

200 23 8 UV
KOJ/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Juli 2023

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 17. November 2022



Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss (am 31. Oktober 2005 bei der Suva eingegangener) Schadenmeldung am 2. Oktober 2005 beim "Laufen" einknickte und sich dabei eine Verletzung am linken Fuss bzw. oberen Sprunggelenk (OSG) zuzog (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 158). Dieses OSG-Distorsionstrauma wurde am 6. Oktober 2005 und 8. Juni 2006 arthroskopisch versorgt (AB 3, 7). Aufgrund unveränderter Beschwerden nach der Schraubenentfernung am 3. Januar 2007 (AB 24) wurde am 7. März 2007 eine supramalleoläre varisierende Tibiaosteotomie (10°) links durchgeführt (AB 30). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen; nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Dezember 2007 (AB 42) stellte sie die Taggeldleistungen per 20. Dezember 2007 ein (AB 153).

Nach Eingang mehrerer Kostengutsprache gesuche (insbes. AB 46, 52 f.) im Zusammenhang mit einer wegen ausgedehnter posttraumatischer Degenerationen des linken Fusses am 4. Juli 2019 durchgeführten TTC- sowie Talonavicular-Arthrodesen (AB 47, 91) holte die Suva medizinische Unterlagen ein und anerkannte einen Rückfall zum Ereignis vom 2. Oktober 2005 mit entsprechender Leistungspflicht ihrerseits (AB 54 ff., insbes. 76). Im Rahmen des Eingriffs vom 4. Juli 2019 und der notwendigen perioperativen Schmerztherapie kam es zu multiplen Komplikationen; der Versicherte musste auf die Intensivstation verlegt und längere Zeit beatmet werden (AB 89 ff.; vgl. auch AB 155/12 f.). Am 15. Januar 2021 erfolgte die vollständige Metallentfernung und am 19. März 2021 eine OSG-Rearthrodesen links, dies je mit anschliessenden Reha-Aufenthalten (AB 213 ff., 269, 271). Parallel dazu wie auch im Nachgang liess die Suva den Versicherten versicherungsmedizinisch beurteilen (AB 155, 225, 366, 368 f., 380). Am 22. März 2022 teilte die Suva dem Versicherten formlos mit, das Taggeld werde per 31. März 2022 eingestellt und eine weitere unfallbedingte Behandlung sei nicht mehr notwendig (AB 378); gemäss weiterem

Schreiben vom 5. April 2022 übernahm sie bis auf weiteres noch die Kosten für die unfallbedingte Inhalationstherapie (AB 383). Mit Verfügung vom 7. April 2022 (AB 392) verneinte die Suva bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 7 % den Anspruch auf eine Invalidenrente, sprach dem Versicherten aber zusätzlich zu der bereits mit Verfügung vom 21. Mai 2021 (ausgehend von einer Integritätseinbusse von 20 % [linkes Sprunggelenk]; AB 288) zugesprochenen Integritätsentschädigung in Höhe von Fr. 21'360.- - noch eine solche von Fr. 32'040.-- (30 % für die Folgen der Polyneuropathie und der beeinträchtigten Lungenfunktion) zu. Mit Einspracheentscheid vom 17. November 2022 (AB 402) hiess die Suva die Einsprache des Versicherten vom 24. Mai 2022 (AB 397) insoweit teilweise gut, als sie ihm eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 12 % zusprach; im Übrigen wies sie die Einsprache ab.

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Advokatin D._____, mit Eingabe vom 4. Januar 2023 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien ihm weiterhin Taggelderleistungen und die Kosten für die Heilbehandlungen auszurichten, eventualiter sei die Sache zur Klärung des medizinischen Sachverhalts sowie der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit mittels polydisziplinären Gutachtens und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, subeventualiter sei ihm eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 26 %, subsubeventualiter von 27 % auszurichten, unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 17. November 2022.

Am 1. März 2023 zog der Beschwerdeführer das in der Beschwerde eventualiter gestellte Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zurück.

Gemäss Mitteilung vom 31. März 2023 wurde der Beschwerdeführer fortan von Rechtsanwalt B._____ vertreten.

Am 7. Juni 2023 reichte der Beschwerdeführer eine medizinische Stellungnahme der Klinik E._____ vom 11. April 2023 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) ein.

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 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 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 17. November 2022 (AB 402). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Taggelder und Heilbehandlung bzw. Rente) und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung. Nicht umstritten ist demge-

genüber die Bemessung der zugesprochenen Integritätsentschädigung; für diesbezügliche Feststellungen des Gerichts besteht kein Anlass.

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).

Es werden Leistungen gestützt auf ein Ereignis vom 2. Oktober 2005 geltend gemacht (AB 158), womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt zunächst das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Ferner hat er Anspruch auf die zweckmässige Behandlung von Unfallfolgen (Art. 10 UVG).

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).

2.4 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

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).

2.5 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Zur Frage des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 In der versicherungsmedizinischen orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 11./12. Mai 2020 hielten Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, und PD Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Beschwerdeführer habe nach einem 2005 erlittenen und in der Folge arthroskopisch und osteosynthetisch versorgten Distorsionstrauma des linken Sprunggelenks eine schwere Sprunggelenksarthrose entwickelt. Deswegen sei am 4. Juli 2019 eine Arthrodeese durchgeführt worden. In der Folge dieser Operation sei es zu einem dramatischen Verlauf mit einem postoperativen, am ehesten Opiat-induzierten paralytischen Ileus, einem paroxysmalen tachykarden, hämodynamisch relevanten Vorhofflimmern, einer akuten Niereninsuffizienz, einem hyperaktiven Delir, einem schweren Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) nach Aspirationspneumonie, einer Tracheobronchitis, einer unteren gastro-intestinalen-Blutung bei ischämischen Schleimhautveränderungen im Zökum und proximalen Colon, einer Bakteriämie mit *Enterobacter cloacae*, einer anämisierenden kreislaufrelevanten Blutung im Oberschenkel links, kleinen subarachnoidalen und intraparenchymatösen Blutungen und einer Critical Illness Polyneuropathie und Myopathie mit einer schlaffen atrophischen Tetraparese (inklusive Mitbeteiligung der Atemmuskulatur) gekommen. All diese Komplikationen hätten zu einer

zweimaligen Verlegung auf die Intensivstation mit Intubation und Beatmung geführt (AB 155/6 f., 155/10 ff.). Im vorliegenden Fall sei die Arthrose des oberen Sprunggelenks mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 2. Oktober 2005. Der Krankheitsverlauf sei in sich konsistent. Die Rehabilitation sei eine absolut notwendige Fortsetzung der Behandlung bei Critical Illness (AB 155/13). Eine Behandlung sei unfallbedingt nach wie vor notwendig; es sei davon auszugehen, dass insbesondere durch die pneumologische Behandlung eine weitere Verbesserung erzielt werden könne (AB 155/11).

3.1.2 In der weiteren orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 23. März 2021 stellte Prof. Dr. med. F. _____ fest, dass es seit der Arthrodesen-Operation vom 4. Juli 2019 zu keiner (vollständigen) Durchbauung der Sprunggelenke gekommen sei. Wegen zunehmender Schmerzen sei die Metallentfernung erfolgt (15. Januar 2021; vgl. AB 214) und die Indikation zur Rearthrodesen gestellt worden. Weder das lokale Problem am Sprunggelenk noch das systemische Problem der restriktiven Pneumopathie bei Status nach Langzeitbeatmung könnten als stabil resp. abgeschlossen beurteilt werden. Es sei zu erwarten, dass die Schmerzen im Bereich des rechten Unterschenkels/Fusses links bei Ausheilung der Arthrodesen verschwinden oder zumindest deutlich besser würden. Bezüglich der pulmonalen Situation sei keine vollständige Besserung zu erwarten; es sei mit einer bleibenden Limitierung zu rechnen. Das weitere medizinische Vorgehen mit den angekündigten Operationen sei indiziert und diese Eingriffe stünden in einem klaren kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. Oktober 2005 (AB 225/5 ff.).

3.1.3 Im Zusammenhang mit der Durchführung der OSG-Rearthrodesen am 19. März 2021 wurde vom I. _____ ein komplikationsloser peri- und postoperativer Verlauf mit regredienten Schmerzen bescheinigt. Der Beschwerdeführer sei bei subjektiv gutem Wohlbefinden in die stationäre Rehabilitation entlassen worden (Austrittsbericht vom 25. März 2021; AB 269/3).

3.1.4 Während der Rehabilitation in der Rehaklinik H. _____ AG vom 26. März bis 16. April 2021 waren gemäss Austrittsbericht vom 16. April 2021 (mit Ausnahme einer Ansteckung mit Corona) keine nennenswerten

Komplikationen aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe eine deutlich bessere körperliche Stabilisierung angegeben; er sei mit dem Ergebnis der erfolgten Operation und dem anschliessenden Rehabilitationsverlauf sehr zufrieden gewesen (AB 271/4).

Auch anlässlich der dreimonatigen Verlaufskontrolle vom 11. Juni 2021 im Spital I. _____ berichtete der Beschwerdeführer über einen äusserst erfreulichen Verlauf ohne Schmerzsymptomatik in Bezug auf seinen Fuss. Der Beschwerdeführer dürfe nun langsam zur Vollbelastung übergehen, was er bereits schon getan habe (AB 307/3). Auch 4.5 Monate postoperativ gingen die Ärzte des Spitals I. _____ von einem regelrechten Verlauf aus und erlaubten dem Beschwerdeführer die Vollbelastung mit orthopädischen Schuhen (AB 325/3; vgl. auch AB 348, 351).

3.1.5 Nach Einleitung einer inhalativen Therapie (vgl. AB 316) bei fibrotischen Veränderungen nach ARDS mit mittlerweile stationären Befunden mit mittelschwerer restriktiver Ventilationsstörung (vgl. AB 323) ohne subjektive Besserung der Beschwerden (vgl. AB 331/2) konsultierte der Beschwerdeführer am 18. November 2021 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie. Diese befundete lungenfunktionell eine mittelschwere restriktive Ventilationsstörung und eine mittelschwere Einschränkung der Diffusionskapazität. Die dynamischen Lungenvolumina seien im Vergleich zu Voruntersuchungen besser bzw. unverändert. Da die probatorische inhalative Therapie keinen Benefit gebracht habe, sei diese ersatzlos zu streichen. Nebst der restriktiven Ventilationsstörung bestehe sicher auch eine ausgeprägte Dekonditionierung und es sei eine Gewichtszunahme von 13 kg dokumentiert (AB 345/3).

3.1.6 Nachdem hinsichtlich der Critical Illness Polyneuropathie die Ursachen einer vermuteten schweren neurogenen Schädigung der Nerven am rechten Bein anhand einer am 10. August 2020 in der Klinik E. _____ durchgeführten Elektroneurografie nicht näher eingegrenzt werden konnten (AB 364/3 ff.), erfolgte am 5. Januar 2022 eine neurologische Verlaufsbeurteilung mit Elektrophysiologie durch Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie. Dessen Beurteilung zufolge zeigten sich im Neurostatus zwar noch immer, im Vergleich zu den früheren Befunden der Klinik E. _____ jedoch deutlich gebesserte, Befundhinweise auf eine Polyneuropathie. Es

sei sehr erfreulich und aufgrund der Aktenlage überhaupt nicht selbstverständlich, dass der Beschwerdeführer überhaupt überlebt habe und wieder als Fussgänger unterwegs sein könne. Aufgrund der langen Zeitdauer zum Beginn der Symptomatik sei nun eher von einem Endzustand auszugehen; es sei nicht zu erwarten, dass sich die Nerven noch komplett erholen würden. Da vor allem Minus-Symptome vorlägen, mache eine medikamentöse Therapie mit Pregabalin oder Neurotin aktuell keinen Sinn (AB 366).

3.1.7 Die Versicherungsmedizinerin Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 14. Januar 2022 einen Status nach OSG-/USG-Rearthrodese links am 19. März 2021 und einen Status nach kompliziertem postoperativem Verlauf im Juli 2019 im Rahmen der OSG-/USG-Arthrodese mit/bei leichter bis mittelschwerer restriktiver Ventilationsstörung bei Status nach ARDS sowie Critical Illness Polyneuromyopathie nach prolongierter IPS-Behandlung. Ein Jahr postoperativ zeige sich die Arthrodese konsolidiert. Der Beschwerdeführer könne in Spezialschuhen wieder Strecken von ca. 30 Minuten gehen. Fortbestehend sei eine Polyneuropathie an beiden Füßen/Unterschenkeln sowie eine Anstrengungsdyspnoe. Die beiden letzten Symptome seien durch Spezialärzte abgeklärt worden. Von einer wesentlichen Verbesserung der unfallkausalen Beschwerden sei nicht auszugehen. Der medizinische Endzustand sei erreicht. Es ergebe sich folgendes Belastbarkeitsprofil: Vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, gelegentlich aufzustehen und kleinere Gehstrecken zurückzulegen, Gewichtsbelastung einmalig bis maximal 10-15 kg, repetitiv nicht mehr als 5 kg; Gehstrecken auf unebenem Boden, Treppensteigen und Zwangshaltungen für die Beine seien zu vermeiden. Unter diesen Umständen könne eine Arbeit ganztags ausgeführt werden (AB 368/8 f.).

3.1.8 Im Zusammenhang mit einer pneumologischen Standortbestimmung vor Sigmaresektion am 10. Februar 2022 berichtete der Beschwerdeführer über eine allenfalls diskrete Verschlechterung seiner respiratorischen Situation. Er profitiere jedoch sehr gut von einer Atemphysiotherapie. Dr. med. J. _____ wies bei eigentlich besserer Untersuchungsqualität auf eine deutliche Abnahme der dynamischen Lungenvolumina mit nun schwergradiger restriktiver Ventilationsstörung hin. Aufgrund dessen und

im Hinblick auf die Operation würde sie die aktuell bestehende Bronchodilatation mit Anoro vorerst fortführen, obschon subjektiv kein Benefit bestehe und keine eigentliche Obstruktion dokumentiert werden könne. Mittelfristig sei ein Gewichtsverlust dringend indiziert (AB 374/2).

3.1.9 Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Aerztezentrum N._____ AG, attestierte noch in den Monaten Januar bis März 2022 eine volle unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (AB 370/1, 373/1). Mit Schreiben vom 31. März 2022 wies sie darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund der durch die postoperativen Komplikationen entfachten bleibenden gesundheitlichen Schäden weiterhin einer Betreuung durch Spezialärzte und spezieller Hilfsmittel bedürfe (AB 384; vgl. auch AB 379 f.).

3.1.10 Bezugnehmend auf die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 14. Januar 2022 (AB 368/8 f.; vgl. E. 3.2.7 hiervor) kritisierten die Dres. med. O._____, Fachärztin für Neurologie, und P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, beide Klinik E._____, im (an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers adressierten) Schreiben vom 11. April 2023 das weitgehende Fehlen objektiver Daten zur kardiopulmonalen und muskulären Leistungsfähigkeit (BB 3).

3.2 Aufgrund der Akten (vgl. insbes. AB 155/13, 225/7) steht fest und ist zu Recht unbestritten, dass die (Re-)Arthrodesse sowie die damit einhergehende Polyneuropathie und Anstrengungsdyspnoe in einem natürlichen (und adäquaten) Kausalzusammenhang zu dem im Sinne von Art. 4 ATSG als tatbestandsmässig anerkannten Ereignis vom 2. Oktober 2005 stehen (vgl. E. 2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer über die von der Beschwerdegegnerin bestimmte Einstellung per 31. März 2022 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.3 Im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. November 2022 (AB 402/6) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf den Bericht der Versicherungsmedizinerin Dr. med. L._____ vom 14. Januar 2022, wonach der medizinische Endzustand erreicht sei (AB 368/9).

3.3.1 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).

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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

3.3.2 Der Bericht der Versicherungsmedizinerin Dr. med. L. _____ vom 14. Januar 2022 (AB 368) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.3.1 hiervor) und erbringt vollen

Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um einen Aktenbericht handelt, konnte Dr. med. L. _____ ihre Einschätzungen doch auf lückenlos erhobene Befunde und zahlreiche (fach-)ärztliche Berichte, in welchen der Heilverlauf und die funktionellen Beeinträchtigungen mit hinreichender Detailliertheit dokumentiert sind, abstellen, womit es im Hinblick auf eine zuverlässige Beurteilung der streitigen Fragen keiner direkten ärztlichen Befassung mit dem Beschwerdeführer bedurfte (vgl. E. 3.3.1 hiervor).

3.3.3 In Bezug auf den vom Beschwerdeführer beanstandeten Zeitpunkt des Fallabschlusses (Beschwerde S. 9 ff.) gilt es in Erinnerung zu rufen, dass sich die namhafte Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der (unfallbedingt beeinträchtigten) Arbeitsfähigkeit bestimmt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss (vgl. E. 2.3 hiervor). Entgegen dem Beschwerdeführer wurde seitens der Beschwerdegegnerin nicht allein auf die Angaben der Kreisärztin Dr. med. L. _____ abgestellt, vielmehr wurden auch andere fachärztliche Berichte berücksichtigt (vgl. Beschwerdeantwort Rz. 12 ff.): So sahen Prof. Dr. med. F. _____ und PD Dr. med. G. _____ im Mai 2020 vorerst weiteren Behandlungsbedarf (AB 155/11; vgl. E. 3.1.1 hiervor) und ersterer erwartete im März 2021 nach Ausheilung der geplanten Arthrodesse das Verschwinden oder zumindest eine deutliche Besserung der Schmerzsymptomatik (AB 225/6; vgl. E. 3.1.2 hiervor). Nach Durchführung der fraglichen Arthrodesse berichtete das Spital I. _____ im März 2021 denn auch von einem komplikationslosen peri- und postoperativen Verlauf mit regredienten Schmerzen und Entlastung des Beschwerdeführers bei subjektiv gutem Wohlbefinden (AB 269/3; vgl. E. 3.1.3 hiervor). Im April 2021 wurde seitens der Rehaklinik H. _____ zudem ein erfolgreicher Rehabilitationsverlauf ohne nennenswerte Komplikationen (mit Ausnahme eines positiven Corona-Tests) und eine grosse Zufriedenheit des Beschwerdeführers betreffend Operationsergebnis und Verlauf der Reha festgestellt (AB 271/4; vgl. E. 3.1.4 hiervor). In Bezug auf die fortbestehende Anstrengungsdyspnoe stellte Dr. med. J. _____ anlässlich der Konsultation vom 18. November 2021 unveränderte bzw. leicht bessere dynamische Lungenvolumina fest; weiter hielt sie fest, die probatorische inhalative Therapie habe keinen Benefit gebracht (AB 345/3; vgl. E. 3.1.5 hiervor). Hinsichtlich der Critical Illness Polyneur-

opathie ging der Neurologe Dr. med. K. _____ im Januar 2022 explizit von einem Endzustand aus (AB 366/2; vgl. E. 3.1.6 hiervor). Angesichts dieser (kohärenten und widerspruchsfreien) spezialärztlichen Berichte sind die Feststellungen von Dr. med. L. _____ zum Zeitpunkt des Fallabschlusses (AB 368/8 f.; vgl. E. 3.1.7 hiervor) nachvollziehbar und schlüssig.

3.3.4 Soweit sich der Beschwerdeführer nunmehr auf die Angaben der Internistin/Pneumologin Dr. med. J. _____ vom 10. Februar 2022 (AB 374; vgl. E. 3.1.8 hiervor) beruft (Beschwerde S. 9), weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass denselben keine Angaben zu einer ins Gewicht fallenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit mittels ärztlicher Behandlung zu entnehmen sind (Beschwerdeantwort Rz. 25), hat dieser Bericht doch primär einen therapeutischen Ansatz. Gleiches gilt auch für die Berichte der Aerztezentrum N. _____ AG, Dr. med. M. _____, vom 1. September 2021 [AB 331] und 31. März 2022 [AB 384; vgl. E. 3.1.9 hiervor]) und der Klinik E. _____ vom 11. April 2023 (BB 3; vgl. E. 3.1.10 hiervor). Im letztgenannten Bericht wird im Wesentlichen das Fehlen objektiver Daten zur kardiopulmonalen und muskulären Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bemängelt, was im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass der Klinik E. _____ einzig die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. L. _____ vom 14. Januar 2022 (AB 368; vgl. E. 3.1.7 hiervor) vorgelegt worden war. In den weiteren Akten finden sich indessen entsprechende Befunderhebungen (dynamische Lungenvolumina) der Pneumologie des Spitals I. _____ vom 15. Juni 2021 (AB 316) sowie der Dr. med. J. _____ vom 18. November 2021 (AB 345) und 10. Februar 2022 (AB 374). In diesem Zusammenhang gilt sodann zu berücksichtigen, dass die restriktive Ventilationsstörung und die Einschränkung der Diffusionskapazität nicht allein auf organische Ursachen zurückzuführen sind, sondern insbesondere auch eine ausgeprägte Dekonditionierung und Gewichtszunahme (AB 345/3), weshalb ein Gewichtsverlust eindringlich empfohlen wurde (AB 374/2). Darüber hinaus enthalten die Akten keine anderweitigen (fach-)medizinischen Berichte, welche gegen die Annahme eines medizinischen Endzustandes sprechen würden; solche wurden namentlich auch nicht im Beschwerdeverfahren vorgelegt. Die blosser Weiterführung der Atemphysiotherapie (AB 374/2) und Inhalationstherapie (AB 384) sowie die Versorgung mit orthopädischen Spezialschuhen (AB 384) reichen nicht

aus, um den Fallabschluss hinauszuzögern (zur Voraussetzung der namhaften Besserung des Gesundheitszustandes vgl. E. 2.3 und 3.3.3 hiervor; vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Februar 2023, 8C_511/2022, E. 6.1.4). Damit steht gestützt auf die medizinischen Akten fest, dass in somatischer Hinsicht ein stabiler Zustand vorliegt und ab dem Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. März 2022 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses ist nicht zu beanstanden.

3.4 Neben den Feststellungen von Dr. med. L. _____ betreffend Fallabschluss per 31. März 2022 überzeugt auch das von ihr erstellte Zumutbarkeitsprofil – ganztägige Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Verweistätigkeit mit maximaler Gewichtsbelastung von einmalig 10-15 kg bzw. repetitiv 5 kg und mit der Möglichkeit, gelegentlich aufzustehen und kleinere Gehstrecken (unter Vermeidung von Gehstrecken auf unebenem Boden, Treppensteigen und Zwangshaltungen für die Beine) zurückzulegen (AB 368/9) –, wurden dabei doch die verbliebenen gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers zutreffend berücksichtigt. Dieser legt denn auch nicht dar, inwiefern das Zumutbarkeitsprofil für ihn ungeeignete Tätigkeiten umfassen soll. Auch der Hinweis auf die von Dr. med. M. _____ bescheinigte volle Arbeitsunfähigkeit (AB 373; vgl. E. 3.1.9 hiervor) ist unbehelflich, da sich dieses Attest auf die bisherige und nicht auf eine angepasste Tätigkeit bezieht und überdies nur bis Ende März 2022 gilt. Schliesslich darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Der medizinische Sachverhalt wurde seitens der Verwaltung in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich weitere Beweismassnahmen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

4.

Zu prüfen sind in einem weiteren Schritt die Auswirkungen der medizinischen Ausgangslage auf den Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

4.1.2 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 Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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 pflichtgemäßem 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).

4.1.3 Auf der Grundlage der Gesetzesdelegation von Art. 18 Abs. 2 UVG hat der Bundesrat Art. 28 UVV erlassen, der besondere Vorschriften für die Bestimmung der Invalidität in Sonderfällen enthält. Art. 28 Abs. 4 UVV bestimmt, dass, wenn ein Versicherter nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt oder das vorgerückte Alter sich erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt, für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend sind, die ein Versicherter im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte. Diese Bestimmung bezieht sich auf zwei Situationen: jene, in der der Versicherte wegen seines Alters nach dem Unfall keine Erwerbstätigkeit wiederaufnimmt (Variante I), und jene, in der die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch das vorgerückte Alter verursacht ist (Variante II). Der Versicherte, der das eine oder andere dieser Fallbeispiele erfüllt, wird daher eine Invalidenrente nur erhalten, sofern eine solche Rente unter den gleichen Voraussetzungen einem Versicherten mittleren Alters gewährt würde, der die gleichen beruflichen Fähigkeiten und die gleichen persönlichen Eignungen aufweist. Dieses System beruht auf der Erwägung, dass eine gleiche Gesundheitsbeeinträchtigung bei einer älteren Person aus verschiedenen Gründen (Wiedereingliederungs- oder Umschulungsschwierigkeiten, Abnahme der Anpassungs- und Lernfähigkeit) sehr bedeutendere Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit als bei einer Person mittleren Alters nach sich ziehen kann, während das Alter als solches keine Gesundheitsbeeinträchtigung ist, für die der Unfallversicherer auszukommen hat. Es geht darum, die Gewährung von Invalidenrenten zu verhindern, die in Wirklichkeit einen Anteil von Altersleistungen mit sich bringen. Das mittlere Alter beträgt 42 Jahre oder liegt zwischen 40 und 45 Jahren, während das vorgerückte Alter ungefähr 60 Jahre beträgt; es handelt sich indessen nur um eine Grössenordnung und nicht um eine absolute Grenze (BGE 148 V 419 E. 7.2 S. 422 f. = Pra 2022 S. 1208 f.).

4.2 Massgeblicher Zeitpunkt für den Rentenbeginn ist der 1. April 2022, nachdem der Fallabschluss per 31. März 2022 vorzunehmen ist (vgl. BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201); auf diesen Zeitpunkt hin sind Validen- und Invalideneinkommen zu erheben. Beim Entstehen des Rentenanspruchs war der Beschwerdeführer fast 68 Jahre alt und damit im ordentlichen AHV-Rentenalter. Entsprechend gelangt Art. 24 Abs. 4

UVV (vgl. E. 4.1.3 hiervor) zur Anwendung, was zwischen den Parteien zu Recht unbestritten ist.

4.3 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers auf den LSE-Tabellenlohn (AB 392/2, 402/7). Nach Meinung des Beschwerdeführers bezieht sich indessen Art. 28 Abs. 4 UVV auf die Bestimmung des Invalideneinkommens, weshalb vorliegend das Valideneinkommen anhand des zuletzt erzielten Einkommens zu ermitteln sei, zumal nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sei, dass er die angestammte Arbeitstätigkeit im Gesundheitsfall mit Eintritt des ordentlichen Rentenalters aufgegeben hätte (Beschwerde S. 13). Sollte wider Erwarten dennoch auf die LSE-Tabellenlöhne abgestellt werden, sei mit Blick auf sein zuletzt erzielttes Einkommen und die Erwerbsbiografie das Kompetenzniveau 4 (statt 3) heranzuziehen (Beschwerde S. 14).

4.3.1 In Fällen von Art. 28 Abs. 4 UVV kann grundsätzlich sowohl auf die LSE (vgl. z.B. Entscheid des BGer vom 3. März 2017, 8C_9/2017, E. 4.1) wie auch auf das bisherige Einkommen (Entscheid des BGer vom 26. September 2017, 8C_307/2017, E. 3.2 und 5.1) abgestellt werden. Vorliegend befand sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Fallabschlusses bereits im AHV-Rentenalter. Eine Fortsetzung seiner Erwerbstätigkeit über das AHV-Rentenalter hinaus (wofür der Leistungsansprecher beweispflichtig wäre) ist nicht überwiegend wahrscheinlich. Ein Abstellen auf die bisherige Tätigkeit fällt damit entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 13 f. Ziff. 15) ausser Betracht. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf die LSE abgestellt.

4.3.2 Damit ist das Valideneinkommen – entsprechend den zur Zeit des Einspracheentscheids neusten statistischen Daten (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297) – gemäss der LSE 2020, Tabelle TA1, Wirtschaftszweige 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) zu bestimmen. Die korrekte Anwendung der LSE-Tabellen, namentlich die Wahl der Tabelle wie auch der Beizug der massgeblichen Stufe (Kompetenzniveau), ist eine Rechtsfrage. Gemäss Rechtsprechung erfasst das Kompetenzniveau 4 der Tabelle TA1 Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem

Spezialgebiet voraussetzen. Auf der nächsttieferen Stufe des Kompetenzniveaus 3 werden diejenigen Einkommen eingeordnet, welche in komplexen praktischen Tätigkeiten erzielt werden und ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet erfordern. Auf dem Kompetenzniveau 2 sind die Löhne aus praktischen Tätigkeiten wie Verkauf, Pflege, Datenverarbeitung und Administration, Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten sowie Sicherheits- und Fahrdiensten verzeichnet. Das unterste Kompetenzniveau 1 spiegelt die Einkommen aus einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Trotz dem dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen zu attestierenden grossen (Fach-)Wissen rechtfertigt sich vorliegend ein Abstellen auf das höchste Kompetenzniveau 4 mit Blick auf dessen Aus- und Weiterbildung (kein [Fach-]Hochschulstudium) nicht (vgl. Entscheide des BGer vom 8. Juni 2021, 8C_152/2021, E. 4 i.V.m. E. 5.3.1, und vom 21. August 2019, 8C_878/2018, E. 5.2.1). Damit ist Kompetenzniveau 3 massgebend und es resultiert – angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit und aufindexiert auf das Jahr 2022 – ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 71'996.90 (Fr. 5'602.-- x 12 / 40 x 42.5 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 55-56] / 100 x 100.8 [Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2022, Ziff. 55/56, Basis 2020 und Index 2022]).

4.4 In Bezug auf das Invalideneinkommen gehen die Parteien übereinstimmend davon aus, dass dieses anhand der (zur Zeit des Einspruchentscheids neusten) LSE-Tabellenlöhne (mitsamt Nominallohnentwicklung) zu ermitteln ist. Während indessen die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug von 5 % als sachgerecht erachtet (AB 402/9), macht der Beschwerdeführer einen solchen von mindestens 10 % geltend (Beschwerde S. 15).

4.4.1 Der gewährte Tabellenlohnabzug von 5 % liegt mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil und die damit verbundenen – eher geringen – Einschränkungen im Rahmen des der Verwaltung zustehenden Ermessens. Für eine gerichtliche Korrektur besteht kein Anlass. Da überdies beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Werte bestimmt werden, rechtfertigen die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) von vornherein keinen Abzug,

wären diese doch bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

4.4.2 Ausgehend von der LSE 2020, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit und aufindexiert auf das Jahr 2022 resultiert ein hypothetisches Jahresgehalt von Fr. 66'012.55 (Fr. 5'261.-- [TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1] x 12 / 40 x 41.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total] / 100 x 100.3 [Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2022, Total, Basis 2020 und Index 2022]). Unter zusätzlicher Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 5 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 62'711.90 (Fr. 66'012.55 x 0.95).

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'996.90 und einem Invalideneinkommen von Fr. 62'711.90 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'285.-- (Fr. 71'996.90 ./ Fr. 62'711.90), was einem Invaliditätsgrad von 13 % (zur Rundungspraxis siehe BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) entspricht. Zum gleichen Ergebnis kommt man, wenn die Indexierung statt gestützt auf die – zur Zeit des Einsprachentscheids noch nicht vorgelegenen – Zahlen für das Jahr 2022 anhand der Zahlen für das Jahr 2021 vorgenommen wird: Diesfalls beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 71'496.95 (Fr. 5'602.-- x 12 / 40 x 42.5 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 55-56] / 100 x 100.1 [Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2022, Ziff. 55/56, Basis 2020 und Index 2021]) und das Invalideneinkommen auf Fr. 62'086.70 (Fr. 5'261.-- x 12 / 40 x 41.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total] / 100 x 99.3 [Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2022, Total, Basis 2020 und Index 2021] x 0.95 [leidensbedingter Abzug]), woraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'410.25 (Fr. 71'496.95 ./ Fr. 62'086.70) und damit ein Invaliditätsgrad von (gerundet) 13 % resultieren.

4.6 Folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 17. November 2022 (AB 402) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzuändern, als der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 13 % hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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.

5.2

5.2.1 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Es besteht grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen wird. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betrifft dessen zeitliche Dimension das Quantitativ. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

5.2.2 Angesichts des Unterliegens im Grundsatz und des im Vergleich mit dem (Subeventual- bzw. Subsubeventual-)Antrag geringfügigen Obsiegens ist dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 300.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu bezahlen.

5.3 Das eventualiter gestellte Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wurde mit Eingabe vom 1. März 2023 zurückgezogen. Entsprechend ist das Gesuchsverfahren vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einsprachentscheid der Suva vom 17. November 2022 dahingehend abgeändert, als dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 13 % zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer einen Parteikostenanteil, gerichtlich bestimmt auf Fr. 300.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Rechtsanwalt lic. iur. C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin (samt Eingaben des Beschwerdeführers vom 31. März und 7. Juni 2023)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.