



Fall-Nr.:	UV 2021/8
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum:	03.05.2022
Entscheiddatum:	25.11.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 25.11.2021

Art. 43 Abs. 1 ATSG: Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zumindest gewisse Zweifel an der Richtigkeit der vom versicherungsinternen Arzt vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsschätzung bestehen. Folglich kann die Beurteilung des versicherungsinternen Arztes nicht als alleinige Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs dienen. Die übrige medizinische Aktenlage lässt ebenfalls keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs zu. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nach dem Gesagten in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen, weshalb er als rechtswidrig aufzuheben und die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen, namentlich zur Einholung einer externen, polydisziplinären Expertise, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. November 2021, UV 2021/8).

Entscheid vom 25. November 2021

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann;
Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2021/8

Parteien



St.Galler Gerichte

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Wehrlin, Schwanengasse 9, Postfach,
3001 Bern,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.____ AG als Z.____ in einem Pensum von 90 % angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert, als am .____ 2018 auf einer Baustelle ein (...) auf ihn kippte (Suva-act. 1 und 47 ff.). Mit verschiedenen Wirbelkörper- und Rippenfrakturen sowie weiteren Verletzungen wurde er notfallmässig ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) gebracht, wo er mehrfach operiert und bis zum .____ 2018 hospitalisiert wurde (Suva-act. 18; vgl. ferner Suva-act. 11, 14 und 16 f.). Aufgrund der unfallbedingten sensomotorisch kompletten Paraplegie sub Th11 (vgl. Suva-act. 64) folgte bis zum 10. Oktober 2018 ein Aufenthalt im Y.____ (vgl. Suva-act. 59). Die Suva kam für die Heilbehandlung sowie verschiedene Hilfsmittel auf und entrichtete Taggeldleistungen (vgl. Suva-act. 7 ff., 30, 54 und 56). Im Austrittsbericht des Y.____s wurde festgehalten, dass der Versicherte am 10. Oktober 2018 in gutem Allgemeinzustand, schmerz kompensiert unter Opioiden und im Rollstuhl mobilisiert nach Hause entlassen



St.Galler Gerichte

und im Umkreis seiner Familie weiterleben werde. Zur beruflichen Zukunft wurde angemerkt, dass der Versicherte seine frühere Belastungsfähigkeit wohl nicht mehr erreichen und seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt bleiben werde. Seine bisherige Tätigkeit als Z.____ auf dem Bau könne er nicht mehr ausüben. Er werde zu seiner Familie nach C.____ zurückkehren und sich dort eine neue Arbeitsstelle suchen. Er stehe bereits in engem Kontakt mit seinem Bruder, der eine X.____ habe und sei zuversichtlich, dort gewisse Arbeiten, wie beispielsweise das Zuschneiden von Stoffen, ausführen zu können (vgl. Suva-act. 59 S. 9; zum Austrittsgespräch vom 25. September 2018 vgl. Suva-act. 71-17 ff.).

A.b. Anlässlich eines Telefonats vom 6. Dezember 2018 teilte der Versicherte der Suva mit, dass er zwischenzeitlich die medizinische Behandlung in D.____ aufgegleist habe. Die für ihn zuständige W.____ habe sich bereits mit ihm in Verbindung gesetzt. In nächster Zeit werde jemand vorbeikommen, um die berufliche Situation anzuschauen (vgl. Suva-act. 83).

A.c. Mit Verfügung vom 20. Dezember 2018 sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 133'380.-- für eine Integritätseinbusse von 90 % und ab dem 11. Oktober 2018 eine Hilflosenentschädigung von monatlich Fr. 812.-- für eine Hilflosigkeit leichten Grades zu (vgl. Suva-act. 90; zur entsprechenden ärztlichen Beurteilung vgl. Suva-act. 65).

A.d. Am 23. Januar 2019 fand die erste Nachkontrolle im Y.____ statt. Im entsprechenden Untersuchungsbericht wurde festgehalten, dass der Versicherte seit dem Austritt über einen soweit stabilen gesundheitlichen Verlauf berichtet habe. Die Hautproblematik stellten die Schmerzen im Übergangsbereich Th11 dar, welche schon während der Erstrehabilitation bestanden hätten. Weiter habe der Versicherte erzählt, dass sein Haus in C.____ sich derzeit noch im Umbau befinde, weshalb er vorübergehend in einer adaptierten Wohnung lebe. Er sei aktuell in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Körperpflege auf die Hilfe der Ehefrau angewiesen. Zudem habe er noch kein umgebautes Auto, weshalb er die Wohnung noch nicht selbständig verlassen könne. Die Ärzte hielten weiter fest, dass die während der Erstrehabilitation durchgeführten AISA-Score Untersuchungen ein unterschiedliches sensibles Niveau (von Th5 bis Th9) gezeigt hätten. Im Rahmen der aktuellen Kontrolle habe dieses



Niveau, soweit beurteilbar, bei sub Th5 gelegen. Es sei weder eine anale Sensibilität noch eine willkürliche anale Kontraktion vorhanden gewesen, was der Diagnose einer sensomotorisch kompletten Paraplegie sub Th8 (AIS A) entspreche (vgl. Suva-act. 117). Anlässlich der urologischen Verlaufskontrolle im Y.____ vom 26. Januar 2019 berichtete der Versicherte über einen unauffälligen Verlauf. Die Blasenentleerung erfolge unproblematisch über den intermittierenden aseptischen Selbstkatheterismus 5 x tagsüber und 1 x nachts. Zur Sicherheit werde ein Tropfenfänger bei Belastungsharninkontinenz bei voller Blase verwendet. Seit dem Austritt habe sich kein Harnwegsinfekt eingestellt. Die Darmentleerung erfolge durch digitales Ausräumen 1 x täglich. Laut Untersuchungsbericht wurde mit dem Versicherten die unveränderte Fortsetzung des bisherigen Blasenmanagements besprochen (vgl. Suva-act. 113).

A.e. In einem Bericht vom 26. Februar 2019 hielt Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, Unfallkrankenhaus F.____, unter anderem fest, dass der Darm des Versicherten 1 x morgendlich durch digitales Ausräumen ohne medikamentöse Unterstützung entleert werde. Die Defäkationszeit werde mit 10-20 Minuten angegeben. Die Blase werde alle vier Stunden durch intermittierenden Selbstkatheterismus entleert. Der Versicherte beklage einen gürtelförmigen, stechenden und brennenden Schmerz, vorrangig in den Morgenstunden, wobei der Schmerz auf der visuellen Analogskala (VAS) mit 6 angegeben werde. Die Nacht sei durch den Schmerz (VAS 2) nicht gestört. Es bestehe eine vollständige Analgesie und Anästhesie sub Th11. Bei der Muskeleinzelfprüfung finde sich eine vollständige Lähmung der Beine. Das Aufsitzen in den Langsitz sei nur unter Zuhilfenahme der Arme möglich. Es bestehe eine ausreichend gute Rumpfstabilität. Die perianale Sensibilität sei vollständig aufgehoben. Demnach liege eine komplette Querschnittlähmung sub Th11, ASI A, vor (Suva-act. 122).

A.f. Am 15. Mai 2019 erfolgte eine weitere Nachkontrolle im Y.____. Im Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019 hielten die untersuchenden Arztpersonen fest, dass der Versicherte über einen weiterhin stabilen Gesundheitsverlauf berichtet habe. Die Schmerzen im Übergangsbereich Th11 seien soweit unverändert geblieben, jedoch könne er damit etwas besser umgehen. Weiter berichteten die Ärzte, dass die neurologischen Defizite stationär geblieben seien. Entsprechend bestehe eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th5 (AIS A). Hauptproblem blieben die



Schmerzen gemischten Charakters im Übergangsbereich Th11. Leider habe die Reduktion von Targin zu einer Zunahme der Schmerzen geführt, weshalb der Versicherte weiterhin morgens 20 mg und abends 30 mg genommen habe. Das Pregabalin sollte in der gleichen Dosis, 600 mg täglich, eingenommen werden. Im Rahmen der letzten Kontrolle sei eine lokale Schmerzbehandlung mit einem Gel mit Ketamin und Amitriptylin empfohlen worden. Laut dem Versicherten habe dieses eine gute Wirkung gezeigt. In den letzten Monaten habe sich eine Gewichtszunahme eingestellt. Aufgrund der in Folge der Paraplegie bestehenden neurologischen Defizite mit Verlust der Steh- und Gehfähigkeit, intermittierendem Selbstkatheterismus und digitalem Ausräumen bei der Stuhlentleerung sei die Tätigkeit als Z.____ nicht mehr zumutbar. Der Versicherte habe in den letzten Monaten ausprobiert, in der X.____ seines Bruders leichte Tätigkeiten auszuüben, jedoch erachte er es zum aktuellen Zeitpunkt noch als schwierig, eine eventuell passende Tätigkeit zu finden. Der Versicherte sei bei der Körperpflege sowie im Haushalt teilweise auf die Hilfe seiner Ehefrau angewiesen. Auch beim Transport sei er von ihr abhängig (Suva-act. 135).

A.g. In einem Telefonat vom 12. Juni 2019 teilte der Versicherte der Suva mit, dass er die beruflichen Massnahmen der zuständigen W.____ abgelehnt habe. Er beabsichtige, die Arbeit bei seinem Bruder in der X.____ aufzunehmen. Dazu brauche er keine Weiterbildung. Er kenne die Arbeiten, da er bereits vor dem Unfall für ein Jahr dort gearbeitet habe. Ein fixes Arbeitsverhältnis bestehe nicht. Bisher führe er die Arbeiten auf Abruf (unverbindlich) aus. Seit .____ besitze er den neuen Führerschein. Ein Fahrzeug für die Umrüstung habe er noch nicht gefunden. Aktuell benötige er das Geld für das Haus. Der Hausbau verzögere sich. Er wohne noch immer in einer Kleinwohnung (Suva-act. 138).

A.h. In einer E-Mail vom 30. September 2019 orientierte die zuständige W.____ die Suva über ein gleichentags durchgeführtes Gespräch mit dem Versicherten. Bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung berichtete sie, dass für den Versicherten aktuell das Begleiten und Steuern der Baumassnahmen im Vordergrund stehe, damit diese zu einem raschen Abschluss kämen. Seine berufliche Wiedereingliederung möchte er daher erst nach Abschluss der Bauarbeiten angehen. Er plane, im Unternehmen seines Bruders mitzuarbeiten. Er könnte Näharbeiten und Zuschnitte übernehmen. Voraussichtlich werde er nicht vollschichtig tätig werden können, da er nach seinen



Angaben nur etwa vier Stunden im Rollstuhl sitzen könne. Der Versicherte warte auch auf die Berentung der Suva, damit er die Lage finanziell besser einschätzen könne. Der Rentenversicherungsträger von D.____ habe eine (...) festgestellt, jedoch käme eine Rentenzahlung wegen der Leistungen aus der Schweiz nicht in Frage. Bei dieser Sachlage seien durch die (...) keine Leistungen (...) zu erbringen (Suva-act. 155).

A.i. In einem Bericht vom 1. Oktober 2019 hielt Dr. E.____ fest, der Versicherte habe anlässlich einer Konsultation vom 13. September 2019 davon berichtet, dass er dank der Medikation mit Novamin 3 x 500 mg, Targin 2 x 20/10 und Targin 1 x 10/5 am Abend sowie Pregabalin 3 x 300 mg die Schmerzen auf VAS 3 reduzieren könne. Vor der Medikamenteneinnahme werde der Schmerz mit VAS 6-7 eingestuft. Weiter hiess es im Bericht, dass der Darm täglich ohne Inkontinenzzeichen entleert werde. Die Blase werde 4-5 x täglich durch intermittierenden Selbstkatheterismus entleert. Die vorhandenen Konfektionsschuhe würden Druckstellen an der linken Ferse hinterlassen. Der Wundgrund sei nekrotisch dunkel. Anlässlich einer Vorstellung vom 27. September 2019 sei die Ferse nahezu abgeheilt gewesen. Der Versicherte habe in der Schuhsprechstunde eine entsprechende Verordnung erhalten (Suva-act. 162).

A.j. In einer Aktenbeurteilung vom 30. Oktober 2019 kam der versicherungsinterne Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, zum Schluss, dass beim Versicherten seit dem Unfall eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th11 bzw. Th8 (AIS A) und eine Myelopathie Höhe BWK6 und 7 bekannt seien. Bei kompletter Paraplegie mit neurogenen Blasenentleerungsstörungen und neuropathischen Schmerzen sei eine angepasste leichte sitzende Tätigkeit ganztägig mit einem 60%igen Rendement (entsprechend einer effektiven Leistungsfähigkeit von 5.2 Stunden täglich bei üblicherweise 8.4 Stunden täglicher Arbeitszeit bzw. 42 Stunden Wochenarbeitszeit) zumutbar. Das verminderte Rendement sei dadurch bedingt, dass Pausen notwendig würden (Liegen nach zwei Stunden als Dekubitusprophylaxe, Selbstkatheterismus). Vornübergebeugte Arbeiten oder solche mit Kollisionsbelastung der Wirbelsäule seien nicht ausführbar. Zu vermeiden seien auch Zug- und Druckbelastungen durch Schieben, Stossen oder Ziehen von Lasten. Unter den genannten Voraussetzungen sei eine Steigerung bis auf einen ganztägigen Einsatz möglich (Suva-act. 166).



A.k. Mit Schreiben vom 14. Februar 2020 stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen mit dem 29. Februar 2020 ein. Das Taggeld werde noch bis zum 28. Februar 2020 ausgerichtet (vgl. Suva-act. 187).

A.l. Mit Verfügung vom 9. März 2020 sprach die Suva dem Versicherten mit Verweis auf die Aktenbeurteilung von Dr. G.____ ab dem 1. März 2020 eine monatliche Invalidenrente von Fr. 2'819.40 basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 58 % zu (Suva-act. 199).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt T. Wehrli, Biel, am 22. April 2020 Einsprache und bat um die Gewährung einer Nachfrist zur Einreichung einer ergänzenden Einsprachebegründung (Suva-act. 218; zu weiteren Fristerstreckungsgesuchen vgl. Suva-act. 226 und 233).

B.b. Mit Vorbescheid vom 26. Mai 2020 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ausrichtung einer ganzen Rente ab dem 12. April 2019 und einer halben Rente ab dem 1. Februar 2020 in Aussicht (vgl. Suva-act. 224).

B.c. Am 13. Juli 2020 fand eine weitere Untersuchung im Y.____ statt. Im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 27. Juli 2020 wurde festgehalten, dass die neuropathischen Schmerzen im Vordergrund der Konsultation gestanden hätten. Diese seien zwar mit den Medikamenten relativ gut unterdrückbar, würden gegen den Nachmittag jedoch jeweils stark zunehmen und den Versicherten dazu zwingen, sich hinzulegen. Bei bereits ausgedehnter Medikation mit sowohl antineuropathischen als auch opioidhaltigen Medikamenten sei jedoch von einer weiteren Steigerung lieber abzusehen. Es seien mit dem Versicherten alternative Massnahmen thematisiert worden. Weiter sei auch die Wichtigkeit von Entspannungsmassnahmen und bestmöglicher Stressreduktion im Alltag besprochen worden. Hilfreich könnten allenfalls auch zusätzliche Entspannungsmassnahmen wie autogenes Training sein. Ebenso wäre die Fortführung eines moderaten Ausdauertrainings zur leichten Kreislaufaktivierung und zur positiven Schmerzbeeinflussung sinnvoll. Ein weiteres Problem stelle die Gewichtszunahme dar, die seit dem letzten Jahr mehr als 10 kg betrage. Um einer weiteren Gewichtszunahme entgegenzuwirken, sei dringend eine



St.Galler Gerichte

leichte Kalorienrestriktion mit Erhöhung der körperlichen Aktivität angezeigt. Da es zwei Monate zuvor zu einer Gallenkolik gekommen sei, sei eine ambulante Cholezystektomie geplant (Suva-act. 231; zur urologischen Kontrolle vgl. ferner Suva-act. 234).

B.d. Mit Eingabe vom 15. September 2020 ergänzte der Versicherte seine Einsprachebegründung. Er machte im Wesentlichen geltend, ein ganztägiges Arbeitspensum, also eine Vollzeittätigkeit, sei angesichts der sensomotorisch kompletten Paraplegie vollkommen unrealistisch. Er benötige für die alltäglichen Lebensverrichtungen deutlich länger als gesunde Personen. Es werde eine umfassende, versicherungsexterne Begutachtung beantragt (Suva-act. 235). Ergänzend zu seiner Einsprache reichte der Versicherte am 26. November 2020 (vgl. Suva-act. 237-1) einen Bericht von Dr. med. H.____, Neurologie, vom 22. Juni 2020 ein, in welchem dieser festgehalten hatte, dass nach jetzigem Stand mit posttraumatischer Paraplegie und vegetativer Beteiligung mit Mastdarm- und Blasenentleerungsstörungen eine Arbeitsfähigkeit für fünf Stunden unrealistisch sei, weshalb eine Neu Beurteilung erforderlich sei (Suva-act. 237-3). Weiter gab der Versicherte einen Bericht des Unfallkrankenhauses F.____ vom 11. November 2020 über eine Konsultation vom 27. Oktober 2020 zu den Akten. Darin war unter anderem festgehalten worden, dass der Versicherte über bestehende Schmerzen auf Lähmungshöhe, welche sich gürtelförmig über den Oberkörper legen würden, berichtet habe. Er nehme deswegen schon 2 x 300 mg Pregabalin ein, brauche aber morgens etwa eine Stunde, um aufzustehen. Aufgrund der Schmerzen erreiche der Versicherte höchstens eine Sitzbelastung von zwei Stunden und müsse sich danach liegend ausruhen. Da der Versicherte erzählt habe, dass die Probleme mit den Schmerzen eher tagsüber aufträten, sei besprochen worden, die Einnahme des Targinis besser über den Tag zu verteilen. Es sei ein Versuch mit der zusätzlichen Einnahme von Novaminsulfon 500 mg 3 x 2 vorzunehmen (Suva-act. 237-4 f.).

B.e. Mit Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 wies die Suva die Einsprache des Versicherten vom 22. April 2020 ab (Suva-act. 242).

B.f. In einer E-Mail vom 4. Januar 2021 (vgl. Suva-act. 246) stellte die Unfallversicherung von D.____ der Suva einen Verlaufsbericht des Unfallkrankenhauses F.____ vom 12. Dezember 2020 über eine ambulante Kontrolle vom 11. Dezember 2020



zu (vgl. Suva-act. 245), mit der Frage, ob Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation erteilt werden könne. Im Untersuchungsbericht war unter anderem festgehalten worden, dass die Schmerzen auf der Lähmungshöhe, welche sich gürtelförmig um den Oberkörper legen würden, trotz letztmaliger Umstellung der Medikamente weiterhin bestehen würden. Der Versicherte nehme deswegen schon 2 x 300 mg Pregabalin, brauche aber weiterhin morgens etwa eine Stunde, um aufzustehen. Er beschreibe die Schmerzen als brennend, teilweise elektrisierend. Weiter hatten die Ärzte festgehalten, dass der Versicherte aufgrund der Schmerzen höchstens eine Sitzbelastung von zwei Stunden erreiche und sich danach liegend ausruhen müsse, wobei ihm dies nicht jederzeit möglich sei. Eine Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder SSRI sei noch nicht versucht worden. Die Therapie des nozizeptiven Schmerzes werde nun durch Duloxetin erweitert. Aufgrund der therapieresistenten und alltagsrelevanten nozizeptiven Schmerzen zeige sich der Versicherte an einer stationären Rehabilitation sehr interessiert. Es werde um die Prüfung einer Kostengutsprache gebeten (Suva-act. 245). Noch gleichentags antwortete die Suva per E-Mail, dass sie vorerst keine Kostengutsprache erteilen könne. Sobald sie ihre Abklärungen durchgeführt habe, werde sie die deutsche Unfallversicherung erneut informieren (Suva-act. 246)

B.g. In einer neurologischen Aktenbeurteilung vom 27. Januar 2021 kam PD Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Kompetenzzentrum Suva, zum Schluss, dass aktuell weder eine Verschlimmerung noch eine Dekompensation des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Eine weitere ambulante Optimierung der medikamentösen Schmerzeinstellung im Sinne einer weiteren Stabilisierung des erreichten Heilzustandes nach Fallabschluss stehe in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall. Die Indikation für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt sei jedoch nicht gegeben, zumal die medikamentösen Anpassungen durch die Belastungen im Alltag überprüft werden sollten (Suva-act. 251). Folglich lehnte die Suva die Kostenübernahme für einen weiteren stationären Rehabilitationsaufenthalt mit Schreiben vom 29. Januar 2021 ab (vgl. Suva-act. 252 ff.).



C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 erhob der weiterhin durch Rechtsanwalt Wehrlin vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 1. Februar 2021 Beschwerde (act. G 1). Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Vornahme weiterer Abklärungen, namentlich zur Durchführung eines umfassenden, medizinischen Gutachtens, an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1 S. 2). Zusammen mit seiner Beschwerde reichte er einen Bericht von Dr. med. J.____, FMH médecine interne, von der Zentralen Ausgleichsstelle in K.____, vom 25. Januar 2019 ein, worin diese die Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ab dem 12. April 2018 auf 100 % und ab dem 11. Oktober 2018 auf 70 % geschätzt hatte (vgl. act. G 1.5).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 11. Dezember 2020 (act. G 5). Sie gab eine Beurteilung von Dr. J.____ vom 17. April 2020 zu den Akten, wonach in einer angepassten Tätigkeit ab dem 12. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und ab dem 30. Oktober 2019 noch eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (vgl. act. G 5.1).

C.c. In seiner Replik vom 30. August 2021 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest (act. G 11).

C.d. Mit Eingabe vom 21. September 2021 erneuerte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verzichtete auf die Erstattung einer umfassenden Duplik (act. G 13).

C.e. Mit Schreiben vom 27. September 2021 reichte Rechtsanwalt Wehrlin seine Honorarnote über Fr. 3'290.24 ein (act. G 15 und 15.1).

Erwägungen

1.

Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet einzig die Höhe der von der Beschwerdegegnerin aufgrund der Unfallfolgen zugesprochenen Invalidenrente.



Das Vorliegen des medizinischen Endzustandes und die zugesprochene Integritätsentschädigung sind unbestritten geblieben (vgl. act. G 1).

2.

Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 und 115 V 134 E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1).



3.

3.1. Die Beschwerdegegnerin hat sich für die Festlegung der Höhe der Invalidenrente in medizinischer Hinsicht auf die neurologische Beurteilung des versicherungsinternen Arztes Dr. G.____ gestützt, wonach in leidensangepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vorliege (ganztägliches Pensum mit vermindertem Rendement). Sie betont, dass auch Dr. G.____ von einer verminderten Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht ausgehe und lediglich eine effektive Leistungsfähigkeit von 5.2 Stunden täglich (aber auf den ganzen Tag verteilt) attestiere. Das 60%ige Rendement sei aufgrund der notwendigen Pausen (Liegen nach zwei Stunden als Dekubitusprophylaxe, Selbstkatheterismus) angezeigt (act. G 5 S. 3). Dr. H.____ mache in seinem Bericht geltend, dass eine Arbeitsfähigkeit für fünf Stunden unrealistisch sei. Es sei nochmals klar hervorzuheben, dass Dr. G.____ keine Erwerbsfähigkeit für fünf Stunden bescheinigt habe, sondern eine solche von fünf Stunden verteilt über den ganzen Tag. Die Einschätzung von Dr. G.____ werde auch von Dr. J.____ in ihrem Bericht vom 17. April 2020 geteilt. Dem zeitlichen Mehraufwand für die Blasenentleerung habe Dr. G.____ Rechnung getragen. Die weiteren vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen, wie dass er beispielsweise erst eine halbe bis eine Stunde nach der Einnahme von Schmerzmitteln aufstehen könne, seien erstmals mit der Einsprachebegründung vom 15. September 2020 vorgebracht worden. Bezeichnenderweise sei diese morgendliche Einschränkung denn auch erstmals in den Berichten des Unfallkrankenhauses F.____ vom 27. Oktober und 12. Dezember 2020 erwähnt worden. In den früheren Berichten des Unfallkrankenhauses komme dieser Umstand nicht zur Sprache. Auch in den Berichten des Y.____s sei dieser Umstand nicht erwähnt worden. Anlässlich der Jahreskontrolle vom 13. Juli 2020 habe der Beschwerdeführer angegeben, es gehe ihm eigentlich ganz ordentlich. Die Schmerzen seien zwar ein grosses Problem, den Morgen hindurch gehe es jedoch ganz gut, gegen den Nachmittag würden die Schmerzen wieder sehr stark werden. Dem aktuellsten Bericht des Unfallkrankenhauses F.____ sei sodann zu entnehmen, dass die zusätzliche Medikation mit Duloxetin zu einer hinreichenden Verringerung der neuropathischen Schmerzen geführt habe (vgl. act. G 5 S. 4).

3.2. Demgegenüber ist der Beschwerdeführer der Ansicht, dass die neurologische Beurteilung von Dr. G.____ nicht einleuchte und nicht nachvollziehbar begründet sei. Es sei notorisch, dass Paraplegiker für die alltäglichen Lebensverrichtungen wesentlich mehr Zeit benötigen würden als gesunde Personen, was sich bei ihm unter anderem in der zugesprochenen Hilflosenentschädigung zeige. Er leide an neuropathischen Schmerzen, die ihn einschränkten. Aufgrund der starken Schmerzen könne er erst ca.



eine halbe bis eine Stunde nach der Einnahme von hochdosierten Schmerzmitteln aufstehen. Danach benötige er für die tägliche, manuelle Darmentleerung zwischen 20 Minuten und einer Stunde. Die anschliessende Körperpflege daure ca. 30 Minuten. Um sich anzuziehen, müsse er sich erneut ins Bett begeben, da er diese Verrichtung nur liegend vornehmen könne. Bereits sein morgendlicher Zeitaufwand für das Aufstehen, das Verrichten der Notdurft, die Körperpflege und das Anziehen mache deutlich, dass ihm eine ganztägige Arbeitstätigkeit nicht zuzumuten sei. Ein Arbeitsbeginn vor 9.30 Uhr oder 10.00 Uhr sei vollkommen unrealistisch. Aufgrund dieser Umstände sei eine ganztägige Arbeitstätigkeit, die bei Paraplegikern ohnehin eine Ausnahme darstelle, bei ihm nicht denkbar. Dr. G.____ habe nicht nachvollziehbar begründet, weshalb eine ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz zumutbar sein solle (vgl. act. G 1 S. 4 f.). Des Weiteren sei Dr. J.____ in ihrer Stellungnahme zuhanden der IV-Stelle vom 25. Januar 2019 noch von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausgegangen und habe insbesondere auf die Schmerzmedikation mit Opiaten hingewiesen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke (vgl. act. G 1 S. 6). In ihrer Beurteilung vom 17. April 2020 habe sie ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dann zwar derjenigen von Dr. G.____ angeglichen, wohl aber um auf denselben Invaliditätsgrad wie die Beschwerdegegnerin zu gelangen. Es lägen keine objektiven Gründe wie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor, mit der sich eine derartige Änderung ihrer Einschätzung erklären liesse. Bei ihrer eigenständigen Beurteilung sei Dr. J.____ zu einer Einschätzung gelangt, die stark von derjenigen von Dr. G.____ abweiche (vgl. act. G 11 S. 3). Schliesslich habe auch Dr. H.____ in seinem Bericht vom 22. Juni 2020 darauf hingewiesen, dass eine Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Tag unrealistisch sei (act. G 1 S. 6). Nachdem bereits bei geringen Zweifeln an einer versicherungsinternen Beurteilung nicht auf diese abgestellt werden dürfe, seien weitere Abklärungen angezeigt, zumal sich die Beschwerdegegnerin ohnehin nicht mit einer neurologischen Beurteilung hätte begnügen dürfen. Eine Querschnittlähmung betreffe verschiedene Fachgebiete. Ausserdem bestünden zunehmend Schulterbeschwerden. Für die Beurteilung seiner Erwerbsfähigkeit sei daher auch eine orthopädische Beurteilung zwingend erforderlich (act. G 11 S. 3 f.).

3.3. Aus dem Austrittsbericht des Y.____s vom 9. Oktober 2018 geht hervor, dass die neuropathischen Schmerzen bereits im Rahmen der Erstrehabilitation ein grosses Thema gewesen seien. So heisst es im Bericht, dass bei zunehmenden Schmerzen am 21. Juni 2018 eine Röntgenuntersuchung der LWS unter Funktion durchgeführt worden sei, wobei sich identische Stellungsverhältnisse und eine identische Materiallage gezeigt hätten. Anzeichen für eine segmentale Instabilität oder eine Materialverschiebung hätten nicht vorgelegen. Klinisch habe der Beschwerdeführer



den Schmerzpunkt paravertebral rechts mehr als links beklagt. Zusätzlich sei rechts ein Schwitzen beobachtet worden. Die Schmerzen seien einerseits als muskuloskelettal und andererseits als nozizeptiv interpretiert worden. Arcoxia 30 mg sei verordnet worden. Diese Medikation habe aber keine genügende Wirkung gezeigt, sodass eine Facettengelenksinfiltration durchgeführt worden und eine TENS-Therapie an der Übergangszone etabliert worden sei. Anlässlich einer Verlaufskontrolle betreffend Schmerzen vom 16. Juli 2018 sei eine MRT-Untersuchung der gesamten Wirbelsäule durchgeführt worden, wobei sich eine spindelförmige gliotische Myelopathie mit einer Ausdehnung hinter BWK6 und 7 gezeigt habe. Ausserdem habe man eine linksparamedian betonte Diskushernie LWK5/SWK1 mit Pelottierung des Rezessus S1 beidseits links etwas mehr als rechts mit einer möglichen Affektion der Wurzeln beidseits entdeckt. Auch sei eine Protrusion mit Anulus fibrosus Einriss LWK4/5 ohne komprimierenden Effekt sichtbar gewesen. Bei Abnahme der Wirkung der Infiltration sei die Schmerzmedikation angepasst worden. Die Opioid-Therapie mittels Targin sei auf 50 mg pro Tag erhöht worden. Die subjektiv beste und eine zufriedenstellende Wirkung habe Rivotril gezeigt, sodass der Beschwerdeführer in schmerzkompenziertem Zustand habe entlassen werden können (vgl. Suva-act. 59-8). Im Rahmen der ersten Nachkontrolle im Y.____ vom 23. Januar 2019 hat der Beschwerdeführer die Schmerzen im Übergangsbereich Th11, die schon während der Erstrehabilitation bestanden haben, erneut als Hauptproblematik genannt. Dennoch ist eine Reduktion des Targin in den Abendstunden bei Beibehalten von Pregabalin 600 mg besprochen worden (vgl. Suva-act. 117). Anlässlich einer Verlaufskontrolle im Unfallkrankenhaus F.____ vom 25. Februar 2019 hat der Beschwerdeführer einen gürtelförmigen, stechenden und brennenden Schmerz vorrangig in den Morgenstunden beschrieben (vgl. Suva-act. 122-3). Im Bericht zur Kontrolle im Y.____ vom 15. Mai 2019 ist festgehalten worden, dass die Reduktion von Targin leider zu einer Zunahme der Schmerzen geführt habe, weshalb der Beschwerdeführer weiterhin morgens 20 mg und abends 30 mg eingenommen habe. Das Pregabalin solle ebenfalls weiterhin in der Dosis von 600 mg täglich eingenommen werden. Im Rahmen der letzten Kontrolle sei noch eine lokale Schmerzbehandlung mit einem Gel empfohlen worden, die eine gute Wirkung gezeigt habe (Suva-act. 135). Anlässlich einer Konsultation im Unfallkrankenhaus F.____ vom 13. September 2019 hat der Beschwerdeführer berichtet, dass er unter der Medikation mit Novamin 3 x 500 mg, Targin 2 x 20/10 und Targin 1 x 10/5 am Abend sowie Pregabalin 3 x 300 mg die Schmerzen VAS 3 reduzieren könne, während der Schmerz vor der Tabletteneinnahme mit VAS 6-7 eingestuft werde (Suva-act. 162). Es ist gerichtsnotorisch, dass zwischen der Einnahme und dem Eintritt der Wirkung einer Medikation eine gewisse Zeitspanne liegt. Folglich ist es nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer, der glaubhaft auf die schmerzlindernde Wirkung der Medikation



angewiesen ist, morgens mehr Zeit als gesunde Personen benötigt, um aufstehen zu können (vgl. act. G 1 S. 4). Dies passt auch zu den Angaben im Bericht des Unfallkrankenhauses vom 26. Februar 2019, wonach die Schmerzen besonders morgens schlimm seien (vgl. Suva-act. 122-3). Die morgendlichen Schmerzprobleme sind also entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. dazu act. G 5 S. 4) nicht erstmals in den Berichten des Unfallkrankenhauses F.____ vom Herbst bzw. Winter 2020 (Suva-act. 237-4 f. und 244-2 f.) dokumentiert worden. Zwar hat der Beschwerdeführer anlässlich einer Kontrolle im Y.____ vom 13. Juli 2020 angegeben, die Schmerzen seien mit den Medikamenten relativ gut unterdrückbar, jedoch würden sie gegen den Nachmittag stark zunehmen (vgl. Suva-act. 231). Eine gewisse Schmerzbelastung am Morgen bis zum Eintritt der Wirksamkeit der Medikamente schliesst eine Schmerzzunahme am Nachmittag aber nicht aus (vgl. dazu auch die Erklärung des Beschwerdeführers in der Replik; act. G 11 S. 3). Dr. G.____ scheint in seiner Aktenbeurteilung vom 30. Oktober 2019 die neuropathischen Schmerzen zwar bedacht zu haben. Auch hat er die Medikation, die der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt eingenommen hat, detailliert aufgeführt. Gleichwohl hat Dr. G.____ nicht überzeugend erklärt, inwiefern er die Schmerzen bei der Festlegung der zeitlichen Belastbarkeit des Beschwerdeführers berücksichtigt hat. Die Einschränkung des Rendements hat er in erster Linie mit dem Selbstkatheterismus sowie einer Dekubitusprophylaxe, die vermehrte Pausen erfordern würden, erklärt. Weshalb die Schmerzen zu keiner Verlangsamung bei der Arbeit führen oder keine zusätzliche Pausen erfordern, geht aus der Aktenbeurteilung nicht schlüssig hervor (vgl. Suva-act. 166). Auch ist dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen (vgl. act. G 1 S. 6), dass sich Dr. G.____ mit allfälligen Nebenwirkungen der Medikamente in seiner Aktenbeurteilung nicht fundiert auseinandergesetzt hat (vgl. Suva-act. 166). Immerhin hat der Beschwerdeführer laut Bericht des Y.____s vom 27. Juli 2020 damals eine bereits derart ausgedehnte Medikation eingenommen, dass man von einer Steigerung derselben hat absehen wollen (vgl. Suva-act. 231).

3.4. Aus der Aktenbeurteilung von Dr. G.____ geht auch nicht schlüssig hervor, weshalb es dem Beschwerdeführer trotz der zusätzlichen Belastungen im Alltag und der Hilfestellungen, auf die er angewiesen ist, möglich sein soll, den ganzen Tag bei der Arbeit anwesend zu sein. Zwar werden dem Beschwerdeführer von Dr. G.____ Pausen zum Liegen und für den Selbstkatheterismus zugestanden, jedoch scheint Dr. G.____ von einer ganztägigen Anwesenheit am bzw. um den Arbeitsplatz auszugehen (vgl. Suva-act. 166). Die Ausführungen des Beschwerdeführers zum erhöhten Zeitaufwand in den Morgenstunden (vgl. dazu namentlich act. G 1 S. 4 f.) mögen zwar nicht absolut konsistent sein (vgl. dazu den Bericht von Dr. E.____ vom 26. Februar 2019, worin die



Defäkationszeit mit 10-20 Minuten angegeben worden ist; Suva-act. 122-3), lassen aber zumindest gewisse Zweifel daran aufkommen, ob ihm die von Dr. G.____ zugemutete ganztägige Präsenz am oder um den Arbeitsplatz möglich ist, zumal er namentlich aufgrund der Transfers zwischen Rollstuhl und Auto auch für den Arbeitsweg länger als andere Arbeitnehmende brauchen wird. Bei einer reduzierten Anwesenheit ist auch die attestierte Leistungsfähigkeit von 5.2 Stunden pro Tag in Frage gestellt. Dies gilt umso mehr, da auch Dr. H.____ eine Arbeitsfähigkeit für fünf Stunden aufgrund der posttraumatischen Paraplegie und der vegetativen Beteiligung mit Mastdarm- und Blasenentleerungsstörungen als unrealistisch eingestuft hat (Suva-act. 237-3). Dr. J.____ scheint in ihrer Beurteilung vom 17. April 2020 die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.____ relativ unkritisch übernommen zu haben (vgl. act. G 5.1), während sie in ihrer Beurteilung vom 25. Januar 2019 noch von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist (vgl. act. G 1.5). Inwiefern sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers zwischen Januar 2019 und April 2020 derart verbessert haben sollte, kann aufgrund der Aktenlage nicht schlüssig nachvollzogen werden.

3.5. Schliesslich ist im vorliegenden Fall, in dem es neben den neurologischen Einschränkungen auch eine komplexe Schmerzproblematik sowie orthopädische Leiden zu beurteilen gilt, eine polydisziplinäre Betrachtungsweise angezeigt. Eine rein neurologische Beurteilung erscheint nicht als ausreichend.

3.6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zumindest gewisse Zweifel an der Richtigkeit der von Dr. G.____ vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsschätzung bestehen. Folglich kann die Beurteilung von Dr. G.____ nicht als alleinige Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs dienen. Die übrige medizinische Aktenlage lässt ebenfalls keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs zu. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nach dem Gesagten in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) ergangen, weshalb er als rechtswidrig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung, namentlich zur Einholung einer externen, polydisziplinären Expertise, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

4.

4.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.



4.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

4.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 235 E. 6.2). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf die eingereichte Kostennote (vgl. act. G 15.1) sowie unter Berücksichtigung des seitens des Beschwerdeführers getätigten, gerechtfertigten Aufwandes, eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

- 1.** In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
- 2.** Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
- 3.** Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'300.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.