



## **Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 10. Mai 2023 (725 22 145 / 109)**

---

### **Unfallversicherung**

**Zweifel an der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung bei einem Paraplegiker infolge abweichender Einschätzung der behandelnden Physiotherapeutinnen und der behandelnden Ärzteschaft.**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

\_\_\_\_\_ Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Michael Bütikofer, Rechtsanwalt, Zentralstrasse 47, Postfach 93, 2502 Biel/Bienne

gegen

**Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen

A.      Der 1960 geborene A.\_\_\_\_ hat sich im Februar 1981 bei einem Skiunfall am rechten Bein eine Schenkelhalsfraktur zugezogen. Bereits dazumal war er bei der Schweizerischen Unfallversicherung (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert gewesen. Aufgrund dieses Unfalls hat ihm die Suva mit Wirkung ab 1. März 1985 eine

Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50% und eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 20% zugesprochen. Im Jahr 1986 wurde dem Versicherten als Folge des erlittenen Skiunfalles sodann eine Hüft-Total-Endoprothese rechts implantiert, welche im Jahr 2011 ausgewechselt wurde.

B. Am 21. März 2019 hat der Versicherte beim Mountainbike-Fahren einen weiteren Unfall erlitten, bei dem er sich eine schwere Rückenmarksverletzung zugezogen hat, die zu einer sensorisch kompletten Paraplegie sub Th2 geführt hat. Bis zum 2. Mai 2019 war er auf der Intensivstation des Spitals B.\_\_\_\_ und anschliessend bis zum 10. Dezember 2019 im Zentrum C.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Zeitpunkt seines zweiten Unfalls war er in einem 50%-Pensum angestellt und in dieser Eigenschaft wiederum bei der Suva unfallversichert. Mit Verfügung vom 31. Januar 2020 hat die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 11. Dezember 2019 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades und mit einer weiteren Verfügung vom 5. Februar 2020 eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 70% zugesprochen. Mit Verfügung vom 28. Juli 2020 hat sie schliesslich den Rentenanspruch beurteilt und festgestellt, dass die Ansprüche aus den erlittenen Schädigungen zu vereinigen seien und unter Berücksichtigung der bereits zugesprochenen Rente eine Erwerbsunfähigkeit von 73% resultiere. Der versicherte Jahresverdienst betrage Fr. 71'924.—, so dass zur Rente der Invalidenversicherung (IV) Anspruch auf eine monatliche Komplementärrente der Unfallversicherung im Umfang von Fr. 3'164.30 bestehe. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 12. April 2022 im Wesentlichen mit der Begründung ab, dass dem Versicherten gemäss kreisärztlicher Einschätzung eine sitzende Tätigkeit im Umfang von mindestens 50% bei einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 20% zumutbar sei. Bei Gewährung des maximal möglichen Leidensabzugs von 25% resultiere ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 20'698.—. Bei einem jährlichen Valideneinkommen von Fr. 75'258.— ergebe sich somit ein für die Unfallversicherung massgebender IV-Grad von 73%.

C. Gegen diesen Entscheid hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Michael Bütikofer, am 24. Mai 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhoben und beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei insoweit aufzuheben, als dem Beschwerdeführer damit kein 73% übersteigender IV-Grad attestiert und keine Fr. 3'500.30 pro Monat übersteigende Invalidenrente zugesprochen werde, und es sei die Suva zu verurteilen, bei einem IV-Grad von 100% die ihm zustehende Komplementärrente rückwirkend ab 1. Juli 2021 auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung liess er im Wesentlichen geltend machen, die Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes Dr. D.\_\_\_\_, FMH Neurologie, wonach der Versicherte in einer sitzenden Tätigkeit noch 50% arbeitsfähig sei, würde die unfallbedingten Lebensumstände verkennen. Der Beschwerdeführer verfüge über keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr. Auf die Beurteilung des Kreisarztes könne nicht abgestellt werden, da an ihr als Parteigutachten und reiner Aktenbeurteilung mehr als nur geringe Zweifel anzubringen seien. Der Beschwerdeführer leide aufgrund seiner Paraplegie an einer Rumpfinstabilität. Er müsse sich daher, um nicht gegen vorne zu kippen, im Rollstuhl konstant mit einer Hand abstützen, so dass er

funktionell einhändig sei. Ausserdem leide er in beiden Armen unter Schmerzen und Missempfindungen. An eine sitzende Sortiertätigkeit, wie sie der Kreisarzt vorgeschlagen habe, sei daher nicht zu denken. Ausserdem leide er an einer autonomen Dysregulation mit Herz-Kreislauf-, Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen. Er müsse sich daher mehrmals täglich katheterisieren und den Blutdruck messen, wofür ein Rendement von 20% nicht ausreiche. Einschränkend seien ferner seine persistierende Stuhlinkontinenz, der regelmässig auftretende Schwindel mit unscharfem Sehen, seine neuropathischen Schmerzen, respiratorische Schwierigkeiten, ein rezidivierender Dekubitus sowie eine unkontrollierbare Spastik in Bauch und Beinen. Alle diese medizinischen Tatsachen würden belegen, dass dem heute 61-jährigen Versicherten auf dem ersten Arbeitsmarkt keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr zugemutet werden könne. Zu diesem Ergebnis sei auch die IV-Stelle gekommen, welche ihm mit Wirkung ab 1. Juli 2019 eine ganze IV-Rente zugesprochen und festgestellt habe, dass infolge einer ausschliesslich unfallbedingten vollen Arbeitsunfähigkeit kein relevantes Erwerbseinkommen mehr zumutbar sei. Eventualiter sei die Sache an die Suva zurückzuweisen, um ein unabhängiges medizinisches Gutachten einzuholen.

D. Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2022 schloss die Suva gestützt auf eine neuerliche kreisärztliche Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Am 12. Juli 2022 zog das Kantonsgericht die in der Sache ergangenen Akten der Invalidenversicherung (IV) bei.

F. Mit Replik vom 31. August 2022 reichte der Beschwerdeführer zwei Physiotherapie-Berichte sowie vier Berichte seiner behandelnden Ärzte ein und hielt gestützt darauf an seinen Rechtsbegehren und den bereits dargelegten Einwänden fest. Die Suva ihrerseits hat mit Duplik vom 30. September 2022 an ihren Begehren und Argumenten unter Verweis auf eine nochmalige Stellungnahme ihres Kreisarztes vom 22. September 2022 festgehalten.

G. Anlässlich der Urteilsberatung vom 10. März 2023 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, den Entscheid auszustellen und dem Beschwerdeführer vorab Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Zur Begründung hielt es fest, dass sich insgesamt kein hinreichend nachvollziehbares Bild über den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ergebe. Zweifel hinsichtlich der Einschätzung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit des Versicherten bestünden namentlich in Bezug auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 23. März 2021. Da der Sachverhalt unvollständig abgeklärt sei, ziehe das Gericht in Betracht, die Sache unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids in Bezug auf die Frage der Höhe der zugesprochenen Rente zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Damit seien jedoch Bestand und Umfang der bereits zugesprochenen Rente wieder offen, weshalb mit Blick auf die Neubeurteilung durch die Vorinstanz auch die Möglichkeit einer künftigen Verschlechterung der Rechtsposition des Versicherten im Raum stehen könne. Der Fall sei deshalb auszustellen und es sei dem Beschwerdeführer Gelegenheit einzuräumen, seine Beschwerde allenfalls zurückzuziehen.

H. Mit Eingabe vom 4. April 2023 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht und einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene Beschwerde vom 24. Mai 2022 ist somit einzutreten.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Diese wiederum entspricht dem durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.2 Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.1 Im Zusammenhang mit der Beurteilung eines unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruchs ist jeweils als erstes zu prüfen, in welchem Ausmass die versicherte Person unfallbedingt arbeitsunfähig ist. Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei

langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44

ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

4.4 Rechtsprechungsgemäss kann auch reinen Aktengutachten ein voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publizierte Erwägung 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366; vgl. auch Urteile U 181/06 vom 21. Juni 2007, E. 2.3, und U 223/06 vom 8. Februar 2007, E. 5.1.2). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung unterschiedlich bewertet werden (HANS KIND, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52).

5.1 In ihrer dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangegangenen Verfügung vom 28. Juli 2021 hat die Suva auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 23. März 2021 abgestellt. In dieser Aktenbeurteilung führt Dr. D.\_\_\_\_\_ aus, dass der Unfall vom 21. März 2019 nach einem Mountainbike-Sturz zu Frakturen der BWK 2-5 mit einer Obliteration des Spinalkanals geführt habe. Gleichentags sei eine geschlossene Reposition mit Laminektomie BWK 2 und eine dorsale Stabilisation C6 auf Th5 am Spital B.\_\_\_\_\_ erfolgt. Im Zusammenhang mit der Rückenmarkverletzung bestehe eine autonome Dysregulation sowie eine Blasen-Mastdarmfunktionsstörung mit Botulinumtoxin-Behandlung. Gemäss den Beurteilungen des Zentrums C.\_\_\_\_\_ bestehe in unfallkausaler Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sensomotorisch eine komplette Paraplegie sub Th2. Bei den zuletzt durchgeführten paraplegiologischen Verlaufuntersuchungen am 11. September 2020 sowie am 16. Februar 2021 habe ein stabiler klinischer Zustand bestanden, so dass von einem medizinischen Endzustand auszugehen sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Bauspengler sowie für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Chauffeur eine fehlende Arbeitsfähigkeit. Zumutbar sei aber eine angepasste und ausschliesslich sitzende leichte Tätigkeit unter Berücksichtigung eines Rendements von 80% aufgrund vermehrter Pausen für Positionswechsel mit Möglichkeit zum Liegen beziehungsweise zur regelmässigen Einmalkatheterisierung in einem mindestens 50%-igen Pensum. Nach Einholung ergänzender Angaben hinsichtlich der benötigten Intensität der Physiotherapie könne eine erneute Vorlage an den versicherungsmedizinischen Gutachter erfolgen (Suva-Dok 252).

5.2 Die Suva hat dieser kreisärztlichen Vorgabe anschliessend jedoch keine Folge geleistet, sondern gemäss ihrer Aktennotiz vom 12. April 2021 dem Versicherten zunächst eine volle Rente in Aussicht gestellt (Suva-Dok 257). Im weiteren Verlauf hat sie ohne die Einholung ergänzender

physiotherapeutischer Berichte direkt ihre Verfügung vom 28. Juli 2021 gestützt auf den kreisärztlichen Bericht vom 23. März 2021 erlassen.

5.3 Im Rahmen des vorstehenden Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer nunmehr zwei Physiotherapie-Berichte eingereicht. Im undatierten Bericht der Physiotherapeutin E.\_\_\_\_ wird ausgeführt, dass er sich seit Januar 2020 bei ihr in physiotherapeutischer Behandlung befinde. Aufgrund der mangelhaften Rumpfkontrolle sei ihm ein freies Sitzen nicht möglich, ebenso wenig wie ein gleichzeitiges Bewegen beider Arme in der Sagittalebene. Die Kräftigung der Arm- und Schultergürtelmuskulatur erfolge bei gleichzeitigem Abstützen auf den anderen Arm überwiegend einseitig, um dem Rumpf die nötige Stabilität zu verleihen. Der Versicherte leide zusätzlich auch an einer Streck-Spastik an beiden Beinen, welche mal intensiv, mal milder auftrete. Diesbezüglich gebe es keine stabile Verbesserung (Beilage 5 zur Replik).

5.4 Diese Aussagen werden durch die Physiotherapeutin F.\_\_\_\_ in deren Bericht vom 18. August 2022 bestätigt, in welchem ausgeführt wird, dass der Versicherte aufgrund des relativ hohen Läsionsniveaus trotz Abstützhilfen keine bimanuellen Tätigkeiten im Sitzen ausführen könne, weil er einen Arm als Stabilisationshilfe benötige. Ohne das Abstützen eines Armes bestehe eine starke ventrale Falltendenz. Die Einstellung des Rollstuhls sei bereits mehrfach angepasst worden, was jedoch zu keiner wesentlichen Verbesserung der Problematik geführt habe. Der Einsatz eines Rumpfgurtes werde nur kurzfristig toleriert, da dies zu einer Einschränkung der Atemkapazität und zu subjektivem Unwohlsein führe. Ein grosses Ziel der Physiotherapie sei ausserdem die Kontrolle der Spastik. Die plötzlich einschliessenden Spasmen in die untere Extremität sowie in den unteren Rumpfbereich seien physiotherapeutisch nicht nachhaltig zu beeinflussen und würden die Sitzstabilität zusätzlich beeinflussen (Beilage 6 zur Replik).

5.5 Gestützt auf diese Berichte hat der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. März 2021 in Frage gestellt. Gestützt auf weitere ärztliche Berichte hat er sodann weitere Einwände vorgebracht. Namentlich verweist er auf einen Bericht des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2022, wo eine paraplegie-assoziierte autonome Dysfunktion mit Herz-Kreislauf-, Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen sowie beidseitige Oberarmschmerzen diagnostiziert werden. Dem Anhang zu diesem Bericht ist zu entnehmen, dass der Versicherte seit zwei Jahren an einer Spastik leide, welche aktuell seit rund einem Jahr mittlerweile beidseits deutlich zugenommen habe. Anamnestisch berichte er über unangenehme Missempfindungen und einschliessende Spasmen auch in die untere Bauchmuskulatur. Er leide an einer permanenten Überempfindlichkeit und Schmerzen im Bereich der Oberarm-Innenseiten, welche vor allem durch die Berührung durch das Reiben der Kleidung und durch Bewegungen verstärkt würden (Beilage 7 zur Replik).

5.6 Ferner verweist der Beschwerdeführer auf einen Bericht des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2022, in dem rezidivierende Harnwegsinfektionen und restriktive Ventilationsstörungen diagnostiziert werden. Seit dem Jahr 2021 seien insgesamt zwölf Harnwegsinfektionen aufgetreten. In jüngster Vergangenheit bestünden zunehmende Spasmen des Oberkörpers sowie eine Stuhlinkontinenz. Zusammenfassend zeige sich eine terminal instabile neurogene Blasenfunktionsstörung. Zudem sei eine unbemerkte autonome Dysreflexie aufgetreten. Klinisch sei ein

nachlassender Botoxeffekt zu beschreiben gewesen. Unter testgerechter Behandlung sei eine erneute Injektion von 300 Einheiten Botox geplant. Sechs Wochen danach werde eine urodynamische Kontrolle zur Beurteilung der Therapiewirkung durchgeführt werden (Beilage 8 zur Replik).

5.7 Weiter verweist der Beschwerdeführer auf einen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, vom 11. August 2022. In diesem Bericht wird ein Status nach zweitgradigem Dekubitus diagnostiziert und ausgeführt, dass der Dekubitus sakrococcygeal aktuell abgeheilt sei. Dieser habe sich auf dem Boden einer chronischen Druckschädigung entwickelt. Bei längerer Einwirkung von Druck bestehe die Gefahr, dass sich erneut ein Dekubitus bilde. Eine Entlastung über Mittag im Sinne einer Liegephase sei notwendig und essentiell (Beilage 11 zur Replik).

5.8 In den vom Kantonsgericht beigezogenen Akten der IV befindet sich eine regional-ärztliche Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten vom 6. August 2020, wonach sich der Gesundheitszustand seit dem am 21. März 2019 erlittenen Unfall richtungsweisend verschlechtert habe und seither instabil sei. Der Versicherte sei in jeglicher Verweistätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vollständig arbeitsunfähig (IV-Dok 141).

5.9 In seinen ergänzenden Berichten vom 20. Juni und vom 22. September 2022 hat Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ zu den Einwänden des Beschwerdeführers Stellung genommen und ausgeführt, dass gemäss den neurologischen Berichten zwar weiterhin eine autonome Blasen- und Mastdarmstörung bestehe, neurologisch jedoch keine Hinweise auf eine Herz-Kreislaufstörung zu erheben seien. Versicherungsmedizinisch hätten somit keine Kreislaufdysregulationen bestanden. Zu erheben gewesen seien einzig Harnwegsinfekte ohne einen schwerwiegenden Verlauf und ohne Fieber, aber mit Bakterien, welche typischerweise bei gehäuften Einmalkatheterisierungen vorliegen würden. Als mögliche Ursache sei eine nachlassende Wirkung der Botoxbehandlung gewertet worden. Diese sei ergänzt worden. Mit oralen Antibiotika hätten antibiotische Behandlungsmöglichkeiten bestanden und eine stationäre Aufnahme sei nicht nötig geworden. Unter Vorbehalt der Berücksichtigung der notwendigen Pausen zwecks Einmalkatheterisierung werde aus versicherungsmedizinischer Sicht an der bisherigen Zumutbarkeitsbeurteilung festgehalten. Bezüglich der beidseits arbetonten Schmerzsymptomatik sei am 1. Juli 2022 eine spezialärztliche neurologische Beurteilung erfolgt. Differenzialdiagnostisch sei eine nozizeptive Reizung bei Bewertung einer ansonsten unter medikamentöser Therapie gut eingestellten Behandlung der Spastik festgestellt worden. Bilddiagnostisch habe kein organisches Korrelat auf Rückenmarksebene im Sinne einer Syrix bestätigt werden können. Somit stehe die geschilderte Schmerzsymptomatik nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallgeschehen. Was die Spasmen angehe, so sei keine zunehmende Spastik objektiviert worden. Der Versicherte selbst habe von einer Besserung unter medikamentöser Behandlung und Physiotherapie berichtet. Decubita seien aktuell nicht dokumentiert und die Pausen zwecks Lagewechsels zur Vermeidung von Decubita seien im Zumutbarkeitsprofil bereits berücksichtigt. Was schliesslich die Rumpfinstabilität angehe, so sei die geltend gemachte funktionelle Einhändigkeit und die Notwendigkeit, sich einseitig festzuhalten, nicht nachvollziehbar, da der Versicherte rollstuhlmobil sei und seinen Rollstuhl demnach sehr wohl mit beiden

Händen fortbewege. Es werde ferner darauf hingewiesen, dass der Versicherte gemäss Fahreignungsprüfung in der Lage sei, ein Auto beidhändig selbst zu führen. Er könne somit unfallbedingt auch eine sitzende leichte Arbeit mit dem Einsatz beider Arme in einem 50%-Pensum und einem Rendement von 80% verrichten (Beilage 1 zur Vernehmlassung sowie Einzelbeilage zur Duplik).

6.1 Der Beschwerdeführer wendet gegen die Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes ein, dass aufgrund seiner Rumpfinstabilität eine faktische Einarmigkeit vorliege und das Rendement von 80% den erforderlichen Pausen für die Katheterisierung und seinen weiteren Einschränkungen wie Spasmen, Schmerzen in den Armen und Dekubitusprophylaxe nicht genügend Rechnung trage. Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass kreisärztlichen Berichten als versicherungsinternen Beurteilungen zwar grundsätzlich ein Beweiswert zukommt, jedoch bereits geringe Zweifel genügen, diesen aufzuheben (oben, Erwägung 4.3). Solche Zweifel liegen hier vor. Namentlich nicht zu überzeugen vermag die kreisärztliche Erklärung, weshalb dem Versicherten weiterhin noch eine beidhändig freihändige Tätigkeit möglich sei.

6.2 In diesem Zusammenhang fällt zunächst auf, dass sich der Kreisarzt mit den Berichten der behandelnden Physiotherapeutinnen mit keinem Wort auseinandersetzt und diese in seiner neuerlichen Stellungnahme vom 22. September 2022 gar nicht erst erwähnt. Es trifft zwar zu, dass es sich bei diesen beiden Berichten formal um keine ärztlichen Einschätzungen handelt. Das Ausblenden dieser Berichte durch den Kreisarzt erstaunt aber umso mehr, weil er in seiner Beurteilung vom 23. März 2021 noch explizit die ergänzende Einholung von Berichten über den Verlauf der physiotherapeutischen Behandlung postuliert hatte (oben, Erwägung 5.1). Die Erläuterungen des Kreisarztes können die Feststellungen der Physiotherapeutinnen vor allem aber auch in inhaltlicher Hinsicht nicht entkräften. Soweit er damit argumentiert, dass infolge weiterhin erhaltener Kraft in den oberen Extremitäten eine sitzende Tätigkeit des Versicherten mit einem Pensum von mindestens noch 50% zumutbar sei, zielt seine Argumentation nämlich insofern ins Leere, als die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers in erster Linie nicht etwa auf eine fehlende Kraft in den oberen Extremitäten, sondern auf eine ungenügend erhaltene Rumpfmuskulatur zurückzuführen ist. Dass sich der Beschwerdeführer im Rollstuhl selbständig fortbewegen und auch ein Auto lenken kann, geht mit Blick auf eine sitzende bimanuelle Verweistätigkeit, bei welcher er die Arme nicht oder nur bedingt als Stützhilfe einzusetzen vermag, mithin an der Sache vorbei. So kann sowohl beim Rollstuhlfahren als auch beim Autofahren zumindest eine Hand am Steuer bzw. am Rollstuhl abgestützt werden, so dass stets auch eine Stabilisierung des Rumpfes möglich ist. Die Fähigkeit, Auto- und Rollstuhlfahren zu können, bedeutet somit nicht, dass der Versicherte beidhändig und ohne sich abzustützen zu müssen, überhaupt auch arbeiten kann. Die als reine Aktenbeurteilung ergangene Einschätzung des Kreisarztes und seine im Rahmen des vorstehenden Beschwerdeverfahrens ergangenen Stellungnahmen widersprechen jedenfalls den Berichten der behandelnden Physiotherapeutinnen, wonach infolge einer mangelnden Rumpfkontrolle ein freies Sitzen mit gleichzeitigem Bewegen beider Arme, wie es für eine sitzende Tätigkeit notorisch vorausgesetzt wäre, offenbar nicht möglich ist (Beilagen 5 und 6 zur Replik; oben, Erwägungen 5.3 f.).

6.3 Hinzu tritt, dass die weiterhin plötzlich einschliessenden Spasmen an den unteren Extremitäten trotz physiotherapeutischer Massnahmen offenbar nicht nachhaltig beeinflusst werden

können und die Sitzstabilität dadurch zusätzlich negativ beeinflusst wird (Beilage 6 zur Replik, oben, Erwägung 5.4). Dass bei dieser Aktenlage entgegen der kreisärztlich vertretenen Auffassung kein stabiler Gesundheitszustand vorliegen kann, ergibt sich sodann aus dem noch kurz vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids ergangenen Bericht des Zentrums C.\_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2022, wonach just in jüngster Vergangenheit auch die Spasmen am Oberkörper zugenommen haben und sich zusammenfassend eine instabile neurogene Blasenfunktionsstörung zeige. Diese Aussage widerspricht ebenfalls der kreisärztlichen Aussage, wonach keine zunehmende Spastik objektiviert worden sei. Gegen eine stabile Gesundheitssituation spricht schliesslich auch der Umstand, dass die behandelnden Ärzte anfangs Januar 2022 zunächst noch eine urodynamische Kontrolle zur Beurteilung der erneut eingeleiteten Botox-Therapiewirkung abwarten wollten. Dass schon länger von eher labilen Gesundheitsverhältnissen auszugehen ist, belegt bereits die Stellungnahme des RAD der IV-Stelle, in deren Nachgang dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt attestiert worden war (oben, Erwägung 5.8). Mithin scheint entgegen der kreisärztlichen Auffassung mehr als fraglich, dass insbesondere mit Blick auf die jüngst zunehmenden Spasmen auch am Oberkörper sowie neu auf eine Stuhlinkontinenz (oben, Erwägung 5.6) von stabilen Verhältnissen ausgegangen werden kann.

6.4 Auch bleibt fraglich, ob das in Bezug auf eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit zugestandene Rendement von 80% in Anbetracht der auch vom Kreisarzt als notwendig erachteten häufigen Pausen und Lagewechsel bzw. der nötigen Einmal-Katheterisierung realistisch ausgefallen ist. Namentlich bleibt dabei unklar, wie hoch genau die Entlastung über Mittag im Sinne einer Liegephase auszufallen hat, wie sie im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 11. August 2022 als essentiell bezeichnet worden ist. Zweifel in Bezug auf das vom Kreisarzt zugestandene Rendement von 80% sind aber auch deshalb angebracht, weil der Beschwerdeführer offenbar weiterhin an einer permanenten Überempfindlichkeit mit brennenden und bewegungsabhängigen Schmerzen leidet, welche bei bereits feinem und alltäglichem Kontakt mit seinen Kleidern zu Beschwerden zu führen scheinen (Beilage 7 zur Replik, oben, Erwägung 5.5). Die Frage, in welchem Ausmass er in einer leidensadaptierten Tätigkeit noch arbeitsfähig ist, lässt sich bei dieser Aktenlage nicht abschliessend beurteilen. Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung vom 23. März 2021 nicht auf einer persönlichen Untersuchung des Versicherten beruht, ohne welche die den physiotherapeutischen Aussagen widersprechenden Mutmassungen des Kreisarztes ohnehin nicht überzeugen können. Insgesamt vermitteln die kreisärztlichen Stellungnahmen damit jedenfalls kein hinreichend nachvollziehbares Bild über den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

7. Soweit der Beschwerdeführer eine Unverwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit alleine gestützt auf sein fortgeschrittenes Alter geltend macht, ist allerdings an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass sich im Bereich der Unfallversicherung keine Rechtsprechung etabliert hat, wonach die Unverwertbarkeit einer verbleibenden medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit wegen des fortgeschrittenen Alters zu berücksichtigen wäre (SVR 2018 UV Nr. 22 S. 78; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2018, 8C\_212/2017, E. 4.3 mit Hinweisen). Vielmehr kommt im vorliegenden Fall, in welchem sich das vorgerückte Alter des Versicherten zumindest erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt, Art. 28 Abs. 4 der Verord-

nung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 zur Anwendung. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads sind mithin jene Erwerbseinkommen massgebend, die eine versicherte Person im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte. Diese Bestimmung hat die Suva bei der Bemessung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen grundsätzlich korrekt berücksichtigt (Suva-Dok 300, S. 3). Auf die Ausführungen des Beschwerdeführers ist diesbezüglich daher nicht weiter einzugehen.

8. Nachdem jedoch begründete Zweifel an der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vorliegen, erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt und die Angelegenheit ist in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch einen unabhängigen Facharzt für Neurologie an die Suva zurückzuweisen. Dies führt im Ergebnis zur Gutheissung der Beschwerde.

9.1 Gemäss Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das UVG keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Suva zuzusprechen. Dessen Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 4. April 2023 für seine Bemühungen vorliegend einen Zeitaufwand von insgesamt 16 Stunden und 20 Minuten geltend gemacht, was zwar hoch, aber mit Blick auf die zusammen mit der Vernehmlassung eingereichte erneute Beurteilung des Kreisarztes vom 20. Juni 2022 und der in der Folge ergangenen Einholung weiterer Arztberichte seitens des Beschwerdeführers sowie des doppelten Schriftenwechsels nicht zu beanstanden ist. Die Bemühungen sind usanzgemäss allerdings lediglich mit Fr. 250.— pro Stunde zu entgelten. Hinzu kommen die in der Honorarnote in ebenfalls angemessenem Umfang ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 95.—. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'500.05 (16 Stunden und 20 Minuten à Fr. 250.— sowie Auslagen von Fr. 95.— zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und

anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG (BGE 133 V 477 E. 4.2). Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherung Suva vom 12. April 2022 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die Schweizerische Unfallversicherung Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'500.05 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.