



Fall-Nr.: UV 2013/58
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 14.08.2014
Entscheiddatum: 14.08.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 14.08.2014

Art. 6 UVG, Art. 8 ATSG: Unbestrittene Berechnung des Invaliditätsgrads unter Berücksichtigung der Unfallrestfolgen im Bereich des rechten Fusses. Verneinung einer Leistungspflicht für eine allenfalls aus Schulterbeschwerden links resultierende Erwerbseinbusse aufgrund Nichtbestehens eines natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2014, UV 2013/58).

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Ralph Jöhl, a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Peter Wohnlich

Entscheid vom 14. August 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Antonius Falkner, Mag. iur., Lettstrasse 18,
FL-9490 Vaduz,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Invalidenrente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. Januar 2011 als Schweisser bei der B.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin) tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als die Arbeitgeberin am 7. Februar 2011 der Suva einen Unfall meldete. Der Versicherte habe am 4. Februar 2011 ein ca. 1'250 kg schweres Schweissteil - einen Vorschubständer - bearbeitet, wofür er auf den Schweisstisch gestiegen sei. Das Werkstück sei auf die Seite des Versicherten gekippt, wodurch dessen rechter Fuss eingeklemmt und der Versicherte aus einer Höhe von einem Meter auf den Boden gestossen worden sei. Der rechte Fuss sei eingeklemmt geblieben (Suva-act. 1). Der Versicherte wurde mit der Rega ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) geflogen (Suva-act. 10), wo er bis 16. Februar 2011 hospitalisiert war. Die behandelnden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG diagnostizierten ein Quetschtrauma rechter Fuss mit/bei undislozierter subkapitaler MT III-V-Fraktur und undislozierter Fraktur OS cuneiforme laterale intermedium und Os cuboideum sowie Rissquetschwunden (RQW) rechter Ellbogen mit Eröffnung Bursa olecrani und rechtes Ohrläppchen. Der rechte Fuss wurde konservativ mit Teilbelastung, der rechte Ellbogen antibiotisch und mit Ruhigstellung therapiert. Im Verlauf zeigte sich eine reizlose Wunde am Ellbogen, so dass die Ruhigstellung weggelassen werden konnte, hingegen wiesen der rechte Vorfuss sowie das OSG bei Spitalaustritt immer noch eine starke Schwellung auf. Dem Versicherten wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 9). Am 16. März 2011 fand eine erste Nachkontrolle in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG statt. Im entsprechenden Untersuchungsbericht wurden zusätzlich die Diagnose einer undislozierten Weber B Fraktur rechts angeführt und eine deutliche Weichteilschwellung des rechten Vorfusses mit entsprechenden Beschwerden festgehalten. Die Röntgenuntersuchung des rechten Fusses zeigte die am 4. Februar 2011 erlittenen Frakturen in unveränderter Stellung ohne grössere Verschiebung (Suva-



act. 19). Nach einer weiteren Nachkontrolle in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG am 20. April 2011 mit dem Befund einer Restschwellung und weiterhin geschilderten Beschwerden im Bereich des rechten Vorfusses (Suva-act. 26) wurde der Versicherte am 15. Juni 2011 im Spital C.____ untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 17. Juni 2011 wurde die aktuelle Diagnose eines Morbus Sudeck im Verlauf gestellt. Dem Versicherten wurde für mindestens zwei weitere Monate eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 31). Anlässlich einer Besprechung mit dem Case Manager der Suva vom 17. Juni 2011 gab der Versicherte an, es gehe mit seinem rechten Fuss sehr schleppend voran. Er sei immer noch angeschwollen und schmerze stark. Er könne rechts auch noch keinen Schuh tragen, da er den Druck nicht ertrage. Der rechte Ellbogen sei wieder in Ordnung, hingegen mache ihm die linke Schulter Probleme. Er habe beim Unfall vom 4. Februar 2011 mit der linken Schulter an einer gegenüber stehenden Schweissanlage aufgeschlagen und habe seither zunehmende Schmerzen. Die Schulter sei jedoch bisher nicht untersucht worden (Suva-act. 33). Nach einem Gespräch mit dem Kreisarzt der Suva, Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, am 13. Juli 2011 (Suva-act. 37) folgte am 24. August 2011 eine persönliche Untersuchung des Versicherten durch besagten Kreisarzt (Suva-act. 45). Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht empfahl Dr. D.____ ab Ende September 2011 einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50%. Bis dahin dürfte sich die Schwellneigung des rechten Fusses unter der bisherigen Therapie weiter zurückgebildet haben (Suva-act. 45). Ein am 3. Oktober 2011 gestarteter Arbeitsversuch (Suva-act. 48 f.) musste infolge Schmerzzunahme abgebrochen werden (Suva-act. 53, 56 f., 62). Der Versicherte wurde von seinem Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, wieder zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 58/2). Am 18. Oktober 2011 wurde beim Versicherten auf Anordnung seines Hausarztes im Spital F.____ eine MRI-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt (Suva-act. 58/3). Anlässlich eines Telefongesprächs mit der Suva am 16. November 2011 gab der Versicherte an, der Zustand sei immer noch gleich, sein rechter Fuss bereite ihm immer noch Schmerzen und schwellt jeden Tag stark an. Er sehe in seinem Zustand keine Möglichkeit für einen weiteren Arbeitsversuch. Schmerzen verursache auch noch seine linke Schulter, die beim Unfall in Mitleidenschaft gezogen worden sei (Suva-act. 59). Der Versicherte hielt sich sodann vom 1. Dezember 2011 bis 5. Januar 2012 in der Rehaklinik Bellikon auf, wo er insbesondere orthopädisch untersucht und



St.Galler Gerichte

eine Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. Zumutbarkeitsbeurteilung in der angestammten sowie in einer anderen beruflichen Tätigkeit vorgenommen wurde (Suva-act. 81 ff.). Darauf folgend, d.h. am 27. April 2012, fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Dr. D.____, ebenso mit Beschreibung der zumutbaren Tätigkeiten und des Arbeitsfähigkeitsgrades aufgrund der Unfallfolgen und zusätzlich mit Beurteilung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links statt (Suva-act. 104).

A.b Gestützt auf die vorangegangenen medizinischen Abklärungen verfügte die Suva am 13. Juni 2012 die Einstellung der Taggeldleistungen per 1. Mai 2012 mit der Begründung, bei einer den Unfallfolgen angepassten Beschäftigung sollte der Versicherte in der Lage sein, seit dem 1. Februar 2012 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden körperlichen Tätigkeit ohne längeres Gehen oder Stehen über 60 Minuten am Stück, und ohne Tätigkeiten auf unebenem Gelände eine volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Unter Berücksichtigung einer 3-monatigen Übergangsfrist werde die Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ab dem 1. Mai 2012 auf 100% festgelegt (Suva-act. 106).

A.c Mit Schreiben vom 20. September 2012 nahm die Suva gegenüber dem Versicherten zu den von ihm nach dem Unfallereignis vom 4. Februar 2011 während des Fallverlaufs beklagten und auf das fragliche Unfallereignis zurückgeführten Schulterbeschwerden links Stellung. Die Suva habe zunächst die Therapiekosten ohne Präjudiz entgegenkommenderweise übernommen und weitere Abklärungen vorgenommen. Auf Grund der medizinischen Unterlagen bestehe jedoch kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 4. Februar 2011 und den gemeldeten Schulterbeschwerden links, weshalb die Suva dafür nicht leistungspflichtig sei und keine weiteren Versicherungsleistungen erbringen könne (Suva-act. 110).

A.d Am 3. Januar 2013 ersuchte die Suva Dr. D.____ um Festlegung des Integritätsschadens, um eine aktuelle Zumutbarkeitsbeurteilung sowie eine abschliessende Beurteilung, ob die Schulterbeschwerden links, die erstmals 4 ½ Monate nach dem Unfall erwähnt worden seien, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 4. Februar 2011 zurückzuführen seien (Suva-act. 113).



A.e Gestützt auf die Ergebnisse der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 31. Januar 2013 (Suva-act. 116) sowie die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens vom 1. Februar 2013 (Suva-act. 118) eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 21. Juni 2013, dass die erwerblichen und medizinischen Abklärungen eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von 24 % ergeben hätten. Der versicherte Jahresverdienst betrage Fr. 84'519.--. Es stehe ihm deshalb ab 1. Februar 2013 eine monatliche Invalidenrente von Fr. 1'352.30 zu. Den Integritätsschaden legte die Suva auf 10 % fest und sprach dem Versicherten dementsprechend aufgrund eines massgebenden Jahresverdienstes von Fr. 126'000.-- eine Integritätsentschädigung von Fr. 12'600.-- zu. Die Rente werde ausschliesslich für die bei der Suva versicherten Unfallfolgen am rechten Fuss gewährt; als unfallfremd seien die Beschwerden an der Schulter links zu werten (Suva-act. 138).

B.

B.a Eine gegen die Verfügung der Suva vom 21. Juni 2013 (Suva-act. 138) von Rechtsanwalt mag. iur. A. Falkner, Vaduz (FL), am 17. Juli 2013 erhobene Einsprache (Suva-act. 141) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 14. August 2013 ab (Suva-act. 146). Zusammen mit der Einsprache hatte der Rechtsvertreter des Versicherten einen Bericht des Instituts für Radiologie des KSSG vom 4. Februar 2011 über die beim Versicherten am Unfalltag durchgeführten radiologischen Untersuchungen sowie deren Ergebnisse eingereicht (Suva-act. 143).

B.b Der in der Verfügung vom 21. Juni 2013 auf 10% festgesetzte Integritätsschaden (Suva-act. 138) blieb im Einspracheverfahren unbestritten, weshalb die Verfügung diesbezüglich in Rechtskraft erwuchs.

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 14. August 2013 erhob Rechtsanwalt Falkner für den Versicherten am 12. September 2013 Beschwerde mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine seinem IV-Grad entsprechende Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei der bekämpfte Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin aufzuheben und die Rechtssache an



St.Galler Gerichte

diese zur neuerlichen Entscheidung über das Rentengesuch des Beschwerdeführers zurückzuleiten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 14. August 2013 (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 12. November 2013 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen fest (act. G 5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 7).

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers rügt die Berechnung des Invaliditätsgrades, indem er geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe dabei zu Unrecht die Beschwerden des Beschwerdeführers an der linken Schulter nicht berücksichtigt. Die Schulterbeschwerden links seien unfallkausal und würden eine weitergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit bewirken, weshalb sich das Invalideneinkommen verringere und der Invaliditätsgrad entsprechend erhöht werde.

2.

2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich- und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181, Rumo-Jungo/ Holzner, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht,



Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Aufgabe des Arztes ist es, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweis; SVR 2000 Nr. 14 S. 45).

2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren eingeholt hat, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3bb/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a).

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen,



wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 119 V 337 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

3.

3.1 Streitig und zu prüfen ist mithin im Folgenden, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden links zu Lasten der Unfallversicherung gehen, bzw. ob zwischen dem Unfallereignis vom 4. Februar 2011 und den genannten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

3.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Im Rahmen der im Institut für Radiologie des KSSG am Unfalltag durchgeführten Röntgenuntersuchung des linken Schultergelenks zeigten sich mehrere bis 1 cm grosse Osteolysen mit Randsklerosierung am Caput humeri links, hingegen keine Fraktur (Suva-act. 143). Eine MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 18. Oktober 2011 im Spital F.____ brachte sodann eine chronische Tendinopathie der Supraspinatussehne, eine akute und chronische Tendinopathie der Subscapularissehne, eine Peritendinitis der Infraspinatussehne, ein aufgequollenes anteriores Labrum sowie eine aktivierte AC-Gelenksarthrose hervor (Suva-act. 58). Bei sämtlichen, vorgenannten Gesundheitsschäden handelt es sich eindeutig um organische Substrate bzw. strukturelle Gesundheitsstörungen, welche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, zu verursachen vermögen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579 ff., S. 735, S. 1107; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, S. 1808; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 172, S. 2065). Eine Osteolyse, Arthrose sowie Tendinopathie bzw. Tendinitis stellen sodann grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden bzw. degenerative Veränderungen dar, die als unfallkausale Gesundheitsschäden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, auftreten (vgl. Debrunner,



a.a.O., S. 580 f., S. 725, S. 740; Pschyrembel, a.a.O., S. 172; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1380, S. 1808; <http://www.schulter-zentrum.de/supraspinatus-sehne.html>, <http://www.heilpraxisnet.de/krankheiten/osteolyse.php>, beide abgerufen am 12. Juni 2014).

Nachfolgend ist damit zu entscheiden, ob die radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden im Bereich des linken Schultergelenks des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sekundär durch den Unfall vom 4. Februar 2011 verursacht wurden.

3.3 Massgebende Ausgangspunkte für traumatische Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bilden der Unfallmechanismus zusammen mit den unmittelbar nach dem Unfall gestellten Unfalldiagnosen sowie der zeitliche Ablauf. Dies in dem Sinne, dass es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann und im Regelfall massgebende Verletzungen zu Schmerzen führen und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden.

3.3.1 Wie von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 14. August 2013 umfassend dargelegt (Erwägung 3. a.), enthalten sämtliche Unfallschilderungen in den Akten keinerlei Hinweise, wonach am 4. Februar 2011 eine Einwirkung auf die linke Schulter des Beschwerdeführers stattgefunden hätte. So wird in der Schadenmeldung UVG vom 7. Februar 2011 einzig ein Einklemmen des rechten Fusses und ein Stoss rückwärts auf den Boden ohne genaue Bestimmung eines davon betroffenen Körperteils beschrieben (Suva-act. 1). Im Bericht des am 4. Februar 2011 Einsatz habenden Notarztes SGNOR Dr. med. G.____ ist sodann von einem Einklemmtsein des rechten Fuss sowie auf Höhe Becken/Bauch und einem anschliessenden Sturz auf den Hinterkopf aus Körper- und Tischhöhe die Rede (Suva-act. 133). Auch gegenüber der Kantonspolizei St. Gallen erwähnte der Beschwerdeführer am 25. Februar 2011 einzig ein Einklemmen des rechten Fusses und ein Rückwärtsfallen vom Tisch, ohne Angabe der dabei aufgeschlagenen Körperteile (Suva-act. 17). Diesen Unfallhergängen ohne ausdrückliche Einwirkung auf die linke Schulter des Beschwerdeführers fügt sich der dem Unfallrapport der Suva, Abteilung Arbeitssicherheit, vom 28. Februar 2011 zu entnehmende Unfallhergang an (Suva-act. 12). Erstmals am 17. Juni 2011, d.h. rund 4



1/2 Monate nach dem Unfall, beschrieb der Beschwerdeführer gegenüber der Suva ein Aufschlagen mit der linken Schulter an einer gegenüber stehenden Schweissmaschine beim Unfall (Suva-act. 33). Grundsätzlich kann ein Aufschlagen mit der linken Schulter bei einem Sturz von einem Tisch mit dem Oberkörper voran nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Auch dass der Beschwerdeführer laut Unfallrapport mit dem linken Fuss neben dem Tisch ins Leere getreten ist und nach dem Sturz mit dem rechten Fuss eingeklemmt geblieben ist, liesse sodann zumindest einen Sturz in Richtung der linken Körperhälfte vorstellen (Suva-act. 12). Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass in sämtlichen echtzeitlichen Akten von keinem Unfallmechanismus mit Einwirkung auf die linke Schulter die Rede ist. RQW erlitt der Beschwerdeführer im Übrigen am rechten Ellbogen und rechten Ohrläppchen (Suva-act. 9). An dem erst nach längerer Latenzzeit vorgebrachten neuen Sachverhalt bzw. Sachverhaltselement eines Aufschlagens der linken Schulter beim Sturz vom Tisch lässt sich damit massgeblich zweifeln.

3.3.2 Auch die ursprünglich gestellten Unfalldiagnosen sowie die zeitlichen Abläufe hinsichtlich der Schulterproblematik ergeben keinerlei Anhaltspunkte für eine Unfalleinwirkung auf die linke Schulter bzw. lassen eine solche höchst fraglich erscheinen. Laut Bericht vom 19. Juni 2013 erhob Notarzt SGNOR Dr G. ___ bei seinem Einsatz am 4. Februar 2011 als Befunde starke Schmerzen im Bereich des Unterschenkels/Fusses, ein mögliches Logensyndrom, eine fragliche Motorik und Neurologie, trophische Störungen wegen Varikosis und Status nach Operation, jedoch eine intakte Durchblutung. Eine Commotio wurde von ihm nicht ausgeschlossen, klinisch fand sich indessen kein Anhalt für eine Schädelfraktur; auch nicht für eine Thorax-/Abdominal-/Becken-Verletzung (Suva-act. 133). Der Rega-Arzt Dr. med. H. ___ stellte die (vorläufigen) Diagnosen einer Quetschung bzw. eines Traumas des rechten Beins und Unterschenkels sowie einer Commotio (Suva-act. 13). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG, wo sich der Beschwerdeführer vom Unfalltag an während beinahe zwei Wochen aufgehalten hat und somit - wie angenommen werden darf - erstmals sorgfältig und umfassend die Unfallverletzungen erhoben worden sind, diagnostizierten ebenfalls (nur) ein Quetschtrauma rechter Fuss mit/bei undislozierter subkapitaler MT III-V-Fraktur, undislozierter Fraktur Os cuneiforme laterale intermediums und Os cuboideum sowie eine RQW rechter Ellbogen mit Eröffnung Bursa olecrani und RQW rechtes Ohrläppchen (Suva-act. 9). Im Rahmen



der Nachkontrolle vom 20. April 2011 in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG schloss sich sodann die Diagnose einer undislozierten Weber B Fraktur rechts an (Suva-act. 26). Von einem Unfallmechanismus mit Einwirkung auf die linke Schulter sprach der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin, wie gesagt, erstmals am 17. Juni 2011 (Suva-act. 33). Danach fanden zwar eine Nachkontrolle des Beschwerdeführers in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG (Suva-act. 36), ein Gespräch mit Dr. D.____ (Suva-act. 37) sowie eine kreisärztliche Untersuchung (Suva-act. 45) statt. Diese wiederum jedoch ohne Erwähnung, Untersuchung oder gar Behandlung einer Schulterproblematik. Die erste (MRI-)Untersuchung der linken Schulter erfolgte schliesslich erst am 18. Oktober 2011 (Suva-act. 58) und eine schulterbezogene Verletzungs-Diagnose - Kontusion Schulter links - wurde erstmals in den Berichten der Rehaklinik Bellikon vom Dezember 2011/Januar 2012 gestellt (Suva-act. 81 ff.). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Diagnose ohne strukturelle Läsion, die nicht in jedem Fall augenfällig ist und somit oft auch nur gestützt auf einen subjektiv geschilderten Unfallmechanismus gestellt wird.

3.3.3 Nachdem in Anbetracht des in den Erwägungen 3.3.1 f. dargelegten Sachverhalts weder bezüglich des Unfallmechanismus noch der echtzeitlichen Unfalldiagnosen von einer Traumatisierung der linken Schulter am 4. Februar 2011 ausgegangen werden kann, fällt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung bzw. Spätfolge einer solchen in diesem Bereich grundsätzlich zum Vornherein ausser Betracht.

3.4 Was die linke Schulter angeht, ist jedoch letztlich entscheidend, dass die medizinischen Akten nur umfassende krankheitsbedingte Gesundheitsschäden und degenerative Veränderungen zutage fördern, jedoch keinerlei Anhaltspunkte für das Geschehen einer strukturellen Läsion enthalten (vgl. Erwägung 3.2). Entsprechend wird im Bericht über das orthopädische Konsilium in der Rehaklinik Bellikon vom 16. Dezember 2011 festgehalten, dass die Unfallaufnahmen vom Februar 2011 (Suva-act. 143) ein unauffälliges Schultergelenk zeigt und die Sehnen der linken Schulter im Arthro-MRI vom Oktober 2011 (Suva-act. 58) intakt bei chronischen Tendinopathien und einer aktivierten AC-Gelenksarthrose dargestellt seien (Suva-act. 82). Ohne Schultergelenksverletzung bleibt jedoch für eine (sekundär) traumatisch bedingte Osteolyse, Arthrose sowie Tendopathie bzw. Tendinitis kein Raum, zumal die fraglichen



Gesundheitsschädigungen im Regelfall ohnehin rein degenerativ bzw. krankheitsbedingt vorkommen (vgl. Erwägung 3.2). Der Umstand, dass am Unfalltag im Institut für Radiologie des KSSG unter anderem eine radiologische Untersuchung des linken Schultergelenks stattgefunden hat (Suva-act. 143), vermag nicht als Hinweis auf eine ursprüngliche Schultergelenksläsion gelten. Der Grund hierfür ist wohl einzig darin zu sehen, dass der Beschwerdeführer einen schweren Arbeitsunfall mit Sturz von einem Tisch erlitten hatte, aufgrund dessen umfassende Verletzungen im Raum standen. Dies machte es - wie getätigt - offensichtlich erforderlich, zur Feststellung bzw. zum Ausschluss von Verletzungen den ganzen Körper des Beschwerdeführers einer radiologischen Untersuchung zu unterziehen. Bezüglich der Osteolyse kommt hinzu, dass diese bereits am Unfalltag röntgenologisch sichtbar war. Der Zeitraum zwischen dem Unfallereignis vom 4. Februar 2011 und der kernspintomographischen Untersuchung vom 18. Oktober 2011 ist sodann mit rund 10 Monaten relativ kurz, so dass auch eine unfallbedingte Arthrose kaum postuliert werden kann. Demgemäss spricht auch Dr. D. ___ in seinem Bericht vom 30. April 2012 über die kreisärztliche Untersuchung vom 27. April 2012 von einer vorbestehenden Acromioclaviculargelenksarthrose (Suva-act. 104). Der Begriff "chronisch", wie er im MRI-Untersuchungsbericht im Zusammenhang mit der Tendiopathie angeführt ist, steht schliesslich dem Begriff "traumatisch" entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch "langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend" (Pschyrembel, a.a.O., S. 389; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 334). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang der konkret radiologisch objektivierten Gesundheitsschäden zum Unfallereignis vom 4. Februar 2011 insgesamt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist.

3.5

3.5.1 Dr. D. ___ nimmt in seinem Bericht vom 30. April 2012 über die kreisärztliche Untersuchung 27. April 2012 betreffend Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links die vorangehenden Erwägungen auf. Laut Angaben des Beschwerdeführers seien die Schulterbeschwerden linksseitig durch den Unfall aufgetreten. Weder in der Echtzeitdokumentation noch in späteren Arztberichten würden jedoch Schulterbeschwerden linksseitig erwähnt. Auch in der kreisärztlichen Untersuchung



vom 24. August 2011 (Suva-act. 45) habe der Beschwerdeführer keine diesbezüglichen Beschwerden angegeben. Bildgebend fänden sich in den Unterlagen Röntgenaufnahmen beider Schultergelenke vom Unfalltag und ein MRI der linken Schulter vom 18. Oktober 2011. Im Weiteren hält er fest, aus rein medizinischer Sicht sei denkbar, dass eine Schulterkontusion zu einer Aktivierung einer vorbestehenden Acromioclaviculargelenksarthrose führe. Bei ansonsten fehlender medizinischer Dokumentation müsse die Wahrhaftigkeitsbeurteilung der Angaben jedoch administrativ erfolgen (Suva-act. 104). Im Bericht vom 1. Februar 2013 über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 31. Januar 2013 verwies Dr. D.____ auf seine Ausführungen vom 30. April 2012 und formulierte, der Beschwerdeführer gebe an, dass er die linke Schulter anlässlich des Ereignisses am 4. Februar 2011 angeschlagen habe. Er wiederholte, dass die Wahrhaftigkeitsbeurteilung der Angaben des Beschwerdeführers allein der Administration obliege. Es werde ihr empfohlen, die Ambulanzaufzeichnungen der Zentralen Notfallabteilung im KSSG anzufordern, um festzustellen, ob gegebenenfalls dort eine Schulterverletzung dokumentiert sei (Suva-act. 116). In der Folge wurde vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Einsprache vom 17. Juli 2013 (Suva-act. 141) der Untersuchungsbericht des Instituts für Radiologie des KSSG vom 4. Februar 2011 (Suva-act. 143) eingereicht. Die Beschwerdegegnerin erliess ihren Einspracheentscheid vom 14. August 2013 (Suva-act. 150), ohne zuvor den fraglichen medizinischen Bericht nochmals Dr. D.____ zu unterbreiten. Im Rahmen seiner Beurteilungen lag dem Kreisarzt ausserdem auch der Bericht des am Unfalltag diensthabenden Notarztes SGNOR Dr. G.____ vom 19. Juni 2013 (Suva-act. 133) nicht vor.

3.5.2 Dem Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. G 1 Ziff. 3.1 f.), die neuen Unterlagen hätten Dr. D.____ für eine abschliessende Beurteilung vorgelegt werden müssen bzw. der Beschwerdegegnerin habe das notwendige, medizinische Fachwissen gefehlt, um den Bericht des KSSG vom 4. Februar 2011 verlässlich beurteilen zu können, kann nicht gefolgt werden. In der Anamnese des Berichts vom 1. Februar 2013 über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 31. Januar 2013 (Suva-act. 116) sind die radiologischen Untersuchungsergebnisse vom 4. Februar und 18. Oktober 2011 umfassend aufgeführt. Dr. D.____ sieht zwar in seinen Berichten von einer ausdrücklichen Feststellung des Fehlens einer strukturellen Unfallverletzung ab. Der Hinweis auf die radiologischen Unterlagen sowie die Aussage - aus rein medizinischer



Sicht sei es denkbar, dass eine Schulterkontusion zu einer Aktivierung einer vorbestehenden Acromioclaviculargelenksarthrose führen könne - lässt jedoch davon ausgehen, dass er das Vorliegen einer solchen entsprechend der medizinischen Aktenlage - insbesondere auch in Berücksichtigung der im Rahmen einer Kausalitätsbeurteilung massgebenden echtzeitlichen Befunderhebungen - ausschliesst. Einzig hinsichtlich der Feststellung des Geschehens einer allfälligen Schulterkontusion empfahl er die Einholung der Ambulanzaufzeichnungen der Zentralen Notfallabteilung und hielt ausdrücklich fest, dass die Wahrhaftigkeitsbeurteilung der Angaben des Beschwerdeführers eines Anschlagens der linken Schulter anlässlich des Ereignisses vom 4. Februar 2011 allein der Administration obliege. Medizinisch sah er damit offensichtlich für das Vorliegen fortdauernder unfallkausaler Schulterbeschwerden keinen Raum mehr und stellte seine Beurteilung fehlender unfallkausaler struktureller Restfolgen mit fortdauernden unfallkausalen Beschwerden nicht in Frage. Es ist damit nicht ersichtlich, inwiefern Dr. D.____ das röntgenologische Untersuchungsergebnis des KSSG nochmals hätte vorgelegt werden müssen. Dieses sowie der Bericht des Notarztes SGNOR Dr. G.____ enthielten letztlich ohnehin keinerlei Hinweise auf eine strukturelle Schulterverletzung. Eine Kontusion hat keinesfalls zwingend eine solche zur Folge, kann jedoch - wie von Dr. D.____ angeführt - zu einer Aktivierung eines Vorzustands führen. Mit der Formulierung "denkbar" weist Dr. D.____ darauf hin, dass auch ein solcher Verlauf nicht regelmässig auftritt. Nachdem eine Kontusion im Normalfall innert kurzer Zeit abheilt und vorliegend keine strukturellen Schäden bestehen, ist ausserdem nicht anzunehmen, dass sturzbedingt 4 1/2 Monate später plötzlich Beschwerden in einem neuen Körperbereich auftreten. Angesichts dessen, dass die neuen Akten schliesslich keinerlei Hinweise für das Geschehen einer Schulterkontusion enthielten, hatte die Beschwerdegegnerin keinerlei Veranlassung, weitere medizinischen Abklärungen hinzuzufügen. Einzig bei einer überwiegend wahrscheinlichen Schulterkontusion hätte sich nachfolgend die von einem Arzt zu beurteilende Frage gestellt, ab welchem Zeitpunkt die Kontusion abgeheilt, d.h. der Status quo sine/ante erreicht war (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.1 f.; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).



3.6 Zusammenfassend ist bei obiger Sachlage festzuhalten, dass am 4. Februar 2011 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein Unfallereignis mit einer natürlich und adäquat kausalen Schädigung der linken Schulter stattgefunden hat, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für eine allenfalls daraus entstandene Erwerbseinbusse zu Recht verneint hat. Auch eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands fällt aus diesen Gründen ausser Betracht.

4.

4.1 Einig sind sich die Parteien hingegen darin, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 4. Februar 2011 Unfallrestfolgen im Bereich des rechten Fusses aufweist. Auf weitere Ausführungen diesbezüglich kann bei Vorliegen einer schlüssigen und unbestrittenen Aktenlage verzichtet werden (vgl. dazu Suva-act. 116, 118).

4.2 Wie der Wortlaut von Art. 21 Abs. 4 ATSG zeigt, kommt der versicherten Person im Sozialversicherungsrecht eine Schadenminderungspflicht zu; im konkreten Fall eine rentenspezifische Schadenminderungspflicht. Zum Ausdruck gebracht ist diese im Grundsatz "Eingliederung vor Rente" und besteht grundsätzlich in einer Umschulung des Beschwerdeführers in einen, seinem erlernten Beruf eines Maschinenschlossers und geprüften Schweissers (vgl. Suva-act. 33) gleichwertigen, aber behinderungsadaptierten, und sich rentenmindernd auswirkenden Beruf (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, Vorbemerkungen N 47). Angesichts des Alters des Beschwerdeführers (geb. 1954) bzw. seiner verbleibenden Aktivitätsperiode fällt jedoch eine Umschulung ausser Betracht (vgl. dazu Ulrich Mayer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. Zürich 2010, S. 101 f.).

4.3 Zu prüfen bleibt damit, welche Erwerbseinbusse der Beschwerdeführer durch seine Restfolgen der beim Unfall vom 4. Februar 2011 zugezogenen Fussverletzungen rechts erleidet. Die Parteien sind sich darin einig, dass der Beschwerdeführer durch diese in seiner angestammten Tätigkeit als Schlosser nicht mehr arbeitsfähig ist. Gestützt auf die von Dr. D.____ in seinem Bericht 1. Februar 2013 über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung 31. Januar 2013 (Suva-act. 116) bestätigte Zumutbarkeitsbeurteilung bzw. Arbeitsfähigkeitsschätzung der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht vom 9. Januar 2012 ist ihm hingegen in einer adaptierten,



wechselbelastenden Tätigkeit ohne längeres Stehen oder Gehen am Stück während > 60 Minuten, Tätigkeiten mit Erfordernis, schneller laufen zu müssen, Arbeiten in unebenem Gelände, Vibrationsbelastung und Schläge bezüglich des rechten Fusses, Zwangshaltung für den rechten Fuss und ohne Arbeiten an sturzexponierten Stellen (innerhalb der nächsten drei Monate) das Erreichen einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit zumutbar (Suva-act. 83). Gegen diese Auffassung ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nichts einzuwenden. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht den Invaliditätsgrad aufgrund einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ermittelt. Nach Berechnung der Beschwerdegegnerin führt die unfallbedingte körperliche Einschränkung zu einer Erwerbseinbusse von 24%. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat gegen diese Berechnung keine konkreten Einwände erhoben. Die vorliegenden Akten liefern keine Hinweise, gemäss welchen die Berechnung des Invaliditätsgrads zu beanstanden wäre. In der Beschwerde vom 12. September 2013 (act. G 1) wurde sodann richtigerweise auch kein Lohnabzug mehr bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gefordert (vgl. dazu BGE 129 V 475 ff. E. 4.2.1 ff.). Nicht bestritten ist schliesslich die Berentung ab 1. Februar 2013.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 14. August 2013 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.