

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00141 vom 22. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00141

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00141 du 22 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00141 del 22 novembre 2022

Erwägungen

E. 1

Der 19 62 geborene X.____

war seit dem Jahr 1993 als Sanitärinstallateur bei der Y.____ AG tätig und bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung vom 8. November 2017 wurde der Suva mitgeteilt, der Versicherte sei am 5. November 2017 über ein Treppengeländer gestürzt; der Grund sei nicht ganz klar, eventuell sei es ihm schwarz vor Augen geworden . Beim Sturz habe er sich Brüche in den Körper regionen Becken, Schädel/Hirn sowie Lendenwirbelsäule zugezogen (Urk. 10/1). Am 13. November 2017 wurde der Versicherte im Universitätsspital Z .____ , Klinik für Traumatologie, operativ behandelt (Urk. 10/3) und war in der Folge bis am 4. Dezember 2017 hospitalisiert (Urk. 10/14; vgl. auch Urk. 10/19-32) . Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 10/4 , Urk. 10/56) . Des Weiteren zog sie die Akten der Stadtpolizei Zürich (Urk. 10/15) bei. Vom 4. Dezember 2017 bis 22. Dezember 2017 wurde der Versicherte im Rehazentrum

A.____ zur pneumologischen Rehabilitation hospitalisiert (Urk. 10/38).

Am 22. Februar 2018 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein seit 2011 bestehendes COPD (chronic

obstructive

pulmonary

disease) sowie den Beckenbruch, ein Schädelhirntrauma und Konzentrationsschwäche seit dem Unfall vom 5. November 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 13/2). Ab April 2018 war der Versicherte wieder stundenweise im Betrieb der Y.____ AG tätig (vgl. Urk. 10/70 , 10/74 und 10/75 S. 2). Am 16. August 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten

mit, sie übernehme die Kosten für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines zweitägigen Ausbildungskurses (Urk. 10/122) und schloss mit Mitteilung gleichen Datum s die Arbeitsplatzertal tung ab (Urk. 10/123). Mit formlosem Schreiben vom 25. Februar 2019 teilte die Suva dem Versicherten mit, es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. November 2017 und den gemeldeten Beschwerden an beiden Augen, weshalb sie dafür nicht leistungs pflichtig sei (Urk. 10/195).

Die IV-Stelle sprach dem Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheid verfahren (Urk. 10/226) mit Verfügung vom 2 6. September 2019 bei einem Invalidi tätsgrad von 100 %

ab November 2018 eine ganze Rente zu mit der Begründung, beginnend ab 5. November 2017 bestehe durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, aufgrund der langjährigen Berufstätigkeit und in Anbetracht des Alters gehe sie davon aus, dass keine höher verwertbare Restarbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 10/233, 10/241).

Mit Schreiben vom 1. November 2019 teilte die Suva dem Versicherten mit, eine unfallbedingte Behandlung sei nicht mehr notwendig, weshalb sie die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 29. Februar 2020 einstellen werde (Urk. 10/244). Am 18. November 2020 verfügte die Suva sodann,

der Versicherte habe weder Anspruch auf eine Unfallrente noch auf eine Integritätsentschädigung. Sie begründete den Entscheid damit, dass dem Versicherten ab November 2018 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Invaliditätsgrad: 100 %) zugesprochen worden sei; bezüglich der noch bestehenden Unfallfolgen könne den medizinischen Berichten entnommen werden, dass aufgrund der reinen Unfallfolgen keine erhebliche Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit mehr bestehe. Der Anspruch auf eine Rente entfalle zudem, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Prüfung der Rentenfrage aus unfallfremden Gründen bereits voll ständig erwerbsunfähig sei. Gemäss ärztlicher Beurteilung vom 14. Oktober 2019 sei eine Gesamterwerbsunfähigkeit ausschliesslich aus krankheitsbedingten Gründen gegeben. Nach ärztlicher Beurteilung beeinträchtigten die Restfolgen des Unfalls die Integrität des Versicherten nicht erheblich, weshalb die Voraussetzungen für die Gewährung einer Integritätsentschädigung nicht erfüllt seien (Urk. 10/246).

Dagegen liess der Versicherte am 6. Januar 2020 Einsprache erheben (Urk. 10/251; ergänzende Begründung vom 6. Februar 2020, Urk. 10/255). Die Suva legte das Dossier der Versicherungsmedizinerin Dr. med. B.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, vor, die am 15. Mai 2020 dafürhielt, es sei strittig, ob es beim Unfall vom 5. November 2017 bezüglich der Lunge zu einer passageren Verschlimmerung eines schweren krankhaften Zustandes gekommen sei oder zu einer andauernden, richtungsgebenden Verschlimmerung, sie empfehle die Durchführung einer externen Begutachtung (Urk. 10/263). Als Gutachter nahm die Suva Prof. Dr. C.____, Chefarzt Pneumologie am Universitätsspital D.____, E.____, in Aussicht (Urk. 10/267), wogegen der Versicherte keine Einwände erhob.

Am 4. Juni 2020 wurde beim Versicherten eine Lungentransplantation durchgeführt (Urk. 10/271).

Nachdem die E.____, Universitätsspital D.____, mitgeteilt hatte, eine Begutachtung des Versicherten sei erst 6-12 Monaten nach der Lungentransplantation sinnvoll (E-Mail der E.____ vom 24. Juli 2020 [Urk. 10/271]; vgl. auch Gutachtensauftrag vom 13. Juli 2020 [Urk. 10/267]), liess die Suva durch die E.____ im Einverständnis des Versicherten eine Aktenbeurteilung vornehmen

(Urk. 10/274, 10/275).

Prof.

Dr. C.____

erstattete sein monodisziplinäres pneumologisches Gutachten am 22. März 2021 (Urk. 10/280). Nachdem der Versicherte am 31. Mai 2021 zum Gutachten von Prof. Dr. C.____

Stellung genommen hatte (Urk. 10/285), wies die Suva die Einsprache vom 6. Januar 2020 mit Entscheid vom 7. Juni 2021 ab und verneinte sowohl einen Rentenanspruch des Versicherten wie auch einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 10/286).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Die Suva hat die weiteren massgeblichen rechtlichen Grundlagen zur natürlichen Kausalität, zur vorbestandenem und hinzutretenden Invalidität und insbesondere deren Auswirkungen auf einen unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruch (Urk. 2 S. 6 f. E. 1b) sowie zu den Anspruchsvoraussetzungen einer Integritätsentschädigung (Urk. 2 S. 12 f. E. 4a) im Einspracheentscheid korrekt dargelegt; darauf wird verwiesen.

Zu ergänzen ist, dass hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend ist, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte am 9. Juli 2021 Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 7. Juni 2021 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines fachärztlichen Gutachtens zurück zuweisen, damit sie hernach nochmals über die gesetzlichen Ansprüche entscheide (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 15. November 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 S. 2), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 24. November 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Mit Verfügung vom 28. September 2022 (Urk. 12)

wurden die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung in Sachen des Beschwerdeführers beigezogen (Urk. 13/1-71).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 7. Juni 2021 im Wesentlichen damit, dass auf das pneumologische Gutachten von Prof. Dr. C.____ sowie auf die Beurteilungen der Internistin Dr.

B.____ sowie des Radio logen Dr. F.____ abgestellt werden könne. Der Beschwerdeführer sei bis zum Unfall vom 5. November 2017 als Sanitärinstallateur tätig gewesen. Aus rein medizinischer Sicht sei er zu jenem Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Dass der Beschwerdeführer dennoch – trotz ärztlich festgestellter Unzumutbarkeit – seine angestammte Tätigkeit als Sanitärinstallateur bis zum Unfallzeitpunkt ausgeübt hatte, sei folglich ohne Belang. Nach der Rechtsprechung sei im Weiteren der Zeitpunkt des Schadenseintrittes wesentlich. Hinsichtlich der unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers habe der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 20. August 2019 festgestellt, dass der medizinisch-therapeutische Endzustand erreicht sei. Die IV- Stelle habe dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. Februar 2020 ab November 2018 eine ganze Rente zugesprochen. Beginnend ab dem 5. November 2017 habe durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Chefmonteur im Bereich Sanitär inklusive Montagearbeiten bestanden. Da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Beginns einer allfälligen Invalidenrente nach UVG (1. März 2020) bereits aus unfallfremden Gründen vollständig invalid gewesen sei, bestehe kein Raum für eine zusätzliche Invalidenrente der Unfallversicherung . Kreisarzt Dr.

F.____ habe in seiner Beurteilung sodann festgehalten, es bestehe kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden. Der Beschwerdeführer habe mangels erheblicher Integritätseinbusse kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk.

2 S. 11-13).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, er habe anlässlich des Unfallereignisses vom 5. November 2017 ein Polytrauma mit schwerer Schädel-Hirnverletzung, Becken- (Acetabulum -) und Wirbelfrakturen erlitten, weswegen er arbeitsunfähig geworden sei . Die Beschwerdegegnerin habe argumentiert, dass die Lungenerkrankung vorbestehend sei. Den anderen Verletzungen habe sie jeglichen invalidisierenden Charakter abgesprochen. Die Verletzungen seien hinsichtlich ihres Einflusses auf die Leistungsfähigkeit nicht umfassend geprüft worden . Die Funktions- und Belastungseinschränkung des linken Beines, wie auch die Beschwerden im linken Becken seien seitens der Beschwerdegegnerin zu Recht als unfallkausale Unfallfolgen betrachtet worden. Sie habe diese aber bei der Prüfung der Rente und der Integritätsentschädigung nicht mit einbezogen und gewürdigt (Urk. 1 S. 4).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Austrittsbericht vom 5. Dezember 2017 des Universitätsspital Z.____, Klinik für Traumatologie, wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/14 S. 1 f.): - Akzelerationstrauma Kopf, Becken und Lendenwirbelsäule - Schädel-Hirn Trauma mit Komplexen Frakturen beidseits der vorderen und mittleren Schädelbasis Multiple nicht-dislozierte Mittelgesichtsfrakturen Diskrete Subarachnoidal-/Kontusionsblutungen frontal beidseits und okzipital rechts - Azetabulumfraktur Typ vorderer Pfeiler nach Letournel links - Wirbelsäulentrauma - Respiratorische Verschlechterung bei ungenügender Sekretmobilisation und Überwässerung bei COPD GOLD IV, mMRC II-III, Risikoklasse D - Pulmonale Dekompensation am 9. November 2017 bei Hypervolämie und basaler Pneumonie - Delir, ED 10. November 2017 - Erhöhte Cholestaseparameter, ED 20. November 2017 - Thrombozytose DD reaktiv - Paralytischer Subileus 16. November 2017 - Schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Verdacht auf kleine Femurkopfnekrose rechts ED 5. November 2017

Die Behandler führten aus, dass der Beschwerdeführer einen Sturz über eine Treppe aus einer Höhe von 3.5 Metern mit Anprall auf einen Steinboden im häuslichen Umfeld erlitten habe. Erste Hilfe sei durch seine Partnerin geleistet worden. Beim Eintreffen der Sanität sei ein GCS von 11 vorgelegen und der Beschwerdeführer habe im Gesichtsbereich viel Blut gehabt. Es sei eine Schutzintubation sowie Stabilisierung vor Ort erfolgt. Im Anschluss sei er in den Schockraum zugewiesen (S. 2) und schliesslich auf der Intensivstation aufgenommen worden. Nach Extubation sei er zur neurologischen Überwachung und Frakturversorgung auf die traumatologische Station verlegt worden (Urk. 10/14 S. 4). Der Beschwerdeführer sei in einem guten Allgemeinzustand und subjektiv beschwerdefrei zur Rehabilitation nach A.____ entlassen worden (Urk. 10/14 S. 5). Aus dem Verlaufsbericht des Universitätsspital vom 22. Januar 2018 geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 3. Januar 2018 im Rollstuhl sitzend mit zwei Unterarmstützen in der Sprechstunde vorstellig wurde. Er habe davon berichtet, dass er mit dem Laufen noch deutliche Mühe habe. Die drei Wochen Spitalaufenthalt hätten ihn stark deconditioniert. Zu Hause und ausser Haus bewege er sich mit zwei Unterarmgehstützen im 4-Punkt-Gang. Für längere Strecken greife er auf einen Rollstuhl zurück. Das Laufen selbst bereite ihm weniger Probleme, die Dyspnoe limitiere ihn jedoch bei seinen Laufstrecken. Er habe ein dumpfes, drückendes Gefühl im Bereich des N. cutaneus

femoris

lateralis. Das linke Bein schmerze in Ruhe. Zudem habe er regrediente Kribbelgefühle der linken Grosszehe und des linken Fussrückens sowie eine Grosszehenheberschwäche links bemerkt. Die Ärzte attestierten ihm weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/47 S. 3). Gemäss Bericht des Universitätsspitals vom 14. November 2018 wurde sowohl klinisch als auch radiologisch ein regelhafter postoperativer Heilungsverlauf festgestellt. Bezüglich der Parästhesien, die den Beschwerdeführer nachts stören würden, sei er für ein Konsil an den Schmerzdienst verwiesen worden (Urk. 10/141 S. 3).

E. 3.2

Kreisarzt Dr. med.

F.____, Facharzt Radiologie, führte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 20. August 2019 aus, der medizinische Endzustand sei erreicht. Die Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei unfallbedingt nicht mehr möglich, sie wäre aber auch ohne Unfall aufgrund der COPD GOLD 4 nicht mehr zumutbar gewesen. Dem Beschwerdeführer seien ganztags Tätigkeiten

zumutbar mit Wechselbelastung (Sitzen, Stehen, Gehen), bei denen weder die unteren Extremitäten noch das Becken noch der Rücken Stößen, Schlägen oder Vibrationen ausgesetzt werden. Tätigkeiten mit Einnehmen einer vorgebeugten Körperhaltung seien ebenfalls nicht mehr zumutbar. Das Besteigen von Leitern und das Begehen von Gerüsten seien nicht zumutbar. Die Masse der zu hebenden/tragenden Lasten sei bei der Tätigkeit auf 10 kg zu begrenzen. Wenn Lasten über Treppen transportiert werden müssten, dann sei die maximal zumutbare Masse 5 kg. Für Rücken und linke Hüfte könnten bis zu drei Serien Physiotherapie pro Jahr und Analgetika übernommen werden. Nach spätestens drei Jahren sei dies erneut zu überprüfen (Urk. 10/229 S. 2).

E. 3.3

Am 14. Oktober 2019 nahm die Suva-Versicherungsmedizinerin

Dr. B.____

eine internistische Beurteilung vor. Sie führte aus, rund zwei Jahre nach dem Ereignis würden keine Unfallfolgen mehr vorliegen. Zur Diskussion würden potentielle Unfallfolgen an der Lunge stehen. Beim Sturz habe der Beschwerdeführer kein Brusttrauma und damit keine (direkte) Traumatisierung der Lunge erlitten. Es sei nicht zu einer Lungenkontusion, einem

Hämatopneumothorax

oder Rippenfrakturen gekommen, welche die Atmung hätten kompromittieren können. Ausgewiesen sei aber die vorbestehende, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit Ausbildung eines Emphysems. Die Kreisärzte der Arbeitsmedizin hätten auf eine Nicht-Verschlimmerung durch den Unfall geschlossen und dies mittels einer Zeitreihe der Lungenfunktionswerte graphisch dargestellt, dem könne gefolgt werden. Ausgewiesen sei sodann, dass es in der Akutspitalphase zu einer respiratorischen Verschlechterung und wegen erschwelter Sekretmobilisation sowie einer Hypervolämie zur Notwendigkeit einer maschinellen Beatmung gekommen sei. Die Arbeitsfähigkeit als Sanitärinstallateur/-monteur sei bereits vor dem Unfall eingeschränkt gewesen, auch wenn der Arbeitgeber in der Schadenmeldung notiert hatte, dass der Beschwerdeführer in Vollzeit angestellt gewesen und ein Lohnanteil für Akkordarbeit erwähnt worden sei. Dr. B.____ verwies darauf, dass die COPD sich über die Zeit individuell unterschiedlich schnell und in Abhängigkeit eines fortgesetzten Nikotinkonsums und zu Begleiterkrankungen verschlimmere. Die Krankheit könne sicherlich im Stadium IV zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen. Es sei aber nicht nur die Leistungsfähigkeit und damit die Arbeitsfähigkeit herabgesetzt, sondern auch die Lebenserwartung sei eingeschränkt. Die Prognose bei Vorliegen weiterer Erkrankungen (Polymorbidität) sei noch ungünstiger. Unter diesen Bedingungen sei keine Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten. Diese Aussage würde sich denn auch mit denen der behandelnden Pneumologin decken. Allerdings habe die Pneumologin es für möglich gehalten, dass die respiratorische Verschlechterung im November 2017 auch in der postakuten Phase einen negativen Effekt auf den natürlichen Verlauf gehabt haben könnte, dies im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung. Gegen diese Vermutung lasse sich einwenden, dass Exazerbationen zwar zur Progression des Leidens beitragen. Gemeinhin sei unter «Exazerbation» aber eine akute chronische Bronchitis zu verstehen, die in der Regel zu einer weiteren Verschlechterung der Lungenfunktion führe. Die beim Beschwerdeführer in der Akutphase aufgetretene respiratorische Dekompensation mit Beatmungsbedürftigkeit sei jedoch einem anderen

Mechanismus gefolgt . Sie sei nicht durch eine akute Bronchitis bedingt gewesen, sondern durch Sekretstau und eine Hypervolämie. Die akute Komplikation habe behoben werden können und

habe keine objektiv i erbaren Effekte auf die Lungenfunktion hinterlassen. Auch die nach Abschluss der Rehabilitation zu verzeichnende Zunahme der Atemno t sei im Rahmen der normalen Progredienz der Grundkrankheit zu sehen und damit unfallfremd. Dr. B. ___ folgerte daraus, dass die beim Beschwerdeführer bestehende progrediente COPD unfallfremd zu einer vollständigen Arbeitsun fähigkeit in jeder Tätigkeit geführt habe (Urk. 10/240 S. 6 f.).

E. 3.4

Am 2. März 2020 hielt Kreisarzt Dr. med. G. ___ , Facharzt Physika lische Medizin und Rehabilitation, fest, in den Berichten über die Erstbehandlung sei zum Abdomen-CT im Befund eine Bauchwandverletzung aufgeführt worden. Diese sei in dem Bereich gewesen, in dem jetzt der Bauchwandbruch beschrieben worden sei. Er sehe die Behandlung des Bauchwandbruches als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal an (Urk. 10/261 S. 2).

E. 3.5

Am 2 2. März 2021 erstattete Prof. Dr. C. ___ sein monodisziplinäres pneumolo gisches Aktengutachten. Er führte als Diagnosen aus pneumologischer Sicht ein COPD mit schwerem Lungenemphysem sowie ein obstruktives Schlafapnoesyn drom unter CPAP Therapie auf. Zudem sei ein partieller Tracheobronchialkollaps in der Bronchoskopie festgestellt worden. Prof. Dr. C. ___ stellte fest, grundsätz lich wäre auch ohne den Unfall vom 5. November 2017 die vollständige und dauernde Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten. Es stelle sich lediglich die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer arbeitsunfähig geworden wäre. Um diese Frage beurteilen zu können, müss t e n die Lungenfunk tionstest s vor dem Unfall vom 5. November 2017 chronologisch betrachtet werden. Am 8. Januar 2015 habe der Beschwerdeführer eine n FEV1 (Erstsekun denvolumen) von 23 % und eine deutliche Überblähung gezeigt, wobei die meisten Personen mit

solchen Werten nicht in der Lage gewesen wären , einen Beruf mit körperlicher Belastung auszuführen. Es sei zwar möglich aber schwer vorstellbar, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt eine schwere körper liche Arbeit als Sanitärinstallateur durchgeführt habe. Hätte er Aufträge vergeben, Arbeiten auf der Baustelle koordiniert und dergleichen, wäre eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorstellbar. Wenn sich der Beschwerdeführer selbst körperlich als Sanitärinstallateur direkt am Objekt eingesetzt habe, sei sein Einsatz aus pneumologischer Sicht ausserordentlich. Eineinhalb Jahre später habe sich die Überblähung bei gleichbleibenden Diffusionswerten verstärkt. Aufgrund des Lungenfunktionstest vom 2. Juni 2017 komme er zum Schluss, die im Jahr 2016 vorgenommene chirurgische Lungenvolumenreduktion habe höchstens zu einer minimalen Verbesserung der Situation geführt. Aus pneumologischer Sicht sei, ohne den Beschwerdeführer persönlich gesehen und seine Leistungsfähigkeit auf einer Spiroergometrie getestet zu haben, davon auszugehen, dass er für mittelschwere bis körperliche schwere anstrengende Arbeit arbeitsunfähig sei. Für leichte körperliche Anstrengung en oder eine Büro tätigkeit sollte er aus pneumo logischer Sicht grundsätzlich arbeitsfähig sein. Der schwere Unfall habe seine Arbeitsfähigkeit , welche trotz eingeschränktem FEV1 noch vorhanden war, beendet. Bei nicht eingetretenem Unfall wäre innerhalb kurzer Zeit betreffend körperlicher Anstrengung

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu erwarten gewesen. Die Arbeitsfähigkeit wäre möglicherweise in einer Tätigkeit ohne jegliche körperliche Anstrengung etwas länger erhalten geblieben (Urk. 10/280 S. 4-7).

E. 3.6

RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, gab am 3. Mai 2019 eine Stellungnahme ab. Als Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Sanitärmonteur führte Dr. H.____ Funktions- und Belastungseinschränkungen im linken Bein bei längerem Gehen und Stehen mit Entlastungshinken und Handlaufgebrauch beim Treppensteigen, Konzentrationschwierigkeiten und Atemprobleme auf. Dr. H.____ attestierte dem Beschwerdeführer ab dem 5. November 2017 dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab August 2018 maximal 30 % arbeitsfähig (70 % Arbeitsunfähigkeit). Dem Belastungsprofil entspreche eine körperlich sehr leichte wechselbelastende Tätigkeit mit Gewichtsbelastung von 5-10 kg, regelmässiger Sitzgelegenheit; kein Leiter-, Gerüst- und selten Treppensteigen. Keine erhöhte Anforderung an die körperliche-geistige Ausdauer und Konzentration. Zudem sollten jegliche Luftverunreinigungen und strahlungsraumklimatische Schwankungen vermieden werden. Eine relevante Besserung der Arbeitsfähigkeit sei beim komplexen Gesundheitsschaden nicht zu erwarten (Urk. 13/35/4-5).

E. 4

Ziff.

9, S.

E. 4.1

Durch die medizinischen Akten ausgewiesen und unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalles vom 5. November 2017 ein Polytrauma erlitt, das mehrfach operativ behandelt wurde (vgl. E. 3). Unbestritten ist sodann, dass er bereits vor dem Unfallereignis an einem COPD GOLD IV litt. Nach Lage der Akten war von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den 20. August 2019 hinaus keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens mehr zu erwarten (vgl. E. 3.2; Urk. 2 S. 11 E. 3a/aa), unbeschrieben davon, dass die Beschwerdegegnerin die Taggelder bis Ende Februar 2020 ausrichtete. Bei genauer Betrachtung wäre der Rentenanspruch deshalb bereits ab dem 21. August 2019 entstanden. In grundsätzlicher Hinsicht erfolgte der Fallabschluss demnach zu Recht und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht erkennbar beanstandet (Urk. 1 S. 5 Ziff. 11 f.).

Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob der Beschwerdeführer aus dem Unfallereignis Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie eine Integritätsentschädigung hat.

E. 4.2

Für die obligatorische Unfallversicherung besteht keine Leistungspflicht für vorbestehende oder nach dem Unfall aufgetretene Krankheiten, auf welche der Unfall keinen Einfluss ausgeübt hat. Die Unfallversicherung hat dabei die unfallbedingten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von den krankheitsbedingten abzugrenzen. Ist eine versicherte Person bereits aus unfallfremden Gründen vollständig invalid, so besteht kein Raum mehr für eine (zusätzliche) unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsunfähigkeit. Selbst wenn auch

aus dem Unfall eine Invalidität erwachsen wäre, kommt in diesen Fällen keine Rente der Unfallversicherung zur Ausrichtung. Massgebend ist nicht die zeitliche Reihenfolge der Schadenereignisse (Unfallereignis/Krankheit), sondern es ist auf den Eintritt des Schadens abzustellen. Als Schadenseintritt gilt dabei nicht das Unfalldatum, sondern der Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs (Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2020 vom 25. März 2021, E. 6.1). Hat ein nicht bereits aus unfallfremden Gründen vollständig invalider Versicherter Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, und ist er infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, gewährt ihm der Unfallversicherer eine Komplementärrente gemäss Art. 20 Abs. 2 UVG.

E. 4.3

Aufgrund der Angaben in den Akten steht grundsätzlich fest, dass beim Beschwerdeführer mindestens seit dem Jahr 2015 ein

panlobuläres Lungenemphysem im bildgebenden Verfahren erkennbar und schon damals die Diagnose COPD Gold IV bekannt war (Urk. 10/146, 10/150; vgl. IV-Anmeldung, wonach das COPD seit 2011 bestehe [Urk. 13/2/6-7]). Auch litt der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall an einem schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom, weshalb ihm im April 2014 ein CPAP-Gerät zur nächtlichen Therapie verordnet wurde (Urk. 10/146). Am 28. Juni 2016 erfolgte eine operative Lungenvolumenreduktion mittels Ventileinlage im rechten Oberlappen (4 Zephyrventile; Urk. 10/139/8), die jedoch nicht den gewünschten Erfolg brachte, weshalb am 29. Oktober 2016 drei nicht funktionstüchtige Ventile operativ entfernt wurden (Urk. 10/139/8-12, 10/139/15). Am 6. Dezember 2016 erfolgte eine thorakoskopische Lungenvolumenreduktion beidseits, welche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht merklich verbesserte (Urk. 10/146/8-9). Am 2. Mai 2018 macht der Beschwerdeführer geltend, die Lungenproblematik habe sich seit dem Unfall verschlechtert (Urk. 10/75), und am 24. August 2018 äusserte er sich dahingehend, er sei durch die Lungenerkrankung im Alltag eingeschränkt und könne z.B. keine Wanderungen mehr unternehmen. Beim Treppensteigen und Bergaufwärtsgehen leide er unter starker Dyspnoe (Urk. 10/147/2).

Aktenkundig ist sodann, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1993 als Chefmonteur Sanitär/Montagearbeiter bei der Y.____ AG in einem Vollzeitpensum (40 Stunden pro Woche) tätig war (Urk. 13/27). Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer am 8. Februar 2018 eingehend zur vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit befragt. Demnach hatte er bis zum Unfall zu 100 % als Sanitärinstallateur gearbeitet. Es seien ihm immer Lehrlinge zugeteilt worden, die ihm zur Hand gehen konnten. Bei der Arbeit sei er wegen der Lungenkrankheit insoweit eingeschränkt gewesen, als er beim Steigen vieler Treppen verlangsamt gewesen sei. Der Lehrling an seiner Seite habe ihm bei schweren Arbeiten geholfen. Als Sanitärinstallateur habe er vor allem in Neubauten gearbeitet, wo entsprechend Wasserleitungen und Rohrbauten verlegt worden seien. Auch das Anbringen von Lavabos und Duschen usw. habe zu seinen Arbeiten gehört. Gewichte tragen bis 30 kg und Überkopfarbeiten hätten dazu gehört, wenn Spiegelschränke montiert worden seien. Auch habe er viel auf Leitern arbeiten müssen. Ob er diese Tätigkeit auch in Zukunft ausüben könne, sei eher fraglich, so wie es jetzt mit dem linken Bein aussehe, werde es ihm nicht mehr möglich sein, da er doch ziemlich schwer verletzt sei (Urk. 10/52). Diesen Aussagen zur Arbeitstätigkeit vor dem Unfall widersprach der an der Besprechung anwesende Geschäftsführer der Y.____ AG nicht (Urk. 10/52). Zumindest die Case-Managerin der Suva stellte die 100%ige Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers mit

Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor dem Unfall nicht in Frage (Urk. 10/61). Aus dem Bericht des Universitätsspitals Z.____, Klinik für Pneumologie, vom 22. Juni 2016 geht hervor, dass eine Belastungsdyspnoe (Kurzatmigkeit) bestand, welche die Gehstrecke in der Ebene auf knapp über 100 m einschränkte; durch die COPD sei der Beschwerdeführer in seinem Beruf als Sanitär deutlich eingeschränkt, im häuslichen Umfeld nicht (Urk. 10/139/4). Dem IK-Auszug ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Y.____ AG seit dem Jahr 1993 einen kontinuierlichen Lohnanstieg erzielte, einzig im Jahr 2015 kam es zu einer Lohnreduktion auf Fr. 71'369.--, in den beiden darauffolgenden Jahren erzielt er wieder einen Lohn von Fr. 91'000.-- (Urk. 10/109); aktenkundig von Oktober 2016 bis Oktober 2017 erhielt der Beschwerdeführer denn auch einen Lohn von Fr. 7'000.-- brutto ausbezahlt, den 13. Monatslohn im November 2016 (Urk. 10/209/315). Aus dem IV-Arbeitgeberbericht vom 19. Dezember 2018 geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Mai 1993 vollzeitlich bei der Y.____ AG tätig war und er die Service- und Montagearbeiten selbständig organisierte und ausführte. Dabei sass er selten, musste oft gehen und stehen sowie Gewichte bis 10 kg heben, das Heben von Gewichten bis 25 kg kam manchmal vor, das Heben von Gewichten über 25 kg selten (Urk. 13/27). Weiter steht fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis am 5. November 2017 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. E. 3).

Die IV-Stelle sprach dem Beschwerdeführer gestützt auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes eine ganze Invalidenrente zu. RAD-Arzt Dr. H.____

hielt insbesondere fest, dass der Beschwerdeführer im linken Bein bei längerem Gehen und Stehen sowie aufgrund der Konzentrationsschwäche und den Atemproblemen Funktions- und Belastungseinschränkungen habe (E. 3.6). Dr. H.____ attestierte dem Beschwerdeführer sowohl unter Berücksichtigung der krankheits- sowie den unfallbedingten Einschränkungen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Sanitärinstallateur. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ging er ab August 2018 von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % aus. Aufgrund des Alters sowie der langjährigen Betriebszugehörigkeit stützte sich die IV-Stelle bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, da sie von einer Unverwertbarkeit der 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging (vgl. Urk. 13/35/4-6). Kreisarzt Dr. F.____ führte in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 20. August 2019 insbesondere aus, dass die komplexen Frakturen der vorderen und mittleren Schädelbasis, die multiplen Mittelgesichtsfrakturen, die Subarachnoidal- und Kontusionsblutungen frontal beidseits und okzipital rechts, die mehrfragmentäre Beckenfraktur links sowie die Fraktur des Processus costalis sinister von LW 2 Unfallfolgen sind beziehungsweise waren. Des Weiteren erachtete Dr. F.____ die Tätigkeit als Sanitärinstallateur unfallbedingt als nicht mehr möglich, diese wäre ihm jedoch auch ohne Unfall aufgrund der COPD GOLD IV nicht mehr zumutbar gewesen (Urk. 10/229 S. 2).

E. 4.4

Soweit die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid damit begründete, dass der Beschwerdeführer bei einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit eine ganze Invalidenrente erhalte, weshalb kein Raum mehr für die Ausrichtung einer Rente der Unfallversicherung bestehe, kann ihr nicht gefolgt werden. Die IV-Stelle stützte sich in ihrem Entscheid darauf, dass der Beschwerdeführer als Sanitärinstallateur zu 100% arbeitsunfähig ist. Auf eine vollständige Erwerbsunfähigkeit kann gestützt auf diese Einschätzung nicht geschlossen

werden ,

ging die IV-Stelle doch von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit aus (E. 3.6); damit war der Beschwerdeführer entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht bereits aus unfallfremden Gründen vollständig invalid gewesen (Urk. 9 S. 4 Ziff. 9) .

Die Beschwerdegegnerin wäre gehalten gewesen, die unfallbedingten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von den krankheitsbedingten abzugrenzen. Dr. H. ___ berücksichtigte in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung sowohl die krankheits- als auch die unfallbedingten Einschränkungen, ohne zu differenzieren, in welchem Ausmass sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. In Fällen, in denen ausser invalidisierenden Unfallfolgen noch eine oder mehrere andere, nicht unfallbedingte Gesundheitsschädigungen vorliegen, ist grundsätzlich vorweg der allein auf das Unfallereignis zurückzuführende Invaliditätsgrad zu ermitteln (BGE 122 V 360 E. 5c/ aa). Im Rahmen der Invaliditätsbemessung ist vorliegend zu berücksichtigen, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vor dem Unfallereignis vom 5. November 2017 aufgrund des COPD GOLD IV nicht

überwiegend wahrscheinlich massiv reduziert gewesen war , auch wenn die Kreisärzte und der Gutachter davon ausgingen, dass Personen mit derselben Erkrankung weitaus früher in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wären (vgl. E. 3.2-3.3 und 3.5). Die gesundheitliche Beeinträchtigung durch die COPD hat für sich allein betrachtet vor dem Erreichen des Endzustandes im August 2019 (E. 4.1) aktenkundig nicht zur vollständigen Berentung durch die Invalidenversicherung geführt. Zwar ist nachvollziehbar , wenn die Kreisärzte aufgrund allgemeiner Erfahrungen darauf schlossen , dass

die COPD auch ohne Unfall in Zukunft zu einer Einschränkung geführt hätte . Tatsache ist jedoch, dass der Beschwerdeführer bis zum Unfallereignis vollständig erwerbstätig war.

E. 4.5

Aus dem Gesagten folgt, dass erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung von Dr. F. ___ betreffend die weiteren Einschränkungen sowie der Beurteilung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen. Aufgrund der Stellungnahme von Dr. H. ___ ist davon auszugehen, dass unfallbedingte Einschränkungen ebenfalls zumindest zu einem Teil bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wurden.

Auf die gutachterlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit von Prof. Dr. C. ___ aufgrund des unfallfremden und damit krankheitsbedingten COPD kann jedoch ebenso wenig abgestellt werden , zumal er den Beschwerdeführer nicht persönlich begutachtet und insbesondere weder die somatische noch die berufliche Anamnese erhob (vgl. E. 3.5). Dies wäre umso mehr indiziert gewesen, als die Versicherungsmedizinerin Dr. B. ___ ausführte, FEV1 und die subjektiven Probleme gingen nicht streng miteinander einher, d.h. es gebe Betroffene, welche sehr früh im Krankheitsverlauf Symptome beklagten, ohne dass das FEV1 bereits vermindert sei und umgekehrt. Wohl daher seien die Kriterien der internationalen Schweregradeinteilung geändert worden; neu sei für die Bestimmung der Schwere nicht allein das FEV1 ausschlaggebend, sondern die geklagten Beschwerden (zur Erfassung gäbe es hierfür Fragebögen) und die Anzahl der Exazerbationen im Vorjahr sollten ebenfalls gewichtet werden (Urk. 10/240 S. 6 f.). Weiter führte die Ärztin aus, die COPD verschlimmere sich über die Zeit, individuell unterschiedlich schnell und in Abhängigkeit eines fortgesetzten Nikotinkonsums und zu Begleiterkrankungen. Die Krankheit könne zu

einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen, sicher im Stadium IV wie vorliegend (Urk. 10/240/7).

Das sorgfältig verfasste Aktengutachten von Prof. C.____ basiert auf vielen Annahmen und kann die Frage, ob auch ohne das Unfallereignis eine vollständige und dauernde Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wäre zwar mit «ja» beantworten (Urk. 10/280/4). Zu Recht machte der Gutachter eingangs seiner Ausführungen darauf aufmerksam, es stelle sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer arbeitsunfähig geworden wäre (Urk.

10/280/4); diese Frage konnte er jedoch nicht abschliessend beantworten. Er machte geltend, der schwere Arbeitsunfall (richtig: Nichtberufsunfall) habe sicher die unmittelbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, die erstaunlicher Weise trotz schwerst eingeschränktem FEV1 noch vorhanden gewesen sei, beendet. Bei nicht eingetretenem Unfall hätte er wie im Gutachten hergeleitet eine vollständige Arbeitsunfähigkeit innerhalb kurzer Zeit betreffend körperlicher Anstrengung erwartet mit möglicherweise etwas länger erhaltener Arbeitsfähigkeit für eine Tätigkeit ohne jegliche körperliche Anstrengung (Urk. 10/280/7). Einen genauen Zeitpunkt nannte Prof. C.____ jedoch nicht.

Nach dem Unfall vom 5. November 2017 benötigte der Beschwerdeführer Dauer Sauerstoff, weshalb er bei der Beschwerdegegnerin ein Gesuch um Kostengut sprache für eine mobile Sauerstoffversorgung stellte (Urk. 10/40). Prof. Dr. med. I.____, Fachärztin für Lungenkrankheiten und Allgemeine Innere Medizin, behandelnde Pneumologin des Beschwerdeführers (Urk.

13/2), führte dazu im Bericht vom 16. Juli 2018 aus, die Pneumonie im November 2017 habe akut zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung und Beatmungspflicht geführt, und solche Ereignisse hätten auch post-akut einen negativen Einfluss auf den natürlichen Verlauf und die Prognose (Urk. 10/111/1-2). Zu diesen aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht wesentlichen Vorbringen, welche Problematik die Beschwerdegegnerin für abklärungswürdig hielt (Urk. 10/262/2 «Problemstellung»; Urk. 10/263/1) und welche medizinische Argumentation von Prof. Dr. I.____ dem Gutachter bekannt war (Urk.

10/280/13), nahm er dennoch keine Stellung. Somit ist dieser Punkt nach wie vor ungeklärt. Daran vermögen die Ausführungen der Versicherungsmedizinerin Dr.

B.____ zur «Vermutung» von Prof. Dr. I.____ (E. 3.3) nichts zu ändern, wonach die erlittene respiratorische Dekompensation nicht einer gewöhnlichen Exazerbation gleichzusetzen sei, wie man sie bei Personen mit COPD antreffe, sie habe keine objektivierbaren Effekte auf die Lungenfunktion hinterlassen. Denn selbst wenn mit Dr. B.____ keine richtungsgebende Verschlimmerung des COPD bewirkt worden wäre, bleibt die Frage, ob die erlittene Dekompensation mit Beatmungsbedürftigkeit geeignet war, auf den weiteren Verlauf und die Prognose negativ zu wirken, unbeantwortet. Im Übrigen ging Dr. B.____ bezüglich der erlittenen Dekompensation von einer iatrogen verursachten Hypervolämie durch ein Zuviel an Flüssigkeit/Volumen gabe aus (Urk.

10/240/7), was unter dem Aspekt von Art.

10 Abs.

3 UVG (Leistungserbringung an Schädigungen bei Heilbehandlungen) relevant sein könnte.

Prof. Dr. C. ___ berücksichtigte im Übrigen einzig die Einschränkungen aus pneumologischer Sicht, weshalb das monodisziplinäre Gutachten in Bezug auf das erlittene Polytrauma unvollständig ist. Kreisarzt Dr. F. ___ stellt am 23. Januar 2018 in Frage, dass der Beschwerdeführer wegen den linksseitigen Hüftschmerzen beim Einnehmen von Kauerstellungen

eingeschränkt sein könnte (Urk. 10/50). Aktenkundig ist, dass der Beschwerdeführer anlässlich seiner Befragung vom 7.

Februar 2018 durch den Suva Aussendienstmitarbeiter geltend machte, sich wegen des linken Beins nur mit Stöcken fortzubewegen, er habe im linken Fuss kein Gefühl (Urk. 10/52), was er anlässlich der Befragung am 2. Mai 2018 bestätigte (Urk.

10/75). Auch wenn am 8. Januar 2019 kein residuelles Ausfallsyndrom L5 links mehr erhoben wurde, klagte der Beschwerdeführer auch damals noch über Missempfindungen am lateralen Oberschenkel und Taubheitsgefühl und Parästhesien am grossen Zehen des linken Beines sowie über abendliches Ameisenlaufen am linken Bein, im Gangbild war ein dezentes Hinken erkennbar (Urk.

10/189). Dass Dr. F. ___ dafür hielt, es seien für Rücken und linke Hüfte bis zu drei Serien Physiotherapie pro Jahr sowie Analgetika nach Bedarf zu übernehmen (E.

3.2), lässt darauf schliessen, dass die instabile chronische Schmerzkrankheit des Beschwerdeführers (Urk.

10/189/3, 10/223/2 unten) in der Gesamtschau geeignet sein könnte, invalidisierende Auswirkungen zu haben, was die Suva bisher nicht abgeklärt hat. Die internistische Beurteilung durch Versicherungsmedizinerin Dr.

B. ___ (E. 3.3) vermag daran nichts zu ändern, da sich die Ärztin einzig auf die aktenkundigen Berichte der einzelnen Fachrichtungen bis November 2018 bezog (Urk. 10/240/6 oben), ohne dass sie den Beschwerdeführer selber je untersucht hätte; insbesondere wurde der medizinische Sachverhalt – mit Ausnahme der Lungenproblematik – nicht bis zum Erlass des Einspracheentscheides aufdatiert, wobei aufgrund der Vorbringen des Beschwerdeführers unklar bleibt, ob sich sein Gesundheitszustand seitens der unteren Extremitäten wieder verschlechtert hat (Urk. 1 S.

E. 5

Ziff.

14, S.

E. 6

Ziff.

18).

Nach dem Gesagten kann gestützt

auf die vorliegenden Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, welche Beschwerden weiterhin unfallbedingt sind und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Juni 2021 (Urk. 2) ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsunabhängiges polydisziplinäres Gutachten betreffend die durch den

Unfall vom 5. November 2017 verursachten Gesundheitseinschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit veranlasse und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers in Bezug auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie einer Integritätsentschädigung neu verfüge. 5 .

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57) . Dem Beschwerdeführer steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu (Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einsprache entschieden vom 7. Juni 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson -
Rechtsanwältin Nadine Linda Suter - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Vogel
Sherif

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