

200 23 660 UV
FUE/BOC/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Februar 2024

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Juli 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt in den letzten Jahren verschiedene Unfälle und war dabei über die jeweiligen Arbeitgeber bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten obligatorisch versichert:

Am 4. Juni 2013 verletzte er sich an der rechten Hand bzw. am Ring- und kleinen Finger, als er mit seinem kleinen Finger in einem Kettenglied hängen blieb (Akten der Suva [act. II] 1, 21, 23, 31). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen und schloss den Fall mit Verfügung vom 9. April 2014 ab (act. II 72) bzw. trat auf eine dagegen erhobene Einsprache nicht ein (act. II 84).

Am 30. Januar 2017 rutschte der Versicherte beim Gehen auf Glatteis aus und stürzte (Akten der Suva [act. IIc] 1). Dabei zog er sich eine Ellbogenkontusion rechts, eine MCP-(Fingergrundgelenk)-V-Luxation rechts und einen Aussenmeniskuskorbhenkelriss am linken Knie zu (act. IIc 132), wobei die rechte Hand und das linke Knie operativ versorgt wurden (act. IIc 18, 40, 139). Im Zusammenhang mit der Kniegelenksspiegelung vom 9. Oktober 2017 (act. IIc 139) kam es zu einem Infekt (act. IIc 156 f., 176).

Am 1. August 2018 erlitt der Versicherte einen Treppensturz und zog sich dabei eine Skaphoidfraktur rechts, eine Contusio capitis, eine Kniekontusion links, eine Ellbogenkontusion rechts und eine kleine Rissquetschwunde links supraorbital zu (Akten der Suva [act. II] 2, 7), wobei die Skaphoidfraktur operativ versorgt wurde (act. II 18, 28).

Im April 2019 wurde der Versicherte aufgrund einer Alkoholintoxikation mit fremdaggressivem Verhalten ins Spital C._____ eingewiesen (act. IIc 336). Im Rahmen dieses Aufenthaltes schlug der Versicherte am 12. April 2019 mit der (rechten) Faust gegen eine Wand und erlitt dadurch eine leicht dislozierte, subkapitale Fraktur des Os metacarpale II rechts (act. IIc

337; Akten der Suva [act. IIj] 25/24), welche operativ versorgt wurde (act. IIj 2, 5).

Am 28. Juni 2019 machte der Versicherte geltend, er habe im Sommer 2016 einen schweren Arbeitsunfall erlitten und sich dabei zwei Wirbelkörper frakturiert (act. IIc 349).

Am 3. Juli 2019 fand eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt (act. IIj 25) und am 30. Januar 2020 stellte der Versicherte aufgrund der am linken Knie und an der rechten Hand bestehenden Einschränkungen einen Antrag auf Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung (Akten der Suva [act. IIId] 385). Diesen Antrag wies die Suva mit Verfügung vom 17. Februar 2020 (act. IIId 396) bzw. Einspracheentscheid vom 8. September 2020 (act. IIId 435) ab und auf ein Gesuch um prozessuale Revision (Akten der Suva [act. IIlg] 265) trat sie mit Verfügung vom 8. Februar 2021 (act. IIg 289), bestätigt mit Einspracheentscheid vom 18. August 2021 (Akten der Suva [act. IIh] 347), nicht ein.

Am 29. Februar 2020 stürzte der Versicherte in der Badewanne und verletzte sich am Rücken (Akten der Suva [act. IIi] 2, 9). Mit Verfügung vom 11. August 2020 (act. IIi 31) schloss die Suva den Fall per 31. August 2020 ab und lehnte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. Februar 2020 ab.

Auf Gesuch des Versicherten (act. IIh 309) lehnte die Suva mit Verfügung vom 10. Mai 2021 (act. IIh 310) ihre Leistungspflicht für die psychischen Beschwerden bzw. einen stationären Entzugsaufenthalt im Psychiatriezentrum D._____ ab.

Am 27. Juli 2021 fand eine ärztliche Abschlussuntersuchung statt (act. IIh 330), woraufhin die Suva dem Versicherten gleichentags schriftlich den Fallabschluss und die Einstellung der Heilungs- und Taggeldleistungen per 30. September 2021 mitteilte (act. IIh 334). Mit Verfügung vom 8. September 2021 (act. IIh 355) sprach die Suva dem Versicherten im Zusammenhang mit den Unfällen vom 4. Juni 2013, 30. Januar 2017, 1. August 2018 und 12. April 2019 ab dem 1. Oktober 2021 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 22 % und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 41 % zu. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten

durch Rechtsanwältin B._____, am 11. Oktober 2021 vorsorglich Einsprache (act. IIh 357), welche mit Eingaben vom 17. und 19. Dezember 2021 (act. IIh 366 f.) ergänzt wurde. Die Suva holte drei Stellungnahmen der Versicherungsmedizin ein (act. IIh 379; Akten der Suva [act. IIe] 543, 546), wozu der Versicherte am 23. September 2022 (act. IIh 384) unter Meldung eines Rückfalls der Bursitis am Ellbogen (rechts) Stellung nahm. Mit Einspracheentscheid vom 13. Juli 2023 (act. IIh 406) hiess die Suva die Einsprache insoweit teilweise gut, als sie dem Versicherten ab dem 1. Oktober 2021 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 27 % zusprach. Soweit weitergehend wies sie die Einsprache ab, soweit sie darauf eintrat.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 14. September 2023 Beschwerde mit dem Antrag, die Rentenleistungen seien zu erhöhen.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2023 nahm die Beschwerdegegnerin aufforderungsgemäss Stellung zur örtlichen Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, welche sie als gegeben erachtete. Gleichzeitig beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Oktober 2023 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers innert angesetzter Frist weder eine Kostennote noch ein Fristverlängerungsgesuch eingereicht habe.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 13. Juli 2023 (act. Ilh 406). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung im Zusammenhang einzig mit den Unfällen vom 4. Juni 2013, 30. Januar 2017, 1. August 2018 und 12. April 2019 und hierbei deren Höhe. Vorliegend nicht zu beurteilen sind die Folgen der zahlreichen weiteren erlittenen Sturzereignisse (vgl. insbesondere act. Ilh 396; act. Ili 2, 9, 31) und der gemeldete Rückfall bezüglich der Bursitis am rechten Ellbogen (act. Ilh 384), da darüber mit Verfügung vom 8. September 2021 (act. Ilh 355) bzw. mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Juli 2023 (act. Ilh 406) nicht entschieden wurde; es fehlt diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 69 E. 5.2). Nach einer entsprechenden Verfügung wäre, vor einer allfälligen Beschwerde, zwingend das Einspracheverfahren zu durchlaufen (vgl. BVR 2020 S. 155 ff.). Die mit Verfügung vom 8. September 2021 (act. Ilh 355) zugesprochene und mit dem angefochtenen Einspracheentscheid bestätigte Integritäts-

entschädigung von 41 % wird beschwerdeweise nicht bestritten, womit diese nicht Streitgegenstand bildet (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 165, 125 V 413 E. 2a S. 415; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1) und der Einspracheentscheid diesbezüglich in Teilrechtskraft erwachsen ist (vgl. dazu BGE 144 V 354 E. 4.3 S. 358).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Der Beschwerdeführer hat einen Unfall (4. Juni 2013) vor dem 1. Januar 2017 und drei Unfälle (30. Januar 2017, 1. August 2018 und 12. April 2019) nach diesem Zeitpunkt erlitten. Die Beschwerdegegnerin hat die Ansprüche aus den daraus resultierenden verschiedenen Schädigungen vereinigt (act. IIh 355) und somit gesamthaft beurteilt. Folglich sind vorliegend sowohl die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewesenen (fortan: aArt.) als auch diejenigen ab 1. Januar 2017 gültigen Bestimmungen anwendbar. In Bezug auf die hier relevanten Bestimmungen betreffend Rentenanspruch haben sich im neuen Recht inhaltlich jedoch keine relevanten Änderungen ergeben.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines

Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2022, 8C_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 163 E. 2.3).

2.5 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung), sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters bzw. des Referenzalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG in der seit 1. Januar 2017 bzw. 1. Januar 2024 gültigen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

2.6 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.7 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – hauptsächlich das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Bericht vom 3. Juli 2019 (act. Ilj 25) zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom gleichen Tag führte Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie, die folgenden Diagnosen auf (act. Ilj 25/23 ff.):

Unfall vom 4. Juni 2013 (Finger zwischen zwei Gliedern einer Kette eingeklemmt).

1. Grundphalanxfraktur Dig V rechts, in Dorsalkippung konsolidiert mit zeitgleich erlittener Ruptur des Mittelzügels Dig V rechts
 - initial konservative Therapie
 - 10. Dezember 2013: Mittelzügelrekonstruktion durch Umkipplastik nach Snow und Refixierung am proximalen Mittelglied mittels Mikro-Mitek-Anker Dig V rechte Hand (Dr. med. F. _____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie Spital G. _____)
 - volle Arbeitsfähigkeit ab 7. April 2014
 - Einspracheentscheid vom 20. Juni 2014: Auf die Einsprache werde nicht eingetreten (trotz Aufforderung sei keine Begründung eingereicht worden).
2. Aggravation
 - Bereits damals IV-Rentenbegehren geäussert (siehe Bericht Dr. med. H. _____, Facharzt für Chirurgie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie, Chefarzt Handchirurgie Spital G. _____ vom 11. März 2014)

Unfall vom 30. Januar 2017 (Sturz auf Glatteis)

1. Ellbogenkontusion rechts
 - Keine sichtbare Atrophie der Interossei, Fromentzeichen negativ
 - Bursitis olecrani rechts
 - 4. Februar 2019: Bursektomie der Bursa olecrani rechts (Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie, Handchirurgie Spital C. _____) bei chronischer Bursitis
 - 6. Februar 2019: Hämatomausräumung, Drainage (Dr. med. I. _____, Handchirurgie Spital C. _____) wegen Hämatom
 - Aktuell: teigige Schwellung Ellbogen dorsal rechts, reizlose Narbe
2. MCP V-Luxation
 - 11. Februar 2017: Raffung der palmaren Platte (Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie, Spital K. _____)
3. Aussenmeniskuskorbhenkelriss linkes Knie
 - 21. April 2017: Kniegelenksspiegelung links, Resektion des Aussenmeniskuskorbhenkels (Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital C. _____)
 - 9. Oktober 2017: Kniearthroskopie links mit unauffälligem Befund (Dr. med. L. _____, Spital C. _____)
 - 20. Oktober 2017: Kniegelenksspiegelung links, Spülung, Débridement, Drainage-Einlage (Dr. med. L. _____, Spital C. _____) wegen Empyem

- Nachweis von Staph. aureus, Antibiose mit Co-Amoxicillin, Floxapen
 - Pagonarthrose
 - Aktuell: Angabe von persistierenden Beschwerden infrapatellar medial, keine Quadricephypotrophie, grotesk anmutendes Gangbild
4. Aggravation

Unfall vom 1. August 2018 (in ... beim Spazieren an Krücken mit dem Knie eingebrochen und eine Treppe hinuntergestützt)

1. Scaphoidfraktur rechts
 - 6. August 2018: Geschlossene Reposition, Schraubenosteosynthese Scaphoid rechts mit durchbohrter Doppelgewindeschraube (Dr. med. I._____, Handchirurgie Spital C._____)
 - Aktuell: ossär konsolidiert
2. Ellbogenkontusion links
 - Traumatische Bursitis olecrani links
 - 29. Oktober 2018: Punktion von blutig-seröser Flüssigkeit
 - Aktuell: persistente prallelastische schmerzlose Schwellung am linken Ellbogen, reizlose Weichteile
3. Schädelprellung mit kleiner RQW supraorbital links
 - Versorgung der RQW mit Histoacrylkleber
4. Kniekontusion links
 - MRI vom 21. Januar 2019: keine frischen Unfallfolgen, femorotibiale Arthrose, degenerative VKB-Veränderung

Unfall vom 12. April 2019 (nach Einweisung zur Hospitalisation ins Spital C._____ aufgrund fremdaggressiven Verhaltens bei Alkoholintoxikation [2.9 Promille] aus Wut mit der [rechten] Faust gegen eine Wand geschlagen)

- Dislozierte Metacarpale II-Köpfchenfraktur direkt im Köpfchenbereich als Abscherung knapp subcapital, mit massiver Dislokation des Fragmentes nach palmar
 - 15. April 2019: Geschlossene Reposition intramedulläre K-Draht-Osteosynthese mittels eines 1.8 mm K-Drahtes, zusätzlich eine weitere K-Draht-Osteosynthese mittels eines 1.2 mm K-Drahtes fragmentüberbrückend, ohne Störung des Gelenkes (Dr. med. I._____, Handchirurgie Spital C._____)
 - 13. Mai 2019: Kirschnerdraht-Entfernung 2 Mal und Setzen eines Handblockes zur postoperativen Analgesie mit Ropivacain 0.75 % (Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, Handchirurgie Spital N._____)

- Aktuell: Leichte Schwellung am Handrücken, leicht eingeschränkte Flexion im MP II, keine Hypertrichosis, keine Hyperhidrosis.

Es wurde die folgenden weiteren Diagnosen gestellt:

1. Anamnestisch St. n. operativ versorgter proximaler intraartikulärer Grundphalanxfraktur Dig III rechts 2002 in ...
2. Chronische Alkoholabhängigkeit
 - Aethylische Hepatopathie
3. Wiederholte Grand-mal-Anfälle, zuletzt klinisch dokumentiert vom 3. Mai 2019
 - Im Zusammenhang mit Alkoholüberkonsum
4. Chronische Opioidabhängigkeit
 - Dauermedikation mit Oxycodon seit 2010 nach Diskushernie
5. Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung
6. Impulskontrollstörung
7. Dringender Verdacht auf Somatisierungsstörung
8. Chronisch rezidivierende Rückenbeschwerden
 - zweimalige Bandscheibenvorfälle vor 2013
 - Deshalb seit 2010 Dauermedikation mit Oxycodon (siehe Bericht Spital O. _____, wohin der Versicherte wegen Konflikt mit Polizei wegen Alkohol, 1.6 Promille, gebracht worden sei)
 - 28. Juli 2016: Verhebetrauma
 - 5. August 2016 MRI: Diskusbulging L5/S1 mediolateral links mit Touchierung der Wurzel S1 links. Geringe Diskusbulging L3/4 und L4/5 ohne Neurokompression
9. Undislozierte Querfortsatzfrakturen LWK 2 und LWK 3 rechts
 - CT vom 3. Mai 2019: konsolidierende Frakturen der Processus transversi LWK 2 und LWK 3 rechts
 - Am ehesten im Rahmen der epileptischen Grand-mal-Anfälle im Zusammenhang mit dem Alkoholüberkonsum, resp. -entzug.
10. Obstruktive Pneumopathie
 - chronischer Nikotinkonsum
 - Turbuhaler 200/6

Zur Frage des Erreichens des Endzustandes gab Dr. med. E. _____ an, für die Fälle von 2013, 2017 und 2018 könne vom Erreichen des Endzustandes ausgegangen werden. Aber noch nicht im neuen Fall von 2019. Hier sei die Fraktur bei der letzten radiologischen Kontrolle vor K-Draht-Entfernung in guter Stellung, jedoch noch nicht vollständig konsolidiert und der Endzustand noch nicht erreicht gewesen. Die Hand sei bei der Kreisarztuntersuchung noch leicht geschwollen gewesen. Erfahrungsgemäss könne drei bis sechs Monate nach einer solchen Fraktur nach kontinuierli-

chem Belastungsaufbau wieder mit einer vollen Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit gerechnet werden. Es empfehle sich die handchirurgische Abschlusskontrolle abzuwarten. Was die Querfortsatzfrakturen betreffe, so seien diese im Mai 2019 bereits in Abheilung gewesen. Erfahrungsgemäss werde eine Konsolidation innerhalb von acht bis zwölf Wochen erreicht. Somit könne spätestens ab August 2019 von einem Endzustand ausgegangen werden (act. IJ 25/29 Ziff. 1).

Zumutbar seien unfallbedingt leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten mit Heben von Gewichten beidhändig bis 15 kg. Einschränkungen für die linke Hand bestünden nicht. Zumutbar seien wechselbelastende vorzugsweise sitzende Tätigkeiten mit nur kurzen Geh- oder Stehphasen. Nicht zumutbar sei das Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg und das nur kurze Strecken aufgrund der Einschränkung der Belastbarkeit des linken Kniegelenks. Von Seiten der rechten Hand bestünden Einschränkungen für Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen und das Manipulieren von Lasten von mehr als 5 kg. Monotones repetitives Manipulieren von Gegenständen mit der rechten Hand sei nur bis 2 kg zumutbar. Einschränkungen der Zumutbarkeit aufgrund der Ellbogenkontusion mit Bursitis olecrani bestehe für Tätigkeiten mit der Notwendigkeit zum Aufstützen resp. Abstützen des Körpergewichts auf die Ellbogen. Eine zusätzliche Einschränkung der Zumutbarkeit aufgrund der Querfortsatzfrakturen bestehe spätestens ab August 2019 nicht mehr (act. IJ 25/29 Ziff. 2).

Hauptproblem des Beschwerdeführers sei seine schwere Suchterkrankung mit Alkohol-, Opiat- und Nikotinabhängigkeit. Diese sei, wie aus den verschiedenen medizinischen Unterlagen ersichtlich sei, nachweislich vorbestehend und sicher nicht kausal zu einem der Suva-versicherten Ereignisse. Die Rechtsanwältin habe der Case-Managerin gegenüber angedeutet, dass die psychische Verfassung allenfalls auf eine traumatische Hirnschädigung zurückzuführen sei. Eine solche habe aber in der bei der Ursachenabklärung der epileptischen Anfälle durchgeführten Bildgebung (MRI Schädel vom 9. Mai 2019) ausgeschlossen werden können (act. IJ 25/31 Ziff. 6).

3.2 In dem von der Invalidenversicherung veranlassten polydisziplinären Gutachten der MEDAS P. _____ vom 19. November 2020 (act.

II 229 - 232; Akten der Suva [act. IIa] 233 - 235) mit Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin und Neuropsychologie wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 230/9 Ziff. 4.2.1):

- Postinfektiöse Abnützung am Kniegelenk links (postoperativer Infekt mit *Staphylococcus aureus* 2017; ICD-10 M17.2-3 und M00.06)
- Chronischer Kreuzbeinschmerz beidseits bei mehretägigen, degenerativen Veränderungen (ICD-10 M51.2 und M47.87)
- Bewegungs- und Funktionseinschränkung des Handgelenkes und der Finger rechts nach mehrfachen Verletzungen und multiplen operativen Eingriffen (ICD-10 S62.0, S62.12, S62.3, S62.6 und S66.2)
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, ggw. Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24)
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, ggw. Substanzgebrauch (ICD-10 F13.24)
- Läsion des R. infrapatellaris des N. saphenus mit/bei neuropathischen Schmerzen (ICD-10 G57.8)
- Provozierte, äthyltoxisch bedingte tonisch-klonische epileptische Anfälle (ICD-10 R56.8)

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine erhebliche Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Derzeit könnten nur geringe Ressourcen für eine Wiedereingliederung am allgemeinen Arbeitsmarkt festgestellt werden. Mit Sicherheit seien aktuell und auch zukünftig schwere bzw. mittelschwere körperliche Berufe nicht mehr möglich. Da die nachvollziehbaren, körperlichen Schmerzen erfahrungsgemäss und anhand des aktuellen Wissensstandes die psychische Stabilität negativ beeinflussten und somit die psychiatrische Therapie erschwerten, müsse eine Teilsumation der fachspezifischen Arbeitsunfähigkeiten angenommen werden (act. II 230/9 Ziff. 4.1). Die Sachverständigen attestierten in der bisherigen Tätigkeit seit dem 30. Januar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsfähigkeit (70%ige Arbeitsunfähigkeit; act. II 230/10 Ziff. 4.7 und 4.8).

3.3 Im Bericht vom 27. Juli 2021 (act. IIh 330) zur ärztlichen Abschlussuntersuchung vom gleichen Tag ergänzte bzw. aktualisierte der Kreisarzt Dr. med. E. _____ die Diagnosen gemäss dem Bericht vom 3. Juli 2019

(act. IIj 25). Er führte zudem aus, was die unfallbedingten somatischen Probleme betreffe, sei der Beschwerdeführer vor allem durch die Kniebeschwerden links in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt bei Varusgonarthrose nach postoperativem Infekt nach diagnostischer Kniearthroskopie vom 9. Oktober 2017. Hier wäre die Implantation einer Knie totalprothese möglich. Eine Operation berge aber das Risiko eines erneuten Infekts. Zudem sei der Beschwerdeführer nicht mehr gewillt, sich operieren zu lassen. Somit seien hier aktuell keine weiteren Therapien mehr vorgesehen. Auch Physiotherapie werde nicht mehr durchgeführt. Entsprechend könne aus versicherungsmedizinischer Sicht vom Endzustand ausgegangen werden. Bei weitgehend unveränderter Klinik seit der letzten Untersuchung von 2019 und radiologisch keiner wesentlichen Befundänderung könne bezüglich des Kniegelenks auch an der Höhe des beurteilten Integritätsschadens festgehalten werden. Im Bereiche der rechten Hand sei es wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Spickdrahtosteosynthese des Metacarpale II durch den von radial eingebrachten Spickdraht zu einer Durchscheuerung der Extensor pollicis longus-Sehne gekommen, welche durch ihren abgewinkelten Verlauf besonders gefährdet sei. Eine operative Sehnennaht lehne der Beschwerdeführer explizit ab. Der Funktionsverlust betreffe nur die Extension im Daumenendglied, was die Handfunktion und insbesondere die Greiffunktion kaum beeinträchtige. Hier seien vor allem die Beugesehenen wichtig. Die Abduktion und die Extension des Daumengrundgliedes sowie Beugung und Opposition des Daumens seien weiterhin intakt. Der Befund im Bereich des Kleinfingers bleibe unverändert (act. IIh 330/31).

3.4 In der ärztlichen Beurteilung vom 2. Mai 2022 (act. IIh 379) hielt der Kreisarzt Dr. med. E. _____ fest, die Querfortsatzfrakturen seien inzwischen, wie das CT vom 29. Februar 2020 zeige, vollständig und in absolut anatomischen Stellungsverhältnissen konsolidiert. Sie spielten im Beschwerdebild des Beschwerdeführers somit keine Rolle mehr. Entsprechend seien die LWS-Beschwerden anlässlich des Gutachtens vom September 2020 auf die mehretägigen degenerativen Veränderungen zurückgeführt worden.

Ein Grossteil der erlittenen Verletzungen und insbesondere die erschweren Verläufe seien in erheblichem Anteil auf die schwere Suchterkrankung

zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei bereits Jahre vor dem Unfall von 2017 wegen Alkoholexzessen und Opiatabhängigkeit auffällig geworden. Er sei offenbar nicht in der Lage, seine Sucht in den Griff zu bekommen. Es bestehe eine deutliche Selbst- und zeitweise auch Fremdgefährdung. Die von der Rechtsvertreterin offenbar geltend gemachte Unfallkausalität der angeblich erlittenen Herzinfarkte sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Es fehlten entsprechende Unterlagen zu den erwähnten Hospitalisationen in

Es lägen die folgenden unfallbedingten Gesundheitsschäden vor:

Am linken Knie bestehe ein Zustand nach medialer Teilmenishektomie wegen Korbhellenläsion und intraartikulärem Infekt und eine mittelschwere posttraumatische Gonarthrose. Die Belastbarkeit des linken Kniegelenks sei dadurch vermindert und die Beweglichkeit leicht eingeschränkt. Zudem sei eine Läsion eines Hautnervs (R. infrapatellaris N. saphenus) dokumentiert.

Die zusätzlich anlässlich der klinischen Untersuchung vom 27. Juli 2021 beobachtete Fussheber-, allenfalls auch Fussenkenschwäche links sei nicht mit Unfallfolgen erklärbar, sondern am ehesten im Zusammenhang mit der unfallfremden Diskushernienproblematik oder allenfalls einer peripheren aethylischen Neuropathie.

An der Hand rechts bestehe ein Zustand nach ossär konsolidierter mit einer Schraubenosteosynthese versorgter Scaphoidfraktur, eine ossär konsolidierte Metacarpale II- und einer ebenfalls konsolidierten Kleinfinger-Grundphalanxfraktur und operativ versorgter Mittelzügelläsion am PIP. Residuell bestehe ein leichte Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit gegenüber links und am Kleinfinger rechts eine Extensionsdefizit im PIP. Der Faustschluss sei gut möglich. Zudem bestehe ein Extensionsdefizit im IP-Gelenk des rechten Daumens. Dieses sei wahrscheinlich vorbestehend. Allenfalls wäre auch eine iatrogene Läsion der Sehne des Musculus extensor pollicis longus denkbar durch Durchscheuerung aufgrund des eingebrachten Kirschner Drahtes zur Osteosynthese der Metacarpale-II-Fraktur. Der Funktionsverlust betreffe nur die Extension im Daumenendglied, was die Handfunktion und insbesondere die Greiffunktion

nur geringfügig beeinträchtigt. Hier seien vor allem die Beugesehnen wichtig. Insgesamt sei eine gewisse Verminderung der Belastbarkeit der rechten Hand nachvollziehbar.

Unfallbedingt zumutbar seien mindestens leichte wechselbelastende vorzugsweise sitzende Tätigkeiten mit nur kurzen Geh- oder Stehphasen. Einschränkungen für die linke Hand bestünden nicht. Aufgrund der Einschränkung der Belastbarkeit des linken Kniegelenks sei das Tragen von Gewichten beidhändig nur selten und nur bis 10 kg zumutbar. Von Seiten der rechten Hand bestünden Einschränkungen für Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen und für das Manipulieren von Lasten von mehr als 5 kg. Monotones repetitives Manipulieren von Gegenständen mit der rechten Hand sei nur bis 2 kg zumutbar. Aufgrund der durchgemachten Bursitis olecrani seien Tätigkeiten mit der Notwendigkeit zum Aufstützen des Körpergewichts auf die Ellbogen nicht zumutbar. Unfallbedingt sei dem Beschwerdeführer im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar.

Die Differenz zum anlässlich des IV-Gutachtens formulierten Zumutbarkeitsprofil erkläre sich durch die im Verlauf der weiteren zehn Monate nachweislich eingetretene Verbesserung des Gesamt-Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, was nicht zuletzt aufgrund der mehrwöchigen Alkoholabstinenz eingetreten sei, und insbesondere auch durch die Kniegelenksfunktion mit deutlich grösserem Bewegungsumfang. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien übereinstimmend mit den begutachtenden Ärzten "auf die mehretägigen degenerativen Veränderungen (Bandscheibenvorwölbungen, Facettgelenksarthrosen und Spondylosen) zurückgeführt" und bei der Beurteilung der unfallbedingten Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt worden.

3.5 In der Stellungnahme vom 23. Mai 2022 (act. Ile 543) zur Einsprache des Beschwerdeführers hielt Prof. Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, von der Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin fest, die Läsion eines kleinen Hautnerves Ramus infrapatellaris nervi sapheni sei in Anbetracht der Gesamtproblematik mit Zustand nach Teilmeniskektomie bei Korbhenkelläsion und mittelschwerer posttraumatischer Gonarthrose überwiegend wahrscheinlich nicht die einzige Schmerzursa-

che zu den verschiedenen Nebenerkrankungen bei chronischem Alkoholkonsum. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Läsion des Ramus infrapartellaris mit angegebenen neuropathischen Schmerzen flexible Pausen notwendig mache. Des Weiteren sei nicht nachvollziehbar, warum bei fehlenden strukturellen Läsionen als Folge des initialen Ereignisses eine kognitiv weniger anspruchsvolle Tätigkeit ausgeübt werden sollte.

4.

4.1

4.1.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.1.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2 Es steht fest und ist unbestritten, dass die im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Verfügung vom 8. September 2021 [act. Ilh 355]) bestehenden Verletzungen am linken Knie, an der rechten Hand und an beiden Ellbogen

sowie die dadurch bedingten Funktionseinschränkungen in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den im Sinne von Art. 4 ATSG (vgl. E. 2.2 hiervor) zu Recht als tatbestandsmässig anerkannten Ereignissen vom 4. Juni 2013, 30. Januar 2017, 1. August 2018 und 12. April 2019 stehen (der Faustschlag gegen die Wand erfolgte mit hoher Blutalkoholkonzentration und ist deshalb nicht mit dem Sachverhalt von BGE 143 V 285 vergleichbar). Bezüglich der undislozierten Querfortsatzfrakturen LWK 2 und LWK 3 rechts hat der Kreisarzt Dr. med. E. _____ am 2. Mai 2022 (act. IIh 379) überzeugend und schlüssig festgehalten, wie das CT vom 29. Februar 2020 zeige, seien diese vollständig und in absolut anatomischen Stellungsverhältnissen konsolidiert. Sie spielten im Beschwerdebild des Beschwerdeführers somit keine Rolle mehr. Entsprechend seien die LWS-Beschwerden anlässlich des IV-Gutachtens vom September 2020 auf die mehretägigen degenerativen Veränderungen zurückgeführt worden. Für die Beschwerden an der LWS (Diskusprotrusion/Osteochondrose) hat die Beschwerdegegnerin bereits mit Verfügung vom 11. August 2020 (act. IIi 31) rechtskräftig die Unfallkausalität (Ereignis vom 29. Februar 2020) per 31. August 2020 verneint und die Leistungen eingestellt. Folglich sind die LWS-Beschwerden im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Verfügung vom 8. September 2021 [act. IIh 355]) nicht mehr unfallkausal. Weiter hat die Beschwerdegegnerin für die bestehenden psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden, insbesondere die Suchtproblematik, einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den hier fraglichen Unfallereignissen rechtskräftig verneint (Einspracheentscheid vom 8. September 2020 [act. IIg 251]; Verfügung vom 10. Mai 2021 [act. IIh 310]; Einspracheentscheid vom 18. August 2021 [act. IIh 347]).

Im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Verfügung vom 8. September 2021 [act. IIh 355]) waren die Voraussetzungen für den Fallabschluss (vgl. E. 2.4 hiervor) gegeben, weil gemäss der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. Juli 2021 von weiteren medizinischen Massnahmen keine Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens mehr zu erwarten war und sich der Beschwerdeführer auch nicht mehr operieren lassen wollte (act. IIh 330).

4.3 Die Berichte des Kreisarztes Dr. med. E. _____ vom 3. Juli 2019 (act. Ilj 25), 27. Juli 2021 (act. Ilh 330) und 2. Mai 2022 (act. Ilh 379) sowie von Prof. Dr. med. Q. _____ vom 23. Mai 2022 (act. Ile 543) erfüllen die an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Folglich kann auf das Zumutbarkeitsprofil (act. Ilh 379/7 Ziff. 2), basierend auf der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. Juli 2021 (act. Ilh 330) und den Beurteilungen von Dr. med. E. _____ vom 2. Mai 2022 (act. Ilh 379) und Prof. Dr. med. Q. _____ vom 23. Mai 2022 (act. Ile 543), abgestellt werden, gemäss welchem dem Beschwerdeführer unfallbedingt im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar ist. In dem von der Invalidenversicherung veranlassten MEDAS P. _____-Gutachten vom 19. November 2020 (act. Ila 229 - 235) wurde dem Beschwerdeführer in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %) attestiert (act. Ila 230/10 Ziff. 4.8), wobei in den folgenden Fachgebieten Einschränkungen festgehalten wurden: Der orthopädische Gutachter attestierte in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und hielt fest, es sollte sich um eine leichte körperliche Arbeit in einer überwiegend sitzenden Haltung handeln (act. Ila 233/14 Ziff. 8.2). Zusammenfassend seien aufgrund der unfallbedingten, postoperativen und degenerativen Beschwerden bzw. Einschränkungen am Bewegungsapparat schwere und mittelschwere Berufe aktuell und sicherlich auch zukünftig nicht mehr möglich. Bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit müsse wegen chronischer Schmerzen (vor allem am linken Kniegelenk und der Lendenwirbelsäule) und aufgrund der im Tagesverlauf mit Sicherheit zunehmenden Beschwerden von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (act. Ila 233/12 Ziff. 6.1). Aus psychiatrischer Sicht wurde in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. Ila 234/20 Ziff. 8.2) und aus neurologischer Sicht wurde bezüglich einer angepassten Tätigkeit ausgeführt (act. Ila 235/14 Ziff. 8.2), die Möglichkeit flexibler Pausen sollte gegeben sein aufgrund der neuropathischen Schmerzen; auch sei eine kognitiv wenig anspruchsvolle Tätigkeit bei anzunehmenden schmerzbedingten Leistungseinbussen empfohlen.

Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS P._____-Sachverständigen einerseits und Dr. med. E._____- sowie Prof. Dr. med. Q._____- andererseits liegt u.a. darin begründet, dass aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht sowohl die degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule als auch die psychischen Beschwerden unberücksichtigt zu bleiben haben, was bereits vorstehend dargelegt wurde (vgl. E. 4.2 hiervor). Hinzu kommt, dass Dr. med. E._____- in der Stellungnahme vom 2. Mai 2022 (act. IIh 379) feststellte, die Kniegelenkbeweglichkeit (links) habe sich (bei der Kreisarztuntersuchung am 27. Juli 2021) im Vergleich zur Voruntersuchung anlässlich der Begutachtung im September 2020 deutlich verbessert gezeigt bzw. es liege ein deutlich grösserer Bewegungsumfang vor. Zudem verwies er auf den Zeitablauf von rund zehn Monaten seit der IV-Begutachtung im September 2020 bis zu seiner kreisärztlichen Untersuchung am 27. Juli 2021 sowie den Umstand einer mehrwöchigen Alkoholabstinenz (siebenwöchiger stationärer Alkohollentzug) und den dadurch verbesserten Gesamtgesundheitszustand. Schliesslich hat die Neurochirurgin Prof. Dr. med. Q._____- am 23. Mai 2022 (act. IIe 543) schlüssig und überzeugend dargelegt, weshalb die im neurologischen MEDAS P._____-Teilgutachten postulierte Notwendigkeit flexibler Pausen und einer kognitiv wenig anspruchsvollen Tätigkeit aus rein unfallversicherungsrechtlicher Sicht nicht erforderlich – d.h. nicht unfallbedingt – seien. Folglich vermag das MEDAS P._____-Gutachten vom 19. November 2020 (act. IIa 229 - 235) das am 2. Mai 2022 formulierte Zumutbarkeitsprofil (act. IIh 379/7 Ziff. 2) nicht in Zweifel zu ziehen und beschwerdeweise wird diesbezüglich auch nichts Neues vorgebracht. Damit ist basierend darauf die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

5.1.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist in der Unfallversicherung nach jenem hypothetischen Verdienst zu fragen, welchen die versicherte Person ohne die unfallbedingte Schädigung wahrscheinlich erzielen würde. Dieser kann sich zwar mit dem mutmasslichen Verdienst als gesunde Person decken, aber nur dann, wenn keine weiteren, nicht unfallbedingten, leistungsschmälernden Beeinträchtigungen vorhanden sind (SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.1).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt 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. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäs-

sem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 64 E. 5.2.1.1).

5.2 Massgeblicher Zeitpunkt für den potentiellen Rentenbeginn ist der 1. Oktober 2021 (Fallabschluss bzw. Taggeldeinstellung per 30. September 2021 [act. act. Ilh 334]; vgl. E. 2.4 hiervor). Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat, weil die Kündigung der letzten Arbeitsstelle bei der R. _____ AG aus unfallfremden Gründen erfolgte (act. Ilc 89; vgl. auch act. Ilc 123 und act. Ilh 295/3), das Valideneinkommen zu Recht aufgrund der statistischen Werte der LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, bestimmt (act. Ilh 406/8 Ziff. 7.2; vgl. Entscheid des BGer vom 10. November 2021, 8C_636/2021, E. 3.2). Mit Blick auf die in ... erworbenen Ausbildungen bzw. Zertifikate (act. Ilh 370) hat die Beschwerdegegnerin Ziff. 28 (...) als massgebend erachtet, was korrekt ist. Bei den Kompetenzniveaus hat sie das Kompetenzniveau 1, Männer, im Betrag von Fr. 5'867.-- monatlich als einschlägig erachtet mit der Begründung, der Beschwerdeführer verfüge nicht über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse, welche die Anwendung des Kompetenzniveaus 2 rechtfertigen würden (act. Ilh 406/8 Ziff. 7.2). Ob dies angesichts der abgeschlossenen ... im ...-Handwerk (act. Ilh 370/4) zutrifft, kann vorliegend offenbleiben. Denn für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person überwiegend wahrscheinlich als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2) und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91 E. 2.2). Gestützt auf den Auszug aus dem

individuellen Konto (IK-Auszug [act. Ilc 147: Jahreseinkommen 2012 / 2013 / 2014 / 2016: Fr. 45'965.-- / Fr. 46'855.-- / Fr. 22'775.-- / Fr. 14'589.--]) sowie die Lohnangaben der letzten Arbeitgeberin (act. Ilh 295/3: Mutmassliche Lohnentwicklung 2021 bzw. 2022: brutto Fr. 5'700.-- bzw. Fr. 5'730.-- monatlich + Fr. 475.-- bzw. Fr. 477.50 Gratifikation/13. Monatslohn) ist so oder anders nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer mehr verdient hätte als das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen, ist doch zu keinem Zeitpunkt ein Jahreseinkommen ausgewiesen, das höher als der Tabellenwert wäre. Für die beschwerdeweise geltend gemachte, von der R. _____ AG angeblich versprochene Beförderung (Beschwerde S. 1) liegen keine Anhaltspunkte vor, vielmehr weisen Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin auf das Gegenteil hin (act. Ilc 89), wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend festhält (act. Ilh 406/28 Ziff. 7.2). Folglich ist das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von Fr. 71'617.-- jährlich (angepasst an die Nominallohnentwicklung des Jahres 2021 [Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016 - 2022, Ziff. 10 - 33, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren 2021: - 1.0 %] und die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2021, Ziff. 28, rfau, von 41.1 Stunden [Tabelle T 03.02.03.01.04.01]: Fr. 5'867.-- x 12 = Fr. 70'404.-- : 40 h x 41.1 h = Fr. 72'340.10 x 0.99 = Fr. 71'616.70) nicht zu beanstanden.

5.2.2 Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm an sich zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu bestimmen (vgl. E. 5.1.2 hiervor) und zwar basierend auf den LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Männer, im Betrag von Fr. 5'261.-- monatlich. Die vorgenommene Anpassung an die Nominallohnentwicklung des Jahres 2021 (Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016 - 2022, Ziff. 5 - 96, Total, 2021: - 0.7 %) und die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2021, Ziff. 1 - 96, Total, von 41.7 Stunden, sind nicht zu beanstanden, so dass ein Betrag von Fr. 65'354.40 jährlich resultiert (Fr. 5'261.-- x 12 = Fr. 63'132.-- : 40 h x 41.7 h = Fr. 65'815.10 x 0.993 = Fr. 65'354.40; act. Ilh 406/11 Ziff. 9.3). Die Beschwerdegegnerin hat den bisher gewährten leidensbedingten Abzug

(vgl. E. 5.1.2 hiervor) von 15 % im angefochtenen Entscheid auf 20 % erhöht mit der Begründung (act. IIa 406/11 Ziff. 9.4), da im MEDAS P. _____-Gutachten flexible Pausen als angezeigt erachtet würden (act. IIa 235/14 Ziff. 8.2), werde der leidensbedingte Abzug zu Gunsten des Beschwerdeführers erhöht, obwohl die Notwendigkeit solcher Pausen gemäss Prof. Dr. med. Q. _____ von der Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin als nicht nachvollziehbar eingestuft werde (act. IIe 543). Dieses Vorgehen erscheint grosszügig, ist indes nicht zu beanstanden. Folglich resultiert unter Berücksichtigung eines 20%igen leidensbedingten Abzuges ein Invalideneinkommen von Fr. 52'284.-- (Fr. 65'354.40 x 0.8).

5.2.3 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen Invaliditätsgrad von gerundet 27 % ([Fr. 71'617.-- - Fr. 52'284.--] / Fr. 71'617.-- x 100); zu den Rundungsregeln vgl. (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1), womit ab dem 1. Oktober 2021 ein entsprechender Rentenanspruch besteht.

5.3 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juli 2023 (act. IIh 406) nicht zu beanstanden und die Beschwerde folglich abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.