

SO_GERICHTE VSBES.2018.34 vom 21. Dezember 2017

SO Obergericht, 2017-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.34

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.34 du 21 décembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.34 del 21 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1961 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war seit dem 3. Januar 2007 bei der Firma B.____ in [...] als Gipser in einem Arbeitspensum von 100 % beschäftigt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert.

1.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 23. August 2007 (Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] I 1) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am 16. August 2007 ausgerutscht und die Treppe hinuntergefallen. Der Bericht des erstbehandelnden Spitals C.____ vom 3. September 2007 (Suva-Nr. I 5) nennt als Diagnosen eine Schulterkontusion rechts, eine OSG-Distorsion rechts und eine HWS-Distorsion. Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.3 Nach diversen medizinischen Abklärungen, darunter kreisärztlichen Untersuchungen vom 13. Februar 2008 (Suva-Nr. I 28), 23. September 2008 (Suva-Nr. I 62), 5. November 2008 (Suva-Nr. I 76) und 10. Juni 2009 (Suva-Nr. I 116), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 30. Juni 2009 (Suva-Nr. I 117) mit, von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten, weshalb die bis anhin ausgerichteten Taggelder per 31. Oktober 2009 eingestellt würden. Mit Verfügung vom 13. Januar 2010 (Suva-Nr. I 150) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 16. August 2007 eine Invalidenrente von 11 % ab 1. November 2009 sowie eine Integritätsentschädigung von 5 % zu. Die dagegen erhobene Einsprache vom 15. Februar 2010 (Suva-Nr. I 161) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. März 2010 ab (Suva-Nr. I 165). Im gleichen Entscheid wurde auch festgehalten, ein weiterer Unfall vom 15. September 2008 (Ausrutschen in der Badewanne mit Sturz auf den Rücken und Verletzung der linken Schulter), den der Beschwerdeführer an der kreisärztlichen Untersuchung vom 23. September 2008 erwähnt hatte (vgl. Suva-Nr. I 62), habe zu keinen Beeinträchtigungen geführt, die natürlich und adäquat unfallkausal seien.

1.4 Mit Schadenmeldung UVG vom 12. Juli 2010 (Suva-Nr. I 167) wurde der Beschwerdegegnerin gemeldet, der Beschwerdeführer habe am 1. Juli 2010 einen Rückfall erlitten. Nach diversen medizinischen Abklärungen und Beizug der Kontrollergebnisse des Amtes für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Solothurn (Suva-Nr. I 201) entschied die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 31. Januar 2011 (Suva-Nr. I 202), die dem Beschwerdeführer zugesprochene, laufende Rente von 11 % werde rückwirkend per 1. November 2010 aufgehoben. Zur Begründung führte sie aus, gemäss den Abklärungen des Amtes für Wirtschaft und Arbeit sei der Beschwerdeführer per 1. November 2010 zu einem

Lohn von monatlich CHF 5'800.00 x 13 angestellt worden, wobei das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen per 24. Dezember 2010 gekündigt worden sei. Da der Beschwerdeführer während der Anstellung eine volle Arbeitsleistung erbracht habe, bestehe keine unfallbedingte Erwerbseinbusse mehr. Diese Verfügung erwuchs unangetroffen in Rechtskraft.

E. 1.2

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren sind die Folgen der Ereignisse vom 16. August 2007, 15. September 2008, 15. Juli 2011, 14. Februar 2013 und 23. Oktober 2013 zu beurteilen. Es bleibt somit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar. 2.

E. 2

2.1 Ab 1. Februar 2011 war der Beschwerdeführer als Gipser bei der Firma D.____, [...], angestellt und dadurch bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 5. August 2011 (Suva-Nr. I 211, II 1) wurde der Beschwerdegegnerin gemeldet, der Beschwerdeführer habe am 15. Juli 2011 im Urlaub in Rumänien einen Unfall erlitten. Beim Besteigen des Treppenhauses sei er rückwärts auf das Bein gestürzt. Er liege nun mit einem eingegipsten Bein und drei «Fingerbrücken» an der Hand in Rumänien im Spital. Betroffen sei der Mittelfuss links (Bruch). Die Beschwerdegegnerin erbrachte Versicherungsleistungen (Suva-Nr. II 21). Der Beschwerdeführer war in der Folge zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitgeberin löste mit Schreiben vom 10. Mai 2013 das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2013 auf (Suva-Nr. I 212 S. 2).

2.2 Nach diversen medizinischen Abklärungen, u.a. mit Durchführung einer psychiatrischen Untersuchung am 11. Juni 2013 (Suva-Nr. II 161) sowie kreisärztlichen Untersuchungen am 11. Juli 2013 (Suva-Nr. II 180) und 10. Dezember 2013 (Suva-Nr. I 241, II 215), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 26. Februar 2014 (Suva-Nr. I 250) mit, eine weitere ärztliche Behandlung der Fussverletzung links sei nicht mehr notwendig, weshalb diesbezüglich keine weiteren Heilkosten bezahlt und die Taggeldleistungen per 28. Februar 2014 eingestellt würden. Aktuell sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig bezüglich der Schulterbeschwerden rechts, weshalb die Beschwerdegegnerin das Taggeld ab dem 1. März 2014 für diesen Fall ausrichten werde (Rückfall zum Unfallereignis vom 16. August 2007, vgl. E. I. 4 hiernach).

3. In der Zwischenzeit nahm die Beschwerdegegnerin davon Kenntnis, dass der Beschwerdeführer am 14. Februar 2013 anlässlich eines Aufenthaltes in der Rehaklinik E.____ gestürzt sei und sich dabei eine Kontusion des linken Handgelenkes zugezogen habe (Suva-Nr. II 133; vgl. Austrittsbericht, Suva-Nr. II 142, III 2). Weiter teilte der Beschwerdeführer am 19. November 2013 bei einer Vorsprache am Schalter mit, er habe am 23. Oktober 2013 einen weiteren Unfall erlitten (Sturz auf das rechte Knie) und habe nun Schmerzen (Suva-Nr. I 237).

4. Mit Arzzeugnis UVG vom 2. Oktober 2013 (Suva-Nr. I 222 S. 2) wurde der Beschwerdegegnerin gemeldet, der Beschwerdeführer habe am 5. Juli 2013 einen Rückfall,

zum die rechte Schulter betreffenden Unfallereignis vom 16. August 2007, erlitten (vgl. auch Suva-Nr. I 218). Die Beschwerdegegnerin holte ein Arzteugnis UVG des Hausarztes Dr. med. F.____ vom 30. Oktober 2013 ein (Suva-Nr. I 225) und veranlasste eine kreisärztliche Untersuchung vom 10. Dezember 2013 (Suva-Nr. I 241). In der Folge anerkannte sie eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schulterbeschwerden und richtete wieder Leistungen aus (vgl. Suva-Nr. I 250, 253). Am 4. April 2014 wurde der Beschwerdeführer an der rechten Schulter operiert (vgl. Suva-Nr. I 265, 279 S. 2). Am 11. Juni 2015 erfolgte ein weiterer operativer Eingriff (vgl. Suva-Nr. I 349).

5. Nach weiteren medizinischen Abklärungen, darunter kreisärztlichen Untersuchungen vom 7. Januar 2016 (Suva-Nr. I 396) und 11. Juli 2016 (Suva-Nr. I 435), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 18. August 2016 (Suva-Nr. I 451) mit, im Zusammenhang mit den Fuss- und Handgelenkbeschwerden links sowie den Schulterbeschwerden rechts sei von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten, weshalb die bis anhin ausgerichteten Taggelder per 31. Dezember 2016 eingestellt würden. Mit Verfügung vom 16. März 2017 (Suva-Nr. I 499) entschied die Beschwerdegegnerin, für die verbliebenen Beeinträchtigungen aus den Unfällen vom 16. August 2007 und 15. Juli 2011 würden eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ausgerichtet. Die erwerblichen und medizinischen Abklärungen hätten eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von 24 % ergeben, so dass ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine Rente in dieser Höhe bestehe. Des Weiteren werde eine Integritätsentschädigung von 20 % zugesprochen. Die dagegen erhobene Einsprache (Suva-Nr. I 511, 535) wies die Beschwerdegegnerin nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Chirurgie FMH (Suva-Nr. I 544), mit Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2017 (Suva-Nr. I 557; Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.) ab.

E. 2.1

Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der

Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der

Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

2.5 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202). Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 118 V 293 E. 2d S. 297). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296 f.; Kaspar Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger, KVG UVG Kommentar, 2018, Art. 6 UVG N 28). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit

besteht. 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3). Rechtsprechungsgemäss hat das Gericht im Beschwerdeverfahren den Sachverhalt zu überprüfen, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids entwickelt hat (BGE 143 V 295 E. 4.1.2 S. 299 f.).

3.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64f., 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

4. Der Beschwerdeführer macht Leistungsansprüche aus insgesamt fünf Unfallereignissen geltend, welche verschiedene Körperteile betrafen. Die Beschwerdegegnerin hat Leistungen für das Ereignis vom 15. September 2008 (linke Schulter) verweigert, weil darüber bereits rechtskräftig entschieden worden sei. In Bezug auf den Sturz auf das rechte Knie vom 23. Oktober 2013 vertritt sie die Meinung, es seien keine erheblichen Folgen dokumentiert. Der Sturz in der Rehaklinik E. ___ vom 14. Februar 2013 (linke Hand) hat gemäss der Beurteilung der Beschwerdegegnerin keine Folgen gezeitigt, welche sich ab 1. Januar 2017 noch ausgewirkt hätten. Die Ereignisse vom 16. August 2007 (rechte Schulter) und 15. Juli 2011 (linke Hand) dagegen hätten solche Auswirkungen. Ende 2014 sei der Zeitpunkt für den Fallabschluss mit Rentenprüfung im Sinne von Art. 19 UVG erreicht gewesen. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 24 %, so dass ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe bestehe. Zudem habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von insgesamt 20 %. Der Beschwerdeführer macht geltend, erstens sei der Zeitpunkt für den Fallabschluss noch nicht erreicht und zweitens sei von einem höheren Invaliditätsgrad und einem höheren Integritätsschaden auszugehen.

Praxismässig rechtfertigt es sich, die fünf Ereignisse je einzeln zu behandeln, wobei abschliessend eine Gesamtbetrachtung anzustellen sein wird.

5. Zur Diskussion steht zunächst eine am 15. September 2008 erlittene Verletzung der linken Schulter. 5.1

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 23. September 2008 erwähnte der Beschwerdeführer einen zweiten Unfall vom 15. September 2008 mit Kontusion der Halswirbelsäule (HWS) und der linken Schulter (vgl. Suva-Nr. I 62). Bei einer persönlichen Befragung vom 5. November 2008 erläuterte er, er sei in der Badewanne ausgerutscht und auf den Rücken gefallen, wobei er sich den Hinterkopf am Wasserhahn angeschlagen habe. Er habe sofort starke Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenks verspürt. Die linke Schulter sei verletzt, zudem habe er seit diesem Unfall ständig Kopfschmerzen. 5.2 Die

Beschwerdegegnerin geht davon aus, mit dem Einspracheentscheid vom 30. März 2010 (Suva-Nr. I 165) sei rechtskräftig entschieden worden, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden an der linken Schulter nicht unfallkausal seien. Der Beschwerdeführer lässt einwenden (Beschwerde S. 14, A.S. 52), der Einspracheentscheid vom 30. März 2010 habe die Verfügung vom 13. Januar 2010 (Suva-Nr. I 150) bestätigt. Mit dieser Verfügung sei statuiert worden, dass aufgrund der Unfallfolgen an beiden Schultern eine Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar sei, und dem Beschwerdeführer sei eine 11%ige Invalidenrente und eine 5%ige Integritätsentschädigung zugesprochen worden. Materiell rechtskräftig werde nur das Erkenntnis, nicht aber die Begründung des Entscheids (Verweis auf BGE 121 III 474 E. 4a). Die Erwägungen des Einspracheentscheids vom 30. März 2010 hätten daher nicht an dessen materieller Rechtskraft teil. Nachdem die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rückfallmeldung auf die Problematik zurückgekommen sei, sei auch die Problematik an der linken Schulter aus dem Ereignis von 2008 in die Beurteilung einzubeziehen. Es bestünden auch heute noch Schulterbeschwerden links. Dabei handle es sich nicht um unspezifische Schulterschmerzen, vielmehr habe bereits ein Arthro-MRI der linken Schulter vom 4. November 2010 ergeben, dass unter anderem eine bursaseitige Partialruptur mit begleitender Bursitis zu erheben sei. Diese Problematik sei zu Unrecht ausgeklammert worden.

5.3 In der Verfügung vom 13. Januar 2010 (Suva-Nr. I 150) wird erklärt, die Beschwerdegegnerin richte dem Beschwerdeführer «für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 16. August 2007» eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung aus. In der Begründung wird festgehalten, bedingt durch die Unfallfolgen an beiden Schultern könne der Beschwerdeführer nicht mehr als Gipser arbeiten, während ihm eine adaptierte Tätigkeit ganztägig zumutbar sei. In der dagegen erhobenen Einsprache vom 15. Februar 2010 (Suva-Nr. 161) liess der Beschwerdeführer ausführen, er habe «bekanntlich beidseits aufgrund der beiden Unfälle vom 16. August 2007 und 10. September 2008 Schulterverletzungen erlitten». Die Beschwerden an beiden Schultern hätten sich aufgrund der Schmerzproblematik so sehr ausgeweitet, dass er an schweren Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen beidseits mit Schmerzen bis zu Ellbogen (links) und Fingern (rechts) leide. Der medizinische Endzustand sei bei weitem nicht erreicht. Im Einspracheentscheid vom 30. März 2010 (Suva-Nr. I 165) nahm die Beschwerdegegnerin auf diese Rügen Bezug. Zum Unfall vom 15. September 2008 führte sie aus, es lägen keine medizinischen Unterlagen über eine Erstbehandlung vor. Ein MRI der HWS vom 7. Oktober 2008 (vgl. Suva-Nr. 67) zeige ausser einer leichtgradigen Streckhaltung der HWS keine posttraumatischen Veränderungen. Das Arthro-MRI der linken Schulter vom 16. Februar 2009 (vgl. Suva-Nr. 105) zeige eine mögliche bursaseitige Supraspinatussehnteilläsion bei degenerativen Veränderungen. Erwähnenswert sei, dass keine Muskelatrophie nachweisbar gewesen sei, was belege, dass der linke Arm nicht geschont werde. Bei nur möglicher Supraspinatussehnteilläsion seien somatische Unfallfolgen an der linken Schulter nicht mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, zumal beim angegebenen Unfallereignis vom 19. September 2008 (recte: 15. September 2008) der Unfallmechanismus bezüglich der linken Schulter unklar sei. Es sei höchstens von einer Kontusion der linken Schulter auszugehen. Aus diesen Feststellungen wurde die Folgerung gezogen, die Beschwerden an der linken Schulter seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf somatische Unfallrestfolgen zurückzuführen; überdies seien die objektiv nachgewiesenen Befunde nicht als erheblich zu bezeichnen. Die übrigen geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (u.a. Kopf-, Nacken-, Rückenbeschwerden) seien nicht auf ein Unfallereignis zurückzuführen. In der Folge wird mehrmals festgehalten, ein

Leistungsanspruch bestehe einzig für die Beschwerden an der rechten Schulter. Im Dispositiv wird die Einsprache abgewiesen und die Verfügung vom 13. Januar 2010 (Zusprache einer Rente von 11 % und einer Integritätsentschädigung von 5 %) im Ergebnis bestätigt. 5.4 Aus den zitierten Erwägungen wird deutlich, dass mit dem Einspracheentscheid vom 30. März 2010 (Suva-Nr. I 165) eine Rente und eine Integritätsentschädigung für die Folgen des Unfallereignisses vom 16. August 2007 zugesprochen wurde, während die Beschwerdegegnerin es gleichzeitig ablehnte, für Folgen des Ereignisses vom 15. September 2008, insbesondere die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang geltend gemachte Verletzung an der linken Schulter, Leistungen zu erbringen. Dies leuchtet mit Blick darauf, dass die Untersuchungen der linken Schulter degenerative Befunde ergaben (vgl. E. II. 7.1.5 hiernach), inhaltlich ein. Damit ist über diese Frage, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, rechtskräftig entschieden. Leistungen für dieses Ereignis kämen nur unter den Voraussetzungen eines Rückkommenstitels (prozessuale Revision oder Wiedererwägung) oder bei Vorliegen von Spätfolgen infrage. 5.5 Der Beschwerdeführer macht geltend, ein Arthro-MRI der Schulter links vom 4. November 2010 habe ergeben, dass unter anderem eine bursaseitige Partialruptur mit begleitender Bursitis zu erheben sei. Wie aus den Akten ersichtlich ist, wurde bereits im Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 17. März 2009 (Suva-Nr. I 103) festgehalten, der Befund der MRI-Untersuchung der linken Schulter beschreibe eine mögliche bursaseitige Supraspinatussehnteilläsion bei hier tendinotischen ansatznahen Sehnenveränderungen der Supraspinatussehne. Es würden eine leichtgradige ödematöse AC-Gelenksveränderung und diskrete Zeichen einer Bursitis subacromialis beschrieben. Dieser Sachverhalt wurde mit dem in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 30. März 2010 (Suva-Nr. I 165) beurteilt, was ausdrücklich aus der diesbezüglichen Entscheidbegründung hervorgeht. Darin wurde festgehalten: «Bei nur möglicher Supraspinatussehnenläsion sind somatische Unfallfolgen an der linken Schulter nicht mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.» Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wurde eine solche Läsion auch im Arthro-MRI der Schulter links vom 4. November 2010 nicht definitiv nachgewiesen. So lautete die dortige Diagnose ebenfalls nur auf «Vd. a. bursalseitige Partialruptur der SSP-Sehne mit begleitender Bursitis» (Suva-Nr. I. 188). Damit ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich der linken Schulter nicht mehr eine neue Beurteilung vorgenommen hat. Eine seit diesem Datum eingetretene Verschlechterung des Zustandes der linken Schulter, welche im Sinne von Spätfolgen des Vorfalls vom 15. September 2008 zu interpretieren wäre, ist nicht dokumentiert. 5.6 Selbst wenn man, entgegen dem vorstehend Gesagten, davon ausgehen wollte, der Einspracheentscheid vom 30. März 2010 habe im Dispositiv nicht zwischen den beiden Schultern unterschieden und mit der Zusprechung einer Rente von 11 % sei trotz der anderslautenden Erwägungen auch eine Leistungspflicht für Beschwerden an der linken Schulter bejaht worden, würde sich an der Beurteilung nichts ändern: Diesfalls wäre zu berücksichtigen, dass mit der Verfügung vom 31. Januar 2011 die dem Beschwerdeführer zugesprochene Invalidenrente von 11 % rückwirkend auf den 1. November 2010 revisionsweise aufgehoben wurde (vgl. E. I. 1.3 hiervor). Spätestens damit wäre ein Anspruch auf weitere Leistungen (auch) für die linke Schulter respektive den Vorfall vom 15. September 2008 rechtskräftig verneint worden. Ein Rückfall steht diesbezüglich – anders als bei der rechten Schulter (vgl. E. I. 1.4 hiervor) – nicht zur Diskussion.

E. 6

Juni 2012 (Suva-Nr. II 79) lässt sich entnehmen, dass weder das belastete Röntgenbild noch das SPECT eine Strukturpathologie zeigten, die dazu veranlassen würde, an diesem Fuss noch weitere Operationen durchzuführen. Zum jetzigen Zeitpunkt solle der Beschwerdeführer voll belasten, man werde sehen, ob die Schraube noch mehr disloziere. Der Beschwerdeführer habe mehr Argumente gegen die Aufnahme von Vollbelastung als dafür. Weiterhin sei die stationäre Rehabilitation wünschenswert. Als Gipser bleibe der Beschwerdeführer derzeit arbeitsunfähig, sicherlich nochmals zwei Monate bis zur nächsten Kontrolle am 30. Juli 2012.

8.1.6 Am 11. Juli 2012 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. U.____, Chefarzt und Klinikleiter, Spital V.____, untersucht (Bericht vom 13. Juli 2012 [Suva-Nr. II 90]). Der Arzt stellte folgende Diagnosen: «Restbeschwerden 5 Monate nach TMT II-Arthrodesen links bei residueller Lateralsubluxation des medialen Lisfranc (TMT I-III); 1 Jahr nach Lisfranc-Luxationsfraktur; Status nach tiefer Venenthrombose rechts (Diagnose November 2011); Massive Adipositas, Schulterbeschwerden beidseits». Im Weiteren führte er aus, die Beschwerden könnten nicht klar auf die persistierende Fehlstellung des medialen Lisfranc (TMT I bis III) zurückgeführt werden. Ob die Arthrodesen konsolidiert sei, sei nicht sicher zu sagen, da eine Belastungsprobe nicht stattgefunden habe. Es werde jedoch sehr wahrscheinlich nicht möglich sein, ohne optimale und stabile Rekonstruktion der Anatomie die Rehabilitation forcieren zu können. Deswegen schlage er eine korrigierende Arthrodesen der TMT-Gelenke I bis III vor, was in diesen Situationen Therapie der Wahl sei. Nach solider Heilung der Arthrodesen könne die Rehabilitation forciert werden, mit der Aussicht auf eine Möglichkeit des Fallabschlusses. Postoperativ werde eine achtwöchige Ruhigstellung mit Null-/Teilbelastung notwendig sei, um die Heilung der Arthrodesen zu ermöglichen.

8.1.7 Dementsprechend unterzog sich der Beschwerdeführer am 2. Oktober 2012 einer weiteren Operation (Metallentfernung; Korrigierende Arthrodesen TMT I, II und III mit Platten und Schrauben) bei Dr. med. U.____ im Spital V.____ (Suva-Nr. II 106). Dem Austrittsbericht vom 8. Oktober 2012 (Suva-Nr. II 110) ist zu entnehmen, der peri- und postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Vor Austritt sei ein geschlossener Unterschenkel-Liegegips angepasst worden. Der Beschwerdeführer sei mit reizlosen und trockenen Operationswunden nach Hause entlassen worden. Dem Beschwerdeführer wurde vom 1. Oktober bis 28. November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

8.1.8 Vom 29. Januar 2013 bis 14. Februar 2013 hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik E.____ auf. Im Austrittsbericht vom 25. Februar 2013 (Suva-Nr. II 142) wurden im (allfälligen) Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Juli 2011 die folgenden Diagnosen gestellt:

Unfall vom 15. Juli 2011: Treppensturz in Rumänien

Der Beschwerdeführer sei mehr als eineinhalb Jahre nach oben genanntem Unfall für eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation zugewiesen worden. Er berichte über belastungsabhängige und -verstärkte Schmerzen im Bereich des linken Fusses. Besonders intensiv seien die Schmerzen nach längerem Laufen. Zusätzlich klage er über Schmerzen im LWS- und BWS-Bereich sowie über Schmerzen im Schulterbereich beidseits. Klinisch hätten sich bei Eintritt eine leicht livide Verfärbung im Narbenbereich im Dorsum pedis links sowie eine leichte Muskelatrophie des linken Unterschenkels gezeigt. Im Narbenbereich am linken Fuss habe der Beschwerdeführer eine Druckdolenz mit

ausgeprägter Abwehrreaktion sowie eine diffuse Hyposensibilität angegeben. Zusammenfassend habe keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Solange der Beschwerdeführer an seinem ausgeprägten Schmerzerleben festhalte, werde eine medizinisch erwartete Besserung des Gesamtzustandes nicht schnell erfolgen.

8.1.9 Am 20. März 2013 nahm Dr. med. U.____ erneut Stellung zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Suva-Nr. II 137). Er führte aus, der Verlauf sei erwartungsgemäss unerfreulich mit persistierenden Beschwerden trotz optimierter Statik und geheilten Arthrodesen. Der Rehabilitationsversuch sei gescheitert, wahrscheinlich wegen Komplexität des Beschwerdeführers. Eine Metallentfernung könne zwar noch durchgeführt werden, um zu versuchen, auch möglicherweise Implantat-bedingte Beschwerden zu beseitigen. Es sei jedoch wahrscheinlich, dass auch danach keine relevante Besserung eintrete. Ein weiterer Rehabilitationsversuch müsste wahrscheinlich nochmals gemacht werden, bevor etwa in einem weiteren halben Jahr ein stabiler Endzustand angenommen werden könne. Der Beschwerdeführer wünsche die Metallentfernung. Am 17. Juni 2013 erfolgte dementsprechend eine weitere Operation (Entfernung des Osteosynthese-Materials) am linken Fuss (komplette OSME TMT-I-III) im Spital V.____ (Suva-Nr. II 186). Dem Beschwerdeführer wurde in der Folge eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 16. Juni bis 4. August 2013 attestiert (Suva-Nr. II 171 S. 4).

8.1.10 Am 11. Juli 2013 wurde der Beschwerdeführer durch die Kreisärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht (Suva-Nr. II 180). Die Kreisärztin führte bezüglich der Fussbeschwerden aus, wie bereits durch die behandelnden Ärzte mehrfach erläutert worden sei, sei nun der Übergang zur Vollbelastung schmerzadaptiert möglich. Physiotherapeutische Behandlungen seien bis dato noch keine erfolgt. Ihres Erachtens sei von einem sukzessiven Belastungsaufbau theoretisch auszugehen, diesbezüglich scheine es erhebliche Schwierigkeiten zu geben. Grundsätzlich sei nach derartigen Verletzungen sowie nach erfolgter angepasster Schuhversorgung der Übergang zur Vollbelastung über den nächsten Zeitraum möglich. Sie gehe davon aus, dass eine Vollbelastung bis spätestens Ende Jahr stockfrei möglich sein sollte. Es sei von einer Integritätsentschädigung von 10 % auszugehen, welche auf separatem Blatt (vgl. Suva-Nr. II 181) attestiert werde. Später wurde zusätzlich eine Integritätsentschädigung von 5 % attestiert (vgl. Zusatz/Korrektur vom 30. März 2017, Suva-Nr. I 505).

8.1.11 Dem Bericht des Spitals V.____, Dr. med. U.____, vom 2. August 2013 (Suva-Nr. II 207) lässt sich entnehmen, der Beschwerdeführer beklage die gleichen Beschwerden wie vor der Metallentfernung. Er gehe an Stöcken und könne maximal 20 bis 30 m gehen. Es bestehe unverändert eine erhebliche Diskrepanz zwischen Befund (objektiv) und Beschwerden. Bis auf die geäusserten Schmerzen fehlten Hinweise auf ein mechanisches Problem oder eine Dystrophie. Auch radiologisch sei die Situation korrekt. Das therapeutisch Mögliche (orthopädisch-chirurgisch, orthopädie-technisch und physikalisch) sei gemacht worden, leider ohne subjektiven Erfolg. Objektiv sei der Fuss uneingeschränkt belastbar. Weitere therapeutische Möglichkeiten aus orthopädischer Sicht bestünden nicht. Eine Kontrolle könne jederzeit bei Veränderung der Situation erfolgen.

8.1.12 Dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 26. September 2013 (Suva-Nr. I 225 S. 3 ff., III 4) nennt bezogen auf den linken Fuss folgende Diagnosen:

Unfall vom 15. Juli 2011: Treppensturz in Rumänien

Wie schon bei den vorangegangenen stationären Rehabilitationen habe kein therapeutischer Zugang gefunden werden können. Der Beschwerdeführer sei zwar in den Therapien erschienen, habe jedoch keine Motivation erkennen lassen. Angesichts der ungünstigen Überzeugungen, welche trotz intensiver multidisziplinärer Bemühungen nicht korrigierbar seien, sei dem Beschwerdeführer die vorzeitige Beendigung der ursprünglich für fünf Wochen geplanten stationären Rehabilitation vorgeschlagen worden, woraufhin er histrionisch anmutend in Tränen ausgebrochen sei. Eine ambulante Psychotherapie habe er abgelehnt. Da im Rahmen der stationären Rehabilitation keine namhafte Verbesserung der Beschwerden habe erzielt werden können, seien aktuell keine weiteren physiotherapeutischen Massnahmen vorgesehen. Angesichts der Serie gescheiterter, stationärer Rehabilitationsversuche könnten zukünftig keine weiteren stationären Rehabilitationsmassnahmen mehr empfohlen werden. Vielmehr sei ein rascher Fallabschluss mit medizinisch-theoretischer Beurteilung der Zumutbarkeit anzustreben. Dem Beschwerdeführer sei seine ursprüngliche Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar. Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten werde aktuell noch nicht festgelegt, da die medizinischen Abklärungen nicht abgeschlossen seien (Suva-Nr. I 225 S. 4 f.).

8.1.13 Die kreisärztliche Untersuchung vom 10. Dezember 2013 durch Dr. med. H.____ (Suva-Nr. I 241, II 215) ergab in Bezug auf den linken Fuss folgende Diagnosen (Suva-Nr. I S. 8):

Beinahe vollständig immobilisierende Fussbeschwerden links bei

Vonseiten des linken Fusses bestehe eine ausbehandelte Situation nach Lisfranc-Läsion und operativer Therapie. Es bestehe eine unbefriedigende Situation mit massiven Schmerzangaben und erfolglosen Rehabilitationsversuchen. Vonseiten des linken Fusses bestehe, wie bereits durch die Kollegen des Spitals V.____ festgehalten hätten, eine vollständige Belastbarkeit «nach Massgabe der Beschwerden frei». Vonseiten des Fusses würden keine weiteren Massnahmen mehr ergriffen (Suva-Nr. I 241 S.

E. 8

f.). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer daraufhin mit, sie werde die Heilbehandlung und die Taggelder für diesen Unfall auf Ende Februar 2014 einstellen (Schreiben vom 26. Februar 2014; vgl. E. I. 2.2 hiervor).

8.1.14 Dr. med. W.____ vom Regionalspital O.____ in [...] empfahl in einem Schreiben an den Hausarzt Dr. med. F.____ vom 26. Februar 2014 (Suva-Nr. II 221), den Beschwerdeführer an die Universitätsklinik S.____ zu überweisen. Auf eine telefonische Anfrage der Kreisärztin Dr. med. H.____ erklärte Dr. med. W.____ am 26. März 2014, radiologisch sei der Fuss in Ordnung und er habe sich entschlossen, den Beschwerdeführer nicht wieder aufzubieten. Abschluss seinerseits (Suva-Nr. II 222).

8.1.15 Am 18. Juni 2014 stellte sich der Beschwerdeführer erneut in der Sprechstunde im Spital V.____ bei Dr. med. U.____ vor. Dieser hielt fest, die Situation am Fuss sei stabil, die Statik sei sehr gut, somit sei der Fuss mechanisch voll belastbar. Eine MRI-Untersuchung vom 19. Mai 2014 zeige ebenfalls keine reaktiven Veränderungen. Von objektiver Seite sei der Fuss uneingeschränkt belastbar. Eine weitere operative oder konservative Therapie sei nicht notwendig (Suva-Nr. II 240).

8.1.16 Am 7. Januar 2016 erfolgte eine weitere Untersuchung durch Dr. med. H.____ (Suva-Nr. I 396, III 31). Die Kreisärztin führte aus, vonseiten des linken Fusses bestehe im Vergleich zur letzten Untersuchung eine unveränderte Situation mit livid trockenen Narben. Ebenso bestehe nach Angaben des Beschwerdeführers eine erhebliche Belastungsintoleranz. Insgesamt bestehe eine sehr frustrane Situation. Jegliche Tatsachen führten zu einer Verschlechterung der gesamten Situation. Grundsätzlich könnte eine psychosomatische Rehabilitation respektive Rehabilitationspotenzial-Abklärung veranlasst werden. Als Nachtrag führte Dr. med. H.____ aus, nach Besprechung mit Dr. med. F.____ sei der Beschwerdeführer motiviert, eine ganzheitliche Rehabilitation anzutreten.

8.1.17 Dem Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 12. Mai 2016 (Suva-Nr. I 415) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 11. April bis 7. Mai 2016 hospitalisiert gewesen sei. Folgende Diagnosen wurden gestellt:

1. Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41
 - St. n. Treppensturz und Verletzung Mittelfuss links Juli 2011, Fussfrakturen Ossa metatarsalia II-IV, Lisfranc-Gelenk-Läsion
 - St. n. operativer Revision Februar 2012 bei destruiertem Lisfranc-Gelenk nach wiederholtem Trauma, aktenanamnestisch teils mangelnde Compliance
 - St. n. Schulterkontusion links September 2008
 - St. n. Infraspinatus-Abriss, Re-Fixation u. Atrophie Schulter rechts
 - St. n. Schulterarthroskopie rechts 2015
 - Schmerzen über gesamter Wirbelsäule
 - Handgelenkschmerzen bds; kongenitale Unterarmanomalie u. St. n. Korrektur-Osteotomie
2. Leichte depressive Störung ICD-10 F32.0
3. Hashimoto Hypothyreose, ED April 2016
 - TG-Ak und TPO-Ak stark erhöht
4. Hochgradiger V. a. Panikstörung
 - mit Hyperventilationsattacken
5. Asthma bronchiale
 - lungenfunktionell restriktiv, FeNo 29 ppb, FEV1 57 % Soll (Lufu Juli 2015)
6. Adipositas mit BMI von 43 kg/m²
 - in bariatrischer Beratung
 - keine AP für emotionales u. stressbedingtes Essen
7. Karotisatheromatose
8. Abdominalschmerzen seit lap. Cholezystektomie vom Januar 2013
 - V.a. Aerophagie
 - Gastroskopie vom 28. April 2016; erosive Antrumgastritis mit narbigen Veränderungen, H. Pylori neg.

- postop. Abdomen CT und US Abdomen (ausser Lebersteatose)

9. St.n. provoziertes 3-Etagen TVT Bein links im Gips 2011

- unter OAK mit Marcoumar, gestoppt am

10. mind. Leichtes Schlafapnoesyndrom

- Beginn mit APAP-Therapie April 2016

11. schwerer Vitamin D Mangel

- Spiegel April 2016 unmessbar

Der Beschwerdeführer habe im Verlauf der Hospitalisation seine Gehstrecke deutlich verlängern können. Dabei sei er am Rollator gegangen und habe kleinere Spaziergänge selbständig wahrnehmen können. Die Schulterbeweglichkeit habe jedoch nicht verbessert werden können. Bezüglich Krankheitsakzeptanz und aktiver Gestaltung seines weiteren Lebens bedürfe es noch weiterer psychotherapeutischer Begleitung. Der Patient sei hierfür motiviert. Nach Rückgang der Panikattacken habe die Xanax-Dosis leicht reduziert werden können. Eine weitere Reduktion im Verlauf sei erwünscht. Mit vermehrter körperlicher Betätigung und kalorienreduzierter Kost habe der Beschwerdeführer während der Hospitalisation 6 kg an Gewicht abnehmen können (Austrittsgewicht von 117,5 kg). Der Beschwerdeführer habe in psycho-physisch stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen werden können. Für die Zeit vom 11. April bis und mit 21. Mai 2016 wurde ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Suva-Nr. I 415 S. 3 f.).

8.1.18 Am 11. Juli 2016 führte die Kreisärztin Dr. med. H.____ eine Abschlussuntersuchung durch. In ihrem Bericht gleichen Datums (Suva-Nr. I 436) führte sie aus, betreffend den linken Fuss zeige sich die Situation unverändert. Eine Integritätsentschädigung von total 15 % sei bereits attestiert worden. Zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes würden weiterhin angepasste Schuhe getragen. Bezüglich Fuss links bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten unter Berücksichtigung, dass Gehen auf ebenen Böden vorzuziehen sei. Die angepassten Schuhe müssten getragen werden können. Repetitives Kauern oder Arbeiten in der Hocke seien zu vermeiden (Suva-Nr. I 436 S. 10).

8.1.19 Am 23. Oktober 2017 nahm die Kreisärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Chirurgie, abschliessend Stellung zu den im Einspracheverfahren eingereichten Berichten (Suva-Nr. I 544). Sie äusserte sich in erster Linie zur Problematik an der rechten Schulter. In Bezug auf die Situation am linken Fuss hielt sie fest, es seien keine (neuen) Stellungnahmen abgegeben worden. Es lägen keine medizinischen Berichte vor, die eine Änderung der Zumutbarkeitsbeurteilung begründeten.

8.2 Die Beschwerdegegnerin hat den Fall auch in Bezug auf die Beschwerden am linken Fuss mit dem 31. Dezember 2016 abgeschlossen. Der Beschwerdeführer macht geltend, der Zeitpunkt für den Fallabschluss nach Art. 19 UVG sei noch nicht erreicht gewesen.

Wie dargelegt, führten die zunächst behandelnden Ärzte des Spitals C.____ am 1. Februar 2012 einen operativen Eingriff durch. Einige Monate später empfahlen sie den Übergang zur Vollbelastung und regten eine stationäre Rehabilitation an. Der Beschwerdeführer begab sich daraufhin zur Behandlung in das V.____ Spital. Dort wurde am 2. Oktober 2012 eine korrigierende Arthrodesis durchgeführt. Im Bericht vom 20. März 2013 beurteilten die Ärzte die weiteren Besserungsaussichten bereits sehr skeptisch, zumal der

zwischenzeitliche Aufenthalt in der Rehaklinik E.____ keine Besserung gebracht hatte. Nachdem die Beschwerdeschilderungen auch nach der Metallentfernung unverändert geblieben waren, hielten die Ärzte am 2. August 2013 fest, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem objektiven Befund und den angegebenen Beschwerden, das therapeutisch Mögliche sei getan worden und es gebe aus orthopädischer Sicht keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten mehr. Diese Einschätzung wurde am 18. Juni 2014 bestätigt (E. II. 8.1.15 hiervor). In der Folge sind keine ärztlichen Beurteilungen aktenkundig, welche dahin lauten würden, dass sich die Situation am linken Fuss durch weitere Behandlungsmassnahmen noch erheblich verbessern liesse. Vor diesem Hintergrund lässt es sich nicht beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auch in Bezug auf den linken Fuss respektive das Unfallereignis vom 15. Juli 2011 zum Ergebnis gelangt ist, Ende 2016 sei der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht gewesen.

8.3 Was die Auswirkungen dieses Beschwerdebildes auf die Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist festzustellen, dass von ärztlicher Seite bereits im Juni 2012 empfohlen wurde, den Fuss voll zu belasten (vgl. E. II. 8.1.5 hiervor). Nach den neuerlichen operativen Eingriffen im Jahr 2013 hielten die behandelnden Ärzte des Spitals V.____ in ihrem Bericht vom 2. August 2013 fest, bis auf die geäusserten Schmerzen fehlten Hinweise auf ein mechanisches Problem oder eine Dystrophie; auch radiologisch sei die Situation korrekt. Objektiv sei der Fuss uneingeschränkt belastbar (vgl. E. II. 8.1.12 hiervor). Diese Beurteilung bestätigte Dr. med. U.____ vom Spital V.____ in seinem Bericht vom 18. Juni 2014. Er führte aus, der Fuss sei von objektiver Seite voll belastbar, eine weitere operative oder konservative Therapie sei nicht notwendig (E. II. 8.1.15 hiervor). Die Kreisärztin Dr. med. H.____ formulierte in der Folge ein Zumutbarkeitsprofil. Danach besteht volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten wobei Gehen auf ebenen Böden vorzuziehen ist, repetitives Kauern oder Arbeiten in der Hocke zu vermeiden ist und es möglich sein muss, die angepassten Schuhe zu tragen (Suva-Nr. I 436 S. 10). Diese Einschätzung ist vor dem Hintergrund der durch die Kreisärztin erhobenen Befunde, aber auch mit Blick auf die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte plausibel. Eine substantiierte medizinische Beurteilung, welche derjenigen von Dr. med. H.____ widersprechen würde, findet sich in den Akten nicht. Ebenso wenig bestehen Hinweise darauf, dass sich die Situation in der Folge verändert hätte. Der Hinweis des Beschwerdeführers, die Kreisärztin habe von beinahe vollständig immobilisierenden Fussbeschwerden gesprochen, ist nicht geeignet, die Zuverlässigkeit der Ausführungen von Dr. med. H.____ in Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil infrage zu stellen. Der angefochtene Einspracheentscheid lässt sich diesbezüglich nicht beanstanden.

9. Strittig sind weiter Ansprüche für Folgen eines Ereignisses vom 14. Februar 2013.

9.1 Die diesbezügliche medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

9.1.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 25. Februar 2013 (E. II. 6.10 hiervor; Suva-Nr. III 12) wird ausgeführt, unglücklicherweise habe sich der Beschwerdeführer am Austrittstag eine Kontusion des linken Handgelenks zugezogen. Im Röntgen (14. Februar 2013) hätten frische ossäre Läsionen nicht sicher ausgeschlossen werden können, bei persistierenden Schmerzen werde ein MRI empfohlen. Der Beschwerdeführer sei am Austrittstag im Bad ausgerutscht und habe anschliessend über Handschmerzen geklagt. Im Röntgen habe bei bekannter Handgelenksanomalie mit massiver Ulna-Plus-Variante und Ossifikationen im TFCC eine frische Radiusfraktur nicht sicher ausgeschlossen werden

können (DD anomaliebedingte arthrotische Veränderungen), bei Persistenz der Beschwerden sei ein MRI zu empfehlen. Klinisch seien keine Anhaltspunkte für eine Fraktur vorhanden, insbesondere habe es nur eine dezente Schwellung gegeben. Ein separater Bericht über die am 14. Februar 2013 erstellten Röntgenaufnahmen und die Befundung der Bilder findet sich in den Akten, soweit ersichtlich, nicht.

9.1.2 Dem Bericht des Konsiliarpsychiaters Dr. med. X.____ vom 12. Juni 2013 (Suva-Nr. II 161) ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei auf die in den Akten erwähnte Behinderung des linken Unterarms angesprochen worden. Er habe erzählt, er habe sich beim Spielen das Handgelenk gebrochen und sei mit 11 Jahren operiert worden. Er sei damals schon nicht gut operiert worden. In diesem Kontext habe er auch erwähnt, dass er in der Rehaklinik vor Austritt auf den linken Arm gefallen sei und seither auch hier einen stechenden Schmerz habe, obwohl kein Bruch nachgewiesen worden sei (Suva-Nr. II 161 S. 12).

9.1.3 Da die Schmerzen persistierten, wurde am 17. September 2013 eine Arthro-MRI-Untersuchung des linken Handgelenks durchgeführt. Laut dem gleichentags verfassten Bericht des Universitätsspitals [...], Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (Suva-Nr. III 16 S. 4 f.) zeigte sich eine Aufweitung des SL-Spalt (4 mm) mit Ruptur des dorsalen SL-Bandes; TFCC (triangular fibrocartilage complex) intakt, allerdings bei Ulnarplusvariante elongiert und schmalkalibrig. Am Knochen fand sich eine massive Ulnar-Plus-Variante (1,1 cm), Status nach Fraktur des Processus styloideus ulnae mit diskreter Dislokation; alte, konsolidierte Radiusfraktur mit Dekonfiguration, Knickbildung metaphysär und Irregularität der Gelenkfläche der Radius-Konsole, im Übrigen kein Knochenmarksödem.

9.1.4 Dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 26. September 2013 (Suva-Nr. I 225 S. 3 ff., III 4) lassen sich zur Problematik an der linken Hand folgende Diagnosen entnehmen:

Unfall vom 14. Februar 2013: Sturz im Bad

Weiter geht aus dem Austrittsbericht hervor, dass ■ wie bei den vorangegangenen stationären Rehabilitationen ■ kein therapeutischer Zugang habe gefunden werden können. Mit Blick auf den Befund im MRI des Handgelenkes vom 17. September 2013 sei ein handchirurgisches Konsilium zur Beurteilung allfälliger (konservativer) Therapieoptionen zu empfehlen. Aus medizinisch-rehabilitativer Sicht sei aber angesichts der nicht im Vordergrund stehenden, leichten Handgelenksbeschwerden vor dem Hintergrund der katastrophisierenden Überzeugungen des Beschwerdeführers von operativen Massnahmen dringend abzuraten. Dem Beschwerdeführer sei seine ursprüngliche Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar. Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten werde aktuell noch nicht festgelegt, da die medizinischen Abklärungen nicht abgeschlossen seien (Suva-Nr. I 225 S. 4 f.; vgl. E. II. 8.1.12 hiervor).

9.1.4 Am 17. Dezember 2013 wird eine Mitteilung der Praxis Dr. med. F.____ vermerkt, wonach aufgrund des Vorfalls vom 14. Februar 2013 (Sturz im Badezimmer) eine Handgelenksmanschette verordnet worden sei.

9.1.5 Die Kreisärztin Dr. med. H.____ erklärte am 18. Juni 2014, die geltend gemachten Beschwerden (Handverletzung links) seien «teilweise» mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 14. Februar 2013 zurückzuführen (Suva-Nr. III

23). Am 6. August 2014 antwortete die Kreisärztin auf die Frage, ob der Unfall zu zusätzlichen strukturellen Läsionen am Handgelenk links geführt habe, welche bildgebend nachweisbar seien, mit «teilweise, ja». Es sei nicht ausgeschlossen, dass die unfallbedingten strukturellen Läsionen das krankhafte Leiden früher zur Entwicklung gebracht, in seinem natürlichen (zeitlichen) Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium versetzt hätten (Suva-Nr. III 25). Im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 7. Januar 2016 (Suva-Nr. III 31) werden Schmerzen am Handgelenk links erwähnt, ihnen wird aber keine erhebliche Bedeutung beigemessen. Am 11. Juli 2016 nahm Dr. med. H. ___ die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vor (vgl. Suva-Nr. III 32). Zu den Angaben des Versicherten wird ausgeführt, vonseiten der linken Hand beklage er eigentlich kaum Beschwerden. Er habe in der Kindheit eine Unterarmfraktur erlitten, die damals konservativ behandelt worden sei; er habe danach aber keine Beschwerden mehr gehabt. Seit der erlittenen Handgelenksdistorsion trage er eine Handgelenksmanschette und appliziere lokal Voltaren-Gel. Unter diesen Massnahmen könne er die Beschwerden recht gut «managen». Im Rahmen der Hauptdiagnose «chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren mit/bei:» werden auch Handgelenksschmerzen bei Status nach Kontusion und konsolidierter Unterarmfraktur in der Kindheit erwähnt (Suva-Nr. III 32 S. 8). In ihrer Beurteilung führt die Kreisärztin zur linken Hand (Unfall vom 14. Februar 2013) aus, es bestehe ein erheblicher Vorzustand nach Fraktur im Kindesalter. Im Rahmen des Unfallereignisses vom 14. Februar 2013 sei es zu einer Kontusion gekommen mit einer vorübergehenden Beschwerdezunahme. Strukturell hätten keine frischen Läsionen dargestellt werden können. Es handle sich um eine vorübergehende Aktivierung der vorbestehenden Radiokarpalarthrose bei Status nach distaler Radiusfraktur und Fraktur des Processus styloideus ulnae in der Kindheit mit posttraumatischer Dekonfiguration nach Distorsion 2014. Es bestehe betreffend die linke Hand eine volle Arbeitsfähigkeit und kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der Beschwerdeführer trage im Bereich des linken Handgelenks erfolgreich die Handgelenkskelettverschlusschiene.

9.1.6 Im Einspracheverfahren liess der Beschwerdeführer einen Bericht der Handchirurgin Dr. med. Y. ___, Fachärztin für Orthopädie FMH, AB. ___, [], vom 30. November 2016 auflegen (Suva-Nr. I 538). Dr. med. Y. ___ stellte die folgenden Diagnosen: «Pantrapeziale Arthrose links mit Veränderungen vor allem im STT-Gelenk; posttraumatische Fehlstellung des distalen Radius, wahrscheinlich nach kindlicher Radiusfraktur; groteske Ulnaüberlänge mit Nearthrosbildung zwischen Ulnaköpfchen und Os triquetrum links». Aufgrund der radiologischen Befunde sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Alter von ca. zehn Jahren eine distale Radiusfraktur oder distale Unterarmfraktur links erlitten habe. Der distale Radius scheine in Fehlstellung geheilt zu sein mit Abkipfung nach radial und massiver Verkürzung. Die Ulna sei weitergewachsen und in der Folge sei es zu einer Desartikulation zwischen distalem Radius und Ulnaköpfchen gekommen. Es sei nicht bekannt, was an Korrekturoperationen damals durchgeführt worden sei. Jedenfalls habe der Beschwerdeführer mit dieser Fehlstellung im linken Handgelenk bis 2011 als Gipser arbeiten könne, was äusserst erstaunlich sei. Die aktuellen Beschwerden lokalisierten sich im Gelenk zwischen Skaphoid, Trapezium und Trapezoid sowie etwas weniger stark im Daumensattelgelenk. Radiologisch zeige sich eine pantrapeziale Arthrose mit Gelenkspaltveränderungen vor allem zwischen Skaphoid, Trapezium und Trapezoid. Obwohl sich radiologisch auch eine deutliche Arthrose zwischen Radius und Skaphoid sowie zwischen Radius und Lunatum nachweisen lasse, bestünden klinisch im eigentlichen Handradiokarpalgelenk kaum Beschwerden. Ob sich beim Sturz in der Rehaklinik E. ___ im

März 2013 eine Fraktur im distalen Skaphoid oder im Trapezium ereignet habe, lasse sich heute nicht mehr nachvollziehen. Der Beschwerdeführer gebe an, er habe seit dem Sturz in E.____ am 14. März 2013 massive belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen an der Daumenbasis der linken Hand. Nach seinen Aussagen sei es nach dem Sturz über der Basis des Daumens «schwarz» geworden (der Patient meine damit wahrscheinlich eine Hämatomentwicklung). Im Arthro-MRI vom September 2013 falle aber eine Konturunregelmässigkeit der kaudalen Trapeziumgelenkfläche im Sinne einer Einbuchtung auf. Die Angaben des Beschwerdeführers, dass nach dem Sturz über der Daumenbasis alles schwarz geworden sei, spreche auch dafür, dass er sich eine Fraktur zugezogen habe. Die STT-Arthrose wäre somit als posttraumatisch einzustufen. Therapeutisch könne die Trapezektomie und partielle Trapezoidresektion sowie Arthroplastik angeboten werden. Damit würde der Beschwerdeführer sicher nicht wieder arbeitsfähig, allenfalls könnten durch diesen Eingriff die Beschwerden im Alltag aber reduziert werden.

9.1.7 Die Beschwerdegegnerin holte zu dieser Stellungnahme von Dr. med. Y.____ nochmals eine kreisärztliche Beurteilung ein. Die Kreisärztin Dr. med. G.____ hielt am 23. Oktober 2017 fest (Suva-Nr. I 544), bei der Aussage von Dr. med. Y.____ handle es sich nur um mögliche Annahmen, die aber radiologisch nie bestätigt worden seien. In den konventionellen Bildern sowie den MRI-Bildern nach dem Sturz sei durch die Radiologen nie eine Fraktur bestätigt worden. Das angebliche Hämatom sei nach nochmaliger Durchsicht des ausführlichen Berichts aus der Rehaklinik E.____ nie beschrieben worden. Hingegen fänden ich im gleichen Bericht Angaben dazu, dass der Beschwerdeführer schon vor dem Sturz Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks beklagt habe. Zudem seien die Schmerzen als leicht eingestuft worden. Tatsache sei, dass am linken Handgelenk ein erheblicher Vorzustand bestehe, welcher durch den Sturz traumatisiert worden sei. Durch den Sturz habe der Beschwerdeführer aber keine strukturellen Läsionen erlitten, so dass die Restbeschwerden durch die vorbestehenden ausgeprägten degenerativen arthrotischen Veränderungen bei Zustand nach Fraktur im Kindesalter mit unbekanntem Eingriffen mehr als erklärt seien. Aus unfallkausaler Sicht könne festgehalten werden, dass keine Einschränkungen an der linken Hand/am linken Handgelenk bestünden resp. eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe.

9.2 Im Einspracheentscheid wird erwogen, die vom Beschwerdeführer erwähnte Schwarzfärbung sei wohl als Hämatom zu interpretieren. Es entspreche aber einer Notorietät, dass bei weitem nicht jedem Hämatom eine Fraktur zugrunde liege. Deshalb könne der Einschätzung von Dr. med. Y.____, die das Hämatom als Indiz für eine Fraktur betrachte, nicht gefolgt werden. Im Übrigen könne auch Dr. med. Y.____ aufgrund der Bildgebung nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine durch den Sturz vom 14. Februar 2013 verursachte Fraktur erkennen. Somit sei auf die Beurteilungen der Kreisärztinnen Dr. med. H.____ und Dr. med. G.____ abzustellen und von weiteren Abklärungen abzusehen.

9.3 Die Beschwerdegegnerin geht demnach gestützt auf die Beurteilungen der beiden Kreisärztinnen davon aus, der Beschwerdeführer habe sich am 14. Februar 2013 eine Kontusion, aber keinen Bruch zugezogen. Diese Kontusion habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des ausgeprägten Vorzustandes geführt. Wie dargelegt, können Stellungnahmen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage bilden. Ergänzende Abklärungen sind aber bereits dann notwendig, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Solche geringen Zweifel lassen sich hier nicht verneinen: Ein zentrales Argument der Beschwerdegegnerin besteht darin, die noch am 14. Februar 2013 erstellten Röntgenaufnahmen hätten keine strukturelle Läsion gezeigt. Der Austrittsbericht vom 25. Februar 2013 (Suva-Nr. III 3) äussert sich zu dieser Frage allerdings nicht eindeutig. Er hält zwar fest, klinisch seien keine Anhaltspunkte für eine Fraktur vorhanden, insbesondere habe es nur eine dezente Schwellung gegeben. In Bezug auf die Röntgenbilder wird aber ausdrücklich erklärt, eine frische Radiusfraktur habe nicht sicher ausgeschlossen werden können. Wie es sich damit verhält, wurde in der Folge nicht geklärt. Insbesondere enthalten die Akten, wie bereits erwähnt, keinen gesonderten spezialärztlichen Bericht über diese Röntgenaufnahmen und deren Auswertung. Die Kreisärztin Dr. med. H.____ war denn auch durchaus nicht von Anfang an der Meinung, der Sturz habe zu keinen strukturellen Läsionen geführt. Vielmehr beantwortete sie in ihren Kurzstellungnahmen vom 18. Juni 2014 und 6. August 2014 (Suva-Nr. III 23 und 25) die Fragen, ob die geltend gemachten Beschwerden (Handverletzung links) mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 14. Februar 2013 zurückzuführen seien und ob der Unfall zu zusätzlichen strukturellen Läsionen am Handgelenk links geführt habe, welche bildgebend nachweisbar seien, mit «teilweise» respektive «teilweise, ja». In ihrem Bericht vom 7. Januar 2016 (Suva-Nr. III 31) erwähnte die Kreisärztin die «Schmerzen des Handgelenkes links» und den Umstand, dass der Beschwerdeführer an beiden Händen Bandagen oder Handgelenksmanschetten trage, geht aber ansonsten nicht auf diese Symptomatik ein. Im Bericht über die Untersuchung vom 11. Juli 2016 wird dann jedoch erklärt, strukturell hätten keine frischen Läsionen dargestellt werden können. Wie sich diese Aussage mit der soeben zitierten Antwort vom 6. August 2014 (Suva-Nr. III 25; «teilweise, ja») vereinbaren lässt, wird nicht näher erläutert. Die vom Beschwerdeführer beigezogene Handchirurgin Dr. med. Y.____ bejaht die Unfallkausalität der durch sie diagnostizierten STT-Arthrose für den Fall, dass von einer am 14. Februar 2013 erlittenen Fraktur auszugehen sei, wofür sie als Indizien die vom Beschwerdeführer erwähnte Schwarzfärbung (welche sie als Hämatom interpretiert) und eine Konturunregelmässigkeit in den MRI-Aufnahmen vom September 2013 nennt. Die Argumente, mit welchen die Kreisärztin Dr. med. G.____ in ihrer anschliessenden Beurteilung vom 23. Oktober 2017 (Suva-Nr. I 544) der Stellungnahme von Dr. med. Y.____ die Relevanz abspricht, vermögen nicht vollständig zu überzeugen: Wie gesagt, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht als abschliessend geklärt gelten, ob die Röntgenbilder vom 14. Februar 2013 eine Fraktur bzw. eine strukturelle Läsion zeigten, welche dem gleichentags erlittenen Sturz zuzuordnen ist. Die sinngemässe Aussage der Kreisärztin, von einem Hämatom sei nicht auszugehen, wird im Einspracheentscheid nicht aufrechterhalten. Die weitere Feststellung von Dr. med. G.____, dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ lasse sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer schon vor dem 14. Februar 2013 über Beschwerden im Bereich der linken Hand geklagt habe, lässt sich anhand der Akten nicht nachvollziehen; soweit erkennbar, enthält der Austrittsbericht keine solche Aussage und es bleibt unklar, auf welche Stelle in diesem Bericht sich die Kreisärztin bezieht. Diese Umstände (kein Ausschluss struktureller Läsionen im Röntgen gemäss Austrittsbericht vom 25. Februar 2013; Fehlen eines eigentlichen Befundberichts über die Röntgenaufnahmen vom 13. Februar 2013; frühere [teilweise] Bejahung der Frage, ob dieses Ereignis zu strukturellen, bildgebend nachweisbaren Läsionen geführt habe, durch die Kreisärztin Dr. med. H.____, spätere gegenteilige Aussage ohne Begründung für den Meinungswechsel; abweichende Beurteilung durch die Handchirurgin Dr. med. Y.____;

soweit ersichtlich unzutreffende Annahme, vorbestehende Schmerzen seien aktenmässig dokumentiert, durch die Kreisärztin Dr. med. G.____) führen jedenfalls in ihrer Gesamtheit dazu, dass zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Stellungnahmen bestehen. Da beide Parteien davon ausgehen, die Unfallkausalität hänge davon ab, ob das Ereignis vom 14. Februar 2013 zu bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsionen geführt habe, erweisen sich ergänzende Abklärungen zu diesem Punkt als unumgänglich. In einem ersten Schritt wird die Beschwerdegegnerin die damals erstellten Röntgenbilder zu beschaffen und eine spezialärztliche Befundung dieser Aufnahmen zu veranlassen haben. Sollte die fachkundige Auswertung der Bilder (wenn nötig in Verbindung mit einer weiteren ärztlichen Beurteilung) ergeben, dass das Ereignis vom 14. Februar 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsion geführt hat, wäre eine versicherungsexterne handchirurgische Begutachtung in die Wege zu leiten. Dasselbe gilt, falls sich die Bilder allenfalls nicht mehr auffinden lassen. Je nach dem Ausgang der Begutachtung wird weiter vorzugehen sein. Sollte sich ergeben, dass eine strukturelle Läsion nicht überwiegend wahrscheinlich ist, wäre die Kausalität von über den 31. Dezember 2016 hinaus fortbestehenden Beschwerden mit der von der Beschwerdegegnerin gelieferten Begründung zu verneinen. Die vom Beschwerdeführer für diesen Fall vertretene These, der Vorfall habe zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt, kann nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten, falls eine «normale» Kontusion (ohne bildgebend nachweisbare strukturelle Läsion) stattgefunden hat. Der Zustand, wie er vor dem Sturz vom 14. Februar 2013 bestand oder wie er sich auch ohne diesen Vorfall eingestellt hätte, wäre bei einer solchen Kontusion auf jeden Fall vor dem 1. Januar 2017 erreicht worden.

10. Sollten die weiteren Abklärungen ergeben, dass, wie die Beschwerdegegnerin annimmt, am 1. Januar 2017 der Zeitpunkt für den Fallabschluss in Bezug auf alle unfallkausalen Beschwerden erreicht war, sind auf diesen Zeitpunkt hin der Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. In diesem Zusammenhang ist auch umstritten, ob die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden respektive Beschwerdeanteile als unfallkausal gelten können. Im Vordergrund steht dabei der adäquate Kausalzusammenhang.

10.1 Treten nach einem Unfall psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche oder eine gleichgestellte Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f., 127 V 102 E. 5b/bb S. 103).

10.2 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese

Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

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

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstufen ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.). Bei der Beurteilung der Kriterien sind nur die somatisch nachweisbaren Beschwerden zu berücksichtigen.

10.3 Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26; 8C_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2, SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83).

10.3.1 Das Unfallereignis vom 15. September 2008 ■ beim Verlassen der Badewanne ausgerutscht, den Hinterkopf angeschlagen und starke Schmerzen im Bereich der linken Schulter verspürt ■ wurde bereits mit Einspracheentscheid vom 30. März 2010 rechtskräftig beurteilt. Demnach kann nun diesbezüglich auch keine nachträgliche Adäquanzprüfung erfolgen, zumal ein Rückfall zu diesem Unfallereignis aufgrund der vorliegenden Akten nicht erstellt ist.

10.3.2 Zur Schwere des Unfalls vom 14. Februar 2013 ■ Sturz im Bad auf die linke Hand ■ ist folgendes festzuhalten: Das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 115 V 139 E. 6a einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt. Leichte Unfälle wurden auch angenommen bei einem Treppensturz auf das Gesäss mit initial einem Verdacht auf einen Handgelenksbruch und erst später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil des EVG vom 7. April 2005, U 221/04), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil des EVG vom 25. Februar 2003, U 78/02) sowie bei einem Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch (Urteil des EVG vom 2. Dezember 2002, U 145/02) sowie bei einem Sturz in der Badewanne, bei welchem sich die Versicherte an der rechten Schulter verletzte (Urteil des EVG vom 4. August 2003, U 237/02). Vor dem Hintergrund dieser Praxis und aufgrund des Umstands, dass die Intensität und mithin die Schwere auch des vorliegend strittigen Unfalls letztlich nicht über jene banalen Sturzereignisse hinausgehen, wie sie im Alltag immer wieder auftreten können, handelt es sich auch beim Ereignis vom 14. Februar 2013 um einen leichten Unfall. Der adäquate Kausalzusammenhang kann daher diesbezüglich ohne

weiteres verneint werden. Die vom Beschwerdeführer erwähnte Ausnahmekonstellation (vgl. Beschwerdeschrift S. 16), wonach ausnahmsweise auch bei leichten Unfällen eine Adäquanzprüfung mithilfe der Kriterien stattzufinden hat, wenn das Ereignis unmittelbare Unfallfolgen zeitigt, die nicht offensichtlich unfallunabhängig sind (vgl. Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 62), greift hier nicht, denn diese Konstellation liegt nicht vor.

10.3.3 Hinsichtlich des Unfallereignisses vom 16. August 2007 (Treppensturz mit Verletzung der rechten Schulter) ist der Beschwerdegegnerin zwar insofern Recht zu geben, dass im rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 30. März 2010 ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. August 2007 und der psychischen Problematik bereits verneint wurde. Jedoch ist aufgrund der Akten ein diesbezüglicher Rückfall erstellt und es wurden weitere Behandlungen, darunter zwei operative Eingriffe ■ Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 4. April 2014 (Suva-Nr. I 270) und Operation vom 11. Juni 2015 (Suva-Nr. I 349) ■ durchgeführt. Demnach hat bezüglich dieses Unfallereignisses auch eine erneute Adäquanzprüfung zu erfolgen (vgl. zur erneuten Adäquanzprüfung im Revisionsfall Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 5.1). Es fehlen zwar genaue Angaben zum Unfallhergang ■ der Beschwerdeführer gibt an, er sei wohl 5 Treppenstufen heruntergefallen ■, aber angesichts der vorgenannten Beispiele zu den leichten Unfällen, aber auch mit Blick auf die erlittenen Verletzungen, welche auf nicht geringe einwirkende Kräfte hindeuten, dürfte beim Unfallereignis vom 16. August 2007 mehr als ein banales Sturzereignis vorliegen, womit sich die Einordnung als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen rechtfertigt. Dies entspricht im Übrigen auch der Beurteilung, welche die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 30. März 2010 vorgenommen hatte (vgl. Suva-Nr. I 165 S. 6).

10.3.4 Dasselbe gilt sodann auch bezüglich des Unfallereignisses vom 15. Juli 2011. Beim Besteigen des Treppenhauses stürzte der Beschwerdeführer rückwärts auf das linke Bein (vgl. Suva-Nr. I 211) und zog sich hierbei eine Lisfranc-Gelenk-Läsion mit Frakturen der Basen der Ossa metatarsalia II-IV am Fuss links zu. Auch diesbezüglich fehlen in den Akten nähere Angaben zum Unfallhergang. Dennoch rechtfertigt es sich aufgrund des Gesagten, den Unfall vom 15. Juli 2011 als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu klassifizieren.

10.4 Zu prüfen ist zunächst die Adäquanz in Bezug auf den Unfall vom 16. August 2007. Dabei ist der gesamte Zeitraum vom Unfallereignis bis zum Fallabschluss Ende 2016 zu betrachten. Immerhin ist zu berücksichtigen, dass der Fall auf Ende Oktober 2009 bereits einmal abgeschlossen wurde (E. I. 1.2 hiervor; Suva-Nr.), wobei die Beschwerdegegnerin damals die Adäquanz des Kausalzusammenhangs in Bezug auf organisch nicht nachweisbare Beschwerden verneinte. Der damalige Entscheid ist für die aktuelle Beurteilung nicht bindend, er kann jedoch Berücksichtigung finden. Im damaligen Einspracheentscheid vom 30. März 2010 (Suva-Nr. 165) verneinte die Beschwerdegegnerin sämtliche Adäquanzkriterien.

Der Sturz auf der Baustelle am 16. August 2007 ereignete sich nach Lage der Akten weder unter besonders dramatischen Begleitumständen noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Der Beschwerdeführer hat auch keine Verletzungen erlitten, welche aufgrund ihrer Schwere oder Art in besonderer Weise geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung wurde im Einspracheentscheid vom 30. März 2010 für den damals zu beurteilenden Zeitraum bis Ende Oktober 2009 verneint, weil sich das vom Beschwerdeführer geklagte Beschwerdebild und die demonstrierte Funktionseinschränkung durch die objektiven somatischen Befunde nicht erklären liessen. Nach der Rückfallmeldung im September 2013 kam es zu den weiteren operativen Eingriffen vom 4. April 2014 und vom 11. Juni 2015. Diese beiden Operationen führten jedoch ebenso wie die Rehabilitationsaufenthalte in der Rehaklinik E.____ zu keinen erheblichen Fortschritten, weil das Beschwerdebild zu einem grossen Teil nicht auf organisch nachweisbaren Unfallfolgen basiert. Der Umstand, dass nach der Rückfallmeldung über einen Zeitraum von rund zwei Jahren entsprechende Behandlungsmassnahmen stattfanden, kann daher nicht zur Bejahung des Kriteriums führen. Aus demselben Grund sind auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen.

Was das Kriterium der Dauerschmerzen anbelangt, konnten die durchgehend geklagten Beschwerden an der rechten Schulter im Verlauf nicht im geklagten Ausmass objektiviert werden. Wie erwähnt, wurde schon beim damaligen Fallabschluss per Oktober 2009 von einer erheblichen nicht nachweisbaren Komponente ausgegangen. Die nach der Rückfallmeldung im September 2013 durchgeführten Behandlungen führten allesamt zu keiner erheblichen Verbesserung, was sich dadurch erklären lässt, dass die Beschwerden gossenteils keine organische Grundlage hatten. Die bildgebenden Untersuchungen, beispielsweise vom 19. November 2015 im Spital C.____ (Suva-Nr. I 381) ergaben denn auch weitgehend unauffällige Befunde. Durch diese lassen sich gemäss den medizinischen Unterlagen gewisse belastungsabhängige Schmerzen erklären, aber keine Dauerschmerzen. Auch die zum Ausschluss einer infektiösen Genese durchgeführte Schulterpunktion ergab kein Nachweis von Bakterien (Suva-Nr. I 522). Demnach ist das Kriterium der somatisch objektivierbaren Dauerbeschwerden zu verneinen.

Nicht erkennbar ist, dass eine ärztliche Fehlbehandlung stattgefunden und die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte.

Was den Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zunächst ab November 2009 eine Invalidenrente von 11 % zusprach, weil die angestammte Tätigkeit als Gipser nicht mehr ausgeübt werden könne, während eine angepasste Verweistätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Die Rente wurde in der Folge per 1. November 2010 aufgehoben, nachdem sich herausgestellt hatte, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines vollen Pensums mit voller Leistung für eine dem ursprünglichen Beruf zuzuordnende Firma tätig gewesen war (vgl. Suva-Nr. I 201, 202). Nach der Rückfallmeldung ging die Beschwerdegegnerin zunächst wieder von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus. Während der anschliessenden Behandlungsphase wurde diese Einschätzung beibehalten. Ab dem Fallabschluss geht die Beschwerdegegnerin ■ wie dargelegt, zu Recht ■ in einer Tätigkeit, welche den belastungsabhängigen Schulterschmerzen gerecht wird, von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus. Angesichts des Therapieverlaufs ist davon auszugehen, dass diese Situation schon seit längerer Zeit andauerte. Vor diesem Hintergrund liegt das Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht in besonderer Ausprägung vor. Ob es in «einfacher, nicht ausgeprägter Form zu bejahen wäre, kann offen bleiben, denn die Erfüllung eines Kriteriums würde nicht ausreichen, um die Adäquanz zu bejahen.

Zusammenfassend besteht kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 16. August 2007 respektive dem entsprechenden, im September 2013 gemeldeten Rückfall und den über Dezember 2016 hinaus fortbestehenden, organisch nicht nachweisbaren Beschwerden.

10.5 Am 15. Juli 2011 stürzte der Beschwerdeführer beim Besteigen des Treppenhauses rückwärts auf das linke Bein (vgl. Suva-Nr. I. 211) und zog sich hierbei eine Lisfranc-Gelenk-Läsion mit Frakturen der Basen der Ossa metatarsalia II-IV am Fuss links zu. Auch hier kann nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit gesprochen werden. Ebenso wenig liegt eine Verletzung besonderer Schwere oder Art vor.

Der Beschwerdeführer wurde nach der Rückkehr in die Schweiz im Spital C.____ zunächst konservativ behandelt und, nachdem sich keine volle Konsolidierung gezeigt hatte, am 1. Februar 2012 operiert (Suva-Nr. II 58). In der Folge erkannte die Oberärztin Dr. med. Z.____ aufgrund der bildgebenden Aufnahmen keinen Anlass für weitere Operationen (Bericht vom 6. Juni 2012, Suva-Nr. II 79). Der in der Folge für eine Zweitmeinung hinzugezogene Dr. med. U.____ vom Spital V.____ führte am 2. Oktober 2012 nochmals eine Operation durch (Suva-Nr. II 106) und nahm am 17. Juni 2013 auf Wunsch des Beschwerdeführers noch die Entfernung des Osteosynthese-Materials vor (vgl. Suva-Nr. II 186). Anschliessend bestand aus organischer Sicht eine volle Belastbarkeit, die behandelnden Ärzte sahen keine weitere Behandlung (sondern höchstens noch Rehabilitationsbemühungen) vor. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann bei dieser Aktenlage nicht gesprochen werden.

Bezüglich der körperlichen Dauerbeschwerden ist festzuhalten, dass die Schmerzproblematik bereits wenige Monate nach dem Unfall psychisch überlagert wurde. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht deutlich hervor, dass sich die Beschwerden grösstenteils nicht durch objektive Befunde erklären liessen. Demnach ist das Kriterium zu verneinen.

Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Der Heilungsverlauf in Bezug auf den am 15. Juli 2011 erlittenen Bruch verlief grundsätzlich planmässig. Eine gewisse Erschwerung ergab sich durch die im Verlauf festgestellte Thrombose am rechten Unterschenkel (vgl. Bericht des Spitals C.____ vom 22. November 2011, Suva-Nr. II 27). Weiter konnte zunächst keine Konsolidierung festgestellt werden (vgl. Bericht des Spitals C.____ vom 23. Dezember 2011, Suva-Nr. II 39). Deshalb fand am 1. Februar 2012 eine Operation statt (Korrektur Arthrodesse tarsometatarsale II sowie Arthrodesse des Os cuneiforme mediale gegen Os cuneiforme intermedium; Suva-Nr. II 58). Der postoperative Verlauf war zunächst komplikationslos (vgl. Suva-Nr. II 59). Bereits im Bericht des Spitals C.____ vom 19. April 2012 wird von einer deutlichen Ausweitungstendenz gesprochen (vgl. Suva-Nr. II 69), und die zusätzlichen bildgebenden Abklärungen zeigten gemäss Beurteilung der Oberärztin Dr. med. Z.____ keine Strukturpathologie, welche Anlass zu weiteren Operationen gäbe (vgl. Suva-Nr. II 79). Auf Anregung des Hausarztes Dr. med. F.____ (vgl. Suva-Nr. II. 72) wurde in der Folge eine

Zweitmeinung eingeholt (Suva-Nr. 83). Diese führte in der Folge ■ insbesondere wegen einer Lockerung der Schraube ■ zur korrigierenden Arthrodesse vom 2. Oktober 2012 (Suva-Nr. 106). Diese bewirkte jedoch, obwohl in den anschliessenden Berichten über einen zeitgerechten Verlauf informiert wurde (vgl. Suva-Nr. II 114, 116, 118), keine längerfristige Reduktion der geklagten Beschwerden. Auch die Rehabilitationsaufenthalte in der Rehaklinik E.____ und die Materialentfernung am 17. Juni 2013 (Suva-Nr. II 186) führten zu keiner Verbesserung (vgl. E. II. 8.1.8 ff.). Die verbleibenden Beschwerden liessen sich jedoch nur zu einem geringen Teil somatisch erklären, von objektiver Seite stellten die Ärzte eine volle Belastbarkeit fest und erklärten, es seien keine weiteren Behandlungen notwendig (vgl. Suva-Nr. II 8.1.11, 8.1.14, 8.1.15). Wenn es zu Verzögerungen kam, dann gründeten diese demnach nicht in den organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen. Da nur die organisch nachweisbaren Anteile zu berücksichtigen sind, bleibt als besonderer Umstand einzig die Unterschenkel-Thrombose, die aber nicht genügt, um das Kriterium als erfüllt gelten zu lassen. 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 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.6). Das Kriterium ist somit zu verneinen.

Zum Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen Arbeitsunfähigkeit gelten ähnliche Überlegungen wie in Bezug auf die rechte Schulter (vgl. E. II. 10.4 hiervor): Der Unfall vom 15. Juli 2011 bewirkte eine Arbeitsunfähigkeit; diese war aber schon bald nur noch zu einem geringen Teil auf die organisch nachweisbare Verletzung am linken Fuss zurückzuführen. Das Kriterium kann deshalb allenfalls in «einfacher» Form als erfüllt gelten, eine besondere Ausprägung liegt aber nicht vor.

Damit ist allenfalls eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, aber nicht in ausgeprägter Weise. Somit ist der adäquate Kausalzusammenhang zu den geltend gemachten nicht objektivierbaren Beschwerden auch in Bezug auf das Unfallereignis vom 15. Juli 2011 zu verneinen.

10.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerdeanteile den adäquaten Kausalzusammenhang in Bezug auf alle fünf zur Diskussion stehenden Unfälle zu Recht verneint hat.

11. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit geht die Beschwerdegegnerin gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilung, welche nur die Unfälle vom 16. August 2007 (rechte Schulter) und vom 15. Juli 2011 (linker Fuss) berücksichtigt, von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit aus, welche den folgenden Anforderungen gerecht wird: Leichte bis mittelschwere Arbeit, wechselbelastend; Tätigkeiten auf unebenem Gelände oder in kauender oder hockender Stellung sollten vermieden werden; keine Tätigkeiten über der Horizontalen oder über Kopf; keine repetitiven Arbeiten für die rechte obere Extremität fernab vom Körper. Diese Einschätzung erscheint angesichts der Einschränkungen, welche je einzeln in Bezug auf die rechte Schulter und den linken Fuss beschrieben wurden (vgl. E. II. 7.3 und II.

E. 8.3

hiervor), als plausibel und nachvollziehbar. Es handelt sich um zwei verschiedene Beschwerdebilder, welche sich nicht überschneiden. Es leuchtet daher ein, dass die Kombination der beiden Beeinträchtigungen die qualitativen Anforderungen an eine Verweistätigkeit erhöht, aber keine quantitative Reduktion der Leistungsfähigkeit in einer geeigneten Anstellung bewirkt. Die Umschreibung der Arbeitsfähigkeit durch die Kreisärztin Dr. med. G.____ vermag daher inhaltlich zu überzeugen, falls die Beeinträchtigung an der linken Hand nicht zu berücksichtigen ist (was vom Ausgang der Abklärungen abhängt, welche die Beschwerdegegnerin noch zu veranlassen haben wird).

Allerdings gelangte Dr. med. AA.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) in seiner Stellungnahme vom 29. März 2017 (Suva-Nr. I 540) zum Ergebnis, auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe «aufgrund der Multimorbidität» eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Beschwerdegegnerin erklärt diese Differenz damit, dass Dr. med. AA.____ auch die «multiplen unfallfremden Diagnosen» mitberücksichtigt habe. Tatsächlich führt Dr. med. AA.____ in seiner Stellungnahme neben den Beeinträchtigungen an der rechten Schulter und dem linken Fuss verschiedene weitere gesundheitliche Probleme an. Er berücksichtigte nicht nur die von ihm als schwer bezeichnete Handgelenksproblematik links mit Radiokarpalarthrose, sondern auch internistische Probleme (Abdominalschmerzen, schwere Adipositas) und eine Anstrengungsdyspnoe bei Asthma bronchiale. Dagegen hielt er fest, psychiatrisch könne keine klare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit definiert werden. Die Einschränkung an der linken Hand wirkt sich in Kombination mit den beschränkten Einsatzmöglichkeiten des rechten Armes (wegen der Schulterproblematik) ohne Zweifel sehr erheblich auf die Arbeitsfähigkeit aus, wobei dieser Effekt durch die weiteren Aspekte noch deutlich verstärkt wird. Sollten aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht dagegen ausschliesslich die Beschwerden an der rechten Schulter und dem linken Fuss zu berücksichtigen sein ■ was von der Unfallkausalität der Beschwerden an der linken Hand abhängt ■, lässt sich das von der Kreisärztin Dr. med. G.____ formulierte und im angefochtenen Einspracheentscheid übernommene Zumutbarkeitsprofil nicht beanstanden, denn es trägt den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen an der rechten Schulter und am linken Fuss angemessen Rechnung. Der Widerspruch zur Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. AA.____ lässt sich in diesem Sinn auflösen.

12. Der Beschwerdeführer lässt überdies beantragen, die ihm zugesprochene Integritätsentschädigung von 20 % sei zu erhöhen.

12.1 Im Einspracheentscheid wird dazu festgehalten, die Kreisärztin Dr. med. H.____ habe in ihrer Beurteilung vom 11. Juli 2016 die im Bereich der rechten Schulter verbleibende Beeinträchtigung unter Hinweis auf die Suva-Tabelle 5 ausgehend von einer posttraumatischen Omarthrose mit 10 % beziffert, nachdem zuvor der Kreisarzt Dr. med. L.____ am

E. 10

Juni 2009 noch einen Integritätsschaden von 5 % festgehalten habe. In der Beurteilung des Integritätsschadens vom 11. Juli 2013 sei die Kreisärztin Dr. med. H.____ zum Ergebnis gelangt, die Unfallfolgen im Bereich des linken Fusses entsprächen einem Integritätsschaden von 10 %.

12.2 Je nach dem Ergebnis der erforderlichen zusätzlichen Abklärungen zur linken Hand (vgl. E. II. 9 hiervoor) wird die Integritätsentschädigung allenfalls anzupassen sein.

Unabhängig davon ist aber darauf hinzuweisen, dass die Aussagen der Kreisärztin Dr. med. H.____ im Einspracheentscheid nur unvollständig wiedergegeben werden und untereinander variieren: Neben den vorstehend erwähnten Ausführungen erklärte die Kreisärztin im Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 11. Juli 2016, für die Beeinträchtigung am linken Fuss sei bereits eine Integritätsentschädigung von total 15 % attestiert worden (Suva-Nr. I 437 S. 11). Dies ist, soweit ersichtlich, unzutreffend, denn die Kreisärztin hatte für den linken Fuss am

E. 11

Juli 2013 einen Integritätsschaden von 10 % geschätzt, während sich die von Dr. med. L.____ am 10. Juni 2009 attestierten 5 % auf die rechte Schulter bezogen hatten. Für diese rechte Schulter gelangte Dr. med. H.____ nun in der Beurteilung des Integritätsschadens vom 11./14. Juli 2016 (Suva-Nr. 433) zu einem Wert von 10 %. Dies erweckt den Eindruck, insgesamt habe eine Entschädigung von 25 % (10 % rechte Schulter, 15 % linker Fuss) resultiert; in diesem Sinn interpretierte denn auch später die Kreisärztin Dr. med. G.____ in ihrer Beurteilung vom 23. Oktober 2017 den Bericht vom 11. Juli 2016 (vgl. Suva-Nr. I 544 S. 8). Zuvor hatte aber Dr. med. H.____ in einem mit «Zusatz/Korrektur» überschriebenen Dokument vom 30. März 2017 (Suva-Nr. I 505) ihre Einschätzung des Integritätsschadens modifiziert. Darin führt sie aus, für die rechte Schulter sei am 10. Juni 2009 eine Integritätsentschädigung von 5 % attestiert worden. Weiter sei am 11. Juli 2013 für die Verletzung am linken Fuss eine Integritätsentschädigung von 10 % attestiert worden. Per dato werde nun (für die Beeinträchtigung am linken Fuss) eine Integritätsentschädigung von 5 % zusätzlich attestiert (Suva-Nr. I 505). Mit anderen Worten ging Dr. med. H.____ nun anscheinend für die rechte Schulter von einer Integritätsentschädigung von 5 % aus, für den linken Fuss von einer solchen von 15 %, so dass sich total eine Integritätsentschädigung von 20 % ergab. Worauf die Abweichung von ihrer früheren Einschätzung, namentlich auch die Reduktion der Integritätsentschädigung für die rechte Schulter von 10 % auf 5 % (gegenüber dem Bericht vom 11./14. Juli 2016; vgl. E. II. 7.1.14 hiervor) basiert, lässt sich der Stellungnahme nicht entnehmen. Die Frage stellt sich aber umso mehr, nachdem die Kreisärztin zuvor am 26. Januar 2017 noch erklärt hatte, die Integritätsentschädigung von 10 % aufgrund der posttraumatischen Omarthrose sei korrekt (vgl. Suva-Nr. I 482, II 261). Ebenso wenig geht aus dem Einspracheentscheid hervor, warum die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, die Kreisärztin Dr. med. H.____ habe den Integritätsschaden für beide Schädigungen auf je 10 % beziffert. Deren Korrektur vom 30. März 2017 wird im Einspracheentscheid gar nicht erwähnt. Es fehlt somit an einer nachvollziehbaren Begründung für die Höhe der Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin wird ■ unabhängig vom Ergebnis der erforderlichen medizinischen Abklärungen ■ auch diese Frage unter Bezugnahme auf die medizinische Aktenlage und die massgebenden Tabellen neu zu prüfen haben.

13. Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Ergebnis gelangt, in Bezug auf die Verletzungen an der rechten Schulter (Unfall vom 16. August 2007 respektive Rückfall dazu) und am linken Fuss (Unfall vom 15. Juli 2011) sei der Zeitpunkt für den Fallabschluss Ende 2016 erreicht worden (E. II. 7.2.1 und 7.2.2 hiervor). Auch das auf dieser Basis formulierte Zumutbarkeitsprofil lässt sich nicht beanstanden. Zu bestätigen ist auch, dass ein Anspruch auf Leistungen für die Ereignisse vom 15. September 2008 (linke Schulter) und 23. Oktober 2013 (rechtes Knie) verneint wurde (vgl. E. II. 8.1 und 8.2 hiervor). Dagegen kann der Beschwerdegegnerin insoweit nicht gefolgt werden, als sie den

Standpunkt vertritt, die Unfallkausalität der Beschwerden an der linken Hand sei hinreichend geklärt. Vielmehr sind zu dieser Frage ergänzende Abklärungen im Sinne von E. II. 9.3 hiervoor erforderlich. Falls die Kausalität zu bejahen ist, wird auch das Zumutbarkeitsprofil unter Berücksichtigung dieses weiteren Unfalls neu zu formulieren sein. Weiter werden unabhängig davon die bestehenden Unklarheiten in Bezug auf die Höhe der Integritätsentschädigung auszuräumen sein. Die Beschwerde ist in diesem Sinn teilweise gutzuheissen.

E. 14

14.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden 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). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235). Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine Parteientschädigung entsprechend einem vollständigen Obsiegen.

Rechtsanwalt Zenari macht in seiner Kostennote vom 27. August 2018 (A.S. 108 f.) einen Aufwand von 21,45 Stunden und Auslagen von CHF 345.58 geltend. Nach der Praxis des Versicherungsgerichts ist das Studium des Einspracheentscheids noch dem Verwaltungsverfahren zuzuordnen (ebenso wie das Studium des vorliegenden Entscheids unter dem Titel der Nachbearbeitung zum kantonalen Gerichtsverfahren gezählt wird). Der entsprechende Aufwand von 0.33 Stunden und der Brief an die Klientschaft von 0.25 Stunden, beide am 22. Dezember 2017, sind daher nicht zu berücksichtigen. Dasselbe gilt für die Positionen «Brief an Betreibungsamt» (0.17 Stunden) und «Tel. von Frau [...]» (0.17 Stunden), deren Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren nicht erkennbar ist, sowie die insgesamt sechs Positionen «Brief an Klient» von jeweils 0,17 Stunden, welche auf die Zustellung oder den Empfang eines Schriftstücks folgten, was die Annahme rechtfertigt, es handle sich um Orientierungskopien, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten und nicht separat entschädigt werden. Gleiches gilt für das Fristerstreckungsgesuch vom 11. Juni 2018 (0,25 Stunden). Schliesslich sind Kopien pro Stück mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 0.23 bzw. 1.07, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

Gesamthaft reduziert sich der zu berücksichtigende Aufwand um 2,19 Stunden auf 19,26 Stunden, was mit Blick auf die Komplexität des Sachverhalts als angemessen erscheint. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00, den Auslagen von CHF 190.60 sowie der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 5'391.05.

14.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Suva vom 21. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und anschliessend über

die Ansprüche des Beschwerdeführers neu entscheide. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

1. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 5'391.05 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_347/2020 vom

E. 18

Juni 2020 nicht ein.

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