

VBE.2022.447 / dr / nl

Art. 61

Urteil vom 29. Juni 2023

Besetzung

Oberrichter Kathriner, Präsident
Oberrichterin Gössi
Oberrichter Roth
Gerichtsschreiberin i.V. Reisinger

Beschwerde-
führer

A. _____
vertreten durch lic. iur. Christian Haag, Rechtsanwalt,
Schwanenplatz 7, Postfach, 6002 Luzern

Beschwerde-
gegnerin

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG,
Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 4. November 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1972 geborene Beschwerdeführer war bis Dezember 2014 als Elektromonteur im von ihm gegründeten Unternehmen B. GmbH tätig. Am 14. Juli 2015 fiel er bei einer Down Hill-Fahrt mit einem Trottinett in einen 1.5 m breiten und ebenso tiefen Entwässerungsschacht, wobei er sich verletzte. Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge im Zusammenhang mit diesem Unfall vorübergehend Leistungen (Heilbehandlung/Taggeld). Im Rahmen ihrer Abklärungen gab sie eine durch die Klinik C. AG durchgeführte Funktionsorientierte medizinische Abklärung inklusive Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Gutachten vom 2. Mai 2016) in Auftrag. Mit Schreiben vom 30. Mai 2016 informierte sie den Beschwerdeführer daraufhin über die Reduktion der Taggeldleistungen auf 50 % ab dem 1. Juni 2016 und deren Einstellung ab dem 1. September 2016. Nach der Durchführung einer versicherungsinternen Untersuchung veranlasste die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten durch die GUTSO, interdisziplinäre medizinische Begutachtungen GmbH (Gutachten vom 3. Mai 2017). Am 29. Juni 2017 verfügte sie sodann die Leistungseinstellung per 15. Mai 2017. Nach der dagegen erhobenen Einsprache des Beschwerdeführers holte die Beschwerdegegnerin eine versicherungsinterne Stellungnahme ein und liess den Beschwerdeführer durch die MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 23. September 2019). Dieses Gutachten legte sie ihrem beratenden Arzt vor. In der Folge stellte sie der psychiatrischen Gutachterin der MEDAS Ergänzungsfragen (Ergänzungsgutachten vom 18. Dezember 2019) und nach Eingang einer durch den Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Stellungnahme auch dem gastroenterologischen Gutachter (Ergänzungsgutachten vom 26. Mai 2021). Die gegen die Verfügung vom 29. Juni 2017 erhobene Einsprache vom 16. Juli 2017 hiess sie mit Einspracheentscheid vom 4. November 2022 insofern teilweise gut, als dass sie dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 15 % zusprach. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab.

2.

2.1.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 1. Dezember 2022 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

"1. Der Einspracheentscheid vom 4.11.2022 sei aufzuheben.

2. Es sei die UVG-Deckung des Versicherten festzustellen, eventualiter eine Rechtverweigerung oder Rechtsverzögerung bezüglich eines Entscheids über eine Staatshaftung der Beschwerdegegnerin nach Art. 78 ATSG.

3. Die Beschwerdegegnerin habe die Unfallkausalität der Leberzirrhose zu anerkennen und dafür die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
4. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zu bezahlen.
5. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer für den Leberschaden eine Integritätsentschädigung von 30 % und für die psychischen Unfallfolgen eine Integritätsentschädigung von 25 % auszurichten.
6. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer die Gutachterkosten von Fr. 1'219 (entsprechend 1'120 Euro) gemäss E-mail vom 30.[.]11.2020 zurückzuerstatten.
7. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWSt) zulasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 22. Februar 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit Eingabe vom 15. März 2023 reichte der Beschwerdeführer eine Replik ein.

2.4.

Mit Duplik vom 25. April 2023 hielt die Beschwerdegegnerin an den bisher gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 4. November 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 605) im Wesentlichen davon aus, der Fall sei per 15. Mai 2017 abzuschliessen, da ab diesem Zeitpunkt mit keinem namhaften Behandlungserfolg mehr zu rechnen gewesen sei. Die über dieses Datum hinaus persistierenden gastroenterologischen und psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers stünden nicht in einem natürlich bzw. adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 14. Juli 2015. Es bestehe aus orthopädischer-traumatologischer Sicht eine erhebliche Integritätseinbusse, weshalb sie die Einsprache gegen Ziffer 2 der Verfügung vom 29. Juni 2017 gutgeheissen und eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 15 % zugesprochen hat.

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, die nach dem Unfall vom 14. Juli 2015 eingenommenen Schmerzmittel hätten wesentlich zur Verschlechterung und Dekompensation der zuvor kompensierten Leberzirrhose geführt. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass ohne die Einnahme dieser Schmerzmittel eine Lebertransplantation im Februar 2019 nicht erforderlich geworden wäre. Die über den 15. Mai 2017 hinaus vorliegenden gastroenterologischen und psychischen Beschwerden stünden daher sowohl in einem natürlichen als auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. Juli 2015, weshalb die diesbezüglichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. der Rentenanspruch zu prüfen seien und auch ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe.

1.2.

Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 4. November 2022 (VB 605) ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Juli 2015 zu Recht per 15. Mai 2017 eingestellt hat.

2.

Hinsichtlich des Antrags des Beschwerdeführers, es sei die UVG-Deckung des Versicherten festzustellen (Ziffer 2 der Rechtsbegehren), ist darauf hinzuweisen, dass diese Frage, wie sich im Folgenden ergibt, offen bleiben kann.

3.

3.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

3.2.

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt neben dem natürlichen Kausalzusammenhang voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 S. 181; 129 V 402 E. 2.2 S. 405; 125 V 456 E. 5a S. 461 f.).

3.3.

Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden

Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis unter anderem auf BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; sogenannte Psycho-Praxis), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen; sogenannte Schleudertrauma-Praxis [vgl. BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130]).

3.4.

Die Adäquanzprüfung zwischen dem Unfallereignis und den geklagten gesundheitlichen Beschwerden hat im Zeitpunkt des Fallabschlusses zu erfolgen. Der Unfallversicherer hat Heilbehandlung und Taggeldleistungen nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. auch: BGE 134 V 109 E. 3 ff. S. 112 ff., 133 V 64 E. 6.6.2; RKUV 2006 U 571 S. 82). Unter namhafter Besserung ist die zu erwartende Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, zu verstehen. Dabei muss die zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen, während unbedeutende Verbesserungen nicht genügen. Bei der Schleudertrauma-Praxis darf der Fallabschluss dabei erst vorgenommen werden, wenn insgesamt keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist, während bei der Psycho-Praxis behandlungsbedürftige psychische Gesundheitsschäden kein Hindernis für den Fallabschluss darstellen (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 144 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung; Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 E. 4.1 vom 5. Juni 2014).

4.

4.1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 4. November 2022 (VB 605) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten der Dres. med. D., Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, E., Fachärztin für Neurologie, F.,

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, G., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, und H., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. September 2019. Die Gutachter stellten folgende Diagnosen infolge des Ereignisses vom 14. Juli 2015 (VB 508 S. 44 f.):

"Leicht eingeschränkte HWS-Rotation und Fehlstellung im oberen HWS-Bereich nach:

- Konservativ behandelter Basis-Fraktur des Dens axis (C2) am 14.07.2015
- Fraktur des Gelenks-Condylus C0 an der Schädelbasis rechts am 14.07.2015

Schmerzhaft eingeschränkte Handgelenks-Beweglichkeit nach:

- Intraartikulärer Radius-lococlassico-Fraktur rechts am 14.07.2015
- Unbehandelter Fraktur Processus styloideus ulnae am 14.07.2015 mit Bildung einer Pseudarthrose
- Reposition und Fixation mit Fixateur externe am 14.07.2015
- Osteosynthese mit volarer Radius-Platte und dorsaler Zugschraube am 17.07.2015

Schmerzhaft eingeschränkte Vorfuss-Funktion links nach:

- Intraartikulärer Fraktur der dorsalen Hälfte der Endphalanx am 14.07.2015
- Offener Reposition und Schrauben-Osteosynthese der Basis der Endphalanx am 17.07.2015
- Arthrodese des Grosszehen-Endgelenkes links am 14.07.2016

Leichte depressive Störung gemäss F32.0 nach ICD-10, differenzialdiagnostisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode gemäss F33.0 nach ICD-10, differenzialdiagnostisch bipolar-affektive Störung II mit hypomanischen neben depressiven Episoden (F31.80 nach ICD-10)

Subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung gemäss F43.1"

Die Tätigkeit als Elektromonteur sei aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht wegen den Unfallfolgen nicht mehr möglich. Die Tätigkeit als Geschäftsführer sei möglich, sofern keine grösseren Gehleistungen erforderlich seien, wie z.B. Begehung von Baustellen, Beurteilung von Antennen-Anlagen im Geländer etc. Reine Büro-Tätigkeit sei jedoch möglich. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit wären bezogen auf die Einschränkungen am rechten Handgelenk und am linken Vorderfuss administrative Tätigkeiten im Büro oder feinhandwerkliche Arbeiten, am Tisch sitzend, ganztags zumutbar. Nicht zumutbar seien vorwiegend stehende Tätigkeiten oder solche mit regelmässigem Gehen, Gehen auf unebener Unterlage, häufiges Treppensteigen oder das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Aus psychiatrischer Sicht sei eine leidensangepasste Tätigkeit etwa in der Grössenordnung von fünf Stunden täglich möglich. Es bestünden weitere Leistungseinschränkungen aus gastroenterologischer Sicht, aktuell bedingt durch den Zustand nach Lebertransplantation 2/2019, diese sei aber krankheitsbedingt (VB 508 S. 63 f.).

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht könne von einer weiteren Heilbehandlung sodann keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden (VB 508 S. 67, 510 S. 40). Betreffend Integritätschaden habe der Beschwerdeführer aufgrund der leicht eingeschränkten Rotation der Halswirbelsäule eine Integritätseinbusse von maximal 5 %, unter Berücksichtigung der zunehmenden Entwicklung der Handgelenkserkrankung und der etablierten Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae rechts eine solche von weiteren 5 % und wegen der schmerzhaften Einschränkung der linken Vorfuß-Funktion eine Integritätseinbusse von 5 %, was einer Gesamtintegritätseinbusse von 15 % entspreche (VB 508 S. 68, 510 S. 34 f.). Aus neurologischer Sicht bestehe hingegen kein Integritätschaden (VB 510 S. 12), aus psychiatrischer Sicht jedoch ein solcher in der Höhe von 25 % (VB 510 S. 107).

4.2.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 18. Dezember 2019 nahm die psychiatrische Gutachterin Dr. med. H. zu den Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin und des Beschwerdeführers Stellung und hielt zusammenfassend an ihrer Beurteilung im Gutachten fest (VB 529).

Nachdem der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. med. I., Klinik für Innere Medizin, Klinikum J., Q., vom 27. November 2020 eingereicht hatte, in der dieser zum Schluss gelangte, dass die unfallbedingte Medikamentenaufnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung und Dekompensation der zuvor kompensierten Leberzirrhose geführt habe (VB 548), stellte die Beschwerdegegnerin diese dem Gutachter Dr. med. G. zur Stellungnahme zu. Dieser hielt mit Nachtrag vom 26. Mai 2021 fest, eine unerwünschte Arzneimittelwirkung von Diclofenac sei als Teilursache der dekompenzierten Leberzirrhose möglich. Insbesondere könne eine vorübergehende Verschlechterung der Leberfunktion während der Einnahme nicht ausgeschlossen werden. Hypothetisch sei auch eine Beschleunigung der Zirrhose-Entwicklung denkbar, doch fehlten zu einer validen Einschätzung die nötigen wissenschaftlichen Daten. Die Indizien reichten nicht aus, um einen eventuellen Zusammenhang als "überwiegend wahrscheinlich" einzustufen (VB 595 S. 7).

4.3.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4.

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG 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, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Den Gutachten kommt somit bei Abklärungen im Leistungsbereich der Sozialversicherung überragende Bedeutung zu (UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2020, N. 13 zu Art. 44 ATSG; vgl. auch BGE 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105).

4.5.

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweismwürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellen Gutachten derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 vom 14. Juni 1999 E. 3c S. 354).

4.6.

Der Beschwerdeführer wurde zur Erstellung des MEDAS-Gutachtens fachärztlich umfassend untersucht. Die Gutachter beurteilten die medizinischen Zusammenhänge sowie die medizinische Situation in Kenntnis der Vorakten (VB 508 S. 2 ff.) und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden einleuchtend und gelangten zu einer nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerung. Dem Gutachten kommt damit grundsätzlich Beweiswert im Sinne vorstehender Kriterien zu.

4.7.

Der Beschwerdeführer rügt einzig das gastroenterologische MEDAS-Teilgutachten von Dr. med. G.. Vorab ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach das gastroenterologische MEDAS-Teilgutachten von Dr. med. G. vom 17. September 2019 und dessen Ergänzungsgutachten vom 26. Mai 2021 nicht neutral und unabhängig hätten durchgeführt werden können, weil der Gutachter einen Sachverhalt habe beurteilen müssen, der sich am Kantonsspital K. ergeben hätte, wo dieser bis Oktober 2019 gearbeitet habe. Dr. med. G. habe daher in einem potentiellen Interessenkonflikt gestanden (Beschwerde S. 13 f.).

4.8.

Nach der in Art. 30 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) enthaltenen Garantie des verfassungsmässigen Richters hat der Einzelne Anspruch darauf, dass seine Sache von einem unparteiischen, unvoreingenommenen und unbefangenen Gericht ohne Einwirken sachfremder Umstände entschieden wird. Liegen bei objektiver Betrachtungsweise Gegebenheiten vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen, ist die Garantie verletzt (BGE 127 I 196 E. 2b S. 198 mit Hinweisen). Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für den Richter vorgesehen sind (BGE 120 V 357 E. 3a S. 364). Da sie nicht Mitglied des Gerichts sind, richten sich die Anforderungen zwar nicht nach Art. 30 Abs. 1 BV, sondern nach Art. 29 Abs. 1 BV. Hinsichtlich der Unparteilichkeit und Unbefangenheit kommt Art. 29 Abs. 1 BV indessen ein mit Art. 30 Abs. 1 BV weitgehend übereinstimmender Gehalt zu (BGE 127 I 196 E. 2b S. 198).

Bei der Befangenheit handelt es sich um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109).

4.9.

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Tatsache, dass Dr. med. G. beim Kantonsspital K. tätig war, auf eine mangelnde Objektivität oder Befangenheit des Gutachters schliessen liesse. So wurde der Beschwerdeführer nicht von Dr. med. G. behandelt. Zum Zeitpunkt der Durchführung des Ergänzungsgutachtens vom 26. Mai 2021 hat Dr. med. G. zudem nicht mehr beim Kantonsspital K. gearbeitet. Analog dazu wurde die frühere Tätigkeit eines Gerichtsgutachters bei einem regionalen ärztlichen Dienst vom Bundesgericht nicht als erhöhtes Gefahrenpotential für dessen Befangenheit angesehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_257/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.2.2).

Überdies wurde der Beschwerdeführer bereits im Oktober 2018 über die Begutachtung durch Dr. med. G. informiert (Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2018 in VB 482). Verfahrensrechtliche Einwendungen sind so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu

und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift. Indem der Beschwerdeführer allfällige Ausstandsgründe von Dr. med. G. erst im Beschwerdeverfahren vier Jahre später geltend macht, hat er seinen Anspruch auf Anrufung der Ausstandsbestimmungen verwirkt (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; 138 I 1 E. 2.2. S. 4; Urteil 8C_456/2018 vom 12. September 2018 E. 4.2). Somit sind in objektiver Weise keine Umstände erkennbar, die den Anschein der Befangenheit von Dr. med. G. zu begründen vermögen.

5.

5.1.

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, der Unfall vom 14. Juli 2015 bzw. die danach aufgrund der unfallbedingten Schmerzen erfolgte Einnahme des Schmerzmittels Diclofenac sei natürlich kausal für die Verschlechterung und Dekompensation seiner zuvor kompensierten Leberzirrhose und es sei überwiegend wahrscheinlich, dass ohne die Einnahme von Diclofenac eine Lebertransplantation im Februar 2019 nicht erforderlich gewesen wäre. Der Gutachter Dr. med. G. überspanne den Nachweis überwiegend wahrscheinlicher Teilkausalität und gehe diesbezüglich von überhöhten Anforderungen aus, was gegen die rechtliche Beweiskraft seiner Beurteilung spreche.

5.2.

5.2.1.

Dr. med. I. führte in einem vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenen Gutachten vom 27. November 2020 aus, die histo-pathologischen Befunde aus der Leberbiopsie vom April 2017 (VB 353 S. 17 ff.) und dem Leberexplantat vom 4. Februar 2019 (VB 500) hätten eine "lymphozytär-histiozytär geprägte Interface-Hepatitis mit deutlicher Schädigung der Gallengänge und schwerer kanalikulärer und hepatozellulärer Cholestase" gezeigt. Diese Befunde würden typische Charakteristika arzneimittel-toxischer Leberschädigungen aufweisen und seien gut vereinbar mit dem Vorliegen einer Diclofenac-assoziierten Hepatitis. Das Bild einer Steatohepatitis (Fettleberentzündung) liege dagegen nicht vor, was gegen eine alkoholtoxische und/oder adipositas-assoziierte Schädigung spreche. Zusammenfassend könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Einnahme von Diclofenac wesentlich zur Verschlechterung und Dekompensation der zuvor kompensierten Leberzirrhose geführt habe. Es sei ebenfalls überwiegend wahrscheinlich, dass ohne die Einnahme von Diclofenac eine Lebertransplantation im Februar 2019 nicht erforderlich geworden wäre (VB 548 S. 5). Diese Beurteilung wird von Dr. med. I. in seiner

Ergänzung vom 23. November 2022 bestätigt (Beschwerdebeilage [BB] 3, welche darüber hinaus keine neuen Aussagen enthält).

5.2.2.

Mit E-Mail vom 18. November 2019 führte Dr. Dr. L., Facharzt für Chirurgie, sodann aus, auch wenn eine vorgeschädigte Leber bestanden habe, sei eine akute Dekompensation der Lebererkrankung durch die erwähnten Ereignisse aus seiner Sicht anzunehmen. Da er kein Hepatologe sei, würde er es jedoch für sinnvoll erachten, eine Stellungnahme eines behandelnden Hepatologen einzuholen (BB 8).

5.3.

5.3.1.

Dr. med. G. führte in seinem gastroenterologischen Teilgutachten vom 17. September 2019 aus, wesentliche Elemente der Vorgeschichte seien aus hepatologischer Sicht eine über Jahre allmählich zunehmende morbid Adipositas und abklärungsbedürftige erhöhte Leberwerte ab 2012 und ein damals regelmässiger, wenn auch nicht exzessiver Alkoholkonsum bemerkenswert. Der erhöhte Ferritin-Wert würde einem Begleitphänomen der chronischen Hepatopathie entsprechen und sei insbesondere bei der alkoholischen und nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung zu beobachten (VB 510 S. 46, vgl. auch Nachtrag von Dr. med. G. vom 26. Mai 2021 in VB 595 S. 3). Die Gesamtkonstellation der Befunde würde in diesem Zeitpunkt zu einer Adipositas-assoziierten Fettlebererkrankung passen, wobei als Beleg dafür jedoch das Schlüsselement einer höhergradigen Steatose oder Steatohepatitis fehle, womit die Ätiologie der Lebererkrankung offen bleibe (VB 510 S. 46 f.). Unbemerkt sei es über die Jahre zu einer schleichenden Entwicklung einer schliesslich fortgeschrittenen Zirrhose gekommen. Durch eine Reduktion des Übergewichts und eine Veränderung des Lebensstils habe sich die Leberfunktion verbessert (VB 510 S. 46; vgl. auch VB 595 S. 3, in welcher erwähnt wird, dass dies typisch für eine adipositas-assoziierte Hepatopathie sei). Erst durch den von der Grunderkrankung nicht direkt abhängigen Strangulationsileus sei es zu einer finalen hepatischen Dekompensation gekommen, welche eine Lebertransplantation erforderlich gemacht habe. Auch die histologische Aufarbeitung des Explantates habe keine definitiven Rückschlüsse auf die Ätiologie der Hepatopathie zugelassen (VB 510 S. 46; vgl. auch VB 595 S. 3). Der postoperative Verlauf sei im Wesentlichen sehr günstig gewesen (VB 510 S. 46). Bei unklaren Hepatopathien sei grundsätzlich die Möglichkeit einer "Drug Induced Liver Injury" (DILI) in Betracht zu ziehen. Beim Beschwerdeführer sei zu diskutieren, ob und inwiefern die Medikamente, insbesondere Analgetika bzw. Antirheumatika, die er in Folge seines Unfalls vom 14. Juli 2015 konsumiert habe, seine Lebererkrankung im Sinne einer alleinigen/vorrangigen DILI verursacht hätten oder ob sie den Zustand bzw. den Verlauf einer vorbestehenden Lebererkrankung im Sinne einer aufgepfropften DILI nachteilig beeinflusst hätten. Aufgrund der vorliegenden Angaben

seien Paracetamol und nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR, genannt seien Olfen®/Diclofenac) im Visier. Paracetamol sei eine Substanz, welche einen dosisabhängigen toxischen Effekt auf die Leber ausübe. Wahrscheinlich sei die Sensitivität auch bei Leberzirrhose erhöht. Die direkte Folge sei ein akutes, durch die toxischen Metaboliten bedingtes Leberversagen. Ein solches Geschehen könne beim Beschwerdeführer nicht identifiziert werden. Sein akutes Leberversagen habe sich als Folge eines chirurgischen Noteingriffes im Rahmen der Behandlung eines akuten interkurrenten Ereignisses entwickelt. NSAR zeigten nicht selten eine Transaminasen-Erhöhung als unerwünschte Nebenwirkung, wobei es sich um eine dosisunabhängige, individuelle bzw. idiosynkratische Reaktion handle. Eine Fibrose- oder Zirrhoseentwicklung werde in der Literatur nicht beschrieben. Da beim Beschwerdeführer die Transaminasenerhöhung der Einnahme der NSAR lange vorausgegangen sei, sei ein Zusammenhang zwischen NSAR und Hepatopathie bzw. Verlaufsverschlechterung eher unwahrscheinlich (VB 510 S. 47). Es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, die aktenkundigen Medikamente, die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Juli 2015 eingenommen wurden, hätten die Lebererkrankung verursacht oder den Verlauf wesentlich negativ beeinflusst (VB 510 S. 47 f.).

5.3.2.

In seinem Nachtrag vom 26. Mai 2021 zum Gutachten vom 17. September 2019 ergänzte Dr. med. G., es habe in der Leberbiopsie im April 2017 zwar das Element der Verfettung gefehlt (wie auch schon im Gutachten vom 17. September 2019 in VB 510 S. 47 erwähnt), jedoch sei ein für die "nicht-/alkoholische Fettlebererkrankung typischer (wenn auch nicht 100% spezifischer) Befund", nämlich Mallory-Hyalin, vorhanden gewesen. Eine adipositas-assoziierte Hepatopathie sei auch retrospektiv plausibel (VB 595 S. 3). Im zu beurteilenden Fall habe sich über wenige Jahre hinweg eine chronische, bis zur Zirrhose progrediente Hepatopathie entwickelt, bevor interkurrent während sieben Monaten mutmasslich eine Medikation mit Diclofenac verabreicht worden sei. Es spreche vieles dafür, dass zu Beginn der Diclofenac-Medikation im August 2016 das Stadium der Leberzirrhose bereits erreicht gewesen sei. Obschon die genaue Dauer und Dosierung der Diclofenac-Medikation unsicher sei, solle hier angenommen werden, dass eine mehr oder weniger kontinuierliche Einnahme zwischen August 2016 und März 2017 erfolgt sei. Es seien keine engmaschigen Monitorisierungsdaten verfügbar, Laborbefunde unmittelbar vor, während und nach der Diclofenac-Therapie seien nicht aktenkundig. Eine Verschlechterung der Leberfunktion unter Diclofenac sei zwar denkbar, lasse sich aber weder belegen noch ausschliessen. Es bleibe spekulativ, ob der Krankheitsverlauf alleine dem natürlichen Verlauf der zugrundeliegenden Hepatopathie zuzuschreiben sei oder ob sich eine idiosynkratische unerwünschte Wirkung von Diclofenac zusätzlich nachteilig ausgewirkt habe.

Im Falle einer Diclofenac-assoziierten akuten Hepatitis wäre nach dem Absetzen von Diclofenac jedoch eine Remission der akuten Hepatitis (bzw. eine Rückbildung der Aktivität auf den Status quo ante) zu erwarten gewesen. Es seien jedoch weitere zwei Jahre bis zur finalen Dekompensation verstrichen. Das folgende akute Leberversagen habe nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer unerwünschten Wirkung von Diclofenac gestanden, sondern sei durch ein unabhängiges Ereignis präzipitiert gewesen (VB 595 S. 5). Eine vorbestehende Hepatopathie erhöhe das Risiko für idiosynkratische Reaktionen auf Medikamente nicht. Für das Szenario der Diclofenac-assoziierten Hepatitis sei keine verlässliche Einschätzung möglich (VB 595 S. 6). Eine unerwünschte Arzneimittelwirkung von Diclofenac sei als Teilursache der dekompensierten Leberzirrhose möglich. Insbesondere könne eine vorübergehende Verschlechterung der Leberfunktion während der Zeit der Einnahme nicht ausgeschlossen werden. Es bestünde jedoch keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen eventuellen Zusammenhang (VB 595 S. 7).

5.4.

Dr. med. I. führt in seinem Gutachten aus, die seit dem Jahr 2013 reproduzierbar nachweisbare Trombozytopenie müsse als Hinweis für eine bereits zu diesem Zeitpunkt vorgelegene, kompensierte Leberzirrhose gewertet werden. Es müsse bei langjähriger morbidem Adipositas von einer (nicht) alkoholischen Fettleberzirrhose ausgegangen werden (VB 548 S. 3; BB 3). Damit stimmt er mit der Beurteilung des Gutachters Dr. med. G. überein, der ebenfalls von einer Adipositas-assoziierten Fettlebererkrankung und einem bereits bei Beginn der Diclofenac-Medikation im August 2016 bestehenden Stadium der Leberzirrhose ausging (vgl. E. 5.3.2. hiervor mit Verweis auf VB 510 S. 46, vgl. auch Nachtrag von Dr. med. G. vom 26. Mai 2021 in VB 595 S. 3). Betreffend das von Dr. med. G. erwähnte fehlende Bild einer Steatohepatitis (vgl. E. 5.3.1. hiervor) führt Dr. med. I. aus, eine Gewichtsreduktion hätte zu einem Rückgang des Steatosegrades geführt haben können (VB 548 S. 5). Dr. med. I. führt die deutliche Besserung der Leberfunktion im weiteren Krankheitsverlauf zwischen Mai 2017 und Januar 2018 auf den Wegfall schädigender Auslöser, "nächstliegend Diclofenac" zurück (VB 548 S. 5), obwohl er auch ausführt, die in den folgenden Monaten dokumentierte Stabilisierung der Leberfunktion sei unter anderem durch den Gewichtsverlust von 40 kg zu erklären (VB 548 S. 4). Im Übrigen ist die von Dr. med. I. seiner Beurteilung zugrunde gelegte regelmäßige Einnahme von Diclofenac durch den Beschwerdeführer mindestens zweifelhaft. Dr. med. I. ging davon aus, dass der Beschwerdeführer über einen Zeitraum von sieben Monaten 75 mg bis 150 mg Diclofenac täglich eingenommen habe (VB 548 S. 3 f.). Worauf er diese Angabe stützte, ist seinen Ausführungen jedoch nicht zu entnehmen. Dr. med. G. hielt dagegen gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers fest, dieser habe unpräzise Angaben, teils auch ausweichende Antworten zu Dauer und Dosierung der eingenommenen Schmerzmedikamente gemacht, was speziell

die Einnahme von Diclofenac betreffe. So habe er unter anderem geäußert, er habe "Medikamente immer nur sehr kurzzeitig genommen und den Rest in den Abfall geworfen" (vgl. auch die Angaben im Gutachten, VB 510 S. 45). Das MEDAS-Gutachten, einschliesslich integrierte Teilgutachten, liefere zur Dosierung und zur Dauer der Medikamenteneinnahme keine präzisen Angaben. Er habe sich mit dem Beschwerdeführer zur Klärung dieser Frage telefonisch in Verbindung gesetzt. Dieser habe jedoch angegeben, sich nicht an jene Zeit erinnern zu können (vgl. VB 595 S. 1 f., worin die unpräzisen Angaben des Beschwerdeführers betreffend die Einnahme von Diclofenac dargetan werden). Dem GUTSO-Gutachten vom 3. Mai 2017 sind keine konkreten Angaben zur Dosierung und Dauer der Medikamenteneinnahme zu entnehmen. So hat der Beschwerdeführer angegeben, im Zusammenhang mit dem Unfall habe er längere Zeit Dafalgan genommen; er könne nicht sagen, wie lange und in welcher Dosierung. Wann genau man Dafalgan abgesetzt habe, wisse er nicht, später habe er noch Olfen 75 mg und Tilur retard 90 mg genommen, seit März 2017 aber gar nicht mehr (VB 508 S. 38). Anlässlich der neuropsychologischen GUTSO-Begutachtung vom 27. Januar 2017 gab der Beschwerdeführer gar an, neben Schlaftabletten aus pflanzlichen Stoffen sowie Dafalgan keine weiteren Medikamente zu nehmen (VB 286 S. 29). Die tatsächlich eingenommene Dosis und die Dauer der Einnahme von Diclofenac lässt sich somit gestützt auf die Akten nicht verlässlich feststellen. Ebenfalls fehlen Laborbefunde aus dem fraglichen Zeitraum: So führte Dr. med. I. aus, es lägen keine Laborbefunde aus diesem Zeitraum vor (VB 548 S. 4), worauf ebenfalls Dr. med. G. hinwies (E. 5.3.2. hiervor). Damit kann nicht festgestellt werden, wie sich die Leberfunktion vor, während und nach der Einnahme von Diclofenac dargestellt hat. Dr. med. G. hielt entsprechend überzeugend fest, der formale Beweis für das Vorhandensein einer unerwünschten Diclofenac-Einwirkung sei nicht zu führen, da entsprechende Evidenz als Resultat einer engmaschigeren Monitorisierung vor/während/nach der Therapie oder ein Re-Expositionsversuch fehlten (VB 595 S. 5). Die Ausführungen von Dr. med. G., es liege eine adipositas-assoziierte Fettlebererkrankung vor, die sich seit dem Jahr 2012 über die Jahre unbemerkt schleichend zu einer schliesslich fortgeschrittenen Zirrhose entwickelt habe (VB 510 S. 46), welche jedoch bereits zu Beginn der Diclofenac-Medikation im August 2016 vorgelegen habe, und eine unerwünschte Arzneimittelwirkung von Diclofenac als Teilursache der dekompensierten Leberzirrhose sei zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich (VB 595 S. 5), sind somit begründet und nachvollziehbar. Was schliesslich die Ausführungen von Dr. Dr. L. in der E-Mail vom 18. November 2019 (BB 8) betrifft, wonach die akute Dekompensation der Lebererkrankung durch die erwähnten Ereignisse aus seiner Sicht anzunehmen sei, begründet dieser nicht, worauf er seine Annahmen stützt, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Dies gilt umso mehr, als dieser nicht über einen Facharzttitel für Gastroenterologie verfügt und selber angab, er sei kein Hepatologe und es sei eine Stellungnahme eines behandelnden Hepatologen einzuholen

(BB 8). Der Beschwerdeführer vermag mit dem Gutachten von Dr. med. I. die Auffassung und Schlussfolgerungen von Dr. med. G. nicht zu erschüttern, so dass davon abzuweichen wäre. Es ist somit auf das MEDAS-Gutachten und die Ausführungen von Dr. med. G. abzustellen, wonach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne, die Medikamente, die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Juli 2015 eingenommen wurden, hätten die Lebererkrankung verursacht oder den Verlauf wesentlich negativ beeinflusst (VB 510 S. 47 f., VB 595 S. 6 f.). Der medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund insgesamt als vollständig abgeklärt. Auf die Einholung weiterer Beweismittel (vgl. Beschwerde) kann verzichtet werden, da von solchen keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 127 V 491 E. 1b S. 494 mit Hinweisen; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 4).

6.

6.1.

Nach der Lage der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer noch über den Zeitpunkt des per 15. Mai 2017 verfügten Fallabschlusses hinaus an psychischen bzw. sich nicht mit einer organisch objektivierbaren Ursache erklärbaren Beschwerden litt. Ob und gegebenenfalls inwieweit der Unfall vom 14. Juli 2015 natürlich kausal für diese Beeinträchtigungen ist, respektive war, kann – wie sich im Folgenden ergibt – offen bleiben. Die Beschwerdegegnerin prüfte den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 14. Juli 2015 unbestrittenermassen zu Recht mittels der Kriterien der sog. Psycho-Praxis (E. 3.3 und 3.4). Aufgrund des Umstandes, dass im Zeitpunkt der Beurteilung der Gutachter aus orthopädisch-traumatologischer und neurologischer Sicht von weiteren Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. E. 4.1) und das Unfallereignis für die Leberschäden nicht natürlich kausal war (vgl. E. 5), ist der Fallabschluss per 15. Mai 2017 somit nicht zu beanstanden und die Adäquanz wurde zu Recht geprüft.

6.2.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht bzw. das Bundesgericht hat besondere Regeln für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt. Danach setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7 S. 141). Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f. an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich

liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Bei leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint (BGE 115 V 133 E. 6a S. 139), bei schweren Unfällen bejaht werden (BGE 115 V 133 E. 6b S. 140). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage nicht auf Grund des Unfalls allein beantworten. Weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, sind in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183 f. mit Hinweis unter anderem auf BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- (körperliche) Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der (physisch) bedingten Arbeitsunfähigkeit

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 115 V 133 E. 6b/bb S. 140 f.). Sofern keines der Kriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise gegeben ist, bedarf es für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen des Nachweises von vier Kriterien. Demgegenüber müssen bei einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich

drei Kriterien ausreichen (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E. 2.4 mit Hinweisen).

6.3.

6.3.1.

Wie die Beschwerdegegnerin richtigerweise ausgeführt hat (vgl. Einspracheentscheid vom 4. November 2022 in VB 605 S. 43), werden Stürze aus einer Höhe zwischen zwei und vier Metern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_596/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.4.1), sowie Kollisionen zwischen Motorfahrzeugen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_627/2019 vom 10. März 2020 E. 5.3.3 und 8C_518/2019 vom 19. Februar 2020) als mittlere Unfälle im mittleren Bereich qualifiziert. So wurde die Kollision eines Autofahrers mit einem anderen Personenwagen mit 60 bis 70 km/h und dessen mehrfache Überschlagung auf das Dach als mittlerer Unfall im mittleren Bereich beurteilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_598/2020 vom 3. Dezember 2020 E. 9.2.2). Einfache Auffahrkollisionen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_571/2011 vom 23. Dezember 2011 E. 6.1 mit Hinweis) sowie Fahrradunfälle (vgl. 8C_451/2011 vom 18. August 2011 E. 2.4; 8C_768/2008 vom 3. Juni 2009 E. 4.1 und 8C_390/2010 vom 20. Juni 2010 E. 2.3) gelten demgegenüber als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten. So wurde der Sturz mit dem Fahrrad auf den Kopf auf einer vereisten Strasse als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 3.6.). Mit Blick auf die hiervor dargelegte Rechtsprechung hat die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 14. Juli 2015, bei welchem der Beschwerdeführer mit einem Trottinett ohne Kollision mit einem anderen Fahrzeug in einen 1.5 m tiefen Entwässerungsschacht stürzte (vgl. E. 1), zu Recht als mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft (vgl. VB 605 S. 43). Somit müssten zur Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden vier Kriterien oder eines der Kriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise erfüllt sein.

6.3.2.

Betreffend das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist zunächst darauf hinzuweisen, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung dieses Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2019 vom 21. August 2019 E. 4.3.3). Diesem Kriterium kann bei Verlust des Bewusstseins, welcher hier vorgelegen hat (vgl. Arztbericht des Kantonsspital K. vom 19. Juli 2015 in VB 8 S. 3 und Ausrückbericht vom 11. August 2015 in VB 13 S. 3), zudem nicht die gleiche Bedeutung zugemessen werden, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall und die damit verbundenen

Begleitumstände gegeben wäre. Diese Auffassung wurde vom Bundesgericht mehrfach bestätigt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 7.3.2; 8C_721/2011 vom 11. November 2011 E. 5.1). Da sonst kein Anhaltspunkt auf eine besondere Eindrücklichkeit hinweist, ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

Die Verletzungen, welche sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 14. Juli 2015 zuzog (vgl. Diagnosen in E. 4.1), sind zwar geeignet, das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung zu erfüllen. So hat der Beschwerdeführer Frakturen an der Halswirbelsäule sowie am Handgelenk und am Vorfuss erlitten (vgl. VB 508 S. 44 f.; E. 4.1) und wurde am Unfalltag per Helikopter ins Spital transportiert (vgl. Gutachten der Klinik C. in VB 70 S. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_208/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.3). Dieses ist jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6.2.3). Den Akten sind ferner keine Anhaltspunkte für eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung zu entnehmen.

Was die Kriterien der allfälligen vom Beschwerdeführer geltend gemachten ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen angeht (Beschwerde S. 27 f.), so könnten diese allenfalls bezüglich der Leberzirrhose und der später notwendig gewordenen Lebertransplantation gegeben sein. Diese waren jedoch, wie hiavor ausgeführt (E. 5), nicht natürlich kausal zum Unfall. Nicht gegeben sind diese Kriterien aber bezüglich der restlichen somatischen Beschwerden. Die Prüfung der beiden letzten Kriterien (körperliche) Dauerschmerzen und Grad und Dauer der (physisch) bedingten Arbeitsunfähigkeit) kann damit offen bleiben, da diese auf jeden Fall nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise erfüllt wären. Die Beschwerdegegnerin hat einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 14. Juli 2015 und den psychischen bzw. mit keinem organisch objektivierbaren Korrelat zu erklärenden Beschwerden des Beschwerdeführers somit zu Recht verneint.

7.

7.1.

7.1.1.

Streitig ist des Weiteren, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Juni 2017 zu Recht nicht über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfügt (VB 316) und dies in ihrer Einspracheentscheid vom 4. November 2022 bestätigt hat (VB 605).

7.1.2.

Gemäss Rechtsprechung hängen die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Fallabschluss mit Prüfung der Rentenfrage und der In-

tegritätsentschädigung derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist. Als leistungsbestimmende Teilaspekte (SVR 2017 UV Nr. 40 S. 138, 8C_43/2017 E. 2.3.1) sind sie daher zusammen zu beurteilen (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 mit Hinweisen; vgl. auch SVR 2016 AHV Nr. 6 S. 19, 9C_827/2015 E. 3). Die Frage des Rentenanspruchs kann – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin in den Ziffern 13 und 16 der Vernehmlassung vom 22. Februar 2023 – nicht gesondert in Rechtskraft erwachsen, weil das Entstehen des Anspruchs auf eine Rente der Unfallversicherung unter anderem auch vom Zeitpunkt des Eintritts des medizinisch-therapeutischen Endzustandes abhängig ist. Denn zum Anfechtungsgegenstand gehören nicht nur diejenigen Rechtsverhältnisse, über welche die Verwaltung tatsächlich eine Anordnung getroffen hat. Vielmehr bilden auch jene Rechtsverhältnisse Teil des Verfahrensgegenstandes, hinsichtlich deren es die Verwaltung zu Unrecht – in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes sowie des Prinzips der Rechtsanwendung von Amtes wegen – unterlassen hat zu befinden, obwohl dazu nach der Aktenlage oder den Parteivorbringen hinreichender Anlass bestanden hätte (BGE 144 V 354 E. 4.2 S. 356 ff. mit Hinweisen).

7.1.3.

Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Unrecht nicht über den Rentenanspruch verfügt, weshalb dieser vorliegend zu prüfen ist.

7.2.

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.3 S. 347 f.).

7.3.

Für die obligatorische Unfallversicherung besteht keine Leistungspflicht für vorbestehende oder nach dem Unfall aufgetretene Krankheiten, auf welche der Unfall keinen Einfluss ausgeübt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2020 vom 25 März 2021 E. 6.1 und 6.2 mit weiteren Hinweisen). Massgebend ist nicht das Unfalldatum, sondern der Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs (Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2020 vom 25. März 2021 E. 6.1, mit Verweis auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 97/06 vom 24. November 2006 E. 4.3).

7.4.

Ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung wäre vorliegend frühestens im Mai 2017 entstanden (vgl. Verfügung vom 29. Juni 2017 in VB 316 und Einspracheentscheid vom 4. November 2022 in VB 605 S. 28). Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer bereits

krankheitshalber voll erwerbsunfähig und bezog eine ganze Rente der Invalidenversicherung (vgl. Verfügung vom 31. Januar 2018 in BB 9 mit der die IV-Stelle des Kantons Aargau dem Beschwerdeführer angesichts des Invaliditätsgrads von 100 % aufgrund der Leberzirrhose, welche nicht unfallkausal ist (vgl. E. 5), ab März 2017 eine ganze Invalidenrente gewährte). Somit konnte die unfallbedingte Einschränkung im frühesten Zeitpunkt der unfallversicherungsrechtlichen Rentenprüfung (Mai 2017) nach der Rechtsprechung keinen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung mehr begründen, denn das Valideneinkommen wäre im massgebenden Zeitpunkt angesichts der Verfügung der IV-Stelle mit Fr. 0.00 festzusetzen, so dass ungeachtet der Bemessung des Invalideneinkommens kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2020 vom 25. März 2021 E. 6.1 und 6.2).

8.

8.1.

Gemäss Art. 24 UVG hat die versicherte Person, die durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet, Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Abs. 1).

8.2.

Die Schätzung des Integritätsschadens ist eine ärztliche Aufgabe (PHILIPP PORTWICH, Die Integritätsentschädigung für psychische Unfallfolgen nach dem schweizerischen Bundesgesetz über die Unfallversicherung: Grundlagen und Hinweise für die gutachterliche Praxis, SZS 53/2009 S. 344). Die Schwere des Integritätsschadens beurteilt sich ausschliesslich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (RUMO-JUNGO/HOLZER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 166 mit Hinweisen).

8.3.

Der Beschwerdeführer bringt weder etwas gegen die Ausführungen von Dr. med. E., wonach aus neurologischer Sicht kein Integritätsschaden bestehen würde, noch etwas gegen die Ausführungen von Dr. med. F., wonach aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ein Integritätsschaden in der Höhe von 15 % vorliegt (vgl. E. 4.1), vor. Letzteren hat der Beschwerdeführer gar explizit anerkannt (vgl. E-Mail des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 12. Februar 2020 in VB 533) und die entsprechende Entschädigung wurde unbestrittenemassen ausbezahlt. Ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden aufgrund der gastroenterologischen oder psychischen Beschwerden ist, wie auch der Rentenanspruch, zwar Gegenstand dieses Verfahrens (vgl. E. 7.1.2). Ein solcher besteht jedoch mangels natürlichen bzw. adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen

diesen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis (vgl. E. 5) nicht.

9.

Die über den 15. Mai 2017 hinaus persistierenden gastroenterologischen und psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers stehen nicht in einem natürlich- bzw. adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 14. Juli 2015 (vgl. E. 5). Da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Fallabschlusses bereits krankheitshalber voll erwerbsunfähig war und eine ganze Rente der Invalidenversicherung bezog, besteht zudem kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 7.4). Eine Integritätsentschädigung wurde bereits ausbezahlt und ist diesbezüglich unbestritten (vgl. E 8.3). Gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin, worauf diese zu behaftet ist, werden die bereits erbrachten Versicherungsleistungen des Weiteren nicht zurückgefordert (Einspracheentscheid vom 4. November 2022 in VB 605 S. 16; vgl. auch Vernehmlassung vom 22. Februar 2023 S. 3). Die Frage der Versicherungsdeckung kann somit, wie hiavor bereits erwähnt (E. 2), offen bleiben.

10.

Der Beschwerdeführer verlangt des Weiteren die Erstattung des privat eingeholten Gutachtens (Rechtsbegehren Ziffer 6). Unter dem Titel Parteientschädigung sind auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Berichte bzw. Gutachten zu vergüten, soweit diese für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (Art. 45 Abs. 1 ATSG; BGE 115 V 62 E. 5c; Urteil 8C_11/2022 vom 18. März 2022 E. 12). Es wurde vorliegend vollständig auf das MEDAS-Gutachten vom 23. September 2019 und die später eingeholten Ergänzungsgutachten vom 18. Dezember 2019 und 26. Mai 2021 abgestellt. Die Einholung des privaten Gutachtens war für die Beurteilung somit nicht erforderlich, weshalb von einer Erstattung der Kosten abgesehen wird.

11.

11.1.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Fall mit Einspracheentscheid vom 4. November 2022 zu Recht per 15. Mai 2017 abgeschlossen. Der Beschwerdeführer hat sodann weder einen Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf eine über die bereits vergüteten 15 % hinaus gehende Integritätsentschädigung. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

11.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

11.3.

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Zustellung an:
den Beschwerdeführer (Vertreter; 2-fach)
die Beschwerdegegnerin
das Bundesamt für Gesundheit

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 29. Juni 2023

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin i.V.:

Kathriner

Reisinger

