

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/63 vom 29. Juni 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2018\\_63](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_63)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/63 du 29 juin 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/63 del 29 giugno 2020

## **Regeste**

Art. 18, 19 und 24 UVG. Da von medizinischen Massnahmen keine Besserung der verbliebenen Schulterbeschwerden mehr erwartet werden kann, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen eingestellt. Die Unfalladäquanz der psychischen Beschwerden ist zu verneinen (Psycho-Praxis; BGE 115 V 133). Der Beschwerdeführer ist adaptiert voll arbeitsfähig und der errechnete Invaliditätsgrad nicht zu beanstanden. Kein Rentenanspruch und kein Anspruch auf eine höhere als die bereits von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Integritätsentschädigung. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juni 2020, UV 2018/63).

## **Volltext**

Entscheid vom 29. Juni 2020 Besetzung Versicherungsrichter Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichter Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. UV 2018/63 Parteien A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Mag. iur. Samuel P. Ritter, Ritter Rechtsanwälte AG, Im Mühleholz 1, Postfach 731, 9490 Vaduz, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Sabine Baumann Wey, Vetsch Rechtsanwälte AG, Pilatusstrasse 26, 6003 Luzern, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A. \_\_ (nachfolgend: Versicherter) war aufgrund seiner Tätigkeit als Bauarbeiter für die B. \_\_ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin) bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 20. Mai 2015 während des Abschaltens einer Decke stürzte und auf die rechte Schulter aufschlug (Suva-act. 2). Ab dem 21. Mai 2015 attestierte ihm sein Hausarzt Dr. med. C. \_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 1). Ein MRT des rechten Schultergelenks vom 29. Mai 2015 ergab eine Partialruptur der Subscapularissehne kranial mit diskreter medialer Subluxation der langen Bizepssehne sowie vermehrt Flüssigkeit in der Bursa subacromialis/subdeltoidea, fraglich eine zarte Unterflächenläsion auch im angrenzenden Supraspinatussehnenansatz, einen zarten Gelenkserguss, keinen Hinweis auf eine frische Fraktur und eine moderate AC-Gelenksarthrose (Suva-act. 13). Die Suva sicherte dem Versicherten am 12. Juni 2015 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) für die Folgen des Berufsunfalls vom 20. Mai 2015 zu (Suva-act. 4). Am 23. Juni 2015 besuchte der Versicherte die orthopädische Sprechstunde am Spital D. \_\_. Aufgrund der fehlenden Subluxationsstellung der langen Bizepssehne und bei klinisch nur sehr diskreter Bizepssehnen-symptomatik wurde der konservative Therapieweg eingeschlagen (Suva-act. 16). Dementsprechend

wurde die rechte Schulter am 29. Juni 2015 intraartikulär infiltriert (Suva-act. 15) und der Versicherte wurde in der Folge mit Analgesie und Physiotherapie behandelt (vgl. Suva-act. 20). Ab dem 17. August 2015 war er wieder vollzeitlich arbeitstätig (Suva-act. 21). Per 25. April 2016 erhielt der Versicherte von der Arbeitgeberin die Kündigung (vgl. Suva-act. 62 S. 1). Während der Kündigungsfrist liess der Versicherte der Suva am 27. Mai 2016 durch die Arbeitgeberin einen Rückfall zum Unfall vom 20. Mai 2015 melden und mitteilen, dass er am 20. Mai 2016 beim Heben einer schweren Platte einen Schmerz in der rechten Schulter gespürt habe (Suva-act. 24 und 25). Er sei am 23. Mai 2016 wieder zur Arbeit gegangen, habe aber immer noch Schmerzen gehabt (Suva-act. 29). Ab diesem Datum wurde ihm von Dr. C.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 28). Der Hausarzt wies den Versicherten dem Spital D.\_\_\_\_ zur Abklärung zu. Am 31. Mai 2016 wurde er dort untersucht und es wurde eine neuerliche MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks angeordnet (vgl. Suva-act. 40), welche am 15. Juni 2016 vorgenommen wurde. Sie ergab den Verdacht auf eine superiore Labrumläsion mit Ausdehnung nach dorsal sowie eine Ansatz tendonopathie der Supraspinatus- und weniger ausgeprägt der Subscapularissehne, einen diskreten intratendinösen Riss der Supraspinatussehne am footprint und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose ohne Aktivierung oder Bursitis (Suva-act. 31). Am 27. Juni 2016 legte die Suva den Fall einem Kreisarzt vor, welcher zum Schluss kam, dass die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 20. Mai 2015 zurückzuführen seien (Suva-act. 35). Gestützt darauf teilte sie dem Versicherten am 29. Juni 2016 mit, dass sie die Versicherungsleistungen für die Folgen des Rückfalls zum Berufsunfall vom 20. Mai 2015 übernehme (Suva-act. 36). Am 7. Juli 2016 ging bei der Suva ein Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2016 betreffend eine Schultersprechstunde vom 21. Juni 2016 mit der Diagnose Ansatz tendonopathie der Supraspinatus- und der Subscapularissehne mit AC-Gelenksarthrose und Bursitis subacromialis rechts ein. In dieser Sprechstunde wurde dem berichtenden Arzt zufolge eine glenohumerale und subacromiale Infiltration rechts vorgenommen und Physiotherapie angeordnet (Suva-act. 39). Am 12. Juli 2016 besuchte der Versicherte erneut die Schultersprechstunde am Spital D.\_\_\_\_, anlässlich welcher ihm bei der Diagnose Tendonopathie der langen Bizepssehne Schulter rechts und wegen der Therapieresistenz der Schmerzen eine Schulterarthroskopie empfohlen wurde (Suva-act. 44). Diese wurde am 23. August 2016 im Spital D.\_\_\_\_ von Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt Chirurgie, mit Tenotomie der langen Bizepssehne, Teilsynovektomie, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion durchgeführt (Suva-act. 52). Am 26. August 2016 wurde der Versicherte bei der Diagnose Impingementsymptomatik mit Tendonopathie der langen Bizepssehne Schulter rechts in beschwerdearmem Zustand nach Hause entlassen (Suva-act. 53). Einem Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2016 betreffend "6-Wochen-Kontrolle" ist zu entnehmen, dass der Versicherte nach wie vor dieselben Schmerzen wie vor der Operation angebe. Das nach wie vor sehr schmerzhaftes Schultergelenk sei möglicherweise darauf zurückzuführen, dass vorher eine längere Schmerzphase bestanden habe. Die Beweglichkeit sei nicht schlecht (Suva-act. 65). Am 26. Oktober 2016 fand eine Besprechung zwischen dem Versicherten und einem Mitarbeiter der Suva statt (Suva-act. 59). Am 27. Oktober 2016 legte die Suva das Dossier "zur Sicherstellung der Kausalität" erneut einem Kreisarzt vor, welcher am 28. Oktober 2016 die Kausalität bejahte und erklärte, das Ereignis vom 20. Mai 2015 habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes geführt (Suva-act. 60). Am 8. November 2016 besuchte der Versicherte 11 Wochen nach der Operation erneut

die Schultersprechstunde am Spital D.\_\_\_\_. Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 11. November 2016 gestützt darauf und unter Berücksichtigung von am 8. November 2016 erstellten Röntgenbildern der rechten Schulter, der Versicherte mache einen sehr leidenden Eindruck. Er bekomme langsam den Eindruck, dass dieser gar nicht wirklich gesund werden wolle. Der Schmerz liege vermutlich im AC-Gelenk, er habe eine Infiltration dieses Gelenks vornehmen wollen, was der Versicherte abgelehnt habe. Er bitte um Prüfung einer stationären Rehabilitation (Suva-act. 69). Der bezüglich dem Rehabilitationsaufenthalt befragte Kreisarzt bat Dr. E.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 25. November 2016, den Versicherten noch einmal anzubieten, um die diagnostisch-therapeutische Infiltration durchzuführen. Denn sollte diese zu einer deutlichen Schmerzverbesserung führen, wäre die Resektion des AC-Gelenks die geeignete Therapieform und die stationäre Rehabilitation würde lediglich das Schmerzbild verstärken (Suva-act. 74). Am 30. November 2016 wies die Suva den Versicherten in Zusammenhang mit dieser Infiltration auf seine Mitwirkungspflicht hin und forderte ihn auf, sich bei der Invalidenversicherung (IV) anzumelden (Suva-act. 75 bis 77). Letzteres tat der Versicherte am 5. Dezember 2016 (Suva-act. 80). Am 13. Dezember 2016 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ über die zwischenzeitlich erfolgte Infiltration des AC-Gelenks. Dieses Gelenk sei arthrotisch deformiert, es habe sich bei der Infiltration aufgeweitet. Im Anschluss hätten die Beschwerden leicht gebessert. Er sei nach wie vor skeptisch, was den Willen des Versicherten betreffe, gesund zu werden (Suva-act. 84). Dem nächsten Schultersprechstundenbericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2017 ist zu entnehmen, dass die Infiltration vom 13. Dezember 2016 die Beschwerden für vier Tage vollständig zum Verschwinden gebracht habe. Aktuell sei das Schmerzniveau gleich wie vor der Operation. Anlässlich dieser Operation sei das AC-Gelenk nicht reseziert worden, da insbesondere auch im MRI keine entzündliche Läsion vorgelegen habe. Dies habe sich leider als falsch erwiesen. Der hartnäckige Schmerz müsse aufgrund der klinischen Untersuchung sowie des positiven wenn auch kurzfristigen Ansprechens auf die Infiltration dem AC-Gelenk zugeordnet werden. Deshalb empfehle er die Rearthroskopie mit Resektion des AC-Gelenks (Suva-act. 88). Diese fand am 24. Januar 2017 wiederum durch Dr. E.\_\_\_\_ im Spital D.\_\_\_\_ statt (Suva-act. 104 und 105). Per 31. Januar 2017 endete das Arbeitsverhältnis zwischen der Arbeitgeberin und dem Versicherten (Suva-act. 92). Anlässlich der sechs Wochen nach der Operation am 14. März 2017 erfolgten Kontrolle gab der Versicherte Dr. E.\_\_\_\_ zufolge weiterhin säbelhieb förmige Schmerzen über dem AC-Gelenk an (Suva-act. 107). Bei der nächsten Kontrolle, welche am 11. April 2017 stattfand, stellte Dr. E.\_\_\_\_ fest, der Versicherte habe nun doch Fortschritte gemacht. Allenfalls könnte eine stationäre Behandlung eine schnellere Rehabilitation nach sich ziehen (Suva-act. 111). Der von der Suva hierzu befragte Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erachtete am 24. April 2017 eine stationäre Reha als sinnvoll (Suva-act. 112). Diese absolvierte der Versicherte vom 8. Mai bis 13. Juni 2017 in der Rehaklinik Bellikon. Beim Austritt wurden von den dort behandelnden Ärzten die Diagnosen mittelgradig-schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, dilatative Kardiomyopathie, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Hyperurikämie und Adipositas Grad II gestellt. Die zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Probleme wurden mit eingeschränkter Beweglichkeit der rechten Schulter, belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen im rechten AC-Gelenk, druckdolentem Bizepssulcus, Kraftminderung der rechten Schulter sowie allgemeiner Dekonditionierung angegeben. Es werde eine Serie Medizinische Trainingstherapie, die Fortsetzung des instruierten Heimprogramms und die Aufnahme einer Ausdauersportart sowie einer

psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Bis zur Stabilisierung der depressiven Symptomatik sei eine Beschäftigung mit reduzierter Leistungsanforderung zu empfehlen (Suva-act. 124 S. 1 f.). Aus unfallkausaler Sicht sei aktuell eine leichte bis mittelschwere, perspektivisch maximal mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar. Aktuell dürfe diese keine Arbeiten über Schulterhöhe oder mit Ersteigen von Leitern/Gerüsten beinhalten (Suva-act. 124 S. 3). Dem Schulersprechstundenbericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2017 ist zu entnehmen, dass der Verlauf erfreulich sei. Ausstehend sei nun die berufliche Reintegration. Bei ihm seien keine weiteren Kontrollen geplant (Suva-act. 120). Am 18. September 2017 fand eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. F.\_\_\_\_ statt. Dieser berichtete in der Folge, es würden sich gewisse Hinweise auf eine Symptomausweitung zeigen. Die Schilderungen des Versicherten korrelierten nicht mit pathologischen objektivierbaren klinischen Befunden. Er empfehle den intensiven Versuch einer Mobilisierung der rechten Schulter im Rahmen weiterer konsequenter physiotherapeutischer Behandlungen und einen Termin zur Jahreskontrolle beim Operateur (Suva-act. 131). Am 30. Januar 2018 wurde der Versicherte auf Geheiss der Suva bei Dr. E.\_\_\_\_ vorstellig, welcher am 2. Februar 2018 über persistierende Beschwerden des Versicherten im Bereich des rechten AC-Gelenks berichtete. Dieser mache einen depressiven Eindruck und die Bewegungen seien allesamt verlangsamt. Im direkten Anschluss an die vorgenommene Infiltration sei keine wesentliche Besserung eingetreten (Suva-act. 148). Am 13. Februar 2018 fand eine Kontrolluntersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ statt. Dem diesbezüglichen Bericht ist zu entnehmen, dass die Infiltration vom 30. Januar 2018 für zwei Tage zu einer Besserung geführt habe. Nun berichte der Versicherte über eine Verschlechterung des Zustands mit vermehrten Schmerzen. Eine weitere operative Intervention verbiete sich sicherlich. Er (Dr. E.\_\_\_\_) habe nochmals eine Verordnung zur Physiotherapie ausgestellt, da der Versicherte berichtet habe, dass ihm die Therapie gutgetan habe. Er glaube kaum, dass damit eine deutliche Linderung eintreten werde (Suva-act. 147). Am 12. März 2018 untersuchte Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ den Versicherten erneut (Suva-act. 160 S. 1) und hielt im Anschluss fest, vergleichsweise zur letzten kreisärztlichen Untersuchung im September 2017 berichte der Versicherte über einen unveränderten Zustand der rechten Schulter trotz Physiotherapie und Infiltrationsbehandlung (Suva-act. 160 S. 3). Auch aktuell liessen sich ihm zufolge die subjektiven Schilderungen nicht mit pathologisch objektivierbaren klinischen Befunden vereinbaren. Es empfehle sich eine versicherungsmedizinisch-psychiatrische Stellungnahme zur Beurteilung der somatisch beklagten Beschwerden. Es stünden keine weiteren medizinischen Massnahmen zur Verfügung, die zu einer Verbesserung des somatischen Zustands führen würden (Suva-act. 160 S. 4). Vergleichsweise zur klinischen Untersuchung in der Rehaklinik Bellikon sei keine wesentliche Besserung des Zustandes eingetreten, weshalb an jener Zumutbarkeitsbeurteilung festgehalten werden könne (Suva-act. 161 S. 1). Am 5. April 2018 schätzte Dr. F.\_\_\_\_ den vom Versicherten erlittenen Integritätsschaden auf 14%. Dies gestützt auf den Befund einer eingeschränkten, aktiven Schulterbeweglichkeit mit maximaler Abduktion von 90°, Anteversion 100° und aktiver Aussenrotationsfähigkeit bis maximal 35° (Suva-act. 163). Mit Schreiben vom 9. April 2018 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie die Taggelder und Heilkostenleistungen per 30. April 2018 einstelle, da von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung der Unfallfolgen mehr erwartet werden könne (Suva-act. 164). Am 19. April 2018 teilte die zuständige IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er keinen

Anspruch auf berufliche Massnahmen der IV habe, da er sich nicht in der Lage fühle, wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Gemäss den medizinischen Abklärungen sei ihm jedoch eine dem Leiden angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar (Suva-act. 171). Am 25. April 2018 verfügte die Suva, dass bei einer Einkommenseinbusse von 5.15% kein Anspruch auf eine Invalidenrente und bei einer Integritätseinbusse von 14% ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von Fr. 17'640.-- bestehe (Suva-act. 174). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 25. Mai 2018 durch seinen Rechtsvertreter Einsprache erheben und eine volle Invalidenrente und eine angemessene Integritätsentschädigung von mindestens 30% beantragen (Suva-act. 180). Zusammen mit der Einsprache reichte er ein Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2018 zu den Akten. Darin hatte Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten, dass er und die betreuenden Orthopäden die noch zumutbare Arbeitsleistung deutlich geringer einschätzen würden als die Suva. Er erachte die von der Suva gefolgerten möglichen Monatseinkommen als unrealistisch. Allenfalls seien sehr leichte bis leichte Arbeiten vollzeitlich zumutbar. Neben den Tätigkeiten über Schulterhöhe sowie dem Besteigen von Leitern und Gerüsten erachte er auch repetitive Arbeiten und einseitig belastende Arbeiten als nicht zumutbar. Zudem müsse bei diesen Anforderungen von einer prognostisch ungünstigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden (Suva-act. 182; vgl. auch Arztbericht vom 4. Juni 2018 in Suva-act. 191). Am 29. Juni 2018 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Begründung seiner Einsprache ein (Suva-act. 188). Mit Einspracheentscheid vom 13. Juli 2018 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 193). Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 13. September 2018 mit den Anträgen, dem Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) seien unter Kosten- und Entschädigungsfolgen die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen, rückwirkend ab dem 30. April 2018 weiterhin zu erbringen und es sei ab Erreichens des Endzustands eine Rente von mindestens 50% auszurichten sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 30% zu prüfen. Zur Begründung wurde vorgebracht, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) hätte angesichts der sich widersprechenden medizinischen Einschätzungen eine Begutachtung anordnen müssen. Aufgrund der Stagnation und der nach wie vor vorhandenen Beschwerden müsse davon ausgegangen werden, dass der Zustand von vor dem Unfall nicht mehr erreicht werden könne. Da die Adäquanz zu bejahen sei, seien Rentenleistungen und eine angemessene Integritätsentschädigung zu prüfen. Da der Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingt eingeschränkten Leistungsfähigkeit seit dem 20. Mai 2015 eine Lohneinbusse von 50% hinnehmen müsse, habe er bei Erreichen des Endzustands Anspruch auf Rentenleistungen auf der Basis von mindestens 50%. Bis zum noch gutachterlich abzuklärenden Erreichen des Endzustands habe die Beschwerdegegnerin das Taggeld im Rahmen der attestierten Arbeitsunfähigkeit zu erbringen. Für den Beschwerdeführer seien der Unfall und der ein Jahr darauf erfolgte neuerliche Unfall traumatisch gewesen und hätten ihn nachhaltig, gerade auch psychisch beeinträchtigt. Für die Beurteilung des Integritätsschadens habe sich die Beschwerdegegnerin lediglich auf den einen Bericht des Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 5. April 2018 gestützt. Der langjährige behandelnde Arzt des Beschwerdeführers widerspreche dem kreisärztlichen Bericht klar (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und führte aus, der Fall sei per 30. April 2018 abschlussreif gewesen. Die Adäquanzkriterien seien beim als mittelschwer einzustufenden Unfall vom 20. Mai 2015 nicht im erforderlichen

Ausmass erfüllt. Demzufolge sei die Adäquanz der nicht auf einem organischen Substrat beruhenden bzw. psychischen Beschwerden nicht gegeben, weshalb sowohl die Zumutbarkeitsbeurteilung als auch die Beurteilung des Integritätsschadens zu Recht ausschliesslich anhand der auf einem unfallkausalen organischen Substrat beruhenden Folgen vorgenommen worden seien. Der Hausarzt differenziere in seinen Ausführungen nicht zwischen den auf einem organischen Substrat beruhenden Unfallfolgen sowie den weiteren Beschwerden, weshalb seine Ausführungen keine Zweifel an den kreisärztlichen Beurteilungen oder an der Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik Bellikon zu begründen vermöchten (act. G 11). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf die Einreichung einer Replik (vgl. act. G 12 und 13) Erwägungen Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 mit Rückfall im Jahr 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 13. Juli 2018 (Suva-act. 193), dem die Verfügung vom 25. April 2018 (Suva-act. 174) zugrunde liegt. Darin erklärte die Beschwerdegegnerin zunächst, u.a. auf ihr Schreiben vom 9. April 2018 zurückzukommen, worin sie die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 30. April 2018 angekündigt hatte, weil von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der Unfallfolgen mehr erwartet werden könne. Anschliessend verneinte sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und sprach ihm eine Integritätsentschädigung von 14% zu (Suva-act. 164). Streitig ist, ob die im Nachgang zum Ereignis vom 20. Mai 2015 erbrachten Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht per 30. April 2018 eingestellt wurden und, wenn ja, ob dem Beschwerdeführer für die Folgezeit eine Rente und eine höhere als die 14%ige Integritätsentschädigung zuzusprechen sind. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Gesetz und Praxis ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente abzuschliessen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustandes bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine

vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; Philipp Geertsen, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018 [nachfolgend: UVG Kommentar], N 11 ff. zu Art. 19 UVG ; BSK UVG-Thomas Flückiger, Basel 2019, N 6 ff. zu Art. 19 UVG; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Ebenfalls nicht verlangt wird, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2). Angesichts des Gesagten kann also ein Endzustand auch in einem Gesundheitszustand mit unfallkausalen Restbeschwerden bestehen, der sich jedoch zumindest im Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit der Rentenprüfung als stabil bzw. beständig darstellen muss. Dies in dem Sinn, dass Invalidität die voraussichtlich bleibende und längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Angesichts der in Erwägung 2.2 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; André Nabold, in: UVG Kommentar, a.a.O., N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 63 ff. zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C\_331/2015, E. 2.3.1; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 und 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 und 74 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa vorzunehmen. Obwohl diese Rechtsprechung als "Psycho-Praxis" bezeichnet wird, wird nicht nur die Adäquanz psychischer Unfallfolgen nach diesen Kriterien geprüft, sondern alle Fälle, in denen nicht objektivierbare Beschwerden bestehen (BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 84 zu Art. 6 UVG; vgl. hierzu auch nachfolgend E. 2.3.2). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss sodann mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden

Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Gemäss Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Diese schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c). Die separate Adäquanzprüfung (vgl. E. 2.3.1) ist bei Anwendung der Praxis gemäss BGE 115 V 133 in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich der Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs (gutachterlich) geklärt sind, von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitsschadens mehr erwartet werden kann und überdies allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind. Wie bereits erwähnt, entsteht in diesem Zeitpunkt ein allfälliger Rentenanspruch und es fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Da beim Fallabschluss der Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung insgesamt zur prüfen ist, muss dieser für die psychischen und somatischen Beschwerden gleichzeitig erfolgen (BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 85 zu Art. 6 UVG mit Hinweisen). Vorab ist mithin zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers als Rückfall zum Unfall vom 20. Mai 2015 zu beurteilen und damit für die Festlegung seiner Ansprüche relevant sind. Es ist erstellt, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 20. Mai 2015 eine Bizepssehensubluxation infolge Subscapularisläsion mit sekundärer Veränderung des Bizepsankers erlitt (Suva-act. 13, 35). Er wurde konservativ behandelt (Suva-act. 20) und war ab dem 17. August 2015 wieder vollzeitlich arbeitstätig (Suva-act. 21). Am 27. Mai 2016 liess er einen Rückfall zum Unfall vom 20. Mai 2015 melden (Suva-act. 24). Das nach der Rückfallmeldung erstellte MRI vom 15. Juni 2016 ergab den Verdacht auf eine superiore Labrumläsion mit Ausdehnung nach dorsal sowie eine Ansatzentendinopathie der Supraspinatus- und weniger ausgeprägt der Subscapularissehne, einen diskreten intratendinösen Riss der Supraspinatussehne am footprint und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose ohne Aktivierung oder Bursitis (Suva-act. 31). Wegen der Therapieresistenz der Schmerzen wurde am 23. August 2016 bei der Diagnose Tendinopathie der langen Bizepssehne Schulter rechts eine Arthroskopie mit Tenotomie der langen Bizepssehne, Teilsynovektomie, Acromioplastik und AC-Glenksresektion durchgeführt (Suva-act. 52). Nachfolgend persistierten allerdings die Schmerzen, welche in der Folge dem AC-Gelenk zugeordnet werden konnten (Suva-act. 88). Infolgedessen wurde am 24. Januar 2017 eine Rearthroskopie mit Resektion des AC-Gelenks durchgeführt (Suva-act. 104 f.). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 3. Juli 2017 wurden eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter, Belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen AC-Gelenk rechts, ein druckdolenter Bizepssulcus sowie eine Kraftminderung der rechten Schulter festgestellt und die zumutbare Erwerbstätigkeit wurde durch physische, schulterbezogene Gesundheitsbeeinträchtigungen als qualitativ eingeschränkt beschrieben: die angestammte Tätigkeit sowie mehr als mittelschwere Tätigkeiten und Tätigkeiten über Schulterhöhe und mit Ersteigen von Leitern/Gerüsten wurden von der Zumutbarkeit ausgeschlossen (vgl. Suva-act. 124 S. 2 f.). Damit übereinstimmend stellte der Kreisarzt Dr. F. \_\_\_ anlässlich der

Untersuchung vom 18. September 2017 eine verbliebene Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit Belastungsschmerzen sowie anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 12. März 2018 eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit Bewegungs- und Belastungsschmerzen fest (vgl. Suva-act. 131 S. 4 und 160 S. 3). In der Integritätsschadenschätzung vom 5. April 2018 nannte er als Befunde eine eingeschränkte, aktive Schulterbeweglichkeit mit maximaler Abduktion von 90°, Anteversion 100° und einer aktiven Aussenrotationsfähigkeit bis maximal 35° (Suva-act. 163 S. 1 Ziff. 1). Die vom Beschwerdeführer beschriebenen und von Dr. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Juni 2018 wiedergegebenen Beschwerden an der rechten Schulter (Suva-act. 191) konnten vom Kreisarzt jedoch nicht vollumfänglich einem organischen Substrat zugeordnet werden resp. korrelierten nicht vollumfänglich mit pathologisch objektivierbaren klinischen Befunden (vgl. hierzu Suva-act. 131 S. 3 ff. sowie 160 S. 2 ff.). Hervorzuheben ist hinsichtlich der beiden kreisärztlichen Untersuchungen vom September 2017 und März 2018 in diesem Zusammenhang, dass am rechten Ober- und Unterarm seitenvergleichend kein auffallendes muskuläres Defizit auf eine chronische Minderbelastung des rechten Arms schliessen liess. Vielmehr stellte der Kreisarzt seitenvergleichend eine muskelkräftigere Mittelhand bei Rechtsdominanz fest, was gegen die vom Beschwerdeführer erwähnte Minderbelastung spreche (Suva-act. 160 S. 4). Und auch der behandelnde/operierende Dr. E. \_\_\_ verweist in seinem Bericht vom 15. Februar 2018 auf die von Dr. F. \_\_\_ festgestellte Symptomausweitung (Suva-act. 147), nachdem er bereits am 11. November und 13. Dezember 2016 den Willen des Beschwerdeführers, gesund zu werden, angezweifelt hatte (Suva-act. 69 und 84). Angesichts der vorgenannten medizinischen Akten liegen beim Beschwerdeführer also gewisse objektivierbare organische Gesundheitsschäden im Bereich des rechten Schulter vor, die dem Unfallereignis vom 20. Mai 2015 zuzuschreiben sind, was auch seitens der Beschwerdegegnerin unbestritten ist (vgl. dazu auch nachfolgend E. 5.2 und 6.2). Darüber hinaus bestehen Beschwerden, welche sich keinem organischen Substrat zuordnen lassen (vgl. nachfolgend E. 3.2). Im Folgenden ist zu überprüfen, ob die vom Beschwerdeführer über die Bewegungs- und Belastungsschmerzen hinausgehend geklagten Beschwerden im Bereich der rechten Schulter sowie die geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Mai 2015 stehen. Psychische Beschwerden des Beschwerdeführers sind lediglich dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon, dem zweitletzten Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 2. Februar 2018 und dem Arztbericht von Dr. C. \_\_\_ vom 4. Juni 2018 zu entnehmen (Suva-act. 124, 148 und 191). Einzig der erstgenannte Bericht stammt von einem Facharzt. Die dem Beschwerdeführer von den behandelnden Ärzten resp. der behandelnden Psychologin der Rehaklinik empfohlene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung hat er aktenkundig nie aufgenommen (vgl. Suva-act. 124 S. 12). Ob natürlich kausale unfallbedingte psychische Störungen zu bejahen sind, kann - wie nachfolgende Erwägungen zeigen - mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs allerdings offengelassen werden. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht per 30. April 2018 die Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 vorgenommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juli 2017, E. 2.2, sowie vorstehende E. 2.3.4). In diesem Zeitpunkt konnte von der Fortsetzung der auf die organisch nachgewiesenen Schulterbeschwerden rechts gerichteten, ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitsschadens mehr erwartet werden. Der die Schulter operierende und behandelnde Chirurg Dr. E. \_\_\_ vom Spital D. \_\_\_ hatte bereits im Juni 2017 erklärt, bei ihm seien keine weiteren Kontrollen geplant (Suva-act. 120). Die bei ihm dennoch erfolgte nochmalige Vorstellung des Versicherten im Januar 2018 mit

Kontrolle im Februar 2018 geschah auf Veranlassung des Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_ hin (Suva-act. 131). Nach der letzten aktenkundigen Schultersprechstunde vom 13. Februar 2018 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, eine weitere operative Intervention verbiete sich sicherlich. Er habe nochmals eine Physiotherapieverordnung ausgestellt, er glaube jedoch kaum, dass mit der Therapie eine deutliche Linderung eintreten werde (Suva-act. 147 S. 1). Dr. F.\_\_\_\_ bestätigte nach einer Untersuchung des Versicherten vom 12. März 2018 die Feststellung des zuständigen Chirurgen, dass zurzeit keine weiteren medizinischen Massnahmen zur Verfügung stünden, die zu einer Verbesserung des somatischen Zustands führen könnten (Suva-act. 160 S. 4). Dies korreliert mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer anlässlich der zweiten kreisärztlichen Untersuchung im März 2018 von einem im Vergleich zum ersten kreisärztlichen Untersuchen vom September 2017 unveränderten Zustand der rechten Schulter berichtete (Suva-act. 160 S. 3). Im Übrigen spricht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ebenfalls von einer Stagnation (act. G 1 S. 11). Die vom Beschwerdeführer in der Beschwerde als dem entgegenstehend angerufenen Einschätzungen der behandelnden Ärzte (vgl. act. G 1 S. 10 Ziff. 13) sind aus den Akten nicht ersichtlich. Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinen beiden aktenkundigen Schreiben vom 23. Mai und 4. Juni 2018 weder medizinische Massnahmen an, die zu einer namhaften Besserung der Beschwerden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers führen könnten, noch machte er geltend, dass der Beschwerdeführer medizinische Massnahmen ab Mai 2018 überhaupt noch in Anspruch genommen hätte (vgl. Suva-act. 182 und 191). Der behandelnde Chirurg und der kreisärztlich untersuchende Orthopäde sind sich sodann wie vorstehend erwähnt darin einig, dass Unfallfolgen, die einer namhaften Besserung durch ärztliche Massnahmen noch zugänglich gewesen wären, im Frühjahr 2018 nicht mehr bestanden. Zu diesem Zeitpunkt waren auch die Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen (vgl. Suva-act. 171). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 115 V 139 ff. E. 6a f.). Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche

Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Im gesamten mittleren Bereich kann ein einziges Kriterium zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Ansonsten bedarf es zur Erfüllung mehrerer Kriterien (BGE 115 V 140 f. E. 6b). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C\_897/2009 E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen präzisiert (Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2008, 8C\_484/2007, E. 6.3; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., Art. 6 N 88 ff.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 67). Bei der Prüfung der Kriterien nach der Psycho-Praxis sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen bzw. nur die organisch ausgewiesenen Unfallfolgen zu berücksichtigen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2016, 8C\_892/2015, E. 4.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer ist am 20. Mai 2015 während des Abschaltens einer Decke gestolpert und mit dem Abschalelement in den Händen aus 2.7 Metern Höhe auf den ausgestreckten rechten Arm gestürzt (vgl. Unfallschilderungen in Suva-act. 2, 29 und 59 S. 1). Hierbei ist höchstens von einem mittelschweren Ereignis im engeren Sinne auszugehen (vgl. dazu auch die Rechtsprechung in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 64 ff.). Folglich müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens drei der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2008, 8C\_484/2007, E. 6.3; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., Art. 6 N 88 ff.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 67). Der Beschwerdeführer macht geltend, der Unfall habe ihn traumatisiert (vgl. act. G 1 S. 12). Er vermag jedoch keine konkreten Umstände anzuführen, welche für die Erfüllung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sprechen würden. Dem Sturz aus etwa 2.7 Metern Höhe ist eine gewisse Eindrücklichkeit zwar nicht abzuspüren. Es ist jedoch zu beachten, dass den meisten mittelschweren Unfällen eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008, 8C\_39/2008, E. 5.2). Darüber hinaus sind bei der Beurteilung dieses Kriteriums objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Vor diesem Hintergrund ist der Beschwerdegegnerin (vgl. Ausführungen in act. G 2 E. 5b) darin zuzustimmen, dass keine Umstände aktenkundig sind, die das Unfallereignis als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich erscheinen liessen, weshalb das Kriterium zu verneinen ist. Auch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung an der rechten Schulter, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist nicht erfüllt. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist nicht ersichtlich. Zu Recht weist die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang darauf hin (vgl. act. G 2 E. 5f), dass eine solche nicht bereits dann vorliegt, wenn eine Massnahme zweckmässigerweise bereits zu einem früheren Zeitpunkt hätte durchgeführt werden sollen - wie dies vorliegend gemäss dem behandelnden/operierenden Chirurgen hinsichtlich der zweiten Operation rückblickend der Fall war (vgl. Suva-act. 88). Bezüglich des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs

und erheblicher Komplikationen bedürfte es für die Erfüllung besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Den Akten sind jedoch keine Hinweise auf besondere Komplikationen zu entnehmen. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts vom 22. August 2008, 8C\_623/2007, E. 8.6). Das Kriterium wird deshalb nur selten bejaht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 72 f.). Hinsichtlich des Kriteriums der nach Grad und Dauer erheblichen, physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit erklärt die Beschwerdegegnerin zu Recht unter Hinweis auf ein Urteil des Bundesgerichts vom 18. Oktober 2012, 8C\_657/2012, E. 4, und mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544, U 56/00 E. 3d/aa, dass dieses praxismässig in der Regel nicht erfüllt ist, wenn - wie vorliegend - die körperlichen Einschränkungen die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Rahmen einer vollen Arbeitsfähigkeit zulassen (act. G 2 E. 5g; vgl. nachstehend E. 5.2). Dieses Kriterium ist somit ebenfalls zu verneinen. Was das Kriterium der Dauerbeschwerden betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass die als körperlich imponierenden, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden bei der Prüfung der Adäquanz nach der Psycho-Praxis nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C\_825/2008, E. 4.6). In mehreren ärztlichen Berichten ist von einer Symptomausweitung die Rede und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden lassen sich mit den objektivierbaren Unfallfolgen nicht vollumfänglich erklären (vgl. vorstehend E. 3.1). Andererseits sind gewisse Restbeschwerden ausgewiesen, weshalb das Kriterium der Dauerbeschwerden möglicherweise erfüllt sein könnte, jedoch mit Blick auf die medizinische Aktenlage jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise (vgl. vorstehend E. 3.1). Selbiges gilt hinsichtlich des Kriteriums der allenfalls ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer befand sich nach dem Unfall vom 20. März 2015 während einiger Monate und nach dem Rückfall vom 20. März 2016 während rund zwei Jahren in ärztlicher/therapeutischer Behandlung wegen seiner Schulterbeschwerden rechts. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass Abklärungsmassnahmen oder blossen ärztlichen Kontrollen, kreisärztlichen Untersuchungen oder bildgebenden Untersuchungen zur Klärung der Beschwerden nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt, die zur Annahme einer besonders langen Dauer der ärztlichen Behandlung führen könnte. Für die Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung wird auf die kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung abgestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden sind auch hier nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 71). Das Kriterium könnte also möglicherweise erfüllt sein, jedoch unter Berücksichtigung der relevanten Arztberichte nicht in besonders ausgeprägter Weise. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass höchstens zwei Adäquanzkriterien erfüllt sind, jedoch keines in ausgeprägter Weise. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 20. Mai 2015 und den subjektiven Beschwerden ohne organisches Korrelat und den allenfalls vorhandenen psychischen Beschwerden ist deshalb zu verneinen. Infolgedessen hat die Beschwerdegegnerin zurecht auf die Einholung der von Dr. F.\_\_\_\_ empfohlenen versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Stellungnahme verzichtet (vgl. Suva-act. 160 S.

4). Nach dem Gesagten sind nachfolgend lediglich die somatischen Beeinträchtigungen im Bereich der rechten Schulter zu berücksichtigen. Die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen und die Prüfung der Dauerleistungen bezüglich des Unfalls vom 20. Mai 2015 ist zu Recht per 30. April 2018 erfolgt. Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob der Beschwerdeführer wegen seiner somatischen Unfallrestfolgen Anspruch auf eine Invalidenrente im Sinn von Art. 18 ff. UVG hat. Unter Invalidität wird laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem 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 wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Der Beschwerdeführer liess in der Beschwerde ausführen, dass er aufgrund der unfallbedingt eingeschränkten Leistungsfähigkeit ab dem 20. Mai 2015 eine Lohneinbusse von 50% hinnehmen müsse (vgl. act. G 1 S. 11), und stellte sich damit sinngemäss auf den Standpunkt, zu 50% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Die Beschwerdegegnerin erachtete den Beschwerdeführer demgegenüber gestützt auf die Beurteilung im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 3. Juli 2017 in adaptierten Tätigkeiten als zu 100% arbeitsfähig (vgl. act. G 2 E. 7). Als Adaptationskriterien nannten die berichtenden Ärzte der Rehaklinik Bellikon leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Tätigkeiten über Schulterhöhe und ohne Ersteigen von Leitern/Gerüsten (Suva-act. 124 S. 3). Diese Zumutbarkeitsbeurteilung, welche auf einer gut fünfwöchigen Beobachtungszeit beruhte und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sowie die objektivierten Unfallrestfolgen berücksichtigte, ist nachvollziehbar und schlüssig. Folglich verwies Dr. F.\_\_\_\_ bezüglich des Zumutbarkeitsprofils im Nachgang zu seiner ebenfalls nachvollziehbaren und überzeugenden kreisärztlichen Stellungnahme vom 19. März 2018 am 5. April 2018 zu Recht auf diese Einschätzung (Suva-act. 161). Dr. E.\_\_\_\_ vom Spital D.\_\_\_\_ äusserte sich aktenkundig nicht zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. C.\_\_\_\_ hielt in seiner "Einsprache" vom 23. Mai 2018 fest, allenfalls seien sehr leichte bis leichte Arbeiten vollzeitig zumutbar (Suva-act. 182 und 191). Der Beschwerdeführer verspüre jedoch weiterhin Schmerzen bereits beim unbelasteten Anheben des Armes. Auch bei Alltagstätigkeiten sei er beim Anheben vor allem von rechter Schulter/Arm schmerzgeplagt (Suva-act. 191). Allein die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers dürften die Grundlage für die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_, repetitive Arbeiten und einseitig belastende Arbeiten seien dem Beschwerdeführer ebenfalls nicht zumutbar, darstellen. Denn von ihm erhobene Befunde sind seinen Berichten keine zu entnehmen. Darüber

hinaus schied Dr. C. \_\_\_ den allfälligen Einfluss psychischer Beschwerden und der über ein organisches Korrelat hinausgehenden körperlichen Beschwerden auf seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aus - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (vgl. G 11 Ziff. 17). Die von Dr. C. \_\_\_ als massgeblich erachtete prognostisch ungünstige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hat sodann unbeachtet zu bleiben, handelt es sich doch dabei nur um eine Vermutung und keine abschätzbare Verschlechterung. Konkrete Beanstandungen an der Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik Bellikon oder an den Einschätzungen von Dr. F. \_\_\_ äussert Dr. C. \_\_\_ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht. Seine Ausführungen vermögen nach dem Gesagten weder an der Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik Bellikon noch an der Einschätzung von Dr. F. \_\_\_ Zweifel zu wecken. Weitere medizinische Abklärungen sind folglich nicht vonnöten. Dem Beschwerdeführer wäre zusammenfassend überwiegend wahrscheinlich eine Arbeit ohne Tätigkeiten über Schulterhöhe und ohne Ersteigen von Leitern/Gerüsten zu 100% zumutbar. Basierend auf dieser Arbeitsfähigkeit ist der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt - d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit - erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1). Die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Festlegung des jährlichen Valideneinkommens auf Fr. 66'690.--, welche sich auf die Angaben der früheren Arbeitgeberin bezüglich des hypothetischen Jahreslohnes des Beschwerdeführers im Jahr 2017 ohne erlittenen Unfall stützt (Suva-act. 100), ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Auch der Beschwerdeführer wendet gegen die Berechnung des Valideneinkommens nichts ein (vgl. act. G1). Da der hypothetische Rentenbeginn jedoch im Jahr 2018 liegt, ist die Nominallohnvereinbarung (2017: 2249; 2018: 2260) vorzunehmen, was zu einem Valideneinkommen von Fr. 67'016.20 führt. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Ist kein solch tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können entweder LSE-Tabellenlöhne oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 475 E. 4.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2010, 8C\_579/2009, E. 2.1). Der Beizug von DAP-Zahlen zur Festsetzung des Invalidenlohns ist demnach vorliegend nicht zu beanstanden, nachdem der Beschwerdeführer nach der Kündigung seitens der Arbeitgeberin aktenkundig keine Arbeitstätigkeit mehr aufgenommen hat. Gegen die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten DAP-Profile (1109: Hilfsarbeiter, 15350804: Mitarbeiter Komponenten / Vormontage Bestuhlung, 6894: Montagearbeiter, 9847: Mitarbeiter Sortierung und 7469: Wirbelsintern) mit einem durchschnittlichen Lohn von Fr. 63'257.70 (Suva-act. 170; Basis 2017) brachte der Beschwerdeführer keine konkreten Einwände vor. Da die ausgewählten Arbeitsplätze auch in Anbetracht der körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers als angemessen und realisierbar erscheinen (alles sehr leichte oder leichte Tätigkeiten, welche keine Überkopfarbeiten und kein Ersteigen von Gerüsten/Treppen beinhalten), ist auf deren durchschnittlichen Lohn abzustellen. Hieran vermag das Vorbringen von Dr. C. \_\_\_ in seiner Einsprache vom 23.

Mai 2018, er erachte das mögliche jährliche Einkommen gemäss den Präferenzen (DAP) als unzulässig (Suva-act. 186), nichts zu ändern, begründete er doch bezüglich keiner der fünf ausgewählten Tätigkeiten ein Unvermögen des Beschwerdeführers. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass alle ausgewählten Arbeiten beidhändig ausübbar sind und damit auch einer steten Bewegungswiederholung entgegengewirkt werden kann (vgl. Suva-act. 170). Insgesamt spricht nichts gegen das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen. Auch hier ist jedoch die Nominallohnvereinbarung (2017: 2249; 2018: 2260) vorzunehmen, was zu einem Invalideneinkommen von Fr. 63'567.10 führt. Stellt man dem Valideneinkommen von Fr. 67'016.20 das Invalideneinkommen von Fr. 63'567.10 gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'449.10 und ein Invaliditätsgrad von 5.14% ( $3'449.10 \times 100 / 67'016.20$ ). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Weiter beantragt der Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von mindestens 30% statt den zugesprochenen 14%. Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 UVV wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraaster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). Da beim Beschwerdeführer eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit Bewegungs- und Belastungsschmerzen verblieben ist, liegt eine dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität vor. Dr. F.\_\_\_\_ befand anlässlich seiner Untersuchung vom 12. März 2018 eine klinisch vergleichsweise zur kreisärztlichen Untersuchung vom 18. September 2017 und zur ambulanten Untersuchung im Spital D.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2018 nahezu unverändert eingeschränkte, aktive Schulterbeweglichkeit mit maximaler Abduktion von 90°, Anteversion 100° und vergleichsweise zur kreisärztlichen Untersuchung vom September 2017 einer eher etwas geringeren aktiven Aussenrotationsfähigkeit bis maximal 35° (Suva-act. 163 S. 1 Ziff. 1). Vor diesem Hintergrund schätzte er den Integritätsschaden am 5. April 2018 auf 14%. Er verwies dabei auf die Suva-Tabelle 1 "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten", gemäss welcher die eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter bis zur Horizontalen mit 15% und 30° über der Horizontalen mit 10% bewertet wird. Beim Beschwerdeführer bestehe eine kombinierte Globalbeweglichkeit für Anteversion und Abduktion von 95°, was 5° über der Horizontalen liege (Suva-act. 163 S. 1 Ziff. 3). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und überzeugend. Eine höhere Integritätsentschädigung als zugesprochen fällt ausser Betracht. Entgegen der Angabe des Beschwerdeführers bringt

Dr. C.\_\_\_\_ auch diesbezüglich keine konkreten Einwendungen vor, ebensowenig der Beschwerdeführer selber. Auch hinsichtlich des Integritätsschadens erübrigen sich nach dem Gesagten weitere medizinische Abklärungen. Die Zusprache einer Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 14% ist damit nicht zu beanstanden. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 13. Juli 2018 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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