



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

URTEIL vom 13. Juli 2023
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
vertreten durch RA B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Baloise Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
vertreten durch RA C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2020 167

A. Der 1941 geborene A. _____ (nachfolgend auch Versicherter) war bei der Baloise Versicherung AG (nachfolgend auch Baloise) als selbstständiger Arzt (seit 1. Januar 2012) freiwillig unfallversichert (BG-act. 2), als er am 27. Juni 2017 velofahrend mit einem Sperrpfosten kollidierte und sich dabei verletzte (Baloise-act. 2/1). In der Schadenmeldung UVG vom 3. Juli 2016 [recte: 2017] gab er unter "Verletzung" als betroffene Körperteile den Kopf, die rechte Hand sowie das linke Bein und als Art der Schädigung eine Prellung/Schürfung, eine Rissquetschwunde an der linken Wade sowie eine Fraktur des rechten Vorderarmes an (Baloise-act. 2/1). Das vom selben Tag datierende Arztzeugnis UVG füllte der Versicherte selber aus; darin gab er bei den Befunden "Benommenheit, starke Nackenschmerzen/Schmerzen Handgelenk rechts, Schürf- und Prellwunden Gesicht, Nase, Ellbogen links sowie Rissquetschwunde Kniekehle links" die Diagnosen einer Kopfkontusion, eines Reklinations-Traumas HWS sowie einer intraartikulären Radiusfraktur rechts an (Baloise-act. 3/14). Die Baloise erbrachte darauf verschiedene Leistungen. Im September 2019 liess sie den Versicherten rheumatologisch begutachten (Gutachten vom 4. November 2019; Baloise-act. 4/1).

Mit Leistungsentscheid vom 22. Januar resp. 5. Februar 2020 stellte die Baloise die Versicherungsleistungen – namentlich Taggeldzahlungen – per 16. Oktober 2019 ein (Baloise-act. 5/36, 5/44). Die dagegen erhobene Einsprache vom 10. Februar 2020 hiess die Baloise mit Einspracheentscheid vom 12. November 2020 insofern teilweise gut, als sie dem Versicherten zusätzliche Taggelder in Höhe von insgesamt Fr. 11'185.80 zusprach (Baloise-act. 5/47, 5/58).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 15. Dezember 2020 (Datum Poststempel; act. 1) liess der Beschwerdeführer folgende Rechtsbegehren stellen:

- "1. Es sei der Einsprache-Entscheid der Basler Versicherung AG vom 12.11.2020 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
2. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

C. Mit Vernehmlassung vom 17. Februar 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 4).

D. In der Replik vom 19. April 2021 (act. 7) liess der Versicherte folgende Rechtsbehörden stellen:

- "1. Es sei der Einspracheentscheid vom 12.11.2020 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.
2. Eventuell sei der Einspracheentscheid vom 12.11.2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Versicherungsleistungen gemäss nachfolgenden Ausführungen zu gewähren.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

In prozessualer Hinsicht liess er die Durchführung einer mündlichen Verhandlung beantragen.

E. Mit Duplik vom 27. Mai 2021 liess die Beschwerdegegnerin erneut die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde beantragen (act. 10).

F. Am 31. Mai 2023 fand eine öffentliche Verhandlung statt, wobei die Parteien dem Gericht ihre Standpunkte mündlich vortrugen (act. 20). Dazu liess die Beschwerdegegnerin mitteilen, dass sie per 10. Oktober 2022 (SHAB-Publikationsdatum) unter Baloise Versicherung AG firmiere (BG-act. 3).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (vorliegend 12. November 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Artikel 83 ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 (1. Januar 2021) beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 15. Dezember 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in D._____. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 12. November 2020. Dieser ging dem Vertreter des Beschwerdeführers am 17. November 2020 zu. Die Beschwerdeschrift wurde am 15. Dezember 2020 der Post übergeben und ging am 18. Dezember 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die Beschwerde als rechtzeitig i.S.v. Art. 60 Abs. 1 ATSG eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und der Beschwerdeführer ist als von der Verfügung des Unfallversicherers direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Erleidet ein Versicherter einen Nichtberufsunfall, so hat er nach Art. 6 Abs. 1 UVG grundsätzlich Anspruch auf Versicherungsleistungen, namentlich Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10 ff. UVG) sowie Geldleistungen (Art. 15 ff. UVG). Als Nichtberufsunfälle gelten alle Unfälle (Art. 4 ATSG), die nicht zu den Berufsunfällen zählen (Art. 8 Abs. 1 UVG). In der Schweiz wohnhafte Selbständigerwerbende können sich freiwillig versichern. Die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung gelten sinngemäss für die freiwillige Versicherung (Art. 4 f. UVG).

Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG; siehe sogleich), so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. (Art. 6 ATSG). Der Grad der Arbeitsunfähigkeit bemisst sich aufgrund des vor dem Unfall zuletzt ausgeübten Pensums (Kaspar Gehring, in: Kommentar KVG/UVG, 2018, Art. 16 UVG N 4). Der Taggeldanspruch entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten (Art. 16 Abs. 2 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von weiteren Heilbehandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann; ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (in einer zumutbaren Verweistätigkeit [BGer 8C_142/2017 vom 7. September 2017 E. 5.2.1]), soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

3.2

3.2.1 Erste Voraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist das Vorliegen eines Unfalls resp. einer unfallähnlichen Körperschädigung. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (etwa: BGE 142 V 435 E. 1).

Die natürliche Kausalität ist zu bejahen, wenn ohne den Unfall der Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten ge-

dacht werden kann, auch wenn der Unfall nicht die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht (etwa: BGE 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallen ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (BGer 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Medizinische Erfahrungssätze können, zumindest soweit sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen, im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (BGer 8C_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.1). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (vgl. BGer 8C_102/2008 vom 26. September 2008 E. 2.2).

Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGer 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E. 2.2.1).

3.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers

erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 139 V 176 E. 5.3) nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (BGer 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 mit Hinweisen).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von

Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (BGer 8C_812/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 8.2) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (siehe zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Schliesslich kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGer 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.5).

3.5 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. 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. Das Gericht hat seinen Entscheid grundsätzlich nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, dass es sich auch anders verhalten könnte, schliesst die überwiegende Wahrscheinlichkeit zwar nicht aus, darf aber für die betreffende Tatsache

weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen (BGE 130 III 325 E. 3.3).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218, a.a.O.).

3.6 Es ist Aufgabe des Sozialversicherers, im Verwaltungsverfahren in Anwendung von Art. 43 ATSG die notwendigen Abklärungen – nicht zuletzt das Einholen ärztlicher Berichte – von Amtes wegen vorzunehmen. Dies tut der Sozialversicherer in amtlicher bzw. hoheitlicher Funktion, ist er im Verwaltungsverfahren doch verfahrensleitende und auch entscheidende Verwaltungsstelle, nicht aber Partei (vgl. Ueli Kieser, Kommentar ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 34 N 16). Als Ergänzung von Art. 43 Abs. 1 ATSG kommt Art. 44 ATSG zum Tragen. Ein Gutachten ist einzuholen, wenn der nach Art. 43 Abs. 2 ATSG zu erhebende Sachverhalt durch den Sozialversicherungsträger als nicht genügend abgeklärt beurteilt wird. Diesfalls hat er der Partei den Namen des unabhängigen Sachverständigen bekanntzugeben, wobei diese den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen kann. Der unabhängige Sachverständige hat die medizinischen resp. tatsächlichen Grundlagen zu liefern, damit der Rechtsanwender gestützt darauf die Rechtsanwendung vornehmen kann (Massimo Aliotta, in: Basler Kommentar ATSG, 2020, Art. 44 N 3). Die Anordnung einer Begutachtung nach Art. 44 ATSG erfolgt im Allgemeinen formlos mit einer Mitteilung. Das Bundesgericht hat es für erforderlich erklärt, der versicherten Person vor Anhandnahme der Begutachtung den Fragenkatalog zu unterbreiten, ihr gleichzeitig das rechtliche Gehör zu gewähren und Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen. Bei Uneinigkeit ist die Begutachtung durch eine anfechtbare Zwischenverfügung anzuordnen. Dem Normzweck entsprechend hat die Bekanntgabe des Namens der sachverständigen Person vorgängig zu erfolgen (Peter Forster, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, 2021, Art. 44 Rz. 10 und 15).

4. Dass es sich beim Ereignis vom 27. Juni 2017 um einen Unfall im Sinne des Gesetzes gehandelt und sich der Beschwerdeführer im Zuge dessen (taggeldleistungsauslösend) an der Hand verletzt hat, ist unstrittig. Strittig ist hingegen namentlich die Kausalität zwischen dem Unfall und den Rücken- und Hüftbeschwerden. Weiter sind sich die Parteien darüber uneinig, für welchen Zeitraum sowie basierend auf welchem versicherten Verdienst Taggelder geschuldet sind.

Hinsichtlich der medizinischen Vorgeschichte kann grundsätzlich auf das Gutachten vom 4. November 2019 verwiesen werden (Baloise-act. 4/1 S. 7 ff.).

4.1

4.1.1 Der Gutachter Dr. med. E. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, führte aus, dass sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang nur der Befunde der rechten Hand zum Unfall vom 27. Juni 2017 begründen lasse. Die Rückenproblematik stehe höchstens möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis. So fehle nur schon ein plausibler zeitlicher Zusammenhang. Die dokumentierten strukturellen Wirbelsäulenveränderungen seien degenerativer Art bei Kyphoskoliose und Blockwirbelbildung (Synostose) LWK 2/3. Die linksseitige Hüftproblematik sei so vorbestehend und stehe in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis (Baloise-act. 4/1 S. 65). Gestützt darauf vertritt die Baloise den Standpunkt, lediglich die Handgelenkbeschwerden rechts seien auf den Unfall vom 27. Juni 2017 zurückzuführen (BF-act. 2 S. 3 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde dazu insbesondere geltend, es sei zwar zutreffend, dass er an einem schweren chronischen Schmerzsyndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule und den Beinen leide und insoweit ein erheblicher Vorzustand bestehe. Unzutreffend sei hingegen, dass die koinzident mit dem Unfallereignis vom 27. Juni 2017 aufgetretenen Rücken- und Hüftbeschwerden vollumfänglich vorbestehend seien. Der Unfallversicherer, welcher seine Leistungspflicht anerkenne, müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass die gesundheitlichen Beschwerden, welche bei der versicherten Person bestehen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohnehin aufgetreten wären, wenn eine einmal anerkannte Leistungspflicht eingestellt werden soll. Das Gutachten des Vertrauensarztes der Baloise stelle keine hinreichende Grundlage dar, um die Leistungspflicht zu verneinen bzw. einstellen zu können; die Stellungnahme von Dr. E. _____ stelle lediglich eine Parteibehauptung dar und die Beurteilung sei ohne Kenntnis der gesamten medizinischen Vorakten abgegeben worden. Der behandelnde

Facharzt, Dr. med. F. _____, welcher den Beschwerdeführer bereits seit Jahren begleite, habe in seinem Bericht vom 1. März 2018, wie im Einspracheentscheid anerkannt werde, sowohl eine natürliche als auch eine adäquate Kausalität zwischen den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rücken- und Hüftbeschwerden [und dem Ereignis vom 27. Juni 2017] bestätigt. Es sei mit den geltenden Beweisgrundsätzen nicht vereinbar, wenn die Baloise ausschliesslich auf die Meinung ihres Vertrauensarztes abstelle und sich nicht ernsthaft mit der Argumentation des behandelnden Facharztes auseinandersetze. Es seien deshalb die beim Beschwerdeführer vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die kausale Zuordnung zum Unfallereignis vom 27. Juni 2017 durch ein vom Gericht in Auftrag zu gebendes Gutachten festzustellen (act. 1 S. 4 Ziff. 9 ff.). In seiner Replik (und anlässlich der öffentlichen Verhandlung) rügt der Beschwerdeführer zudem formelle Fehler: Mangels einvernehmlicher Bestimmung von Dr. E. _____ als Gutachter seien dessen Feststellungen nicht für beide Parteien verbindlich. Die Beschwerdegegnerin habe ihm – damals noch nicht vertreten – mit Schreiben vom 24. Januar 2019 den Vorschlag unterbreitet, Dr. E. _____ als Gutachter zu bestimmen; darin sei explizit darauf hingewiesen worden, dass der vorgeschlagene Gutachter nur abgelehnt werden könne, wenn eine Befangenheit ausgewiesen sei. Da er den vorgeschlagenen Gutachter nicht gekannt habe, verstehe sich von selbst, dass er keinerlei Befangenheitsgründe habe vorbringen können und sich der Begutachtung habe unterziehen müssen. Es sei deshalb unzutreffend, wenn die Beschwerdegegnerin eine gemeinsame Begutachtung behaupte. Das Gutachten habe folglich keine erhöhte Beweiskraft (act. 7 S. 6 Ziff. 17). Zudem verfüge der Gutachter nicht über das entsprechende Fachwissen, um die bestehende komplexe Wirbelsäulenproblematik hinreichend beurteilen zu können. Es falle auf, dass der Gutachter ohne vertiefte Auseinandersetzung mit den anlässlich des Kopfaufpralls wirkenden Kräften aufgrund der Akten davon ausgehe, dass sämtliche Rückenbeschwerden ausschliesslich fortbestehend bzw. auf degenerative Veränderungen zurückzuführen seien. Immerhin halte der Gutachter selber fest, dass er als Folge des Unfalls schwer verletzt gewesen und trotz dieser schweren Verletzungen ein Arbeitspensum von 50 % möglich gewesen sei (act. 7 S. 6 Ziff. 18).

4.1.3 Vorab ist festzuhalten, dass es sich beim Gutachten nicht um ein Parteigutachten resp. das Gutachten des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin handelt, sondern um ein verwaltungsexternes Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Die diesbezüglich gegenteilige Behauptung des Beschwerdeführers ist nicht nachvollziehbar.

Sodann ist festzustellen, dass dem Gutachten im Hinblick auf die Kausalitätsfrage voller Beweiswert zukommt. Es ist umfassend, anhand der medizinischen Akten nachvollziehbar und einleuchtend. Doktor E. _____ hat namentlich überzeugend dargelegt, weshalb die Rückenproblematik mangels eines plausiblen zeitlichen Zusammenhangs höchstens möglicherweise und die Hüftproblematik in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 27. Juni 2017 steht (vgl. Baloise-act. 4/1 S. 61, 65 ff.). Der Beschwerdeführer vermag denn auch nichts Stichhaltiges vorzubringen, was gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens spricht. So ist insbesondere nicht ersichtlich, inwiefern das Gutachten in mangelnder Kenntnis der gesamten medizinischen Vorakten ergangen sein soll (der Gutachter hat denn auch das "umfangreiche Bildmaterial" durchgesehen [Baloise-act. 4/1 S. 58]). Bemerkenswert ist auch, dass keinerlei konkrete ärztliche Einwände gegen die gutachterliche Einschätzung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den Rücken- und Hüftbeschwerden aktenkundig sind. Auch der ärztlich ausgebildete Beschwerdeführer sah sich ursprünglich nicht veranlasst, die gutachterliche Einschätzung zu kritisieren: Am 6. November 2019 stellte die Baloise das Gutachten dem Beschwerdeführer zu und bat um eine allfällige Stellungnahme bzw. Ergänzungsfragen bis 29. November 2019. Mit E-Mail vom 9. Dezember 2019 teilte sie dem Beschwerdeführer mit, dass sie angesichts der unbenutzt verstrichenen Frist davon ausgehe, dass keine Bemerkungen zum Gutachten von Dr. E. _____ beständen. Mit E-Mail vom 11. Dezember 2019 ersuchte der Beschwerdeführer um eine Fristerstreckung für eine Antwort bis 15. Januar 2020 (Baloise-act. 5/22). Diese verstrich offenbar wiederum unbenutzt (Baloise-act. 5/36). Soweit der Beschwerdeführer sodann auf den Bericht von Dr. F. _____ vom 1. März 2018 (Baloise-act. 3/26) verweist, kann er auch daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Doktor F. _____ führte namentlich was folgt aus: "Der Patient stürzte heftig am 27. Juni 2017. Seither klagt er über Schmerzen im Bereiche der mittleren LWS und auch über Schmerzen in der Leiste rechts. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hat er sich bei diesem Sturz einen Ausriss der Schrauben im Wirbelkörper L3 zugezogen, d.h. die postoperativen Röntgenbilder zeigten bis zur aktuellen Aufnahme keine Anhaltspunkte für eine Lockerung dieser Schrauben und der Patient hatte bis zu diesem Sturz auch keinerlei Schmerzen beim Aufstehen resp. sich aufrichten aus der gebeugten Stellung [...]". Da diese Bejahung der Kausalität allein auf der Argumentation beruht, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, ist der Bericht zum Vornherein beweisrechtlich nicht zu verwerten. Sofern der Beschwerdeführer geltend macht, namentlich die Rückenbeschwerden seien schon bald nach dem Unfall aufgetreten bzw. aufgrund der Halswirbelverletzung etwas verspätet ("[...] erst mit einer Verzögerung von drei bis vier bis fünf Tagen [...] [act. 20 S. 21]) in den Vordergrund gerückt, so muss er sich entgegenhal-

ten lassen, dass weder der Unfallmeldung noch dem Arztbericht – beide sechs Tage nach dem Unfall erstellt – Hinweise auf Rückenbeschwerden zu entnehmen sind. Gänzlich unbegründet und aktenwidrigerweise (BF-act. 2 S. 4) erfolgt auch die Kritik, die Baloise habe sich nicht ernsthaft mit der Argumentation des behandelnden Facharztes auseinandergesetzt.

Auch die replicando eingebrachten Rügen zielen ins Leere: Mit Schreiben vom 24. Januar 2019 hat die Baloise dem Beschwerdeführer die Begutachtung gesetzes- und rechtsprechungskonform angekündigt (Baloise-act. 5/9). Zudem ging der Beschwerdeführer sehr wohl (und zu Recht) davon aus, dass er den vorgeschlagenen Gutachter nicht nur im Falle von Befangenheit hätte ablehnen können, führte er im Schreiben vom 31. Januar 2019 doch aus, er könne derzeit – vor Vorliegen der Spezialarztberichte – keine Stellung zum Gutachter-Vorschlag nehmen (Baloise-act. 5/10). Mit neuerlichem Schreiben vom 6. Juni 2019 mit dem Titel "Rechtliches Gehör für Begutachtung" ersuchte die Baloise den Beschwerdeführer sodann um Mitteilung bis 28. Juni 2019, ob er mit der Gutachterstelle einverstanden sei und ob er Zusatzfragen habe (Baloise-act. 5/17). Mit E-Mail vom 26. Juni 2019 mit dem Betreff "29/014869/17.7 A. _____ Gutachter-Vorschlag" gab der Beschwerdeführer an, dass er sich "betr. obgenannter Angelegenheit" mit der vorgeschlagenen Abklärung einverstanden erkläre, wobei sich aus dem Schreiben vom 31. Januar 2019 ergibt, dass ihm die Fachrichtung des Gutachters – der Beschwerdeführer erwähnte den Gutachter samt Facharztstitel – sehr wohl bewusst war (Baloise-act. 2/59, 5/10). Dementsprechend ist der Beschwerdeführer auch mit dem nachträglich geltend gemachten Einwand der (vermeintlich) fehlenden Qualifikation des Gutachters nicht zu hören, zumal nicht ersichtlich ist, weshalb der Rheumatologe Dr. E. _____ nicht in der Lage gewesen sein soll, die Rückenbeschwerden anhand der vorliegenden Akten kompetent zu beurteilen (vgl. BGer 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 4.1 mit Hinweis). Im Übrigen ist für den Rechtsanwender ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Gutachter auch eine Teilkausalität des Unfalls für die Rückenprobleme nicht resp. höchstens möglicherweise als gegeben erachtete, ansonsten er sich dahingehend geäußert hätte.

Hinsichtlich der sinngemäss geltend gemachten (impliziten) Anerkennung des Kausalzusammenhangs des Unfalls auch zu den Rücken- und Hüftbeschwerden durch die Beschwerdegegnerin ist der Beschwerdeführer schliesslich darauf hinzuweisen, dass der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Versicherungsleistungen – hier: Heilbehandlungs- und Abklärungskosten (z.B. Baloise-act. 10/7, 10/11, 10/41) – ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die zukünftige Leistungseinstellung vor-

nehmen kann, solange er die bisher ausgerichteten Leistungen stehen lässt (BGE 130 V 380 E. 2.3.1).

Da der Sachverhalt hinsichtlich Kausalität genügend abgeklärt ist, bedarf es entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers weder einer gerichtlichen Einholung eines entsprechenden Gutachtens noch einer Befragung von Dres. F. _____ und G. _____ (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass sich die Baloise ohne Weiteres auf die Angaben von Dr. E. _____ stützen durfte und eine Leistungspflicht insbesondere mit Bezug auf die Rückenproblematik zu Recht verneint hat. Diesbezüglich ist die Beschwerde abzuweisen.

In der Folge ist zu prüfen, ob die Baloise ihre Leistungen angesichts der unfallkausalen Beschwerden an der Hand gesetzeskonform erbracht resp. zu Recht per 16. Oktober 2019 eingestellt hat.

4.2

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Duplik aus, der Beschwerdeführer mache neu geltend, es sei ihm durchgehend, insbesondere auch im Jahr 2018 ein Taggeld basierend auf der mittels gerichtlichem Gutachten noch festzustellenden Arbeitsfähigkeit auszurichten. Die Einsprache des Beschwerdeführers vom 10. Februar 2020 gegen den Leistungsentscheid vom 5. Februar 2020 sei nur gegen die Leistungseinstellung im Rahmen des Fallabschlusses und gegen die Höhe des für die Berechnung des Taggeldes massgebenden versicherten Verdienstes erfolgt. Keine Einwände habe der Beschwerdeführer hingegen gegen die der Taggeldberechnung zugrunde gelegten Arbeitsunfähigkeiten erhoben. Die Arbeitsunfähigkeiten seien somit nicht Gegenstand des Einspracheverfahrens gewesen und würden im vorliegenden Verfahren auch nicht geltend gemacht werden können (act. 10 S. 9 f.).

Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Die Baloise hat im Leistungsentscheid vom 5. Februar 2020 ausgehend vom Gutachten resp. der im Nachgang zu den Handoperationen im März und August 2019 von Dr. G. _____ attestierten Arbeitsunfähigkeit eine (sogleich zu verrechnende) Taggeldnachzahlung verfügt; eine Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2018 [aufgrund der Handverletzung] wurde dabei mit Verweis auf die Aussage von Dr. E. _____, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2018 ausschliesslich aufgrund

des krankhaften lumbalen Rückenleidens arbeitsunfähig gewesen sei, verneint (Baloise-act. 5/44). Insoweit hat die Baloise (auch) über einen Taggeldanspruch (resp. dessen Nichtbestehen) im Jahr 2018 verbindlich verfügt. Der Beschwerdeführer liess den Leistungsentscheid ganzheitlich anfechten (Baloise-act. 5/47). Dieser Streitpunkt kann im Beschwerdeverfahren deshalb ohne Weiteres überprüft und beurteilt werden (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

4.2.2 Dem Unfallschein UVG ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer selber vom 27. Juni 2017 bis 5. November 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Baloise-act. 6/8). Im Bericht vom 20. Dezember 2018 gab er mit Hinweis auf die Diagnosen "chronisch invalidisierende Schmerzen VAS 7–10 Handgelenk/Mittelhand rechts ulnar, chronisch invalidisierende Schmerzen lumbal rechts, Gesäss rechts und Leiste/ Oberschenkel rechts VAS 7–10 bei persistierender schwerster Metallose mit Chrom und Kobalt", an, die 50 % Arbeitsleistung könne nur unter Maximaldosen NSAR, Paracetamol, Novalgin Reserve und Protonenblocker erbracht werden (Baloise-act. 2/13). In einem Zwischenbericht an Dr. F. _____ vom 11. Februar 2019 führte der Beschwerdeführer aus, es würden seit Frühjahr 2018 crescendoartig ansteigende, mittlerweile kaum mehr auszuhaltende Handgelenk rechts- und Kreuz-Dauerschmerzen VAS 7 bis 8 trotz Höchstdosis an Schmerzmedikamenten bestehen. Die sehr häufig einschliessenden VAS 10 Episoden im Handgelenk rechts und im Kreuzbereich, verbunden mit seit zwei Monaten massiven Nachtschmerzen, liessen ihn kaum mehr die technisch sichere 50 % Arbeitsleistung in der Praxis bringen (Baloise-act. 2/20).

Der Handchirurg, Dr. med. Dr. sc. nat. G. _____, attestierte dem Versicherten im Nachgang zur Operation vom 11. März 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit ab Operationstermin bis 23. April 2019 (Baloise-act. 3/46) und eine 75%ige vom 3. Mai bis 14. Juni 2019 (Baloise-act. 3/55 resp. 6/5). Nach der Operation vom 19. August 2019 bescheinigte Dr. G. _____ eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 19. bis 25. August 2019, eine 85%ige vom 26. August bis 3. September 2019, eine 75%ige vom 4. bis 17. September 2019, eine 50%ige vom 18. September bis 1. Oktober 2019 und eine 25%ige vom 3. bis 16. Oktober 2019 (Baloise-act. 3/63, 3/64 sowie 6/10). Dem Unfallschein UVG sind ferner drei Eintragungen von Dr. G. _____ zu entnehmen, wobei die erste, datierend vom 23. Januar 2019, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 27. Juni 2017 ausweist (Baloise-act. 6/8). Im Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 2. Mai 2019, in dem Dr. G. _____ ausführte, der Beschwerdeführer sei seit 23. Januar 2019 bei ihm in Behandlung, fasste er die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 27. Juni 2017 wie folgt zusammen: 50 %

vom 27. Juni 2017 bis 10. März 2019; 100 % vom 11. bis 24. März 2019; 75 % vom 25. März bis 2. Mai 2019 (Baloise-act. 6/6).

Doktor E. _____ führte im Gutachten aus, als Folge des Unfalls sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor allem durch die Handverletzung rechts eingeschränkt gewesen. Auch die Diagnosen Kontusion des Kopfes und Reklinations-Trauma der HWS hätten es erlaubt, dass er schon unmittelbar nach dem Unfall wieder ein Arbeitspensum von 50 % habe realisieren können. Ob dem Versicherten aufgrund der Handverletzung im Verlauf ein grösseres Pensum möglich gewesen wäre, sei aufgrund der lückenhaften Akten, da sich der Versicherte ja selbst behandelt habe, schwierig zu beurteilen. Das MRT Handgelenk sei am 16. November 2017 wegen seit ca. acht Wochen (seit ca. Mitte September 2017) zunehmend ulnaren Handgelenksschmerzen veranlasst worden. Seien keine weiteren Abklärungen und keine spezifischen Massnahmen durchgeführt worden, müssten die Schmerzen wohl wieder abgeklungen sein, sodass sie die Arbeitsfähigkeit nicht mehr weiter hätten einschränken mögen. Wider besseres Wissen müsse er davon ausgehen, dass im ganzen Jahr 2018 aufgrund der rechten Hand eine grössere, wenn nicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. In dieser Zeit sei der Versicherte ausschliesslich wegen seines Rückenleidens in Behandlung gestanden, über die er jedoch nicht dokumentiert werde. Es sei daher davon auszugehen, dass die Krankschreibung 2018 ausschliesslich aufgrund des krankhaften lumbalen Rückenleidens erfolgt sei (Baloise-act. 4 S. 67 f.).

4.2.3 Die Baloise zahlte dem Beschwerdeführer aufgrund der Stellungnahme von Dr. H. _____ vom 16. Januar 2019 (Baloise-act. 3/39) für den Zeitraum vom 30. Juni bis 27. Dezember 2017 basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % Taggelder aus (Baloise-act. 6/3). Anhand der von Dr. G. _____ im Zusammenhang mit den Operationen vom März und August 2019 ausgestellten (und von Dr. E. _____ als nachvollziehbar bezeichneten) Arbeitsunfähigkeitszeugnisse sprach die Baloise dem Beschwerdeführer sodann weitere Taggelder gut (Baloise-act. 6/12 und BF-act. 2 [Einspracheentscheid]). Vernehmlassend verneint die Baloise mit Verweis auf das Gutachten (implizit) eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Handverletzung für die Zeit dazwischen (act. 4 S. 14 f.).

4.2.4

4.2.4.1 Unbestritten sind die auf Anraten von Dr. H. _____ auf Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgerichteten Taggelder vom 30. Juni (Art. 16 Abs. 2 UVG) bis 27. Dezember 2017.

4.2.4.2 Streitig ist namentlich ein Taggeldanspruch im Jahr 2018 resp. bis zur Handoperation im März 2019.

Die durch den Beschwerdeführer selber attestierten Arbeitsunfähigkeiten sind als Parteiaussagen zu würdigen. Nur schon mangels genauer zeitlicher Angaben und präziser Differenzierung zwischen Handgelenks- und Kreuzschmerzen resp. deren (jeweiligen) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind diese beweisrechtlich jedoch nicht verwertbar. Soweit der Beschwerdeführer etwas aus den von Dr. G. _____ bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten seit dem 27. Juni 2017 (bis zum 11. März 2019) ableiten will, ist er darauf hinzuweisen, dass bei Fehlen einer "echtzeitlichen" ärztlichen Bestätigung eine Arbeitsunfähigkeit rückwirkend nur festgelegt werden kann, wenn Hinweise aus dem betreffenden Zeitraum überliefert sind, dass funktionale Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung "arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten" sind, dies etwa in Form eines nachträglich feststellbaren Leistungsabfalls oder einer Häufung von dokumentierten Arbeitsausfällen (Andreas Traub, in: Basler Kommentar ATSG, 2020, Art. 6 N 16).

In der Aktennotiz vom 24. Januar 2019 gab Dr. G. _____ unter Beurteilung und Procedure an, er glaube, dass die ulnarseitigen Handgelenksschmerzen inkl. Belastungsschmerzen von Dig. IV und V auf ein schweres posttraumatisches Ulnokarpalimpaktionssyndrom zurückzuführen seien, wie dies bereits auf dem MRI vom 16. November 2017 ersichtlich sei. Zusammenfassend stehe die Behandlung des Ulnokarpalimpaktionssyndroms im Vordergrund. Der Patient müsse als Priorität primär abklären, ob eine Revisionsoperation der Wirbelsäule durchgeführt werden müsse (Baloise-act. 3/41). Zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. G. _____ keine Angaben und die retrospektiven Arbeitsunfähigkeitszeugnisse enthalten bezeichnenderweise keinerlei Begründung. Vor diesem Hintergrund ist der Beweiswert der von Dr. G. _____ (rückwirkend) ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ebenfalls eingeschränkt.

Anhand der als Vermutung formulierten Angaben zur Arbeitsunfähigkeit ("Wider besseres Wissen [...]") ist ersichtlich, dass der Gutachter Dr. E. _____ keine Richtigkeit für seine Angaben betreffend die Auswirkungen der Handverletzung auf die Arbeitsfähigkeit beansprucht. So äusserst er sich mit Bezug auf das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit – die Beschwerdegegnerin formulierte die entsprechende Frage nota bene ausgesprochen offen (Baloise-act. 4/1 S. 67) – denn auch vage ("[...] eine grössere, wenn nicht volle Arbeitsfähigkeit [...]"). Ferner ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, wieso aufgrund der (aktenkundig) ausschliesslichen Behandlung des Rückens im Jahr 2018 auch die Krank-

schreibung ausschliesslich aufgrund des krankhaften lumbalen Rückenleidens erfolgt sein soll.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Sachverhalt bzgl. Dauer und Ausmass der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Handverletzung nach dem 27. Dezember 2017 bis zum 10. März 2019 ungenügend abgeklärt wurde. Diesbezüglich ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2.4.3 Die ab 10. März bis August 2019 den Taggeldzahlungen zugrunde gelegten Arbeitsunfähigkeiten werden nicht bestritten und geben aufgrund einer summarischen Prüfung der Akten auch zu keinen Bemerkungen Anlass.

4.2.5 Wie die Beschwerdegegnerin korrekt ausführt, liegt eine unfallbedingte, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Störung der Hand spätestens seit 16. Oktober 2019 nicht mehr vor. Der Aktennotiz von Dr. G. _____ vom 3. Oktober 2019 kann entnommen werden, dass sich nach der Operation vom 19. August 2019 ein erfreulicher Verlauf eingestellt hat; bis zum 16. Oktober 2019 wurde der Beschwerdeführer noch zu 25 % arbeitsunfähig geschrieben, "danach wieder voll arbeitsfähig" (Baloise-act. 3/64). Entsprechend ist der Taggeld-Anspruch des Beschwerdeführers nach Art. 16 Abs. 2 UVG per 16. Oktober 2019 erloschen, weshalb die Baloise die Taggeldzahlungen auf diesen Zeitpunkt hin zu Recht eingestellt hat. Bei dieser Sachlage erübrigt sich auch die Diskussion einer Integritätsentschädigung nach Art. 24 UVG.

4.3

4.3.1 Die Baloise stellte gestützt auf die Empfehlung Nr. 03/1997 zur Anwendung von UVG und UVV der ad-hoc-Kommission Schaden UVG vom 23. April 1997 (4. Revision vom 11. März 2020) für die Berechnung der Taggeldleistungen auf einen gekürzten Lohn ab. Sie führte aus, dieser sei in Absprache mit dem vom Beschwerdeführer bevollmächtigten Treuhänder auf Fr. 91'771.– p.a. festgelegt worden; da der neu festgelegte Lohn nicht bereits effektiv ausgerichtete Taggeldzahlungen erfasse, hätte sie (die Baloise) für die vor der Abrechnung vom 22. Februar 2020 bereits effektiv ausgerichteten Taggeldzahlungen (50 % für Zeitraum 30. Juni 2017 bis und mit 27. Dezember 2017) nicht auf die gekürzte Höhe der Taggeldleistungen abstellen dürfen. Daher stellte die Baloise fest, dass die in der Taggeldabrechnung vom 22. Februar 2020 für den genannten Zeitraum in Verrechnung gestellten Taggeldleistungen in Höhe von Fr. 11'185.80 (Fr. 162.40 ./ Fr. 100.60 x 181 Tage) nachzuzahlen sind (Baloise-act. 5/58 S. 9).

4.3.2 Der Beschwerdeführer liess ausführen, es sei zutreffend, dass er in den Jahren 2012–2016 unterdurchschnittlich verdient habe. Der Grund dafür liege indes darin, dass er als Folge der vorbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der sorgfaltswidrig vorgenommenen Hüftimplantation nicht mehr in dem Umfang erwerbstätig sein könne, wie er es gewesen wäre. Selbstverständlich habe die Beschwerdegegnerin nicht für die finanziellen Folgen der ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung aufzukommen. Sie habe aber in Betracht zu ziehen, dass sein Verdienst in den Jahren 2012–2016 deshalb unterdurchschnittlich gewesen sei, weil er als Folge der ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung nicht das Erwerbseinkommen habe erzielen können, welches er ohne die ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung erzielt hätte. Gemäss Art. 23 Abs. 1 UVV gelte als versicherter Verdienst der mutmassliche Lohn, wenn die versicherte Person wegen Unfall oder Krankheit nur einen verminderten Lohn beziehe. Deshalb sei es unbehelflich, wenn die Beschwerdegegnerin pauschal darauf verweise, dass sie vom Treuhänder des Beschwerdeführers die tatsächlichen Erwerbseinkünfte der Jahre 2012–2016 erhalten habe und gestützt darauf von einem versicherten Jahresverdienst von lediglich Fr. 91'771.– ausgehe. Die Beschwerdegegnerin hätte feststellen müssen, welches das Erwerbseinkommen gewesen wäre, das er erzielt hätte, wenn er nicht Opfer einer ärztlichen Fehlbehandlung geworden wäre. Da die gesetzliche Regelung im Geltungsbereich der obligatorischen Unfallversicherung zwingend gelte, habe sein Treuhänder, auch wenn er Bevollmächtigter gewesen sei und eingewilligt hätte, was bestritten werde, nicht in einen Vergleich einwilligen können, welcher von den zwingenden gesetzlichen Leistungsordnung abweiche. Die Diskrepanz müsse 30 % im Durchschnitt betragen und zudem während mindestens fünf Jahren andauert haben; Voraussetzung sei allerdings, dass die versicherte Person während der fünf Jahre nicht unfall- oder krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen sei; dies sei vorliegend nicht erfüllt (act. 1 S. 6 Rz. 19 ff.; act. 7 S. 8 Rz. 22 ff.).

4.3.3 Nach Art. 17 Abs. 1 UVG beträgt das Taggeld bei voller Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt. Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Taggelder der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn (Art. 15 Abs. 2 UVG). Bei freiwillig Unfallversicherten werden die Prämien und Geldleistungen im Rahmen von Artikel 22 Abs. 1 UVV nach dem versicherten Verdienst bemessen, der bei Vertragsabschluss vereinbart wird und jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres angepasst werden kann (Art. 138 UVV). Bei der Vereinbarung des versicherten Verdienstes soll allfälligen Einkommensschwankungen (der selbständigerwerbenden Person) in der Weise Rechnung getragen werden, dass ein den effektiven Einkommensverhältnissen möglichst entsprechender Betrag festgesetzt wird.

Längerdauernde massive Unterschiede zwischen dem vereinbarten versicherten Verdienst und den wirklichen Einkommensverhältnissen sollen zur Verhinderung eines grundsätzlich nicht zulässigen Versicherungsgewinns vermieden und die Vereinbarung nötigenfalls den konkreten Umständen angepasst werden. Zeigt sich im Leistungsfall ein derartiges Missverhältnis, kann der versicherte Verdienst zur Bemessung der Geldleistungen den konkreten Umständen angepasst werden, indem ein zu hoher vereinbarter Verdienst nach unten korrigiert wird (Vollenweider/Brunner, in: Basler Kommentar UVG, 2019, Art. 15 N 16; Murer/Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 4. Aufl. 2012, S. 26).

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in den fünf Jahren vor dem Unfall im Juni 2017, d.h. von 2012 bis 2016, (massiv) weniger als den vertraglich vereinbarten versicherten Verdienst erzielt hat (BG-act. 2). Die Korrektur des versicherten Verdienstes (nach unten) war daher angezeigt und erfolgte einvernehmlich (der Beschwerdeführer muss sich die Handlungen seines rechtsgültigen Vertreters anrechnen lassen [Baloise-act. 5/33 f.]). Dem Beschwerdeführer ist im Übrigen entgegenzuhalten, dass sozialversicherungsrechtliche Leistungsansprüche – und mithin auch der versicherte Verdienst als entsprechende Berechnungsgrundlage – bereits aus Art. 50 ATSG einer Vereinbarung zugänglich sind. Die Aufwertung des versicherten Verdienstes im Rahmen von Art. 23 Abs. 1 UVV kann schliesslich mit der Beschwerdegegnerin (act. 10 S. 10 f.) vorliegend nicht erfolgen, gibt der Beschwerdeführer doch in der Tat selber an, dass sich die Gründe, die zur Reduktion des Lohnes geführt haben, vor 2012 (Beginn des Versicherungsvertrages [BG-act. 2]) realisiert haben (vgl. auch Vollenweider/Brunner, a.a.O., Art. 15 N 30). Die Beschwerde ist in diesem Punkt ebenfalls abzuweisen.

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Unfall vom 27. Juni 2017 überwiegend wahrscheinlich in keinem (teil-)kausalen Zusammenhang zu den geltend gemachten Rücken- und Hüftbeschwerden des Beschwerdeführers steht. Hinsichtlich Taggelder für die Zeit vor dem 28. Dezember 2017 und nach dem 9. März 2019 erweist sich der Einspracheentscheid als rechtmässig. Nicht erstellt ist hingegen, wie sich die unfallkausalen Beeinträchtigungen an der rechten Hand vom 28. Dezember 2017 bis zum 9. März 2019 auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt haben und daraus folgend ein allfälliger Taggeldanspruch für diese Zeitperiode. Die Beschwerdegegnerin wird den Sachverhalt diesbezüglich weiter abzuklären und hernach allenfalls neu zu verfügen haben. Dies führt zu einer teilweisen Guttheissung der Beschwerde.

6. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Praxisgemäss wird die teilweise Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG zusteht; diese wird ermessensweise auf Fr. 500.– festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als die Sache zur weiteren Abklärung der Auswirkungen der Verletzung der rechten Hand auf die Arbeitsfähigkeit zwischen dem 28. Dezember 2017 und dem 9. März 2019 und zur allfälligen neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 500.– zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin (im Doppel) sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 13. Juli 2023

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am