelegen und es seien vermehrte Alpträume und eine mittelgradige depressive Episode beschrieben worden. Ferner liege eine Schmerzstörung vor, die sich nicht bessere. Unter der Duloxetine-Medikation seien die Suizidgedanken geringer worden. Es sei von einem

wohlwollenden Arbeitgeber auszugehen. Der Explorand habe die Möglichkeit, früher nach Hause zu gehen, falls es ihm schlechter gehe, und er könne sich die Arbeit ein wenig einteilen. Im Grunde müsse die aktuelle Tätigkeit als optimal angepasste Tätigkeit beurteilt werden. Es sei davon auszugehen, dass der Explorand seine Restarbeitsfähigkeit nicht weiter steigern könne. Auch bestünden erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen. Beim Exploranden liege eine Komorbidität in Form einer Schmerzstörung vor. Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, der Beschwerdeführer könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 5.1 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche anwesend sein. Dabei sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bezogen auf ein 100%-Pensum. Im Februar 2020 sei es zu einer Zuspitzung der Symptomatik mit auftretenden Suizidgedanken gekommen, weshalb sich der Explorand an den Hausarzt gewandt habe, welcher ihn an den behandelnden Psychiater überwiesen habe. Der behandelnde Psychiater habe damals eine mittelgradige depressive Episode festgestellt. Zum Untersuchungszeitpunkt habe nur noch eine leichtgradige Form festgestellt werden können bei Komorbidität mit einer chronischen Schmerzstörung. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde angegeben, im Grunde müsse die derzeitige Tätigkeit als optimal angepasste Tätigkeit beurteilt werden. Es müsse darauf hingewiesen werden, dass es bei einer Depression keinen Unterschied mache, ob es sich um die letzte berufliche Tätigkeit oder um eine angepasste Tätigkeit handle, da sich die mit der Krankheit verbundenen Einschränkungen wie Minderung des Antriebs, Erschöpfung etc. auf nahezu alle Tätigkeiten negativ auswirkten. Im Einzelnen seien dem Exploranden folgende Tätigkeiten nicht zuzumuten: Zeitdruckarbeit, Einzel- und Gruppenakkord, Fließband- und taktgebundene Arbeiten, Wechselschicht- und Nachschichtarbeiten sowie Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit, an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen, die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit sowie mit Publikumsverkehr. Eine angepasste Tätigkeit sei ebenfalls zu 60 % bezogen auf ein 100%-Pensum zuzumuten. Es sei davon auszugehen, dass der Explorand seine Restarbeitsfähigkeit nicht weiter steigern könne (Suva-Nr. 293 S. 68 ff.).

8.14 Dr. med. D. \_\_\_ hielt in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 17. Juni 2022 fest, gestützt auf das F. \_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 sei zu prüfen, ob an ihrer Beurteilung vom 18. Dezember 2020 in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen am Bewegungsapparat festgehalten werden könne (vgl. Suva-Nr. 252; vgl. E. II. 8.10 hiervor). Es erfolge nur eine Beurteilung betreffend somatische Unfallfolgen aus orthopädisch-chirurgischer Sicht unter genauerer Berücksichtigung der Stellungnahme des rheumatologischen F. \_\_\_-Teilgutachters Dr. med. G. \_\_\_. Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter wie auch in anderen körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Diagnose einer chronischen Periarthropathia coxae rechts. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden und adaptierten Verweistätigkeit im freien Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von 70 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts wie auch Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Dies gelte auch für das berufsbedingte Benützen von Treppen oder gar Gerüsten und Leitern. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille sei auf maximal 7,5 kg zu limitieren. Die zeitliche Leistungseinschränkung werde damit begründet, dass regelmässige Arbeitspausen gewährt werden sollten. Weitere Ausführungen dazu finde man im Gutachten nicht. Aus Sicht von Dr. med. G. \_\_\_ bestünden doch pathoanatomische

Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte, dokumentiert im Arthro-MRT vom 10. Juni 2020, welche auch bei fehlendem Ansprechen auf eine intraarticuläre Hüftinfiltration durchaus als solche gewertet werden könnten, im Sinne einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts. Im Widerspruch dazu sei er der Meinung, dass das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden aus rein somatischer Sicht abschliessend nicht komplett zu erklären sei. Das Belastungsprofil, wie auf S. 98 des Gutachtens definiert, sei schlüssig und gebe eigentlich die Beurteilung der Suva vom 14. Juli 2015 sowie vom 18. Dezember 2020 wieder. Einzig die zeitliche Leistungsbegrenzung, die er mit einem erhöhten Pausenbedarf erkläre, könne nicht nachvollzogen werden. Das Belastungsprofil sei doch sehr niederschwellig angesetzt. Es liege ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor, der Versicherte klage über Ruhe- und Belastungsschmerzen, die zwar teilweise plausibel mit den Restbefunden an der rechten Hüfte erklärt werden könnten, aber ■ wie auch Dr. med. G.\_\_\_\_ schreibe ■ aus somatischer Sicht nicht komplett erklärt werden könnten. Zusätzlich gewährte Pausen änderten nichts an der chronifizierten Beschwerdesituation. Entsprechend werde an der kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Dezember 2020 festgehalten. Ob eine zeitliche Begrenzung aus neurologischer oder psychiatrischer Sicht gewährt werden müsse, könne sie, Dr. med. D.\_\_\_\_, als Chirurgin nicht beurteilen (Suva-Nr. 297).

## **E. 9**

9.1 Gestützt auf den oben (unter E. II. 8 hiervor) dargelegten medizinischen Verlauf, insbesondere das rheumatologische F.\_\_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2022 (E. II. 8.13.3 hiervor), ist der Beschwerdeführer der Auffassung, die Verschlechterung seiner Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 80 % im Referenzzeitpunkt (Einspracheentscheid vom 8. April 2016 [Suva-Nr. 94]) bzw. gemäss dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. März 2018 (VSBES.2016.135; Suva-Nr. 112) auf nurmehr 70 % laut dem rheumatologischen F.\_\_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei von der Beschwerdegegnerin fälschlicherweise nicht berücksichtigt worden. Der Invaliditätsgrad müsse auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen ermittelt werden. Es seien keine Gründe ersichtlich, nicht auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit durch den rheumatologischen Teilgutachter abzustellen (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 6; A.S. 15 f.). Die Beschwerdegegnerin argumentiert demgegenüber dahingehend, im vorliegenden Unfallversicherungsverfahren fehle es bezüglich der aktenkundigen psychisch bedingten Einschränkungen zumindest an der adäquaten Kausalität zum Unfallereignis vom 18. März 2000. Entsprechend habe die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt zu bleiben. Es sei sachgerecht, ab 1. Februar 2021 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. Beschwerdeantwort, S. 8 f.; A.S. 29 f.). Bei dieser Ausgangslage ist zunächst auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden (Art. 11 UVV; vgl. E. II. 3.1 hiervor). Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.1.1. mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall erfolgte am 28. November 2018 eine Rückfallmeldung aufgrund von Hüftbeschwerden des Beschwerdeführers, wobei die Suva-Ärztin, Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, die Rückfallkausalität der Hüftbeschwerden bejahte (Suva-Nr. 128 ff.). Nach den durchgeführten medizinischen Massnahmen (Hüftoperation vom 18. Juni 2019 [vgl. E. II. 8.3 hiervor] und Hüftgelenksinfiltration vom 26. Juni 2020 [vgl. E. II. 8.7 hiervor]) konnten dem Beschwerdeführer aus orthopädischer und plastisch-chirurgischer Sicht keinen Optionen mehr angeboten werden (vgl. Stellungnahmen der Suva-Ärztin vom 25. August 2020 und 18. Dezember 2020 [Suva-Nr. 236 und 252]; vgl. E. II. 8.8 und 8.10 hiervor). Das in der Folge von der IV-Stelle Solothurn veranlasste interdisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 (Suva-Nr. 293) ergab eine Gesamtarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer körperlich leichten, wechselbelastenden und adaptierten Tätigkeit von 60 %, wobei die Arbeitsfähigkeiten in angepassten Tätigkeiten aus rheumatologischer Sicht auf 70 %, aus neurologischer Sicht auf 80 % und aus psychiatrischer Sicht auf 60 % festgesetzt wurden. Aus allgemeininternistischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Im Weiteren gaben die Gutachter an, die attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien in der Summe nicht zu addieren, da der Explorand für die jeweiligen Ruhephasen die gleichen Pausen in Anspruch nehmen könne (Suva-Nr. 293 S. 15 ff.; vgl. E. II. 8.13 hiervor). Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ kam gestützt auf seine Begutachtungsergebnisse vom 8. Februar 2022, insbesondere die von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde sowie die bildgebenden Untersuchungen (Becken ap und Hüftgelenk rechts axial sowie Arthro MRT Hüftgelenk rechts vom 10. Juni 2020) zum Schluss, unter Berücksichtigung der gesamten detaillierten Aktenlage sei das Ausmass der nun seit Jahren beklagten Schmerzsymptomatik rein somatisch orientiert abschliessend schwierig zu erklären; differentialdiagnostisch könne «eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden zumindest theoretisch diskutiert werden» (Suva-Nr. 293 S. 95 Ziff. 6.1). Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus rheumatologischer Sicht» führte er im Weiteren aus, aus seiner Sicht bestünden «pathoanatomische Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte, dokumentiert im Arthro-MRT vom 10. Juni 2020, welche auch bei fehlendem Ansprechen auf eine intraartikuläre Hüftinfiltration durchaus als solche gewertet werden könnten, im Sinne einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts» (Suva-Nr. 293 S. 96 Ziff. 6.2.3). Bei der Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen gab Dr. med. G.\_\_\_\_ sodann an, «das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden sei rein somatisch-orientiert abschliessend nicht komplett zu erklären» (Suva-Nr. 293 S. 98 Ziff. 7.2). Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit, d.h. eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, umschrieb der rheumatologische Teilgutachter schliesslich wie folgt: «Idealerweise regelmässiger Wechsel zwischen stehenden und gehenden Arbeiten, stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskelettes sind zu vermeiden, ebenso Arbeiten in anhaltender Oberkörperverneige- oder -rückhalteposition, manuelle Tätigkeiten in mehrheitlich Schulterneutralstellung sind uneingeschränkt möglich. Das Gehen in der Ebene auf ebenem Untergrund für kürzere Gehstrecken ist z.B. für Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich, das berufsbedingte Benützen von Treppen oder gar Gerüsten und Leitern ist nicht möglich. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille ist auf 5 kg, maximal 7.5 kg, zu limitieren (Suva-Nr. 293 S. 98 Ziff. 8.2.1; vgl. E. II. 8.13.3 hiervor). Das interdisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 beruht auf vollständigen Vorakten sowie den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine

Innere Medizin», «Neurologie», «Rheumatologie» sowie «Psychiatrie». Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden von den Gutachtern in deren Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter gaben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus wurden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich wurde eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung der involvierten Disziplinen vorgenommen. Das Gesamtgutachten wurde mittels elektronischer Signatur unterzeichnet. Inhaltlich gelangt dieses zu einem schlüssigen Ergebnis, welches nachvollziehbar hergeleitet wird. Damit wird es den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (vgl. E. II. 5.2 hiervor).

9.2 Die Suva-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ würdige die fachärztlichen Angaben des rheumatologischen Teilgutachters in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2022 in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen am Bewegungsapparat dahingehend, das Belastungsprofil, wie es auf S. 98 des F.\_\_\_\_-Gutachtens definiert sei, sei schlüssig und gebe eigentlich ihre Beurteilung vom 14. Juli 2015 sowie vom 18. Dezember 2020 (Suva-Nr. 252; vgl. E. II. 8.10 hiervor) wieder. Einzig die zeitliche Leistungsbegrenzung, die mit einem erhöhten Pausenbedarf erklärt werde, könne von ihr nicht nachvollzogen werden, sei das Belastungsprofil doch sehr niederschwellig angesetzt worden. Es liege ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor, der Beschwerdeführer klage über Ruhe- und Belastungsschmerzen, die zwar teilweise plausibel mit den Restbefunden an der rechten Hüfte erklärt werden könnten, aber ■ wie auch Dr. med. G.\_\_\_\_ schreibe ■ aus somatischer Sicht nicht komplett erklärt werden könnten. Zusätzlich gewährte Pausen änderten nichts an der chronifizierten Beschwerdesituation. Entsprechend sei an ihrer kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Dezember 2020 festzuhalten (Suva-Nr. 297; vgl. E. II. 8.14 hiervor).

Die Beschwerdegegnerin ging im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid (A.S. 1 ff.) bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit ab 1. Februar 2021 von 80 % aus, wobei sie einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen psychisch bedingten Einschränkungen und dem Unfall vom 18. März 2000 verneinte bzw. bestätigte. Mit der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % in angepasster Tätigkeit berücksichtigte sie aus rheumatologischer Sicht das Begutachtungsergebnis von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach pathoanatomische Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte dokumentiert seien und eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts verursachten (vgl. Suva-Nr. 293 S. 96 Ziff. 6.2.3). Im Weiteren trug sie damit aus neurologischer Sicht der Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_ Rechnung, wonach die leichten kognitiven Defizite gemäss Aktenlage bereits mehrfach neuropsychologisch objektiviert worden seien und unverändert von einer minimalen bis leichten Hirnfunktionsstörung auszugehen sei, welche durch die substanzielle Hirnverletzung beim Verkehrsunfall vom 18. März 2000 entstanden sei (vgl. Suva-Nr. 293 S. 107 f.). Im vorliegenden Unfallversicherungsverfahren ist die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausschliesslich aufgrund der somatischen Unfallfolgen festzusetzen, da in Bezug auf psychisch bedingten Einschränkungen keine adäquate Kausalität zum Unfallereignis vom 18. März 2000 besteht. So stellte bereits das Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 7. März 2018 fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Erlass

der Verfügung vom 31. Oktober 2003 erheblich verbessert habe und die damals noch bestehende erhebliche, psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit spätestens im Jahr 2009 weggefallen sei (Suva-Nr. 112 S. 24 Ziff. 11.4; vgl. E. II. 7.2 hiervor). Dementsprechend legte auch der psychiatrische F. \_\_\_-Teilgutachter Dr. med. O. \_\_\_ bei der Beurteilung des Verlaufs dar, es sei im Februar 2020 zu einer Zuspitzung der Symptomatik mit auftretenden Suizidgedanken gekommen. Der behandelnde Psychiater habe eine mittelgradige depressive Episode festgestellt, zum Untersuchungszeitpunkt habe jedoch nur noch eine leichtgradige Form bei Komorbidität mit einer chronischen Schmerzstörung festgestellt werden können (Suva-Nr. 293 S. 80 [E. II. 8.13.4 hiervor]; vgl. auch Suva-Nr. 274 S. 5 ff. [E. II. 8.12 hiervor]). Es wird auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten, dass psychische Einschränkungen im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen sind.

9.3 Dass die Suva- und Fachärztin die Leistungsbegrenzung, welche im rheumatologischen Teilgutachten auf 30 % festgesetzt und ausschliesslich mit der Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen begründet wurde (vgl. Suva-Nr-293 S. 99), aus rheumatologischer Sicht in Frage stellt, kann nachvollzogen werden. So kam der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. G. \_\_\_ aufgrund seiner Begutachtungsergebnisse zum Schluss, unter Berücksichtigung der gesamten detaillierten Aktenlage sei das Ausmass der nun seit Jahren beklagten Schmerzsymptomatik rein somatisch orientiert abschliessend schwierig bzw. nicht komplett zu erklären (Suva-Nr. 293 S. 12 Ziff. 4.2, S. 95 Ziff. 6.1 und S. 98 Ziff. 7.2). Demnach kann nicht ausgeschlossen werden, dass mit der von ihm aus rheumatologischer Sicht ■ neben dem umschriebenen Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten ■ zusätzlich festgesetzten Leistungseinschränkung von 30 % auch funktionelle Überlagerungen mitberücksichtigt wurden, für welche die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig ist, da sie in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 18. März 2000 stehen. Gemäss den gutachterlichen Angaben liegt ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor, der Beschwerdeführer klagt über Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Suva-Nr. 293 S. 78 f.; vgl. E. II. 8.13.4). Ruhe- und Belastungsstörungen können nach den Angaben von Dr. med. G. \_\_\_ aus somatischer Sicht zwar teilweise plausibel mit den Restbefunden an der rechten Hüfte, jedoch nicht vollumfänglich erklärt werden. Eine ähnliche Situation stellte auch der neurologische F. \_\_\_-Teilgutachter Dr. med. N. \_\_\_ fest, wonach die geltend gemachten Einschränkungen (Schmerzen der rechten Hüfte, des linken Oberschenkels, punktuell der Lendenwirbelsäule sowie der beiden Knie mit rechtsseitiger Betonung und allenfalls selten der linken Schulter; Vergesslichkeit) aus neurologischer Sicht vor dem Hintergrund einer lediglich minimal bis leichten Hirnstörung nicht nachvollziehbar seien (Suva-Nr. 293 S. 106; vgl. E. II. 8.13.2 hiervor). Angesichts des aus rheumatologischer Sicht niederschwellig umschriebenen Belastungsprofils (leichte, wechselbelastende Tätigkeit, idealerweise regelmässiger Wechsel zwischen stehenden und gehenden Arbeiten, keine stereotypen Rotationsbewegungen des Achsenskeletts, keine Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder rückhalteposition, manuelle Tätigkeiten in mehrheitlich Schulterneutralstellung sind uneingeschränkt möglich, das Gehen in der Ebene auf ebenem Grund ist für kürzere Gehstrecken [z.B. für Kontroll- und Überwachungsfunktionen] möglich, das berufsbedingte Benützen von Treppen oder gar Gerüsten und Leitern ist nicht möglich, das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille ist auf 5 kg, max. 7.5 kg, zu limitieren) kann die zusätzlich attestierte Leistungseinschränkung, d.h. die zeitliche Einschränkung der Arbeitszeit zur Gewährung von regelmässigen

Arbeitspausen in Höhe von 30 % aus rheumatologischer Sicht in dieser Höhe nicht nachvollzogen werden. Der Argumentation der Suva-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach zusätzlich gewährte Pausen an der chronifizierten Beschwerdesituation nichts änderten (Suva-Nr. 297 S. 2; vgl. E. II. 8.14 hiervor), d.h. die geltend gemachten Beschwerden mit dem umschriebenen Belastungsprofil bereits genügend berücksichtigt werden und deswegen nicht auch noch zusätzlich regelmässige Pausen im Ausmass von 30 % einzuräumen sind, ist beizupflichten. Vor dem Hintergrund, dass im Referenzzeitpunkt aufgrund der somatischen Unfallfolgen von einem ähnlichen Belastungsprofil auszugehen war (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit regelmässigen sitzenden Anteilen, bei welcher eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten wird; vgl. Einspracheentscheid vom 8. April 2016, S. 4 f. [Suva-Nr. 94 S. 4 f.] und Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. März 2018 S. 26 [Suva-Nr. 112 S. 25 Ziff. 12.3]), erscheint es sachgerecht, aus somatischer Sicht unverändert von einer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit in Höhe von 80 % auszugehen. Die Reduktion des Leistungsvermögens um 20 % auf 80 % (bei vollem Pensum) berücksichtigt aus rheumatologischer Sicht das Begutachtungsergebnis von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach aufgrund der pathoanatomischen Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts besteht, und aus neurologischer Sicht das Untersuchungsergebnis von Dr. med. N.\_\_\_\_, wonach wegen persistierender leichter neuropsychologischer Defizite nach wie vor von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen ist. Für eine weitere Reduktion der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit besteht aus somatischer Sicht kein Anlass.

9.4 Dem Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe in seinem rheumatologischen Teilgutachten nachvollziehbar und schlüssig ausgeführt, dass sich ein chronifiziertes Beschwerdebild der rechten Hüfte zeige, welches sich ■ dokumentiert im Arthro-MRT vom 10. Juni 2020 ■ durch pathoanatomische Veränderungen erklären lasse (Beschwerde, S. 6 Ziff. 6; A.S. 16), und die im rheumatologischen Gutachten attestierte, zeitlich um 30 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei nicht gestützt auf funktionelle Überlagerungen, sondern unter Ausklammerung derselben ausschliesslich auf der Basis von objektiv ausgewiesenen organischen Befunden festgesetzt worden (Replik, S. 1; A.S. 42), kann nicht gefolgt werden. Vor dem Hintergrund, dass der rheumatologische Teilgutachter zum Schluss kam, unter Berücksichtigung der gesamten detaillierten Aktenlage sei «das gesamte Ausmass der nun seit Jahren beklagten Schmerzsymptomatik rein somatisch-orientiert abschliessend schwierig (bzw. nicht komplett) zu erklären» (Suva-Nr. 293 S. 95 und 98) und darlegte, «differentialdiagnostisch könne eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden zumindest theoretisch diskutiert werden» (Suva-Nr. 293 S. 95), kann nicht davon ausgegangen werden, die zeitlich um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit bei angepassten Tätigkeiten sei im rheumatologischen Teilgutachten unter Ausklammerung von funktionellen Überlagerungen ausschliesslich auf der Basis von objektiv ausgewiesenen organischen Befunden festgesetzt worden. Der rheumatologische F.\_\_\_\_-Teilgutachter legte dar, die im Arthro-MRT vom 10. Juni 2020 dokumentierten pathoanatomischen Veränderungen im Bereich der rechten Hüfte hätten eine «leicht reduzierte Leistungsfähigkeit des Beckengürtels rechts» zur Folge (Suva-Nr. 293 S. 96 Ziff. 6.2.3). Demnach erscheint es in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Suva-Ärztin als sachgerecht, von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Verweistätigkeit in Höhe von 80 % auszugehen.

Nach einem Vergleich der in den kreisärztlichen Beurteilungen vom 14. Juli 2015, 18. Dezember 2020 und 17. Juni 2022 festgestellten Belastungsprofile ist aus somatischer Sicht von einem weitgehend gleichbleibenden medizinischen Gesundheitszustand auszugehen. Die Festsetzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ab 1. Februar 2021 in Höhe von 80 % ist demnach nicht beanstanden.

10. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich durchzuführen:

10.1 Die Beschwerdegegnerin hielt im vorliegenden angefochtenen Einspracheentscheid fest, die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers habe am 27. Juni 2022 angegeben, der Beschwerdeführer hätte im Gesundheitsfall im Jahr 2021 CHF 70'751.00 ([13 x CHF 5'400.00] und [12 x CHF 45.90]) erzielt. Darauf sei in der Einspracheergänzung vom 30. Januar 2023 (vgl. Suva-Nr. 325 S. 2 Ziff. 2) zu Recht hingewiesen worden (A.S. 7). Diese von der Beschwerdegegnerin korrigierten Lohnangaben können dem vorliegenden von der Arbeitgeberin ausgefüllten Formular vom 27. Juni 2022 entnommen werden (vgl. Suva-Nr. 299 S. 2). Die Höhe des Valideneinkommens wurde von der Beschwerdegegnerin korrekt festgesetzt. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

10.2

10.2.1 Das Invalideneinkommen ist unbestrittenermassen auf der Basis statistischer Werte zu bestimmen, wobei die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2020 heranzuziehen ist. Anwendbar ist die Tabelle A1 (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2 S. 303). Abzustellen ist auf den Zentralwert der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer, der sich gemäss LSE 2020 auf CHF 5'261.00 pro Monat belief. Wird dieser auf 40 Wochenstunden basierende Betrag auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2021 von 41,7 Stunden hochgerechnet und an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst (Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik, Männer, 2021: ■ 0.7 %), resultiert bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Bruttoverdienst von CHF 4'356.95 pro Monat bzw. CHF 52'284.00 pro Jahr.

10.2.2 Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

Gemäss der beweiskräftigen Beurteilung durch das F.\_\_\_\_ vom 4. April 2022 und der ärztlichen Würdigung durch die Suva-Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2022 kann der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Lagermitarbeiter und auch andere körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten nicht mehr ausüben. Er ist aber unter Berücksichtigung seiner somatischen Leiden in der Lage, eine körperliche leichte, wechselbelastende Tätigkeit unter bestimmten Arbeitsplatzbedingungen (idealerweise

regelmässiger Wechsel zwischen stehenden und gehenden Arbeiten, keine stereotypen Rotationsbewegungen des Achsenskeletts, keine Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition, manuelle Tätigkeiten in mehrheitlich Schulterneutralstellung sind uneingeschränkt möglich, das Gehen in der Ebene auf ebenem Untergrund für kürzere Gehstrecken ist z.B. für Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich, kein berufsbedingtes Benützen von Treppen oder Gerüsten und Leitern, das Heben und Tragen von Lasten ist bis zur Taille auf 5 kg, maximal 7.5 kg zu limitieren; keine Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch an die konzentrierte Ausdauer oder Kognition; vgl. Suva-Nr. 293 S. 98 und 107 f.) in einem Pensum von 80 % auszuüben. Diesem Umstand ist durch einen angemessenen Abzug Rechnung zu tragen. Da der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht mit einer auf 80 % reduzierten Leistung vollschichtig arbeiten kann, ist ein Abzug unter dem Titel «Teilzeit» nicht möglich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Der zusätzliche Pausenbedarf ist bereits in der gesundheitlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ■ bezogen auf eine Vollzeitpensum, welches vollschichtig absolviert werden kann (vgl. Suva-Nr. 293 S. 99 und 108) ■ enthalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2.). Der 1981 geborene Beschwerdeführer, portugiesischer Staatsangehöriger, lebt seit 1993 in der Schweiz und verfügt über die Niederlassungsbewilligung C. Aus der Tabelle TA12 der LSE 2020 geht zwar hervor, dass der Lohn der Männer ohne Kaderfunktion im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt um 2.2 % geringer ausfällt, bei der Gesamtbetrachtung fällt diese doch recht geringe Differenz jedoch nicht weiter ins Gewicht. Aufgrund seines Alters muss der 1981 geborene Beschwerdeführer nicht mit einer zusätzlichen Lohneinbusse rechnen. Auch die Zahl der Dienstjahre ist im Kompetenzniveau 1 nicht geeignet, einen Abzug zu rechtfertigen, da derartige Tätigkeiten weder Berufserfahrung noch eine lange Einarbeitungszeit verlangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_887/2008 vom 24. Juni 2009 E. 5.4). Dementsprechend wirkt sich auch der fehlende Berufsabschluss nicht lohnmindernd aus. Insgesamt erscheint der Abzug von 10 %, den die Beschwerdegegnerin vorgenommen hat, (nach wie vor) als angemessen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. März 2018, S. 26 E. 13.2.3; Suva-Nr. 112 S. 26). Dass das Gehen in der Ebene nach den gutachterlichen Angaben nur noch auf ebenem Untergrund für kürzere Gehstrecken z.B. für Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich ist, vermag keinen höheren Abzug zu rechtfertigen. Der Argumentation des Beschwerdeführers, wonach sich unter Berücksichtigung der Aspekte «Leiden», «Teilzeit» und «Aufenthaltskategorie» die Vornahme eines höheren Abzugs von 15 % vom Tabellenlohn rechtfertige, kann demnach nicht gefolgt werden.

10.3 Mit dem Abzug von 10 % reduziert sich das Invalideneinkommen von CHF 52'284.00 auf CHF 47'056.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 70'751.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von 33.49 bzw. ■ abgerundet (zur Rundung siehe BGE 130 V 121) ■ von 33 %. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Das Beschwerdeverfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG). Es besteht vorliegend kein Anlass, von diesem Grundsatz abzuweichen.

Demnach wird erkannt:

## Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit 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

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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