

La question qui se pose dans cet arrêt est de savoir si la Suva était en mesure, après avoir octroyé une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100%, de réviser sa décision initiale, pour n'octroyer finalement qu'une rente complémentaire LAA à un assuré à qui l'office AI avait initialement nié tout droit à une rente AI, car il avait refusé de s'annoncer auprès de lui.

Le TF a retenu que **l'obligation de réclamer des prestations à une autre assurance sociale découlant de l'art. 51 al. 2 OLAA n'est pas satisfaite par la simple annonce du cas**, mais nécessite une obligation de collaborer de l'assuré afin de déterminer si ce dernier a une réelle prétention à faire valoir (c. 5.6.2). Selon le TF, cette obligation peut être exigée par l'assureur-accidents avant l'octroi initial de prestations, mais également ultérieurement (c. 5.7).

**La Suva était donc en droit d'obliger l'assuré à s'annoncer auprès de l'assurance-invalidité.** Elle a correctement appliqué la procédure de mise en demeure et de notification d'un délai de réflexion, de sorte qu'elle était autorisée à appliquer les conséquences juridiques dont elle avait menacé l'assuré, soit l'octroi d'une rente LAA complémentaire (c. 5.8).

Le TF a **laissé ouverte la question de savoir si le fait d'avoir violé l'art. 51 al. 2 OLAA constitue un motif de reconsidération en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA**, car il considère qu'un motif de reconsidération découlait en l'espèce d'autres circonstances. En l'occurrence et contrairement à l'appréciation de la juridiction cantonale, le TF a considéré que **l'absence d'examen du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et l'apparition de troubles psychiques constituait un motif de reconsidération**. La cause a été renvoyée à la cour cantonale pour examen des critères de l'ATF 115 V 133 au sujet du caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et l'apparition des troubles psychiques.

*Auteur : David Métille, avocat à Lausanne*

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 11. Dezember 2019 (VV.2019.220/E).

## Sachverhalt:

### A.

**A.a.** A., geboren 1977, war ab 1. Dezember 2005 bei der B. AG angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 9. Dezember 2010 erlitt er einen Arbeitsunfall, als er den Abfall beim Einzug einer Maschine entfernen wollte, die Einzugswalze seinen Arbeitshandschuh erfasste und seine linke Hand in die Einzugswalze riss (vgl. auch die Schilderungen anlässlich der Besprechung mit dem Case Manager vom 14. Februar 2011). Dabei zog er sich eine Degloving-Verletzung zu. Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Der Kreisarzt, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Suva, attestierte ihm am 7. März 2013 eine zumutbare volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und hielt einen psychisch auffälligen Zustand fest. Nachdem die Suva A. am 4. April 2011, am 11. Mai 2011 und am 21. Juli 2011 zur Anmeldung bei der Invalidenversicherung aufgefordert hatte, kam er dem am 23. August 2011 nach. Die IV-Stelle des Kantons Thurgau verneinte am 6. August 2014 einen Anspruch

von A. auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente, da sich dieser der angeordneten psychiatrischen Begutachtung nicht unterzogen hatte. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Dr. med. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin, Suva, empfahl in seiner Beurteilung vom 23. September 2014 den Fallabschluss und hielt fest, aus psychiatrischer Sicht sei keine Restarbeitsfähigkeit mehr gegeben. Mit Verfügung vom 11. Dezember 2014 sprach die Suva A. ab 1. November 2011 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse aus somatischen Gründen von 30 % zu. Am 9. November 2015 verfügte sie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 25 % aus psychischen Gründen. Beide Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft.

**A.b.** Mit Verfügung vom 22. November 2018 berechnete die Suva die Invalidenrente von A. unter Hinweis auf die infolge Verletzung der Mitwirkungspflicht im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens neu als Komplementärrente. Nachdem A. dagegen hatte Einsprache erheben lassen, kam die Suva am 1. Februar 2019 auf ihre Verfügung zurück und ersetzte sie mit der Anweisung an A., sich bei der Invalidenversicherung bis zum 31. März 2019 anzumelden sowie seinen Mitwirkungspflichten, namentlich im Rahmen von Abklärungsmassnahmen, nachzukommen; im Unterlassungsfall werde die Rente als Komplementärrente berechnet. Am 6. März 2019 liess A. um Erlass einer anfechtbaren Verfügung ersuchen und am 27. März 2019 ein Ausstandsbegehren gegen den für ihn zuständigen Sachbearbeiter der Suva stellen. Mit Verfügung vom 1. April 2019 richtete die Suva ihre Rente ab 1. April 2019 als Komplementärrente aus. Mit Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019 wies sie das Ausstandsbegehren ab und hielt an ihrer Verfügung vom 1. April 2019 fest.

**B.**

Das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 11. Dezember 2019 gut, hob den Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019 auf und wies die von A. beantragte Ausrichtung eines Verzugszinses ab.

**C.**

Die Suva führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit dem Antrag, es seien der vorinstanzliche Entscheid aufzuheben und der Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019 zu bestätigen.

Die Vorinstanz schliesst auf Abweisung der Beschwerde. A. lässt die Abweisung der Beschwerde beantragen; zudem ersucht er um unentgeltliche Rechtspflege. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Stellungnahme.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1.** Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der

allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

**1.2.** Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

**2.**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht die von der Suva zugesprochene Komplementärrente aufgehoben und die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente angeordnet hat. Zwischen den Parteien ist namentlich streitig, ob die Anmeldung bei anderen Sozialversicherungen nach Art. 51 Abs. 2 UVV (SR 832.202) von der zuständigen Unfallversicherung nur im Vorfeld der erstmaligen Zusprechung einer Rente verlangt werden kann oder auch noch zu einem späteren Zeitpunkt. Weiter ist streitig, ob - wie die Suva geltend macht - ein Wiedererwägungsgrund gegeben ist.

**3.**

Die Vorinstanz hat die Bestimmungen über die Modalitäten der Ausrichtung einer Komplementärrente (Art. 20 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 69 ATSG, SR 830.1) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

**4.**

Die Vorinstanz erwog, hinsichtlich der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG begründe die Suva die geltend gemachte zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung mit der damaligen Nichtanwendung von Art. 51 Abs. 2 UVV. Dem könne nicht gefolgt werden. Der Versicherte habe sich 2011 auf Aufforderung der Suva hin bei der Invalidenversicherung angemeldet. Die IV-Stelle habe wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht im Rahmen der angeordneten psychiatrischen Abklärung den Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente verneint. Die Suva habe erst über den Rentenanspruch verfügt, nachdem die IV-Stelle ihre Leistungspflicht verneint habe. Somit habe zu keinem Zeitpunkt eine Konstellation vorgelegen, welche die Ausrichtung einer Komplementärrente zur Folge gehabt hätte, da zu keinem Zeitpunkt ein Rentenanspruch der Invalidenversicherung mit der unfallversicherungsrechtlichen Invalidenrente zusammengetroffen sei. Es könne auf Grund der Aktenlage nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die IV-Stelle dem Versicherten eine ganze Rente zugesprochen hätte, wenn er seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen wäre und sich der von der IV-Stelle für notwendig erachteten psychiatrischen Begutachtung unterzogen hätte. Auch sei der Wiedererwägungsgrund der fehlenden Adäquanzprüfung nicht gegeben, da die Suva diese implizit bejaht habe. Dazu verwies die Vorinstanz auf die Beurteilungen des Dr. med. C. vom 18. März 2014 und vom 23. September 2014, gemäss welchen ein schwerer Unfall gegeben sei. Daraus schloss sie, dass es für das Vorliegen der Adäquanz bloss eines der Kriterien bedürfe, was angesichts der dramatischen Begleitumstände des Unfallgeschehens gegeben sei. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Suva die Rentenzusprechung gemäss Verfügung vom 11. Dezember 2014 zu Unrecht abgeändert habe, und der Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019 aufzuheben sei. Abschliessend verneinte das kantonale Gericht den Anspruch des Versicherten auf einen Verzugszins.

## 5.

Die Suva macht geltend, sie hätte das Recht gehabt, die Leistung mit Wirkung "ex nunc et pro futuro" ohne Berufung auf einen Rückkommenstitel mit der Invalidenversicherung zu koordinieren. Dabei beruft sie sich auf Art. 51 Abs. 2 UVV.

**5.1.** Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet der Wortlaut der Bestimmung. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente. Abzustellen ist dabei namentlich auf die Entstehungsgeschichte der Norm und ihren Zweck, auf die dem Text zu Grunde liegenden Wertungen sowie auf die Bedeutung, die der Norm im Kontext mit anderen Bestimmungen zukommt. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht unmittelbar entscheidend, dienen aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen. Das Bundesgericht hat sich bei der Auslegung von Erlassen stets von einem Methodenpluralismus leiten lassen und nur dann allein auf das grammatikalische Element abgestellt, wenn sich daraus zweifelsfrei die sachlich richtige Lösung ergab (BGE 145 V 2 E. 4.1 S. 6; 142 V 442 E. 5.1 S. 445, je mit Hinweisen).

**5.2.** Art. 51 Abs. 2 UVV lautet wie folgt:

"Der leistungspflichtige Versicherer kann das Mass seiner Leistungen von der Anmeldung des Falles bei anderen Sozialversicherungen abhängig machen."

"L'assureur tenu de fournir une prestation peut faire dépendre l'ampleur de celle-ci du fait que l'assuré communique ou non son cas à d'autres assurances sociales."

"L'assicuratore tenuto a fornire prestazioni può subordinarne l'entità alla notifica del caso, da parte dell'assicurato, ad altre assicurazioni sociali."

**5.3.** Aus dem Wortlaut ergibt sich - entgegen den Behauptungen des Versicherten - weder dass die damit eingeräumte Möglichkeit der Leistungsbemessung nur einmal zulässig sein soll noch dass dies vor der erstmaligen Ausrichtung einer Rente zu erfolgen hat.

Das Bundesgericht hat sich zu diesen beiden Fragen - soweit ersichtlich - bis anhin nicht geäußert. Sofern es zu Art. 51 Abs. 2 UVV Ausführungen gemacht hat, ergeben sich immerhin Hinweise auf sein Verständnis der Norm. In SVR 2009 UV Nr. 55 S. 194, 8C\_607/2008 E. 2.7 führte es aus, soweit die Beschwerdeführerin geltend mache, sie hätte auf die Invalidenrente verzichten können, um dadurch bei der Suva der Komplementärrentenberechnung zu entgehen, hätten in diesem Falle die beanspruchbaren Leistungen im Rahmen einer Leistungscoordination angerechnet werden dürfen. Im nicht publizierten Urteil K 57/98 vom 16. Februar 1999 E. 4b hielt das damalige Eidg. Versicherungsgericht (EVG) fest, einzelne Sozialversicherungszweige würden das Mass ihrer Leistungen von der Anmeldung bei andern Sozialversicherungen abhängig machen (Art. 51 Abs. 2 UVV) oder Leistungen anderer Sozialversicherungen, auf welche die versicherte Person trotz Anspruch verzichtet habe, bei der Überversicherung anrechnen (Art. 72 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung, MVG; SR 833.1); diesen Bestimmungen sei gemeinsam, dass nicht nur effektiv bezogene, sondern auch solche Leistungen anderer Sozialversicherer berücksichtigt würden, die rechtlich zwar bestünden, aus irgendeinem Grund aber nicht zur Ausrichtung gelangten.

Diese Urteile indizieren, dass - ungeachtet davon, ob der andere Sozialversicherungszweig Leistungen auch tatsächlich erbringt - diese (mutmasslichen) Ansprüche der versicherten Person angerechnet

werden können, wenn sie es unterlässt, sich beim anderen Sozialversicherungszweig anzumelden und ihren Pflichten nachzukommen. Eine direkte Antwort auf die beiden Fragen ergibt sich daraus aber (noch) nicht. In der Folge ist demnach anhand der übrigen Auslegungselemente zu ermitteln, wie es sich damit verhält.

**5.4.** Da es sich um eine Norm auf Stufe Verordnung handelt, sind die Materialien dazu spärlich. Immerhin wurde anlässlich der Sitzung der Kommission zur Vorbereitung der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung vom 13./14. August 1980 zum damaligen Art. 45 festgehalten, die von der Suva vorgeschlagene Ergänzung des Artikels entspreche Art. 17 Abs. 3 der Verordnung III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände (VO III; SR 832.140; in Kraft von 1. Januar 1965 bis 31. Dezember 1995; AS 1965 41 und AS 1995 3867) und habe sich in der Krankenversicherung bestens bewährt. In der Folge wurde dieser Absatz in den Verordnungsentwurf aufgenommen (S. 20). Anlässlich der weiteren Sitzungen wurde diese mittlerweile im Entwurf als Art. 49 Abs. 2 geführte Bestimmung von der Kommission nicht mehr diskutiert (Protokoll der Sitzung der Kommission zur Vorbereitung der Verordnung über die Unfallversicherung vom 29./30. April und 5. Mai 1981, S. 68) resp. nur noch redaktionell überarbeitet (Ersetzung des Begriffs "Sozialversicherer" durch "Sozialversicherungen"; Protokoll der Kommission zur Vorbereitung der Verordnung über die Unfallversicherung vom 29./30. März 1982, S. 28).

In EVGE 1966 S. 24 führte das EVG aus, die vom Bundesamt für Sozialversicherungen vorgeschlagene Lösung würde Art. 17 Abs. 3 VO III widersprechen; diese Norm zeige gerade auf, dass das positive Recht keinen Verzicht auf eine direkte Anmeldung des Krankenkassenpatienten bei der Invalidenversicherung zulasse. In RKUV 1984 Nr. K 574 S. 84 kam es zum Schluss, der Rückforderungsanspruch der Krankenkasse sei berechtigt, da der Rückzug der Anmeldung bei der Invalidenversicherung durch die versicherte Person zu Unrecht erfolgt und daher mit einer unterlassenen Anmeldung gleichzustellen sei und angesichts der zu erwartenden halben Invalidenrente einem Leistungsverzicht gleichkomme. Weiter hielt es fest, die massgebende Bestimmung zur Anmeldepflicht bei der Invalidenversicherung könne nicht anders verstanden werden, als dass von der versicherten Person nicht nur die rechtzeitige Anmeldung verlangt werde, sondern dass diese auch bis zum Entscheid der Verwaltung über den Leistungsanspruch aufrecht erhalten bleibe und dass darauf nicht nachträglich verzichtet werde. In RKUV 1984 Nr. K 575 S. 89 führte das EVG aus, die Krankenkasse könne sich nur auf die Anmeldepflicht bei der Invalidenversicherung berufen, wenn auch begründete Aussicht auf Leistungen der Invalidenversicherung, z.B. medizinische und berufliche Massnahmen oder eine Invalidenrente, bestehe. Diese Entscheide, die sich auf Art. 17 Abs. 3 VO III beziehen, der Grundlage für den hier strittigen Art. 51 Abs. 2 UVV war, zeigen, dass die versicherte Person nicht bloss zur Anmeldung verpflichtet ist, sondern auch nichts unternehmen darf, was der Realisierung ihres Anspruchs bei der anderen Sozialversicherung entgegenstehen könnte. Allerdings ist die Anwendung der Bestimmung auf Fälle beschränkt, bei welchen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einem bestehenden Anspruch ausgegangen werden kann.

**5.5.** Es stellt sich die Frage, ob sich aus der Praxis zu anderen Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts Erkenntnisse zum Verständnis von Art. 51 Abs. 2 UVV ergeben:

**5.5.1.** Nach Art. 29 Abs. 2 der Verordnung vom 10. November 1993 zur Militärversicherung (MVV; SR 833.11) kann die Militärversicherung das Mass ihrer Leistungen von der Anmeldung des Falles bei anderen Sozialversicherungen abhängig machen. Diese Norm ist inhaltlich identisch mit dem

hier zur Diskussion stehenden Art. 51 Abs. 2 UVV. Allerdings gibt es bis anhin - soweit ersichtlich - keine Rechtsprechung zu Art. 29 Abs. 2 MVV, welche vorliegend in analoger Weise berücksichtigt werden könnte.

**5.5.2.** Die berechnigte Person kann nach Art. 23 Abs. 1 ATSG auf Versicherungsleistungen verzichten, diesen Verzicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, wobei Verzicht und Widerruf schriftlich zu erfolgen haben. Da dieser Verzicht schriftlich zu erfolgen hat und somit ein aktives Verhalten der versicherten Person voraussetzt, lässt sich für die vorliegend zu beurteilende Konstellation nichts gewinnen. Denn im hier zu beurteilenden Fall geht es nicht um einen aktiven Verzicht, sondern um ein passives Verhalten resp. die Verweigerung der gesetzlich statuierten Mitwirkung (vgl. dazu E. 5.6.2).

**5.5.3.** Auch aus Art. 20 Abs. 2 UVG lässt sich für die hier zu beantwortende Frage nichts ableiten. Denn der Zeitpunkt der Koordination nach dieser Bestimmung kann erst entstehen, wenn die versicherte Person sich beim anderen Sozialversicherer anmeldet und ihren Mitwirkungspflichten unterzieht, so dass eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs erfolgen kann. Dies ist aber in der hier strittigen Konstellation gerade nicht der Fall.

## **5.6.**

**5.6.1.** Von der Gesetzssystematik und dem Sinn und Zweck her ist mit der Suva festzuhalten, dass sich der Umfang von Art. 51 Abs. 2 UVV nicht auf die blosser Anmeldung beim Sozialversicherer beschränken kann, sondern dass damit auch die Pflicht zur Erfüllung der mit der Anmeldung zusammenhängenden Mitwirkung einhergeht. Denn wenn es bloss um die Anmeldung ginge, wäre Art. 51 Abs. 2 UVV obsolet. Die Frage, ob dem Unfallversicherer ein eigenes Anmelde-recht zusteht, soweit er durch die Verweigerung von Versicherungsleistungen berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an der Gewährung der Leistungen hat, kann vorliegend offenbleiben. Dasselbe gilt für die Frage, ob er ein Anmelde-recht gestützt auf die Regelung im einzelnen Versicherungszweig hat, hier Art. 66 Abs. 1 IVV, wonach zur Geltendmachung eines Anspruchs auch Behörden und Stellen befugt sind, welche die versicherte Person regelmässig unterstützen oder betreuen, wie etwa der Hausarzt (Urteil 9C\_61/2011 vom 4. Mai 2011 E. 2.4) oder die Sozialhilfebehörden (Urteil 8C\_905/2014 vom 23. Juli 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). Denn nach BGE 133 V 188 E. 4.2 S. 191 deckt sich das Beschwerderecht mit der Parteistellung im Verwaltungsverfahren, so dass der leistungspflichtige Unfallversicherer nicht nur bezüglich einer Verfügung der IV-Stelle beschwerdelegitimiert ist, sondern damit auch Parteistellung im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren hat, was folglich ein Anmelde-recht einschliesst (vgl. dazu auch Franziska Martha Betschart, Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 17 zu Art. 34 ATSG).

**5.6.2.** Eine Anmeldepflicht der versicherten Person nach Art. 51 Abs. 2 UVV wäre zudem völlig sinn- und zwecklos, wenn letztere nicht auch verpflichtet wäre, zur Feststellung, ob dieser andere Sozialversicherungszweig ebenfalls leistungspflichtig ist, beizutragen. Ebenso wie die Mitwirkungspflicht in Zusammenhang mit der nach Art. 21 Abs. 4 ATSG angeordneten Durchführung einer zumutbaren Therapie nicht mit bloss einer einmaligen Konsultation eines entsprechenden Facharztes erfüllt wird (vgl. SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19, I 824/06 E. 3.3.2), ist der Pflicht zur Geltendmachung von Leistungen bei einem anderen Sozialversicherungszweig nicht mit der blossen Anmeldung Genüge getan, sondern verlangt auch die Mitwirkung zur Feststellung, ob ein (allfälliger)

Anspruch besteht. Im Übrigen ist auf BGE 140 V 267 hinzuweisen, wo das Bundesgericht in E. 5.2.2 festgehalten hat, dass der im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens erfolgten Verletzung der Mitwirkungspflicht auch im Bereich der Ergänzungsleistungen Rechnung zu tragen ist, indem zur Ermittlung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen auf das nach Durchführung der konkret verweigerten Eingliederungsmassnahmen erzielbare Einkommen abgestellt wird. Dabei hielt das Bundesgericht explizit fest, dass die fehlende Kooperation damit doppelt - invalidenversicherungs- und ergänzungsleistungsrechtlich - berücksichtigt werde, sei in Anbetracht der Abhängigkeit der Ergänzungsleistungen von der Invalidenversicherung systemimmanent; anders zu entscheiden hiesse, dass sich die versicherte Person für die invalidenversicherungsrechtlichen Folgen ihrer Widersetzlichkeit mittels Ergänzungsleistungen schadlos halten könnte.

**5.6.3.** Auf das Verhältnis von Unfall- und Invalidenversicherung übertragen bedeutet dies, dass sich auch in dieser Konstellation die versicherte Person, die ihre Pflichten im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens verletzt, nicht durch die unfallversicherungsrechtlichen Leistungen soll schadlos halten können, obwohl sie durch ihr Verhalten die vom Gesetzgeber vorgesehene Koordination zwischen den verschiedenen Sozialversicherungszweigen unterläuft. Auch hier geht es somit nicht an, dass ein Unfallversicherer mehr Leistungen erbringen muss, als er bei pflichtgemäsem Verhalten der versicherten Person im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren mutmasslich gehalten gewesen wäre. Dies hat vorliegend umso mehr zu gelten, da nach Ansicht des Gesetzgebers den Renten der Invalidenversicherung (und nicht der Unfallversicherung) der Charakter der Basisleistung zukommt (vgl. etwa Botschaft des Bundesrates vom 17. Februar 1967 zum Entwurf eines Bundesgesetzes betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, BBl 1967 I 687 zu Art. 45 Abs. 3 IVG). In diesem Zusammenhang ist auch auf Frésard/Moser-Szeless zu verweisen, die ebenfalls festhalten, dass der Unfallversicherer im Rahmen seiner Leistungspflicht die Weigerung der versicherten Person an der Teilnahme einer invalidenversicherungsrechtlichen Eingliederungsmassnahme berücksichtigen können soll (L'assurance-accidents obligatoire, SBVR, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, Rz. 442 S. 1028).

**5.7.** Unter Würdigung aller Auslegungselemente kann Art. 51 Abs. 2 UVV kein anderes Verständnis zugeordnet werden, als dass die Aufforderung zur Anmeldung bei einem anderen, möglicherweise leistungspflichtigen Sozialversicherer nicht bloss einmalig und auch nicht nur vor der erstmaligen Leistungszusprechung zulässig ist und dass diese Pflicht zur Anmeldung bei einer anderen Sozialversicherung auch die Pflicht beinhaltet, in jenem Verfahren für die Feststellung des Leistungsanspruchs im erforderlichen Ausmass mitzuwirken.

**5.8.** Nach dem Gesagten war die Suva berechtigt, den Versicherten zur Anmeldung bei der Invalidenversicherung zu verpflichten. Sie hat auch das Mahn- und Bedenkzeitverfahren korrekt durchgeführt, so dass sie befugt war, die angedrohte Rechtsfolge zu verfügen. Soweit der Versicherte geltend macht, es sei nicht zulässig, in dieser Konstellation seine Rente zu kürzen, ist er darauf hinzuweisen, dass ein Sozialversicherer bei Nichtbefolgen der Mitwirkungspflicht nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens berechtigt ist, seine Leistungen für die Dauer der Verletzung der Mitwirkungspflicht komplett einzustellen (BGE 139 V 585). Folglich muss es erst recht zulässig sein, die Leistungen während dieser Zeit bloss zu reduzieren.

Ob die unterlassene Durchsetzung des Vorgehens nach Art. 51 Abs. 2 UVV einen Wiedererwägungsgrund nach Art. 53 Abs. 2 ATSG darstellt, kann offenbleiben, da - wie nachfolgend gezeigt wird - sich bereits aus anderen Umständen ein Wiedererwägungsgrund ergibt.

## 6.

Weiter rügt die Suva, die Vorinstanz habe zu Unrecht die Erfüllung der Voraussetzungen einer Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG verneint.

**6.1.** Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die erstgenannte Voraussetzung meint, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt war oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweismwürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (BGE 138 V 324 E. 3.3 S. 328; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C\_525/2017 E. 7.1 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung ist das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit etwa bei Vorliegen einer eindeutigen Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG sowie bei Ausserachtlassung der im Zeitpunkt der Gewährung der Rente geltenden Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage erfüllt (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C\_525/2017 E. 7.2 mit Hinweisen). Verfügungen der Unfallversicherer, bei welchen eine Rentenzusprechung ohne explizite oder wenigstens implizite Prüfung der Adäquanz erfolgte, stellen eine Leistungszusprechung auf Grund falscher Rechtsanwendung und damit eine zweifellos rechtsfehlerhafte Verfügung dar, so dass der Unfallversicherer berechtigt ist, darauf zurückzukommen. Gestützt auf diese zweifelloser Unrichtigkeit kann eine Überprüfung erfolgen, ohne dass gefragt werden muss, ob die ursprüngliche Verfügung auch im Ergebnis, d.h. im Dispositiv zweifellos unrichtig ist. Dadurch soll mit Wirkung "ex nunc et pro futuro" ein rechtskonformer Zustand hergestellt werden. Dabei ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung über die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente zu ermitteln (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C\_525/2017 E. 7.3 mit Hinweisen).

**6.2.** Die Vorinstanz führt aus, es könne nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden wäre. Denn der Regionale Ärztliche Dienst zeige auf, dass die Beurteilung durch Dr. med. C. fraglich und weitere Abklärungen notwendig seien. Weiter hält sie fest, der Versicherte habe sich der von der IV-Stelle angeordneten Begutachtung widersetzt, weil gerade die von Dr. med. C. attestierte volle Arbeitsunfähigkeit fraglich sei. Die Suva habe nach Kenntnisnahme der Ablehnung des Leistungsanspruchs durch die IV-Stelle ohne weitere Abklärungen eine Invalidenrente bei einem



Invaliditätsgrad von 100 % gestützt auf die von Dr. med. C. attestierte volle Arbeitsunfähigkeit zugesprochen.

Diese vorinstanzlichen Ausführungen legen ohne Weiteres dar, dass die ursprüngliche Rentenzusprechung der Suva unter Verletzung der Abklärungspflicht von Art. 43 Abs. 1 ATSG erfolgt ist und somit ein Wiedererwägungsgrund vorliegt (vgl. oben E. 6.1).

**6.3.** Die Vorinstanz führt weiter aus, der Wiedererwägungsgrund der fehlenden Adäquanzprüfung sei nicht gegeben, da die Suva den adäquaten Kausalzusammenhang implizit bejaht habe. Dazu verwies sie auf die Beurteilungen des Dr. med. C. vom 18. März 2014 und vom 23. September 2014, gemäss welchen ein schwerer Unfall vorliege. Daraus schloss sie, dass es für das Vorliegen der Adäquanz nur eines Kriteriums bedürfe, was angesichts der dramatischen Begleitumstände gegeben sei.

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Die Adäquanz stellt eine Rechtsfrage dar, die somit vom Rechtsanwender, mithin der Verwaltung und im Beschwerdefall durch das Gericht, zu beurteilen ist (BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 117 mit Verweis auf BGE 117 V 359 E. 5d/aa S. 364). Entgegen der vorinstanzlichen Annahme kann in der Ausführung des Dr. med. C., es liege ein schwerer Arbeitsunfall resp. eine schwere Handverletzung vor, keine implizite Adäquanzprüfung gesehen werden, zumal er keinerlei Bezug auf diese nahm und als Mediziner zu deren Beantwortung auch nicht zuständig gewesen wäre.

Nach dem Gesagten erfolgte weder eine explizite noch eine implizite Prüfung der Adäquanz durch die Suva. Damit ist auch der Wiedererwägungsgrund der fehlenden Adäquanzprüfung gegeben.

**6.4.** Ob die weiteren Voraussetzungen einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG gegeben sind und damit eine rückwirkende Aufhebung der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 11. Dezember 2014 zulässig wäre, kann offenbleiben. Denn angesichts der vorliegenden Wiedererwägungsgründe (Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes; fehlende Adäquanzprüfung) ist erstellt, dass die damalige Verfügung ohne Zweifel rechtsfehlerhaft zustande gekommen ist und daher die Voraussetzungen für eine Prüfung "ex nunc et pro futuro" gegeben sind. Die Suva ist demnach berechtigt, eine Beurteilung der Invalidenrente ab 1. April 2019 vorzunehmen (vgl. oben E. 6.1). Die Sache ist somit unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids vom 11. Dezember 2019 an das kantonale Gericht zurückzuweisen. Dieses wird den Rentenanspruch des Versicherten "ex nunc et pro futuro" und ohne Bindung an die bisherigen Beurteilungen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.), aber unter Einbezug einer Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 (vgl. zur Beurteilung der Schwere des Unfalls bei Handverletzungen statt vieler SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 5.3.1, SVR 2009 UV Nr. 57 S. 203, 8C\_77/2009 E. 4.1.1 oder Urteil 8C\_620/2019 vom 5. Februar 2020 E. 6.3.2 mit Hinweisen) und der Rechtsprechung von BGE 141 V 281, die auch im Rahmen des Unfallversicherungsrechts massgeblich ist (BGE 141 V 574), sowie unter Veranlassung allenfalls notwendiger medizinischer Abklärungen neu zu prüfen haben. Dabei wird sie - je nach Ergebnis - auch die Anforderungen von Art. 61 lit. d ATSG zu berücksichtigen haben.

## **7.**

**7.1.** Das Verfahren ist kostenpflichtig. Der unterliegende Versicherte hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege kann entsprochen werden, da der Versicherte als Beschwerdegegner am Verfahren beteiligt ist und die Vertretung durch einen

Rechtsanwalt geboten war (Art. 64 Abs. 1 und 2 BGG; Urteil 8C\_333/2019 vom 18. September 2019 E. 5.2). Es wird indessen ausdrücklich auf Art. 64 Abs. 4 BGG aufmerksam gemacht, wonach die begünstigte Partei der Bundesgerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu im Stande ist.

**7.2.** Der Rechtsvertreter hat mit Eingabe vom 15. Mai 2020 ein Anwaltshonorar von Fr. 7214.70 (inkl. MWSt und Auslagen von Fr. 20.90) geltend gemacht. Dies ist offensichtlich überhöht. Denn der geltend gemachte Zeitaufwand von 21.5 Stunden für das Verfassen der Rechtsschrift ist unangemessen hoch, erst recht, wenn in Betracht gezogen wird, dass es sich nicht um eine Beschwerde, sondern bloss um eine Beschwerdeantwort handelt und der Rechtsvertreter sich auf eine Stellungnahme zu den Vorbringen der Suva beschränken konnte. Schliesslich ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass der Rechtsanwalt den Versicherten bereits seit dem Einspracheverfahren vertritt und folglich mit dem Fall seit langem vertraut ist. Angesichts der gegebenen Umstände rechtfertigt sich der übliche Ansatz von Fr. 2800.-.

**Demnach erkennt das Bundesgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 11. Dezember 2019 aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

**2.**

Dem Beschwerdegegner wird die unentgeltliche Verbeiständung gewährt und Rechtsanwalt Philip Stolkin wird als unentgeltlicher Anwalt bestellt.

**3.**

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdegegner auferlegt, indes vorläufig auf die Bundesgerichtskasse genommen.

**4.**

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdegegners wird aus der Bundesgerichtskasse eine Entschädigung von Fr. 2800.- ausgerichtet.

**5.**

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.