

BL_GERICHTE 725 19 135/323 vom 19. Dezember 2019

BL Gerichte, 2019-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_19_135_323

FR: BL_GERICHTE 725 19 135/323 du 19 décembre 2019

IT: BL_GERICHTE 725 19 135/323 del 19 dicembre 2019

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten. 2.1 Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 30. Mai 2017 mit, dass der Fall grundsätzlich abgeschlossen werde und die vorübergehenden Versicherungsleistungen per Ende Juni 2017 eingestellt würden. Gleichzeitig wies sie ihn darauf hin, dass man zur Prüfung der Frage übergehe, ob weitere Versicherungsleistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) ausgerichtet werden könnten. Mit Verfügung vom 14. Juli 2017 bzw. mit Einspracheentscheid vom 19. März 2018 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 35% zu. Mit der vorliegenden Beschwerde beantragt der Beschwerdeführer die Prüfung des Rentenanspruchs sowie die Zusprechung einer höheren Integritätsentschädigung, der von der Beschwerdegegnerin angeordnete Fallabschluss wird seitens des Beschwerdeführers nicht beanstandet und ist somit nicht streitig. Auch aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, die gegen die Rechtmässigkeit dieses Vorgehens sprechen würden. Damit beschränkt sich die nachfolgende Prüfung auf die Ansprüche auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. 2.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Zu den geänderten Normen gehört auch die Bestimmung von Art. 18 Abs. 1 UVG, welche den Anspruch auf eine Invalidenrente regelt. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird. 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am

dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt als erstes voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen natürlichen Kausalzusammenhang als anspruchsbegründender Tatsache Rechte ableiten wollte (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

3.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem versicherten 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine

Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). 4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer 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 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

E. 5

Zunächst ist zu prüfen, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer unfallbedingt arbeitsunfähig ist. Dabei sind einzig die organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden zu berücksichtigen. Diesbezüglich hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Anschluss an die beiden Ereignisse anerkannt und die vorübergehenden gesetzlichen Leistungen bis zum 30. Juni 2017 erbracht (vgl. E. 2.1 hiervor). Was die vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen anbelangt, so fehlt

es diesbezüglich - wie nachfolgend in Erwägung 8 aufzuzeigen sein wird - bereits an der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu den Ereignissen vom 17. September 2010 bzw. 3. Mai 2014. 6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich entscheiderelevante Arztberichte und Gutachten wiedergegeben: 6.2 Im Bericht des Spitals D.____ vom 3. November 2010, wo der Versicherte im Anschluss an das Ereignis vom 22. September 2010 behandelt worden war, wurden eine SLAP-Läsion Typ 2 sowie ein longitudinaler Riss der langen Bizepssehne diagnostiziert, woraufhin am 7. Oktober 2010 eine Schulterarthroskopie erfolgte. In der Folge wurden beim Versicherten im Rahmen von Verlaufskontrollen persistierende Beschwerden diagnostiziert und er wurde wiederholt arbeitsunfähig geschrieben. Am 5. Januar 2012 erfolgte eine weitere Arthroskopie der Schulter. 6.3 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 15. Januar 2013 (stationärer Aufenthalt vom 29. November 2012 bis 9. Januar 2013) wurden chronifizierte, belastungs- und funktionsabhängige Schulterschmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung an der Schulter rechts diagnostiziert. Klinisch hätte sich bei Eintritt eine mässige Verspannung der schulterführenden Muskulatur sowie eine leichte Druckschmerzhaftigkeit subakromial und über dem Akromioklavikulargelenk gezeigt. Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen, den klinischen und radiologischen Befunden das Ausmass der aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen nur zum Teil erklären. Es sei davon auszugehen, dass es sich um eine chronifizierte Schmerzproblematik handle, die weder auf operative noch auf konservative Massnahmen adäquat angesprochen habe. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geltend gemachten, erheblichen Beschwerden und den objektiven Befunden. Die Tätigkeit als Anlagen- und Apparatebauer sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne Arbeit über Kopf, ohne wiederholte Arbeit über Schulterhöhe und ohne körperfernes Hantieren, sei ganztags zumutbar. 6.4 In der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. April 2014 berichtete Dr. C.____, dass beim Versicherten mittlerweile ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vorliege. Aktuell bestehe unverändert die Schulterdystonie rechts mit chronifizierten Schulterschmerzen und einer Minderung der Kraft der Schulterbeweglichkeit rechts. Der Untersuchungsbefund dokumentiere eine Kraftminderung des rechten Armes und eine Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk mit einer Abduktion und Anteversion jeweils 100°. Es gelte unverändert das im Austrittsbericht der RKB formulierte Zumutbarkeitsprofil. Es liege ein unfallbedingter medizinischer Endzustand vor. 6.5 Am 8. Mai 2014 meldete der Versicherte einen weiteren Unfall. In Bezug auf die daraus resultierende Calcaneustrümmerfraktur erfolgten am 4. Mai 2014 eine Fasziotomie und am 9. Mai 2014 eine Osteosynthese. 6.6 In einem Verlaufsbericht der Klinik F.____ vom 18. März 2015 wurde berichtet, dass es postoperativ zu einer Infektion gekommen sei. Es sei eine antibiotische Therapie bei Implantatassoziiertem Infekt erfolgt, wobei im weiteren Verlauf persistierende Beschwerden im Bereich des Rückfusses rechts bestanden hätten. Die Beschwerden seien auf die Gelenksdestruktion und die Protrusion der Schrauben zurückzuführen. Die aus diesem Grund empfohlene Metallentfernung mit Biopsie-Entnahmen erfolgte am 30. Mai 2015. 6.7 Anlässlich einer weiteren Operation am 6. Juli 2015 wurde eine fortgeschrittene Arthrose des unteren Sprunggelenkes festgestellt. 6.8 Mit Verlaufsbericht vom 18. November 2015 wurde ausgeführt, dass es dem Versicherten nicht besser gehe. Er habe mittlerweile psychische Probleme, mit seinen Beschwerden und dem aktuellen Zustand

klarzukommen. Des Weiteren habe er Beschwerden in der ganzen rechten Körperhälfte, in der Leiste rechts das Bein entlang des Ischiasnerves und auch insgesamt im Fuss rechts. 6.9 Im Rahmen einer kreisärztlichen Beurteilung vom 30. März 2016 hielt Dr. C.____ zur Frage, ob von weiteren Behandlungen noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne, fest, dass noch eine gewisse Verbesserung zu erwarten sei, wenn es dem Versicherten gelingen würde, die Unterarmgehstützen abzutrainieren. Hierdurch würde die vermehrte Belastung der Schulter wegfallen. Inwieweit seitens des rechten Fusses noch von einer namhaften Besserung ausgegangen werden könne, sei von einer Konsultation in der Schmerzlinik H.____ abhängig zu machen. Das aktuelle Zumutbarkeitsprofil unter Berücksichtigung der Schulter und des Fusses laute wie folgt: leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ganztags überwiegend sitzend mit der Möglichkeit der Wechselbelastung. Am rechten Fuss bestünden folgende Einschränkungen: keine hockenden oder kauernenden Tätigkeiten, kein Arbeiten auf schrägem oder unebenem Untergrund, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten und kein längeres Gehen und Stehen. Von Seiten der rechten Schulter seien keine Überkopfarbeiten, keine wiederholten Arbeiten über Schulterhöhe und keine Vibrations- oder Stossbelastungen möglich. 6.10 Am 15. Mai 2017 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. C.____, wobei dieser die folgenden Diagnosen stellte: einen Status nach SLAP-Läsion und Längsruptur der Bizepssehne am 17. September 2010, einen Status nach offener Bizeps-Tenotomie und Tenodese am 7. Oktober 2010 mit Ausbildung einer schmerzhaften Schultersteife im weiteren Verlauf, ferner einen Status nach intraartikulärer Calcaneusfraktur rechts vom 3. Mai 2014 mit Erfordernis einer Fasziotomie bei beginnendem Kompartimentsyndrom am 4. Mai 2015 sowie nachfolgender Osteosynthese der Calcaneusfraktur, Metallentfernung, Arthrolyse des unteren Sprunggelenkes und zuletzt bei posttraumatischer fortgeschrittener Arthrose des unteren Sprunggelenkes, Durchführung einer USG-Arthrolyse rechts mit Spongiosa Allograft-Plastik am 6. Juli 2015 und schliesslich einen Status nach Osteosynthesematerialentfernung und Tenolyse der Flexor hallucis longus-Sehne am 26. Januar 2017. Von weiteren Behandlungen an der rechten Schulter und am rechten Fuss sei keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Die Therapieerfolge seien jeweils nur kurzzeitig und ohne wesentliche erkennbare Verbesserung gewesen, dies auch seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung. Die geltend gemachten Beschwerden an den Knien und Oberschenkeln rechts, am Rücken und am Becken beidseits seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf die beiden Ereignisse vom 17. September 2010 und 3. Mai 2014 zurückzuführen. Hier lägen keine primären Verletzungsfolgen vor. Die Zumutbarkeitsbeurteilung vom 29. März 2016 habe weiterhin Gültigkeit. Demnach seien dem Versicherten weiterhin leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ganztags überwiegend sitzend mit der Möglichkeit der Wechselbelastung zumutbar, mit folgenden Einschränkungen in Bezug auf den rechten Fuss: keine hockenden oder kauernenden Tätigkeiten, kein Arbeiten auf schrägem oder unebenem Untergrund, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie kein längeres Gehen und Stehen. Hinsichtlich der rechten Schulter seien folgenden Einschränkungen zu anerkennen: keine Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm, keine wiederholten Arbeiten über Schulterhöhe mit dem rechten Arm und keine Vibrations- oder Stossbelastungen für den rechten Arm. 7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in erster Linie auf die Ergebnisse, zu denen der Kreisarzt Dr. C.____ in seiner Beurteilung vom 15. Mai 2017 gelangt war. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten aufgrund der organisch

ausgewiesenen unfallbedingten Restfolgen am rechten Fuss sowie an der Schulter, die angestammte Tätigkeit als Anlagen- und Apparatebauer nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensadaptierten, leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit, unter Berücksichtigung der Einschränkungen von Seiten der rechten Schulter sowie des rechten Fusses, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. 7.2 Der Beschwerdeführer beanstandet die kreisärztliche Beurteilung als zu knapp und rudimentär. Dabei macht er insbesondere geltend, dass die von ihm geklagten Beschwerden bei der Zumutbarkeitsbeurteilung nur ungenügend berücksichtigt worden seien und Dr. C.____ sich auch nicht mit der Verdachtsdiagnose eines Morbus Sudeck (komplexes regionales Schmerzsyndrom [Complex Regional Pain Syndrome, CRPS] auseinandergesetzt habe. Es trifft zwar zu, dass die Beurteilung von Dr. C.____ nicht allzu ausführlich ausfällt, gleichwohl erfüllt sie sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage stellt (vgl. E. 4.3 hiervor). Dr. C.____ setzt sich hinreichend mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Alsdann nimmt Dr. C.____ gestützt auf seine eingehende persönliche Untersuchung und Befunderhebung eine schlüssige Beurteilung der Kausalitätsfrage bzw. der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor. Seine Beurteilung steht auch im Einklang mit dem Gesundheitszustand, wie er in den vorhandenen medizinischen Unterlagen dokumentiert wird. Unter diesen Umständen vermag aber der Einwand des Beschwerdeführers, wonach die geklagten Beschwerden nicht berücksichtigt worden seien, nicht zu überzeugen. Die unfallbedingten, objektiv ausgewiesenen Restbeschwerden äussern sich der übereinstimmenden medizinischen Aktenlage zufolge insofern, als eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes besteht und infolge der Arthrose am rechten Sprunggelenk die Einnahme von hockenden oder kauern Positionen nicht beschwerdefrei möglich ist und das Gehen auf unebenem Grund Mühe bereitet. Diesen fortbestehenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird aber in der fachärztlichen Beurteilung von Dr. C.____ durch ein entsprechend eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil vollumfänglich Rechnung getragen. Auch sonst sind weder aus den Akten Hinweise ersichtlich noch werden solche vom Beschwerdeführer geltend gemacht, die Anlass geben könnten, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. C.____ zu zweifeln. Was die Diagnose eines Morbus Sudeck anbelangt, so wurde diese lediglich als Verdachtsdiagnose formuliert, welche - wie dem durch den Kreisarzt zitierten Bericht des Kantonsspitals D.____ vom 13. Februar 2014 zu entnehmen ist - jedoch keinen Bestand hat. So führt Dr. med. G.____, FMH Präklinische Notfallmedizin, in diesem Bericht aus, es sei wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Beschwerden des Versicherten nicht durch eine sympathisch unterhaltene Schmerzkomponente oder ein CRPS 1/Morbus Sudeck bedingt seien. 8.1 Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden, die keinem organischen Substrat zuzuordnen sind, wäre in der Prüfungsabfolge zunächst die natürliche Kausalität dieser Beeinträchtigungen im Zusammenhang zu den fraglichen Ereignissen zu untersuchen. Nach der Rechtsprechung kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang bei psychischen Beschwerden jedoch in jenen Fällen offengelassen werden, in welchen der für die Bejahung einer Leistungspflicht erforderliche adäquate Kausalzusammenhang ohnehin verneint werden muss. (SVR 1995 U 23 S. 68 E. 3c; ebenso: Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2010, 8C_182/2010, E. 3.2). 8.2 Bei der Beurteilung der Adäquanzen von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden, ohne dass die versicherte Person ein

Schleudertrauma der HWS oder einen äquivalenten Verletzungsmechanismus erlitten hat, erfolgt die Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien (vgl. zu den Anforderungen an die Objektivierbarkeit von organischen Leiden: nicht publizierte E. 2 des Urteils BGE 135 V 465, in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25 [8C_216/2009]). Nach dieser Rechtsprechung kann die Adäquanz bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres verneint werden (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2008, U 42/07, E. 3.3). 8.3 Was zunächst das Ereignis vom 17. September 2010 anbelangt, so fällt eine mögliche Adäquanz von psychischen Beschwerden von vornherein ausser Betracht, weil es sich hierbei nicht um einen Unfall im Rechtssinne, sondern um eine unfallähnliche Körperschädigung handelte, welche eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nur unter diesem Aspekt zu begründen vermochte. In Bezug auf das Ereignis vom 3. Mai 2014 ist sodann daran zu erinnern, dass mit Blick auf die Adäquanz einer psychischen Überlagerung nach einer erlittenen Verletzung nicht die Schwere der primären Verletzungen am rechten Fuss an sich, sondern ausschliesslich die Unfallschwere des Unfallereignisses zu würdigen ist. Der Beschwerdeführer rutschte auf einer nassen Treppe aus und konnte sich nicht mehr auffangen, so dass er abgesprungen, dabei aber nicht richtig gelandet und umgefallen ist. Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften ist dieser Vorgang mit der Beschwerdegegnerin zweifellos als leichter Unfall zu qualifizieren. Diese Auffassung steht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts, derzufolge blosser Stürze oder blosses Ausrutschen seit jeher als leichte Unfälle qualifiziert werden (vgl. BGE 115 V 133 E. 6a). Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die Adäquanz zwischen den Ereignissen vom 17. September 2010 bzw. vom 3. Mai 2014 und den anhaltend geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden, zu Recht verneint.

E. 9

Als Zwischenergebnis ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf der Basis des von Dr. C.____ attestierten Zumutbarkeitsprofils über den Anspruch auf eine UVG-Invalidenrente befunden hat. 10.1 Zu prüfen sind weiter die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Gemäss Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad vorliegend aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 104 V 136). Rechtsprechungsgemäss sind für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend (BGE 129 V 222, 128 V 174). 10.2.1 Bei der Bemessung des für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat,

auszugehen ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 26. November 2002, I 491/0, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Hintergrund bildet die empirische Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 E. 3b). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar oder hätte die versicherte Person ihre bisherige Stelle auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung verloren, so können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1 und vom 9 Juni 2015, 9C_212/2015, E. 5.4).

10.2.2 In ihrem Einspracheentscheid vom 18. März 2019 ermittelte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Versicherten, wonach der Beschwerdeführer als Anlagen- und Apparatebauer ein Jahreseinkommen von Fr. 63'700.-- erzielt hätte, wäre er nicht invalid geworden.

10.2.3 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe bei der Bemessung des Valideneinkommens ausser Acht gelassen, dass er nur ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielte habe und heute ohne Gesundheitsschaden ein höheres Einkommen erwirtschaften würde.

10.2.4 Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen, so ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, es sei denn, es bestünden Anhaltspunkte dafür, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 134 V 322 E. 4.1). Wie das Bundesgericht mit BGE 135 V 297 ff. präzisiert hat, ist der tatsächlich erzielte Verdienst allerdings erst dann im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4.1 deutlich unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5% vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Ebenso hat das Bundesgericht in diesem Entscheid festgehalten, dass eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang erfolgen darf, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% übersteigt (BGE 135 V 303 f. E. 6.1.2 und 6.1.3).

10.2.5 Gemäss LSE 2014, Tabelle TA1, Sektor Produktion, Herstellung von Metallerzeugung 24-25, Kompetenzniveau 1, Männer, hätte der branchenübliche Lohn des Versicherten monatlich Fr. 5'340.-- betragen. Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung (0.5% für das Jahr 2015, 0.4% für das Jahr 2016 und 0.2% für das Jahr 2017) ist ein Jahreseinkommen von Fr. 67'540.-- als Vergleichswert heranzuziehen. Vergleicht man die beiden Jahreseinkommen, so zeigt sich, dass der Beschwerdeführer bei der ehemaligen Arbeitgeberin einen Lohn erzielte, der rund 7% unter dem branchenüblichen Lohn gemäss LSE Tabelle 2014 lag. Die Voraussetzungen für eine Parallelisierung sind somit - entsprechend dem Vorbringen des Beschwerdeführers - grundsätzlich gegeben. Der tatsächlich erzielte Lohn unterschreitet den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% indessen lediglich um 2%, so dass bei einem in diesem Umfang heraufgesetzten, parallelisierten Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 64'337.-- - wie nachfolgend darzulegen sein wird - gleichwohl kein rentenbegründender

Invaliditätsgrad resultiert. 10.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik oder die von der Suva geschaffene Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP-Zahlen) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 4.2.1 mit Hinweisen). 10.3.2 Im Entscheid BGE 129 V 472 ff. befasste sich das Bundesgericht ausführlich mit der DAP und stellte fest, dass die für die Invaliditätsbemessung herangezogenen DAP-Profile im konkreten Einzelfall repräsentativ sein müssen. Es genügt daher nicht, wenn lediglich ein einziger oder einige wenige zumutbare Arbeitsplätze angegeben werden, weil es sich dabei sowohl hinsichtlich der Tätigkeit als auch des bezahlten Lohnes um Sonder- oder Ausnahmefälle handeln kann. Vielmehr muss der Unfallversicherer mindestens fünf DAP-Blätter auflegen, damit die Repräsentativität der DAP-Profile als gegeben betrachtet werden kann. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung der versicherten Person in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Dadurch wird eine hinreichende Überprüfung des dem Unfallversicherer bei der Auswahl der DAP-Blätter zustehenden Ermessens ermöglicht. Sind die erwähnten verfahrensmässigen Anforderungen nicht erfüllt, kann nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden (vgl. zitiertes Urteil, E. 4.2.2; vgl. auch BGE 139 V 595 f. E. 6.3). 10.3.3 Zur Ermittlung des Invalideneinkommens wählte die Beschwerdegegnerin fünf DAP-Arbeitsplätze aus: DAP-Nr. 1021 (Uhrmacher), Nr. 844894 (Lagerarbeiter), Nr. 1608 (Shapinghobler), Nr. 10941 (Konfektionierungs-Mitarbeiter; Etikettieren) und Nr. 9420595 (Hilfsarbeiter; Endkontrolle). Die fünf DAP-Blätter ergeben ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 62'800.--. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin in der Folge ihrem Einkommensvergleich als hypothetisches Invalideneinkommen zugrunde gelegt. 10.3.4 Dieses von der Suva ermittelte Invalideneinkommen ist nicht zu beanstanden. Insbesondere erfüllt das von der Suva gewählte Vorgehen die vorstehend wiedergegebenen (vgl. E. 10.3.2 hiervor) formellen und inhaltlichen Anforderungen, welche die Rechtsprechung an die Berechnung des Invalideneinkommens anhand von DAP-Profilen stellt. Dies wird in grundsätzlicher Hinsicht auch vom Beschwerdeführer nicht in Abrede gestellt. 10.3.5 Der Beschwerdeführer begnügt sich in diesem Zusammenhang mit einem pauschalen Hinweis, wonach nicht dargetan sei, dass es sich bei den ausgewählten Profilen um Stellen handle, die er auszuüben vermöchte. Er lässt dabei jedoch sowohl eine nähere Auseinandersetzung mit den ausgewählten DAP-Profilen als auch eine nähere Begründung vermissen. Jedenfalls können den vorliegend massgebenden DAP-Profilen keine Anforderungen entnommen werden, welche sich nicht mit dem formulierten Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes vereinbaren liessen. Damit vermag der Beschwerdeführer mit seinem Einwand nicht

durchzudringen.

E. 11

Anhand der Gegenüberstellung der im Einspracheentscheid vom 19. März 2018 veranschlagten Vergleichseinkommen von Fr. 63'700.-- und Fr. 62'800.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von lediglich 1%. Selbst unter Berücksichtigung eines parallelisierten Valideneinkommens von Fr. 67'540.-- (vgl. E. 10.2.4 hiervor) ergibt sich ein die Erheblichkeitsgrenze von 10% unterschreitender Invaliditätsgrad von 7%. Damit besteht kein Anspruch auf eine UVG-Invalidenrente. 12.1 Zu prüfen bleibt die Höhe der dem Versicherten zugesprochenen Integritätsentschädigung. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Satz 2). Laut Art. 25 Abs. 1 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft, wobei sie den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen darf. Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 219 E. 2a; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. 12.2 Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 Satz 1). In diesem Zusammenhang hat die SUVA in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der SUVA Nr. 57 bis 59 herausgegebenen Tabellen (teilweise geändert und ergänzt in den nachfolgenden Mitteilungen) sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c, 116 V 157 E. 3a mit Hinweis). 12.3 Bei der Bestimmung des Schweregrades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Tatfrage, für deren Beantwortung Verwaltung und Gerichte ebenfalls auf fachärztliche Mithilfe angewiesen sind. Dem Gericht ist es nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selber vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen offen gelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt und von einem medizinischen Laien keine zuverlässige Zuordnung erwartet werden kann. Die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen obliegt somit den ärztlichen Sachverständigen (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2007, U 121/06, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). 12.4 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. März 2019 sprach die Suva dem Beschwerdeführer für die verbliebene Beeinträchtigung aus den erlittenen Ereignissen eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von insgesamt 35% zu, wobei sie sich diesbezüglich auf die Beurteilungen von Dr. C._____

vom 30. März 2016 und 15. Mai 2017 stützte. Demgegenüber vertritt der Beschwerdeführer die Auffassung, dass der Schwere des Integritätsschadens damit nicht entsprochen würde. Die Arthrose am rechten Fuss sei bereits heute schwer, so dass eine Integritätsentschädigung von mehr als 20% zu veranschlagen sei. Ausserdem sei die künftige vorhersehbare Verschlechterung nicht berücksichtigt worden. 12.5 Was zunächst die somatischen Folgen an der rechten Schulter anbelangt, so besteht gemäss der Beurteilung von Dr. C. ____ vom 15. Mai 2017 in Übereinstimmung mit dem dokumentierten Gesundheitszustand eine deutliche Bewegungseinschränkung mit Abduktion und Anteversion unterhalb der Horizontalen. Unter diesen Umständen ist aber die Anwendung der massgeblichen Tabelle 1 für Integritätsschäden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten nicht zu beanstanden. In dieser Tabelle ist für eine Restbeweglichkeit der Schulter bis zur Horizontalen eine Integritätsentschädigung von 15% vorgesehen. Hinsichtlich der Integritätsentschädigung für die Arthrose am rechten unteren Sprunggelenk gilt es sodann zu berücksichtigen, dass die durchgeführte Arthrolyse radiologisch ein sehr gutes Ergebnis zeitigte. Der Auffassung von Dr. C. ____ zufolge bestehe aber keine vollständige Beschwerdefreiheit, weshalb sich gemäss Tabelle 5.2, welche eine Integritätseinbusse von 15-30% vorsehe, eine Bewertung des Integritätsschadens mit 20% rechtfertige. Auch diese Beurteilung erweist sich mit Blick auf die medizinische Aktenlage als sachgerecht und liegt im Hinblick auf eine mögliche künftige Verschlechterung im Rahmen des Ermessens. Der Beschwerdeführer beanstandet die zugesprochene Integritätsentschädigung ohne seine Ausführungen mit fachärztlichen Berichten zu untermauern, welche Hinweise für die Zusprache einer höheren Integritätsentschädigung enthalten würden. Zumal sich auch den übrigen Akten keine Anhaltspunkte entnehmen lassen, die im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen ein Abweichen von der beweiskräftigen kreisärztlichen Beurteilung rechtfertigen würden, ist die Festsetzung des Integritätsschadens im Umfang von insgesamt 35% nicht zu beanstanden.

E. 13

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. März 2019 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 14.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 14.2 Dem Prozessausgang entsprechend hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Dieser wiederum ist ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen; sie hat zwar obsiegt und sie ist anwaltlich vertreten, Art. 61 lit. g ATSG schränkt den Anspruch auf eine Parteientschädigung jedoch ausdrücklich auf die Beschwerde führende Person ein. Demgemäss wird erkannt : ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.