

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/44 vom 17. Februar 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_44

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/44 du 17 février 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/44 del 17 febbraio 2021

Regeste

Art. 6 UVG. Der Sachverhalt ist durch die medizinischen Akten und die abschliessenden beweiskräftigen Beurteilungen der Kreisärzte genügend erstellt. Die Rentenhöhe und die Höhe der Integritätsentschädigung lässt sich damit rechtsgenügend ermitteln. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Februar 2021, UV 2019/44).

Volltext

Entscheid vom 17. Februar 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2019/44 Parteien A.____
Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Franziska Ammann, MLaw, Advokatur 107, Rorschacher Strasse 107, 9000 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____
(nachfolgend: Versicherter), war seit Januar 2014 als Baufacharbeiter bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Suva-act. 1). Am 26. August 2014 stürzte der Versicherte von einem Betoniergerüst aus ca. 2.5 - 3 Metern Höhe rückwärts auf den Hinterkopf und die rechte Körperhälfte zu Boden. Dabei erlitt er ein Schädelhirntrauma (mit Felsenbeinlängsfraktur rechtsseitig auslaufend nach parietal und schmalem [3-4 Millimeter breitem] akutem Subduralhämatom rechts temporo-parietal), eine Klavikulafraktur rechtsseitig, eine mehrfragmentäre Fraktur der rechten Rippe, eine Lungenkontusion rechtsseitig basal, eine BWS-Kontusion, ein vorderes Schubladenphänomen rechtsseitig bei Riss des vorderen Kreuzbandes rechts und eine initiale zweiminütige Bewusstlosigkeit (Suva-act. 21). Festgestellt wurde im Weiteren eine Hörminderung rechts (Suva-act. 9). Zunächst wurde der Versicherte ab 26. August 2014 im Kantonsspital St. Gallen (KSSG), Klinik für Neurochirurgie, behandelt (Suva-act. 21). Am 29. August 2014 wurde er in die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG verlegt und operativ versorgt (offene Reposition und interne Fixation [ORIF] sowie Plattenosteosynthese Klavikula rechts; Suva-act. 8 f.). Am 2. September 2014 konnte er das Spital verlassen (Suva-act. 9). Mit Bericht vom 21. November 2014 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Orthopädie des KSSG nebst dem Status nach der Operation eine persistierende, am ehesten neuropathische Beschwerdesymptomatik an der rechten Schulter. Seitens der Klavikula zeige sich ein regelhafter Verlauf mit fortschreitender Durchbauung. Der Versicherte sei aber aufgrund der bestehenden Beschwerdesymptomatik im Bereich der rechten Schulter erheblich eingeschränkt (Suva-act. 30). Es folgten weitere

Untersuchungen im KSSG. Gemäss Bericht der Hals-Nasen-Ohrenklinik vom 4. Dezember 2014 zeigte sich eine kleine, wenn auch stetige Verbesserung der subjektiven Hörminderung rechts sowie der Schwindelsymptomatik. Betreffend der leichten Otorrhoe und Otalgie sowie der Schwindelsymptomatik wurde kein weiterer Handlungsbedarf gesehen (Suva-act. 56). Der neurologische Untersuch vom 8. Dezember 2014 ergab unauffällige motorische Neurographien im rechten Arm. Klinisch und elektromyographisch zeigte sich eine leichte, eher chronische Ulnarläsion, wobei elektrophysiologisch der genauere Schädigungsort nicht bestimmbar war. Das klinisch-neurologisch untersuchbare sensible Defizit mit halbseitiger Beteiligung des Dig. IV entsprach dabei einem peripheren Läsionsmuster. Bezüglich der beschriebenen Allodynie im Bereich der Operationsnarbe wurde eine schmerzdistanzierende Medikation empfohlen (Suva-act. 48). Mit Schreiben vom 19. Januar 2015 hielt der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin fest, dass es im Bereich des Nervus ulnaris zu einer Neuropathie gekommen sei, deren Ursache unklar sei. Der Versicherte beobachtete eine reduzierte Kraft bei hoch erhobenem Arm und Anteversion nach vorne. Auch sei der Faustschluss insbesondere der Finger III-V deutlich eingeschränkt (Suva-act. 42). Bei anhaltenden Schulterschmerzen rechts wurde am 6. März 2015 eine MR-Arthrographie zur Beurteilung einer Rotatorenmanschettenläsion durchgeführt. Diese ergab eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne (SLAP-Läsion Typ 1), eine hypertrophe, leicht aktivierte fortgeschrittene AC-Arthrose sowie ein narbig alteriertes korakoklavikuläres Ligament und Osteosynthesematerial nach Klavikulafraktur (Suva-act. 63). Am 4. August 2015 wurde der Versicherte von Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, an der rechten Schulter operiert (Schulterarthroskopie mit SLAP-Débridement, Shrinking des Pulleys mit Akromioplastik und mini-open-Revision des Supraspinatus; Suva-act. 109, 111). Eine weitere Operation wurde am 18. Dezember 2015 durchgeführt. Bei Vorliegen einer Karpaltunnelsyndrom-Symptomatik führte Prof. Dr. med. E.____ von der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG eine Karpaldachspaltung, Neurolyse und Synovialektomie durch (Suva-act. 129, 131). Am 26. Februar 2016 wurde der Versicherte von Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, kreisärztlich untersucht. Dieser erachtete die vorhandenen Beschwerden im Bereich der rechten Schulter sowie die neuralgiformen Schmerzen im Bereich des Plexus cervicobrachialis rechts als unfallkausal. Das Karpaltunnelsyndrom rechts beurteilte er als nicht vom Unfall herrührend (Suva-act. 138). Diese Einschätzung bestätigte er mit Beurteilung vom 16. März 2016 (Suva-act. 144). Mit Verfügung vom 1. April 2016 verneinte die Suva Leistungsansprüche bezüglich des Karpaltunnelsyndroms (Suva-act. 150). Die dagegen erhobenen Einsprachen des Versicherten und der Krankenkasse (Suva-act. 157, 163) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 12. September 2016 ab (Suva-act. 207). Dieser Entscheid blieb unangefochten. Mit Operation vom 28. April 2016 durch Dr. D.____ wurde bei konsolidierter Klavikulafraktur rechts und störendem Implantat mit Plexusirritation die Osteosynthesematerialentfernung (OSME) vorgenommen (Suva-act. 168). Am 7. Juni 2016 führte Dr. D.____ aus, dass von Seiten der Schulter ein guter Verlauf mit inzwischen normaler Beweglichkeit und auch sehr guter Kraft bestehe. Die weiterhin beklagten Schwindel und auch Nackenschmerzen von Seiten der Halswirbelsäule und der Status nach Felsenbeinfraktur würden sich zwei Jahre nach dem Unfall voraussichtlich nicht mehr wesentlich ändern (Suva-act. 173). Mit Schreiben vom 24. Juni 2016 führte Dr. D.____ aus, dass von Seiten der Schulter wieder eine gute Beweglichkeit und Belastbarkeit erreicht worden sei. Die Klavikula sei stabil verheilt.

Problematisch bleibe die Rotatorenmanschette. Diesbezüglich sei eine Revision erfolgt mit Akromioplastik. Aktuell seien Beweglichkeit und Belastbarkeit als vollständig anzusehen. Schulterbelastende Tätigkeiten mit Heben von Lasten in und über Schulterhöhe sowie Bewegungen der Arme über der Horizontalen seien aber dauerhaft als ungünstig einzustufen. Der Versicherte habe ihm mitgeteilt, dass er im Baugewerbe selbst keine schweren Lasten heben müsse, sondern mehrheitlich Aufsichtsfunktionen ausübe und Anleitungen geben müsse. Für eine solche Tätigkeit bescheinige er eine volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 185). Dr. F.____ befand mit Beurteilung vom 21. Juli 2016, dem Versicherten seien mittelschwere Tätigkeiten, ohne repetitive Überkopfarbeiten, selten mit einer maximalen Last von fünf Kilogramm für den rechten Arm, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Arbeiten an schlagenden, stossenden und vibrierenden Maschinen für den rechten Arm ab sofort vollzeitlich zumutbar. Eine Tätigkeit als Maurer werde indes nicht mehr erreichbar sein (Suva-act. 190). Per 31. Oktober 2016 kündigte die B.____ AG das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten (Suva-act. 200). Nachdem der Versicherte beim Hausarzt über Gedächtnisstörungen und weiterhin über einen Hörverlust rechts geklagt hatte (Suva-act. 180), wurde er am 30. August 2016 in der Klinik für Neurologie des KSSG neuropsychologisch untersucht. Lic. phil G.____, Psychologe FSP/Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, stellte eine minimale neuropsychologische Störung im Sinne einer leichten Antriebsstörung fest. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte aufgrund der rein kognitiven Leistungsfähigkeit im privaten Alltag nicht eingeschränkt sei und berufliche Tätigkeiten praktisch unvermindert vollbracht werden könnten. Dies gelte auch für die angestammte Tätigkeit als Maurer. Bei Tätigkeiten mit hohen Anforderungen könne jedoch eine leichte Einschränkung bestehen. Für den Aufgabenbereich als Polier oder als Maurermeister bestehe aus rein neuropsychologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (Suva-act. 202). Mit Bericht vom 13. September 2016 diagnostizierte Prof. E.____ chronische Kopf- und Nackenschmerzen (Suva-act 215), weshalb am 19. September 2016 ein MRI des Neurocraniums durchgeführt wurde. Dieses ergab posttraumatische Parenchymdefekte beidseits bei ansonsten normalem Befund ohne Hinweis auf eine zerebrale Ursache der Symptomatik (Suva-act. 233). Am 5. und 20. September 2016 wurden Untersuchungen in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG durchgeführt. Dr. med. H.____, Phoniatrie und Pädaudiologie, beschrieb mit Bericht vom 22. September 2016 eine hochtonbetonte sensorineurale Innenohrschwerhörigkeit rechts sowie eine kombinierte Schwerhörigkeit links bei Ohrmuschelfehlbildung Grad II links. Die тонаudiometrische Innenohrhörschwelle sei beidseits weitgehend symmetrisch. Weiterhin finde sich ein kompensierter Tinnitus. Aktuell gebe es keinen Anhalt für das Vorliegen eines peripher vestibulären Schwindels (Suva-act. 216). Am 17. Oktober 2016 fand eine MRI-Untersuchung der Hals und Brustwirbelsäule (Clivus – BWK3) statt. Dabei fanden sich geringe degenerative Veränderungen HWK4 bis HWK7 (Punctum maximum HWK6/7) mit geringen Diskuswölbungen bzw. minimalen Diskushernien ohne Nachweis einer Spinalkanalstenose oder Neurokompression bei normaler Medulla spinalis (Suva-act. 234). Mit Bericht vom 4. November 2016 (Konsultation Schmerzsprechstunde vom 12. Oktober 2016) diagnostizierte Dr. med. I.____, Fachärztin Neurologie, KSSG, einen sekundären phobischen Schwindel und ein chronisches Schmerzsyndrom (Suva-act. 231). Zur Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Beschwerden (Schwindel und Hörminderung rechts) auf den Unfall zurückzuführen seien, wurde der Fall Dr. med. J.____, Fachärztin für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Suva, Arbeitsmedizin, vorgelegt. Diese kam mit Beurteilung vom 12. Dezember 2016 zum

Schluss, dass die Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal seien (Suva-act. 247). Vom 16. Juni bis 15. Juli 2017 hielt sich der Versicherte im Schmerzzentrum des KSSG zur stationären multimodalen Schmerztherapie (MMST) auf. Die verantwortlichen Ärzte diagnostizierten im Austrittsbericht vom 28. Juli 2017 1. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit chronischer occipital betonter Kopfschmerzsymptomatik nach Schädelhirntrauma, rechtsseitigem Schulter-/Armschmerz nach Trauma und chronischen Schmerzen der Brustwirbelsäule nach Trauma sowie 2. eine Schwindelsymptomatik (Suva-act. 301). Am 8. September 2017 untersuchte Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Kreisarzt, den Versicherten. Er diagnostizierte als organisch objektivierbare Unfallfolgen des Sturzes vom 26. August 2014 ein Schädelhirntrauma mit Felsenbeinlängsfraktur rechts, Subduralhämatom temporoparietal rechts, Kalottenfraktur parietal rechts und Hörminderung rechts, eine Klavikulafraktur rechts mit Zustand nach Plattenosteosynthese und Zustand nach Plattenosteosynthesematerialentfernung, eine Lungenkontusion rechts, eine leicht dislozierte Fraktur der ersten Rippe rechts, einen Status nach Schulterarthroskopie mit SLAP-Débridement und Shrinking pulleynah, subakromialer Bursektomie mit Akromioplastik und mini open-Revision des Supraspinatus am 4. August 2015, eine persistierende Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, zunehmende Nackenschmerzen und eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, Schmerzen in der Brustwirbelsäule, nicht radikuläre Schmerzen und Gefühlsstörungen in der rechten Hand, chronische Kopfschmerzen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Schwindelsymptomatik. Von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen für die Unfallfolgen sei aktuell keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Es handle sich somit um einen medizinischen Endzustand. Die angestammte Tätigkeit als Baufacharbeiter sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien alle Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und Gehen mit Heben und Tragen von leichten Gegenständen bis Brusthöhe. Nicht zumutbar seien das Gehen auf unebenem Gelände, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Hantieren mit schweren Werkzeugen sowie Überkopfarbeiten (Suva-act. 309). Den Integritätsschaden schätzte Dr. K.____ auf 10 % (Suva-act. 308). Mit Bericht vom 30. Januar 2018 diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG nach Untersuchung vom 21. Dezember 2017 1. einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz bei Status nach Schädelhirntrauma mit nicht dislozierter Kalottenfraktur, 2. ein chronisches Schmerzsyndrom und 3. einen sekundären phobischen Schwindel. Von neurologischer Seite bestehe kein Hindernis für die Wiedereingliederung im ersten Arbeitsmarkt. Die Tätigkeit auf dem Bau sei aber insbesondere wegen der Einschränkung des rechten Arms sowie der nach wie vor bestehenden Gangunsicherheit nicht mehr möglich (Suva-act. 343). Am 13. März 2018 wurde eine psychiatrische Untersuchung bei Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater, Agenturärztlicher Dienst der Suva, durchgeführt. Zusammengefasst kam er zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht keine eigenständige psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten gefunden werden könne. Die bestehenden schmerzbedingten und durch die beklagte vermehrte Vergesslichkeit hervorgerufenen Einschränkungen seien bereits im Rahmen der neuropsychologischen Befunderhebung im Jahr 2016 erkannt und diagnostisch berücksichtigt worden (Suva-act. 360). Am 12. Juni 2018 fand eine weitere neuropsychologische Untersuchung im KSSG durch Dr. phil. M.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, statt. Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich leichte kognitive

Funktionsstörungen und im Vergleich zur Erstuntersuchung vom 30. August 2016 qualitativ vergleichbare Befunde bei quantitativ Hinweisen für tendenzielle Verschlechterungen. Aus neuropsychologischer Sicht sei bei einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung von einem Integritätsschaden bei psychischen Folgen von Hirnverletzungen von 20 % auszugehen. Als Polier oder Vorarbeiter mit anspruchsvollen Aufgaben im sprachlich kommunikativen und komplexeren denkerischen Bereich dürfte sich das dysexekutive Syndrom deutlich auswirken. In Routinetätigkeiten würden sich aus neuropsychologischer Sicht aufgrund kognitiver Störungen kaum Einschränkungen für die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit ergeben. Hier sei vor allem die psychophysische Belastbarkeit entscheidend (Suva-act. 376). Mit Bericht vom 21. Juni 2018 gab Dr. med. N.____, Fachärztin Neurochirurgie, Kreisärztin, eine Beurteilung ab. Sie führte aus, dass auf neurologischem Fachgebiet ein medizinischer Endzustand erreicht sei. Unfallkausal seien der posttraumatische Kopfschmerz und die neuropsychologischen Defizite. Die Einschätzungen von Dr. M.____ zur Zumutbarkeit und Integritätseinbusse seien vollumfänglich nachvollziehbar. Das Zumutbarkeitsprofil von September 2017 sei dahingehend zu ergänzen, dass Tätigkeiten wie Personalführung, Tätigkeiten mit Kundenkontakt, bei denen komplexere kommunikative Leistungen erforderlich seien (z.B. Beratungen), und Tätigkeiten, die planerisches Handeln oder Lösen von Problemen nötig machten, nicht mehr zumutbar seien. Beim Erlernen neuer Arbeitsabläufe sei mit einem erhöhten Zeitaufwand zu rechnen. Aufgrund der eingeschränkten psychophysischen Belastbarkeit mit erhöhtem Pausenbedarf werde der zeitliche Umfang auf 80 bis 90 % geschätzt (Suva-act. 382). Den Integritätsschaden auf neurologischem Gebiet schätzte Dr. N.____ auf 20 %, insgesamt auf 30 % (Suva-act. 383). Mit Verfügung vom 23. November 2018 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2019 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 26 % zu. Im Weiteren verfügte sie eine Integritätsentschädigung von Fr. 37'800.-- (Integritätsschaden 30 %; Suva-act. 406). Mit Bericht vom 4. Dezember 2018 diagnostizierte Prof. E.____ eine chronische Kompression der Gefässe und Nerven im Thoracic-Outlet und empfahl eine Dekompression der Gefässe und Nerven mit Resektion der ersten Rippe (Suva-act. 416). Gegen die Verfügung vom 23. November 2018 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw F. Ammann, St. Gallen, mit Eingabe vom 11. Januar 2019 Einsprache erheben. Beantragt wurde die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Es sei eine interdisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben (Suva-act. 432). Nachdem der Kreisarzt Dr. med. O.____, Arzt für Allgemeinmedizin, zur Beantwortung der Frage, ob die von Prof. E.____ empfohlene Operation aus unfallkausaler Sicht indiziert sei, mit Beurteilung vom 4. Februar 2019 die Einforderung des derzeit noch ausstehenden bildgebenden Nachweises einer neurovaskulären Kompression, insbesondere auch einer angiologischen und neurologischen Diagnosebestätigung eines Thoracic-Outlet-Syndroms empfohlen hatte (Suva-act. 442), wurde der Versicherte im Ostschweizer Gefässzentrum am KSSG angiologisch und neurologisch/neuromuskulär untersucht. Gemäss Bericht vom 18. März 2019 fand sich duplexsonographisch keine Kompression der Arteria subclavia rechts (Suva-act. 458). Ein EMG/ENG vom 4. April 2019 ergab einen elektrophysiologischen Normalbefund ohne Hinweise für ein neurogenes Thoracic-Outlet-Syndrom (Suva-act. 462). Mit Beurteilung vom 24. Mai 2019 schloss Dr. O.____ ein funktionell relevantes Thoracic-Outlet-Syndrom aus und bestätigte das Erreichen des medizinischen Endzustands (Suva-act. 464). In teilweiser Guttheissung der Einsprache erhöhte die Suva mit Einspracheentscheid vom 29. Mai 2019 den Invaliditätsgrad von 26

auf 27 % und wies im Übrigen die Einsprache ab (Suva-act. 465). Gegen den Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 1. Juli 2019 durch seine Rechtsvertreterin Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 29. Mai 2019 und die Verfügung vom 23. November 2018 seien aufzuheben. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Es sei eine interdisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (inkl. MwSt) zu Lasten der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; act. G 1). In der Beschwerdeantwort vom 13. August 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 1. Juli 2019, soweit darauf einzutreten sei, sowie die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 29. Mai 2019 (act. G 4). Mit Schreiben vom 3. Dezember 2019 wurde dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege, umfassend die unentgeltliche Rechtsverteidigung, entsprochen (act. G 15). Mit Replik vom 16. Januar 2020 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und deren Begründungen unverändert festhalten (act. G 17). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 19). Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. 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 den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Folgen des Unfalles vom 26. August 2014 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. 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 Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die

Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer (Hrsg.), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 88). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. 5d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 286, E. 3a). 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 vorzunehmen (vgl. neben vielen Urteilen des Bundesgerichts vom 29. Mai 2012, 8C_849/2011, E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bezüglich Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2, mit Hinweisen). Diesfalls besteht kein Anspruch auf Beizug versicherungsexterner medizinischer Gutachten (BGE 122 V 157). Es ist unbestritten und medizinisch erstellt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Fallabschlusses bzw. der Rentenprüfung (Art. 19 Abs. 1 UVG) per Ende Januar 2019 weiterhin unter unfallkausalen orthopädischen und neurologischen/neuropsychologischen Beschwerden litt, welche in die Leistungsbeurteilung miteinzubeziehen sind. Eigenständige psychische Beeinträchtigungen mit Auswirkungen

auf die Leistungsfähigkeit werden seitens des Beschwerdeführers nicht geltend gemacht und wurden von Dr. L. ___ nach persönlichem Untersuchen mit umfassender Beurteilung vom 13. März 2018 nachvollziehbar verneint (Suva-act. 360). Im Weiteren sind Beeinträchtigungen aufgrund des operierten Karpaltunnelsyndroms mangels rechtsgenügend verneinter Kausalität nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. dazu im Sachverhalt lit. A.e f.). Zu prüfen ist im Folgenden, ob der rechtserhebliche Sachverhalt, namentlich die unfallkausale Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, per 1. Februar 2019 in quantitativer und qualitativer Hinsicht für die Beurteilung des Rentenanspruchs, aber auch bezüglich Höhe der Integritätsentschädigung, genügend erstellt ist. Der Beschwerdeführer bestreitet dies und beantragt eine interdisziplinäre Begutachtung. Die Beschwerdegegnerin erachtet den Sachverhalt als spruchreif und verweist insbesondere auf die kreisärztlichen Stellungnahmen. In orthopädischer Hinsicht wurde der Beschwerdeführer am 28. April 2016 letztmals operiert (OSME; Suva-act. 168). Der Operateur Dr. D. ___ bescheinigte dem Beschwerdeführer nach gutem Verlauf von Seiten der rechten Schulter rund zwei Monate postoperativ eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit. Dabei berücksichtigte er auch den beklagten Schwindel und die Nackenschmerzen seitens der Halswirbelsäule (Suva-act. 173, 185, 187). Gestützt auf diese Einschätzung des behandelnden Facharztes leuchtet es ein, dass auch Kreisarzt Dr. F. ___ mit Beurteilung vom 21. Juli 2016 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bezüglich der orthopädischen Beeinträchtigungen ausging (Suva-act. 190). Nach umfassender klinischer Untersuchung vom 8. September 2017 (Suva-act. 309-7 f.) kam schliesslich auch Kreisarzt Dr. K. ___ in Würdigung der Beschwerdeangaben (Suva-act. 309-6) und der medizinischen Aktenlage (Suva-act. 309-1 ff.) zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Baufacharbeiter nicht mehr zumutbar sei, indes Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und Gehen mit Heben und Tragen von leichten Gegenständen bis Brusthöhe möglich seien. Nicht zumutbar seien das Gehen auf unebenem Gelände, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Hantieren mit schweren Werkzeugen sowie Überkopfarbeiten (Suva-act. 309). Das genannte Zumutbarkeitsprofil ist bei der vorliegenden orthopädischen Problematik (Beschwerden an der Hals- und Brustwirbelsäule, am rechten Brustkorb, an der Schulter rechts mit Bewegungseinschränkung) nachvollziehbar und schlüssig. Insbesondere wird der Schulterproblematik dabei – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 10) – genügend Rechnung getragen, zumal dem Beschwerdeführer das Heben und Tragen von leichten Gegenständen nur noch bis Brusthöhe und Überkopfarbeiten überhaupt nicht mehr zugemutet werden. Damit werden insgesamt schulterbelastende Tätigkeiten ausgeklammert. Der Einwand, dass Dr. K. ___ keine Beurteilung zum möglichen Umfang bzw. der quantitativen Leistungsfähigkeit abgebe, ist nicht stichhaltig. Aus seiner Beurteilung ergibt sich ohne weiteres, dass er bei adaptierten Tätigkeiten von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgeht. Letztlich bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit dieser kreisärztlichen Beurteilung. Andere Beurteilungen von Fachpersonen auf orthopädischem Gebiet liegen denn auch nicht vor. Bezüglich der unfallkausalen neurologischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin letztens auf die kreisärztliche (Akten-)Beurteilung von Dr. N. ___ vom 21. Juni 2018 ab (Suva-act. 382). Diese wiederum verwies insbesondere auf die aktuellste neuropsychologische Beurteilung durch Dr. M. ___, welche den Beschwerdeführer am 12. Juni 2018 umfassend untersucht und getestet hatte und zum Schluss gelangt war, dass eine leichte kognitive Funktionsstörung vorliege, welche

teilweise durch Residuen vom erlittenen Schädelhirntrauma und teilweise durch Hirnprozesse, die über das Alter hinausgehen, erklärbar seien (Suva-act. 376). Dr. N.____ wertete den Kopfschmerz und die neuropsychologischen Defizite als unfallkausal und schätzte die quantitative Leistungsfähigkeit wegen der eingeschränkten psychophysischen Belastbarkeit mit erhöhtem Pausenbedarf auf 80 bis 90 %. Das Zumutbarkeitsprofil von Dr. K.____ sei dahingehend zu ergänzen, dass Tätigkeiten wie Personalführung, Tätigkeiten mit Kundenkontakt, bei denen komplexere kommunikative Leistungen erforderlich seien (z.B. Beratungen), und Tätigkeiten, die planerisches Handeln oder Lösen von Problemen nötig machten, nicht mehr zumutbar seien. Dieses (ergänzte) Zumutbarkeitsprofil und die geschätzte Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht erscheinen bei diesen unfallkausalen neurologischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig. Davon abweichende Schätzungen anderer Fachpersonen liegen auch auf neurologischen/neuropsychologischem Fachgebiet nicht vor. Auch sonst sind keine Gründe ersichtlich, die Beurteilungen von Dr. N.____ in Zweifel zu ziehen. Der Einwand, dass sich Dr. N.____ nur zum Integritätsschaden äusserte bzw. zu äussern hatte, trifft nicht zu. Aus der Fragestellung in Suva-act. 377 geht klar hervor, dass die Zumutbarkeitsfrage zu beurteilen war. Dies hat Dr. N.____ korrekterweise sowohl in Bezug auf die qualitative (Zumutbarkeitsprofil) als auch auf die quantitative (80 bis 90 %) Leistungsfähigkeit denn auch getan. Es kann darauf abgestellt werden. Der Beschwerdeführer beantragt, dass nebst den obgenannten anerkannten Beeinträchtigungen ebenfalls eine Hörminderung rechts und die Schwindelproblematik in die Leistungsbeurteilung miteinzubeziehen seien. Diesbezüglich verneint die Beschwerdegegnerin eine über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus bestehende Kausalität und verweist auf die kreisärztliche (Akten-)Beurteilung von Dr. J.____ vom 12. Dezember 2016 (Suva-act. 247). Diese kommt in Würdigung der medizinischen Abklärungen in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG (Suva-act. 26, 56 ff., 85, 216, 231) zum Schluss, dass bezüglich des Gehörs rechts und der Schwindelbeschwerden keine Unfallkausalität mehr bestehe. Dr. J.____ führt aus, dass sich das ursprüngliche Othämatom wie auch die Einblutung in das rechte Mittelohr vollständig erholt hätten. Das Innenohr des rechten Gehörs entspreche dem linken Innenohr über den gesamten Frequenzbereich. Die Innenohrhörschwelle des linken Gehörs sei ein massgebender Vergleichsfaktor, da das linke Gehör durch den Sturz nicht beeinträchtigt worden sei, jedoch angeboren an einer kombinierten hochgradigen Schwerhörigkeit mit Schalleitungsblock leide. Dieses Gehör sei insofern nie durch lärmtraumatische berufliche Einflüsse beeinträchtigt worden, als es einen natürlichen Schalltransmissionsschutz seit Geburt habe. Somit sei die Innenohrkurve am linken Gehör eine gute Vergleichskurve. Der leichte Tinnitus rechts im Frequenzbereich von 3000 Hz gelte als kompensiert und nicht störend im Alltag (Suva-act. 247-1). Diese medizinische Abhandlung und die daraus gezogenen Schlüsse sind nachvollziehbar und einleuchtend. Anders gesagt sind keine unfallkausalen Beeinträchtigungen, welche die hochtonbetonte sensorineurale Innenohrschwerhörigkeit rechts (Suva-act. 216) erklären könnten, mehr objektivierbar. Anderslautende Kausalitätseinschätzungen liegen nicht im Recht. Auch beklagte der Beschwerdeführer bereits seit Mai 2015 keine Probleme mehr mit dem rechten Ohr bzw. bezeichnete den Zustand in etwa wieder so wie vor dem Unfall (Suva-act. 97), wobei er diese Einschätzung beim Untersuchen im September 2016 allerdings revidierte (Suva-act. 216-1). Zusammengefasst ist festzuhalten, dass bezüglich der geltend gemachten Problematik des rechten Ohrs/Gehörs überwiegend wahrscheinlich keine Unfallkausalität mehr vorliegt und diese nicht in die Leistungsbeurteilung miteinzubeziehen ist. Warum Dr.

J. ___ trotzdem zu einem allfälligen unfallbedingten Integritätsschaden aufgrund der Gehörproblematik rechts Stellung nimmt (Suva-act. 247-3), ist zwar nicht schlüssig, ändert indes nichts daran, dass die Kausalität zu verneinen ist. Bezüglich der Schwindelbeschwerden führt Dr. J. ___ aus, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis über Drehschwindelbeschwerden bei Lagerungsveränderungen geklagt habe. Diese Beschwerden seien in der Folgezeit vollständig abgeklungen. Der Beschwerdeführer klagt aktuell über eine Gangunsicherheit, insbesondere im Dunkeln wie auch bei körperlicher Anstrengung oder beim Treppengehen. Die ausführlichen otoneurologischen Abklärungen an der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG hätten eine vollständig normale periphere beidseitige Gleichgewichtsfunktion ohne Hinweise für eine Bogengangsfunktionsstörung (was einer Lagerungsschwindelproblematik entsprechen würde) ergeben. Auch hätten sich keine Nystagmopathien provozieren lassen. Die beiden Gleichgewichte hätten kalorisch symmetrisch reagiert und der Beschwerdeführer habe bei den gesamten Prüfungsbatterien klinisch und technisch symmetrisch und unauffällig reagiert. Zwar werde ein phobischer Schwindel als Differentialdiagnose aufgeführt. Dabei handle es sich aber um eine funktionelle nicht unfallkausale, sondern um eine angstüberlagerte Verarbeitungsstörung, welche nicht mehr im zeitlichen unfallkausalen Zusammenhang zu beurteilen sei. Die aktuell geklagten Beschwerden hätten weder ein organisch morphologisches noch ein unfallkausales Korrelat. Es handle sich um subjektive Wahrnehmungen, welche nicht mit klinischen Untersuchungstests oder in den Ganganalysen objektivierbar gewesen seien (Suva-act. 247-2). Auch diese medizinische Beurteilung bzw. Begründung, weshalb zwischen dem Unfall vom 26. August 2014 und dem geltend gemachten Schwindel kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) besteht, ist in Würdigung der medizinischen Aktenlage, insbesondere der umfassenden Untersuchung und Beurteilung durch Dr. I. ___ (Suva-act. 231), schlüssig und nachvollziehbar. Eine andere Kausalitätsbeurteilung liegt nicht vor. Auch führte der Beschwerdeführer anlässlich eines Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin am 26. Februar 2016 aus, dass er unter keinem eigentlichen Schwindel leide. Er habe ca. einmal im Monat wie eine Instabilität, wenn er sich vom Stuhl erhebe, und schwanke kurz nach hinten (Suva-act. 136). Selbst wenn das Schwindelgefühl aus subjektiver Sicht seither wieder zugenommen haben sollte (Suva-act. 231-1 f.), wäre auch bei Annahme einer Kausalität der objektiv nicht fassbaren Schwindelbeschwerden keine quantitative oder qualitative (weitergehende) Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen. In diesem Sinne äusserte sich auch Dr. D. ___, der in adaptierter Tätigkeit – trotz beklagtem Schwindel – eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigte und das Zumutbarkeitsprofil nicht zusätzlich einschränkte (Suva-act. 173, 185, 187). Dasselbe gilt in Bezug auf die Beurteilung von Dr. K. ___, welcher die Schwindelproblematik ebenfalls mitberücksichtigte (Suva-act. 309-9). Letztlich wird seitens des Beschwerdeführers geltend gemacht, dass das Thoracic-Outlet-Syndrom zu Unrecht bei der Leistungsbeurteilung nicht berücksichtigt worden sei. Mit Untersuchungsbericht vom 4. Dezember 2018 diagnostizierte Prof. E. ___ eine chronische Kompression Plexus brachialis und Gefässe rechtes Thoracic Outlet und empfahl eine Dekompression mit Resektion der ersten Rippe (Suva-act. 416). Zur Überprüfung dieser Diagnose wurde der Beschwerdeführer angiologisch und neurologisch/neuromuskulär untersucht. Gemäss Bericht vom 18. März 2019 fand sich duplexsonographisch keine Kompression der Arteria subclavia rechts (Suva-act. 458; bereits in der CT-Angiographie des Aortenbogens und der abgehenden Gefässe vom 7. November 2018 hatte sich kein Nachweis einer Kompression des Plexus brachialis oder der

Subklaviargefässe gezeigt [Suva-act. 448]). Ein EMG/ENG vom 4. April 2019 ergab einen elektrophysiologischen Normalbefund ohne Hinweise für ein neurogenes Thoracic-Outlet-Syndrom. Gemäss Dr. I.____ waren die Beschwerden in der Qualität unverändert, zeigten sich in der Ausgestaltung aber progredient. Klinisch sowie elektrophysiologisch liessen sich keine sicheren Hinweise für eine Läsion des unteren Plexus objektivieren (Suva-act. 462). Gestützt auf diese Untersuchungsergebnisse ist es nachvollziehbar und schlüssig, dass Dr. O.____, entgegen der Diagnosestellung von Prof. E.____, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein funktionell relevantes Thoracic-Outlet-Syndrom bei chronischer Kompression des Plexus brachialis und der Gefässe verneinte (Suva-act. 464). Entsprechend besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die gemäss Prof. E.____ indizierte Operation (Dekompression mit Resektion der ersten Rippe; Suva-act. 416) bzw. ändert sich mangels unfallkausaler Operationsindikation nichts am festgestellten medizinischen Endzustand. Im Übrigen hat Dr. K.____ (vgl. vorstehende E. 4.1) die geltend gemachten Schmerzen und Gefühlsstörungen in der rechten Hand sowie die Beeinträchtigungen in der gesamten rechten oberen Extremität, am rechten Brustkorb und an der Wirbelsäule, auch wenn diese nicht vollends objektivierbar sind, in seiner Leistungsbeurteilung berücksichtigt (Suva-act. 309-9). Diesbezügliche Einwände seitens des Beschwerdeführers sind damit unbegründet. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der Sachverhalt im Zeitpunkt des Fallabschlusses bzw. der Rentenprüfung per Ende Januar 2019 medizinisch genügend abgeklärt war. Eine interdisziplinäre Begutachtung ist damit nicht angezeigt und die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen. Daran ändert nichts, wie es der Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften bemängelt, dass die Beschwerdegegnerin in der "Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung" nicht alle diagnostizierten Unfallfolgen erwähnt hat (Suva-act. 404-1). Denn in den Leistungsbeurteilungen der Dres. K.____ (Suva-act. 309; vgl. vorstehende E. 4.1) und N.____ (Suva-act. 382; vgl. vorstehende E. 4.2), worauf die Beschwerdegegnerin letztlich ihre Entscheidung abstützte, wurden sämtliche unfallkausalen Beschwerden und darüber hinaus auch die Schwindelproblematik und weitere teils nicht vollends objektivierbare Beschwerden berücksichtigt. Entsprechend kann auf die quantitativen und qualitativen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der genannten Kreisärzte abgestellt werden und es ist für die Rentenberechnung von einer 85%-igen Arbeitsfähigkeit (das Mittel von 80 bis 90 %, vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C_730/2012, E. 4.2) in angepassten Tätigkeiten auszugehen. Zumutbar sind Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und Gehen mit Heben und Tragen von leichten Gegenständen bis Brusthöhe. Nicht zumutbar sind das Gehen auf unebenem Gelände, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Hantieren mit schweren Werkzeugen sowie Überkopfarbeiten (Suva-act. 309-9). Nicht zumutbar sind weiter Tätigkeiten wie Personalführung, Tätigkeiten mit Kundenkontakt, bei denen komplexere kommunikative Leistungen erforderlich sind (z.B. Beratungen), und Tätigkeiten, die planerisches Handeln oder Lösen von Problemen nötig machen (Suva-act. 382-3). Bei 85%-iger Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ist damit der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Dazu ist 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 zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; vgl. Art. 16 ATSG). Validen- und Invalideneinkommen sind unbestritten. Diesbezüglich kann ohne weiteres auf die

Ausführungen im Einspracheentscheid vom 29. Mai 2019 verwiesen werden (Suva-act. 465-16 f.). Das gilt auch für den beim Invalideneinkommen gewährten Abzug vom Tabellenlohn von 10 %. Dieser Abzug ist angemessen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'720.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 51'565.60 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 19'154.40 (Fr. 70'720.-- - Fr. 51'565.60) und ein Invaliditätsgrad von 27 % (Fr. 19'154.40 / Fr. 70'720.--). Der Einspracheentscheid ist auch in diesem Punkt nicht zu beanstanden. Zu beurteilen bleibt die Höhe des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen der Dres. K.____ (orthopädisch 10 %; Suva-act. 308) und N.____ (neurologisch 20 %; Suva-act. 383) eine solche basierend auf einem Integritätsschaden von 30 % zu. 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). Dr. K.____ führte mit Beurteilung vom 8. September 2017 aus, dass bezogen auf die Operation des rechten Schultergelenks bei Zustand nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Bizepssehnenentomie und einer Beweglichkeit bis zur Horizontalen und 20° darüber ein Integritätsschaden von 10 % angemessen sei. Er verwies dabei auf die Suva-Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) und dort auf die Rubrik "Periarthrosis humeroscapularis" in "mässiger Form". Diese Ausführungen leuchten sowohl bezüglich Herleitung als auch Höhe ein. Sie beruhen auf einer persönlichen Befunderhebung und anderslautende Einschätzungen liegen nicht im Recht. Weitere objektivierbare orthopädische Beeinträchtigungen, welche eine Integritätsentschädigung begründen könnten, sind nicht ersichtlich (vgl. dazu auch Suva-Tabelle 7). Es kann auf die Einschätzung von Dr. K.____ abgestellt werden. In neurologischer/neuropsychologischer Hinsicht leidet der Beschwerdeführer an unfallkausalen chronischen Kopfschmerzen sowie an leichten neuropsychologischen Defiziten. Diesbezüglich schätzte Dr. N.____ den Integritätsschaden auf 20 % (Suva-act. 383). Zu demselben Ergebnis gelangte Dr. M.____ in ihrer Beurteilung vom 14. Juni 2018 (Suva-act. 376-6). Gemäss Suva-Tabelle 8, Integritätsschaden bei Hirnfunktionsstörungen nach Hirnverletzung, ist bei einer leichten Störung, wie sie hier vorliegt, eine Integritätsentschädigung von 20 % angemessen. Entsprechend kann auf die Beurteilungen der Ärzte abgestellt werden. Die Hörminderung rechts ist mangels Kausalität, aber auch mangels relevanten Ausmasses, sofern Kausalität anzunehmen wäre (vgl. dazu die Suva-Tabelle 12), in die Schätzung des Integritätsschadens nicht einzubeziehen. Dasselbe gilt für die geltend gemachte Schwindelproblematik (vgl. Suva-Tabelle 14). Ein

Thoracic-Outlet-Syndrom ist nicht ausgewiesen, weshalb es bei der gesprochenen Integritätsentschädigung sein Bewenden hat. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt. Der Staat ist mithin zu verpflichten, für die Kosten seiner Rechtsvertretung aufzukommen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] in Verbindung mit Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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