

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.191 vom 15. Oktober 2021

SO Obergericht, 2021-10-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.191](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.191)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.191 du 15 octobre 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.191 del 15 ottobre 2021

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1961, war im Rahmen eines vollzeitlichen Anstellungsverhältnisses als Gipser bei der Firma B.\_\_\_\_ in [ ] bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Am 16. August 2007 rutschte er während der Arbeit auf einer Treppe aus (Schadenmeldung UVG vom 23. August 2007, Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] I 1). Er erlitt dabei gemäss Bericht des C.\_\_\_\_ vom 3. September 2007 (Suva-Nr. I 5) eine Schulterkontusion rechts, eine OSG-Distorsion rechts und eine HWS-Distorsion. Am 15. September 2008 rutschte er zudem in der Badewanne aus, stürzte auf den Rücken und erlitt eine Kontusion am Rücken sowie an der linken Schulter (vgl. Suva-Nr. I 62).

1.2 Die Beschwerdegegnerin tätigte diverse medizinische Abklärungen und stellte dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 30. Juni 2009 (Suva-Nr. I 117) in Aussicht, die ausgerichteten Taggelder per 31. Oktober 2009 einzustellen, weil von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten sei. Mit Verfügung vom 13. Januar 2010 (Suva-Nr. I 150) sprach sie ihm 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. Der Beschwerdeführer liess dagegen Einsprache erheben (Suva-Nr. I 161). Diese wurde von der Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. März 2010 abgewiesen (Suva-Nr. I 165). Darin wurde auch festgehalten, dass der Unfall vom 15. September 2008 zu keinen Beeinträchtigungen geführt habe, die natürlich und adäquat unfallkausal seien.

1.3 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. Mit Verfügung vom 31. Januar 2011 (Suva-Nr. I 202) wurde die zugesprochene Rente von 11 % rückwirkend per 1. November 2010 aufgehoben. Gemäss 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 er während der Anstellung eine volle Arbeitsleistung erbracht habe, bestehe keine unfallbedingte Erwerbseinbusse mehr. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 8320.20, 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.

2.5 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 entfielen (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 (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

2.6 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).

2.7 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 leistungsbegründende 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 leistungsbegründender 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).

2.8 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).

### **E. 2.1**

Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 8320.20, 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 blossе 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.

2.5 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 blosse 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 (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

2.6 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).

2.7 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 leistungsbegründende 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 leistungsbegründender 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). 2.8 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. 4.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einsprache-Entscheid (A.S. 1 ff.) und in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 69 ff.) dar, Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, beide Suva Versicherungsmedizin, hätten zur vom Gericht aufgeworfenen Frage, ob das Ereignis vom 14. Februar 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsion geführt habe, Stellung genommen. Sie hielten schlussfolgernd fest, eine mögliche posttraumatische strukturelle Verletzung des linken Handgelenkes, welche durch den Unfall vom 14. Februar 2013 hätte verursacht werden können, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Die Beschwerden des Versicherten seien durch degenerative Prozesse des Handgelenkes bei Zustand nach Abheilung in Fehlstellung einer vermutlich in der Kindheit erlittenen Fraktur des Handgelenkes verursacht. Eine STT-Arthrose sei bereits vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen und hätte durch das stattgehabte Trauma eventuell zu einer temporären Aktivierung der Beschwerden beim Versicherten führen können. Die Beurteilung sei schlüssig, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass das Ereignis vom 14. Februar 2013 zu strukturellen Verletzungen an der linken Hand geführt habe. Selbst wenn von einer vorübergehenden Traumatisierung auszugehen sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens am 31. Dezember 2016, mehr als drei Jahre nach dem Unfallereignis, Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten keine Rolle mehr spielten. Es sei weder aufgrund des Urteils des Versicherungsgerichts noch aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts unzulässig gewesen, die Befundung durch versicherungsinterne Spezialärzte vornehmen zu lassen. Somit sei eine Leistungspflicht für die Handgelenksbeschwerden spätestens ab dem 31. Dezember 2016 zu verneinen. Diese seien weder beim Fallabschluss, noch bei der Invalidenrente oder der Integritätsentschädigung zu berücksichtigen. In Zusammenhang mit der Integritätsentschädigung betreffend Schulter rechts und Fuss links sei festzuhalten, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 28. Juni 2021 ausgeführt habe, die anfängliche Einschätzung der Integritätseinbusse für die Folgeschäden an der rechten Schulter sei seines Erachtens korrekt bestimmt worden. Aufgrund einer Zunahme von arthrotischen Veränderungen habe die Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ am 11. Juli 2016 eine Integritätsentschädigung von

### **E. 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).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einsprache-Entscheid (A.S. 1 ff.) und in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 69 ff.) dar, Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, beide Suva Versicherungsmedizin, hätten zur vom Gericht aufgeworfenen Frage, ob das Ereignis vom 14. Februar 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsion geführt habe, Stellung genommen. Sie hielten schlussfolgernd fest, eine mögliche posttraumatische strukturelle Verletzung des linken Handgelenkes, welche durch den Unfall vom 14. Februar 2013 hätte verursacht werden können, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Die Beschwerden des Versicherten seien durch degenerative Prozesse des Handgelenkes bei Zustand nach Abheilung in Fehlstellung einer vermutlich in der Kindheit erlittenen Fraktur des Handgelenkes verursacht. Eine STT-Arthrose sei bereits vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen und hätte durch das stattgehabte Trauma eventuell zu einer temporären Aktivierung der Beschwerden beim Versicherten führen können. Die Beurteilung sei schlüssig, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass das Ereignis vom 14. Februar 2013 zu strukturellen Verletzungen an der linken Hand geführt habe. Selbst wenn von einer vorübergehenden Traumatisierung auszugehen sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens am 31. Dezember 2016, mehr als drei Jahre nach dem Unfallereignis, Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten keine Rolle mehr spielten. Es sei weder aufgrund des

Urteils des Versicherungsgerichts noch aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts unzulässig gewesen, die Befundung durch versicherungsinterne Spezialärzte vornehmen zu lassen. Somit sei eine Leistungspflicht für die Handgelenksbeschwerden spätestens ab dem 31. Dezember 2016 zu verneinen. Diese seien weder beim Fallabschluss, noch bei der Invalidenrente oder der Integritätsentschädigung zu berücksichtigen.

In Zusammenhang mit der Integritätsentschädigung betreffend Schulter rechts und Fuss links sei festzuhalten, dass Dr. med. G. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 28. Juni 2021 ausgeführt habe, die anfängliche Einschätzung der Integritätseinbusse für die Folgeschäden an der rechten Schulter sei seines Erachtens korrekt bestimmt worden. Aufgrund einer Zunahme von arthrotischen Veränderungen habe die Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ am 11. Juli 2016 eine Integritätsentschädigung von 10 % wegen der vorliegenden mässigen Arthrose im glenohumeralen Gelenk rechts geschätzt. Am 22. März 2017 habe sie diese auf 5 % korrigiert, was nicht nachvollziehbar sei. Hinsichtlich des linken Fusses habe Kreisärztin, obwohl noch kein stabiler Gesundheitszustand erreicht worden sei, am 11. Juli 2013 eine Integritätsentschädigung von 10 % für die durch das Unfallereignis verursachten Schäden am linken Fuss geschätzt. Dabei sei nicht auf die durchgeführte Arthrodeese im Lisfranc-Gelenk hingewiesen worden, die ebenfalls einer Schätzung einer Integritätsentschädigung von 15 % entsprechen würde. Ob die nachträgliche Korrektur vom 20. März 2017 (10 % plus 5 %) auf der initial nicht berücksichtigten Arthrodeese beruhe, werde im Bericht der Kreisärztin nicht näher erörtert. Unter Berücksichtigung dessen, dass die Arthrodeese nicht zu einer Verbesserung der Beschwerden und der Fussfunktion geführt habe, sei dem Versicherten der maximale Wert von 20 % zu attestieren. So gelange der Versicherungsmediziner zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine gesamthafte Integritätseinbusse von 30 % attestiert werden könne. Diese werde unterteilt in 10 % für die rechte Schulter und 20 % für den linken Fuss. Diese Beurteilung von Dr. med. G. \_\_\_ sei für die Frage des unfallbedingten Integritätsschadens umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen sowie den Vorakten. Es liege keine völlige Gebrauchsunfähigkeit vor.

Bei der Invaliditätsgradbemessung gelte das Folgende: Es sei auf das von den Kreisärztinnen formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen. Somit sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit auszugehen, welche den folgenden Anforderungen gerecht werde: «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.» Die rechte Hand sei vor allem als Beihilfshand einzusetzen. Für die Festlegung des Invalideneinkommens sei aufgrund des Zumutbarkeitsprofils und der Erwerbsbiographie des Versicherten auf die Tabelle TA1 sowie den Zentralwert für die mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) beschäftigten Männer im privaten Sektor der LSE 2016 abzustellen. Der Wert sei an die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden anzupassen. Dies ergebe ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 66'803.40. Aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen hinsichtlich der rechten oberen und der linken unteren Extremität sei ein Tabellenabzug von 10 % angezeigt. Mit dem nicht zu beanstandeten Abzug von 10 % ergebe sich ein Invalideneinkommen von CHF 60'123.00. Das Valideneinkommen werde gestützt auf die Angaben der Firma D. \_\_\_, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2016 CHF 6'015.00 x 13 Monate, folglich CHF 78'195.00, verdient hätte, berechnet. Ein Heranziehen des versicherten Verdiensts sei

nicht gerechtfertigt. Somit resultiere ein Invaliditätsgrad von 23 %.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 22 ff.) und Replik (A.S. 79 ff.) entgegenhalten, das Versicherungsgericht sei in seinem Urteil vom 27. April 2020 zum Schluss gelangt, zur Unfallkausalität an der linken Hand seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Anstatt nach der Rückweisung korrekt vorzugehen und eine externe handchirurgische Begutachtung anzuordnen, habe die Beschwerdegegnerin nun das Dossier einfach abermals versicherungsinternen Ärzten zur Beurteilung vorgelegt. Im Sinne der Erwägungen des Versicherungsgerichts hätte die Beschwerdegegnerin bereits die spezialärztliche Befundung der Röntgenbilder zum Unfall an der linken Hand durch einen externen Spezialarzt vornehmen lassen müssen. Wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestünden, müsse gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zwingend eine externe Beurteilung erfolgen. Abgesehen davon seien die involvierten Kreisärzte keine Fachärzte für Radiologie und in diesem Sinne nicht Spezialärzte für die sich hier stellende Frage. Eine externe Expertise müsste die Fachgebiete Radiologie, orthopädische Chirurgie und Handchirurgie enthalten. Die versicherungsinterne Stellungnahme vom 11. Dezember 2020 sei auch deshalb beweisuntauglich, weil die beiden Kreisärzte den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hätten. Diese würden auch von einem falschen Sachverhalt ausgehen. Es werde darin einleitend festgehalten, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 18. Juni 2020 die Adäquanz betreffend die Schulter rechts, den Fuss links und das Handgelenk links verneint habe. Das Bundesgericht habe jedoch überhaupt keine Beurteilung vorgenommen. Zudem werde fälschlicherweise davon ausgegangen, das MRI bezüglich des linken Fusses sei sechs Monate später initiiert worden, tatsächlich seien es aber sieben Monate. Dieser Irrtum sei zentral, da die Kausalität gerade mit der Begründung verneint werde, es hätten sich sechs Monate nach dem Sturz im MRI noch immer deutlichere Zeichen einer möglichen Fraktur nachweisen lassen müssen. Im Weiteren sei die an der Beurteilung von Dr. med. I. \_\_\_ geäußerte Kritik nicht überzeugend. Die Kreisärzte seien betreffend das vom Beschwerdeführer geschilderte Hämatom vorurteilsbehaftet. Die Tatsache, dass im Austrittsbericht der Klinik J. \_\_\_ keine Rede von einem Hämatom sei, sei darauf zurückzuführen, dass die Befunde unzureichend erhoben worden seien. Es fehle eine echtzeitliche radiologische Befundung und es sei kein MRI gemacht worden. Die Klinik sei in diesem Zusammenhang auch nicht hinreichend objektiv, da sich der Unfall dort ereignet habe. Die Stellungnahme der Kreisärzte sei sodann widersprüchlich. Es werde festgehalten, dass das MRI vom 17. September 2013 Konturenunregelmässigkeiten darstelle, aber gleichzeitig werde davon ausgegangen, dass die Einschätzung von Dr. I. \_\_\_ nicht korrekt sei. Denn diese habe ihre Einschätzung, wonach eine Fraktur stattgefunden habe, ja gerade damit begründet, dass auf dem MRI Konturenunregelmässigkeiten sichtbar seien. Auch zum schriftlichen MRI-Befund vom 17. September 2013 äusserten sich die Kreisärzte in der Beurteilung unzureichend. Schliesslich habe auch die zuvor involvierte Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ in ihrer Beurteilung die geltend gemachten Beschwerden auf das Unfallereignis vom 14. Februar 2013 zurückgeführt. In der Beurteilung werde festgehalten, dass für eine Aktivierung der STT-Arthrose in der Bildgebung vom 17. September 2013 keine Zeichen nachgewiesen worden seien. Der Befund vom 17. September 2013 halte aber eine Ruptur des SL-Bandes fest. Sofern nicht von neuen strukturellen Läsionen ausgegangen werden sollte, sei klarerweise von einer richtungsgebenden Verschlimmerung auszugehen. Wenn das Versicherungsgericht im Urteil vom 27. April 2020 vom Gegenteil ausgehe, masse es sich medizinisches Wissen an, über welches es nicht verfüge. Nur eine

medizinische Fachperson könne die Frage beantworten, wann der Status quo sine oder Status quo ante eingetreten wäre. In diesem Zusammenhang missachte das Versicherungsgericht denn auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Abheilungsquoten. Jeder Fall sei individuell zu beurteilen. Im Weiteren verkenne das Versicherungsgericht, dass es sich bei dem MRI-Befund um eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG handle. Entsprechend habe die Beschwerdegegnerin den Beweis zu erbringen, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Dieser Beweis gelinge nicht, da die Beschwerden erst nach dem Sturz aufgetreten seien. Zuvor sei der Beschwerdeführer während vielen Jahren und noch bis zu seinem Unfall im Jahre 2011 in der Lage gewesen, mit dem linken Handgelenk als Gipser zu arbeiten. Weil das Bundesgericht einen Nichteintretensentscheid gefällt habe, könnten sämtliche gegen das Urteil des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 vorzubringenden Rügen noch immer mit der Anfechtung des Endentscheides beim Bundesgericht vorgebracht und somit auch hier noch einmal geltend gemacht werden.

Die vom Versicherungsgericht im Urteil vom 27. April 2020 gezogenen Schlüsse betreffend die Verletzungen der rechten Schulter und am linken Fuss sowie die Ereignisse vom 15. September 2008 (linke Schulter) und 23. Oktober 2013 (rechtes Knie) seien offensichtlich unrichtig. Es verbiete sich vorliegend generell, auf die Beurteilung der Kreisärztinnen abzustellen. Das Versicherungsgericht habe festgehalten, dass in Bezug auf die Beurteilung der Kreisärztinnen das linke Handgelenk betreffend Zweifel bestünden. Weiter sei ausgeführt worden, dass die Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ widersprüchliche und Dr. med. K. \_\_\_ aktenwidrige Behauptungen aufstelle. Auch die Beurteilung der Integritätsentschädigung habe das Versicherungsgericht zu Recht als nicht nachvollziehbar begründet erachtet. Somit habe das Versicherungsgericht also selbst nicht bloss geringe, sondern erhebliche Mängel an den kreisärztlichen Beurteilungen erkannt. Die Kreisärztinnen seien weder objektiv noch unabhängig. Die Kreisarztberichte seien sowohl zu vorangehenden als auch zu diversen Einschätzungen behandelnder Ärzte qualifiziert widersprüchlich. Bis zur Untersuchung vom 11. Juli 2016 sei seitens der Kreisärzte die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt worden. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich jedoch nicht geändert und weshalb er dann plötzlich in einer Verweistätigkeit 100 % arbeitsfähig sein solle, werde nicht schlüssig erläutert. Sodann bestünden auch erhebliche Diskrepanzen zu den Berichten externer Ärzte. Der zuletzt involvierte Operateur, Dr. med. L. \_\_\_, habe mehrfach festgehalten, es bestehe eine unfallbedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit, so auch der behandelnde Dr. med. M. \_\_\_ und der RAD-Arzt Dr. med. N. \_\_\_ (Restarbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit von 50 %). Auch sei das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil nicht schlüssig. Bei der Schulter rechts bestünden ein Status nach dreifacher Operation und ein stark arthrotischer Zustand. Die Schmerzen würden von der Klinik O. \_\_\_ in ihrem letzten Bericht vom 24. Mai 2017 als somatisch abstützbar qualifiziert. Auch dem kreisärztlichen Abschlussbericht vom 11. Juli 2016 sei zu entnehmen, es bestünden eine schmerzhafte posttraumatische Omarthrose und eine schmerzhafte eingeschränkte Schulterbeweglichkeit. Wie die Kreisärztin vor diesen Prämissen von einer vollen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausgehen könne, sei nicht nachvollziehbar. Mit den entsprechenden Limitationen wären zumindest erhebliche Pausen notwendig und das Arbeitstempo wäre klar verlangsamt. Betreffend den linken Fuss bestehe ebenfalls ein Zustand nach dreifacher Operation. Gemäss medizinischer Aktenlage

bestünden auch hier belastungsabhängige und Ruheschmerzen. Diese seien ebenfalls somatisch abstützbar. Auch hier halte selbst die Kreisärztin fest, es bestünden beinahe vollständig immobilisierende Fussbeschwerden. Der Beschwerdeführer vermöge sich nur mit Stöcken oder einem Rollator zu bewegen. Wie vor diesem Hintergrund eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich des linken Fusses diagnostiziert werden könne, sei ebenfalls in keiner Weise nachvollziehbar. In gleicher Weise sei das Aktenlaborat der Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_ vom 23. Oktober 2017 zu kritisieren. Im Wesentlichen und besonders betreffend Arbeitsunfähigkeit nehme sie gar keine eigene Einschätzung vor, sondern wiederhole das im Bericht vom 11. Juli 2016 Behauptete. Zudem müsse der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen im nichtstreitigen Administrativverfahren durchführen und dürfe diese nicht ins Einspracheverfahren verschieben. Auch die Ausführungen des Versicherungsgerichts im Urteil vom 27. April 2020 änderten am Ausgeführten nichts. Das Versicherungsgericht sei nicht genügend auf die gerügten Mängel eingegangen. Nicht korrekt sei sodann, dass sich der Widerspruch zur Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. N. \_\_\_ auflösen lasse. Das Versicherungsgericht behaupte hier implizit, dass die vom RAD attestierte Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf der Einschränkung die linke Hand betreffend beruhe und er bloss deshalb auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gekommen sei. Eine solche Aussage sei dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen.

Zusammenfassend sei bereits aufgrund der Schulter- und Fussbeschwerden in Berücksichtigung der früheren Einschätzung der Kreisärzte sowie der Einschätzung von Dr. med. L. \_\_\_ und Dr. med. M. \_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Sodann erweise sich die Feststellung des Versicherungsgerichts, wonach in Bezug auf die rechte Schulter der Endzustand per 31. Dezember 2016 erreicht worden sei, als nicht korrekt. Anlässlich der Untersuchung vom 11. Juli 2016 sei das Erreichen des medizinischen Endzustandes in keiner Weise diskutiert worden. Vielmehr sei mit der Kreisärztin vereinbart worden, dass sich der Beschwerdeführer weiteren fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen unterziehe. In der Folge seien in der Klinik O. \_\_\_ weitere Abklärungen vorgenommen worden. Das dort durchgeführte MRT des rechten Schultergelenks habe ergeben, dass sich der Zustand der Schulter seit der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung beziehungsweise im Vergleich zur Voraufnahme weiter verschlechtert habe. Sodann habe die Klinik O. \_\_\_ mit Bericht vom 28. Februar 2017 den Verdacht auf einen Infekt der Schulter geäussert. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung habe die Beurteilung der namhaften Besserung nicht ausschliesslich nach Massgabe der Arbeitsfähigkeit zu erfolgen, zumal dies mit dem Gesetzeswortlaut von Art. 19 Abs. 1 UVG kaum in Einklang zu bringen wäre. Im Sinne dieser Rechtsprechung sei auch eine Physiotherapie, welche auf die Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gerichtet sei, konsequenterweise als konkrete ärztliche Behandlungsmassnahme zu qualifizieren. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei die Frage der namhaften Besserung des Gesundheitszustands sodann prospektiv bezogen auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu prüfen. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2016 habe betreffend die namhafte Besserung keine prospektive Aussage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit getroffen werden können. Somit sei der Fallabschluss klarerweise verfrüht.

Im Weiteren habe das Versicherungsgericht in Bezug auf die Ereignisse vom 15. September 2008 (linke Schulter) und 23. Oktober 2013 (rechtes Knie) zu Unrecht den

Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint. In der Verfügung vom 13. Januar 2010 sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer bedingt durch die Unfallfolgen an beiden Schultern nicht mehr als Gipser arbeiten könne und es sei ihm eine UVG-Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 11 % zugesprochen worden. Im Einspracheentscheid vom 30. März 2010 sei die Einsprache in Ziffer 1 des Dispositivs abgewiesen worden. Das Versicherungsgericht verkenne, dass gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur das Erkenntnis materiell rechtskräftig werde, nicht aber die Begründung eines Entscheids. Nicht zur Urteilsformel gehörten die tatsächlichen Feststellungen und rechtlichen Erwägungen des Entscheids. Im Dispositiv des Einspracheentscheides sei lediglich festgehalten, dass die Einsprache abgewiesen werde. Abgesehen davon wäre auch das Vorliegen eines Rückkommenstitels zu bejahen, da sich die Erwägungen im Einspracheentscheid als zweifellos unrichtig erwiesen. Einerseits habe klarerweise ein somatischer Befund vorgelegen. Nebst der Verdachtsdiagnose der bursalseitigen Paritalruptur sei die Diagnose einer Bursitis gestellt worden. Folgerichtig hätten alle damals involvierten Ärzte die Unfallkausalität in Bezug auf die Beschwerden in der linken Schulter bejaht. In Bezug auf das Unfallereignis vom 23. Oktober 2013 werde der Untersuchungsgrundsatz missachtet, wenn ausgeführt werde, es seien keine weiteren Abklärungen vorzunehmen. In Bezug auf die Beschwerden im rechten Knie bestehe eindeutig keine hinreichende Klarheit. Bereits die Beschwerdegegnerin hätte diesbezüglich weitere Abklärungen veranlassen, insbesondere MRI-Bilder anfertigen lassen müssen, um den Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären. Insbesondere erwiesen sich auch das von der Beschwerdegegnerin angenommene und vom Versicherungsgericht geschützte Zumutbarkeitsprofil und die angenommene Arbeitsunfähigkeit als nicht korrekt, da die Beschwerden betreffend die linke Schulter und das rechte Knie ebenfalls zu berücksichtigen seien.

Mit dem Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2017 habe sich die Beschwerdegegnerin plötzlich auf den Standpunkt gestellt, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht somatisch abstützbar seien. Entsprechend habe man eine Adäquanzprüfung vorgenommen. Abgesehen davon, dass diese zu bejahen wäre, seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden somatisch erklärbar. Diese gehe insbesondere aus dem Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2017 hervor. Soweit dennoch eine gesonderte Adäquanzprüfung vorzunehmen wäre, ergebe sich Folgendes: Betreffend das Unfallereignis vom 15. September 2008 wäre von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu leichten Unfällen auszugehen, beim Unfallereignis vom 14. Februar 2013 ebenfalls. Das Versicherungsgericht habe die Adäquanzprüfung seinerzeit ohnehin nicht abschliessend beurteilen können, da es die Angelegenheit betreffend die linke Hand zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen habe. Hinsichtlich der Unfallereignisse vom 16. August 2007 und 15. Juli 2011 habe das Versicherungsgericht fälschlicherweise die Adäquanz nicht bejaht. In Bezug auf das Unfallereignis vom 16. August 2007 sei das Kriterium der unfallbedingten langen Dauer der ärztlichen Behandlung erfüllt, ebenso dasjenige des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen in Bezug auf die rechte Schulter. Auch das Kriterium der Dauerschmerzen sei zu bejahen. Sodann sei auch das Kriterium der Schwere / besonderen Art der erlittenen Verletzung zu bejahen. Zudem habe eine ärztliche Fehlbehandlung stattgefunden, wie Dr. med. L.\_\_\_\_ unter anderem mit Bericht vom 22. Februar 2015 festhalte. Schliesslich sei auch das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu bejahen. Der Beschwerdeführer habe ab dem Unfall vom 16. August 2007 bis Ende 2009 und sodann ab

dem Unfall vom 15. Juli 2011 bis Ende 2016 Taggelder nach Massgabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit erhalten. Beim Unfall vom 15. Juli 2011 sei das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände zu bejahen. Dem Treppensturz sei eine Eindringlichkeit nicht abzusprechen, zumal er dann auch noch in einem Spital in Rumänien unter inadäquaten Begleitumständen erstbehandelt worden sei. Auch die Kriterien Schwere / besondere Art der erlittenen Verletzung und ungewöhnlich lange Dauer der Behandlung seien zu bejahen. Betreffend das Kriterium der Dauerschmerzen sei es falsch, dass die Schmerzproblematik bereits wenige Monate nach dem Unfall psychisch überlagert worden sei. Die Beschwerden seien über die ganze Dauer der Behandlung somatisch erklärbar gewesen, weshalb auch weitere Operationen durchgeführt worden seien. Erfüllt sei auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs. Somit sei auch in Bezug auf das Unfallereignis vom 15. Juli 2011 der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen.

In Bezug auf die Integritätsentschädigung sei Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdegegnerin gehe von einem Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 30 % aus, ohne die Beschwerden die linke Hand betreffend ebenfalls zu berücksichtigen. Da sich der Gesundheitszustand bzw. die Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden an der linken Hand noch immer nicht als rechtsgenügend abgeklärt erweise, könne auch betreffend die Integritätsentschädigung noch immer keine abschliessende Beurteilung vorgenommen werden. Im Weiteren werde daran festgehalten, dass die jeweils definierten Integritätseinbussen unzureichend seien. So sei etwa bei Gebrauchsunfähigkeit der Schulter von einem 50%igen Integritätsschaden auszugehen. Bei einer schweren Form des PHS sei ein 25%iger Integritätsschaden zu bejahen. Die Arthrose werde noch immer nicht korrekt gewichtet. Abschliessend gelte es festzuhalten, dass die neuerlichen Beurteilungen nicht durch den Kreisarzt hätten vorgenommen werden dürfen, da die ursprüngliche Beurteilung durch die Kreisärztin weder schlüssig noch nachvollziehbar gewesen sei. Es hätte zwingend eine externe Beurteilung vorgenommen werden müssen.

In Bezug auf den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich werde daran festgehalten, dass dieser nicht korrekt sei und zum jetzigen Zeitpunkt auch diesbezüglich noch überhaupt keine abschliessende Beurteilung vorgenommen werden könne. Sofern nicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden sollte, wäre dem Beschwerdeführer mindestens der eruierte versicherte Verdienst auch als Valideneinkommen zuzugestehen. Vom Invalideneinkommen sei sodann ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Aufgrund der Polymorbidität, des Umstands, dass nur noch Teilzeitarbeit verrichtet werden könne, der Abwesenheit vom Arbeitsprozess seit 2011, des fortgeschrittenen Alters, des Ausländerstatus sowie des Umstands, dass Tätigkeiten in erheblicher Weise leidensadaptiert ausgestaltet zu sein hätten, sei vom maximal möglichen leidensbedingten Abzug von 25 % auszugehen.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 31. Dezember 2016 vom Vorliegen eines Endzustandes ausgegangen ist, für die Unfallereignisse vom 16. August 2007 und 15. Juli 2011 eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 24 % zugesprochen hat (in diesem Zusammenhang ist auch die Bemessung des Invaliditätsgrades bzw. der Einkommensvergleich strittig), einen Anspruch auf unfallversicherungsrechtliche Leistungen aufgrund der Ereignisse vom 15. September 2008, 14. März 2013 und 23. Oktober 2013 verneint hat, und eine Integritätsentschädigung von 30 % zugesprochen hat. Das Versicherungsgericht hat sich bereits im Verfahren VSBES.2018.34 bzw. mit Urteil vom 27. April 2020 materiellrechtlich mit einigen dieser

Fragen auseinandergesetzt und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es wurde erwogen, in Bezug auf das Ereignis betreffend die linke Hand vom 14. März 2013 seien ungenügende Abklärungen erfolgt. Auf eine dagegen vom Beschwerdeführer erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 18. Juni 2020 nicht ein, da es von einem nicht anfechtbaren Zwischenentscheid ausging. Insofern wurde über diese Punkte nicht abschliessend entschieden. Nachfolgend werden die relevanten Erwägungen aus dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 wortwörtlich wiedergegeben und es wird auf ergänzende Rügen des Beschwerdeführers zu den dort bereits behandelten Punkten eingegangen.

5.1 In Bezug auf das Ereignis vom 15. September 2008 (linke Schulter) erwog das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 27. April 2020 (Urteil S. 9 ff., Suva-Nr. I 578) was folgt:

«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 J.\_\_\_\_ 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.»

Den zitierten Erwägungen ist im vorliegenden Entscheid nichts hinzuzufügen. Der Beschwerdeführer lässt nach wie vor geltend machen, es sei nur das Dispositiv des Einspracheentscheids vom 30. März 2010 rechtskräftig geworden und fügt dem nichts hinzu, was nicht bereits im vorangegangenen Beschwerdeverfahren geltend gemacht worden wäre.

Ausserdem lässt der Beschwerdeführer hinsichtlich dieses Unfallereignisses vorbringen, dass die kreisärztliche Stellungnahme vom 11. Juli 2016 nicht beweiskräftig sei. Da sich wie erwähnt gezeigt hat, dass über das Ereignis vom 15. September 2008 bereits am 30. März 2010 rechtskräftig entschieden wurde, spielt es keine Rolle, was ein später verfasster kreisärztlicher Bericht dazu sagt. Ein Grund für eine prozessuale Revision liegt nicht vor. Mit Verweis auf die oben zitierten Erwägungen steht auch ein Rückfall nicht zur Diskussion.

5.2 Mit dem Unfallereignis vom 23. Oktober 2013 (rechtes Knie) befasst sich Erwägung 6 des Urteils des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 (Urteil S. 11 f., Suva-Nr. I 578):

«6

6.1 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend (A.S. 52 f.), es sei auch ein Unfall vom 23. Oktober 2013 in die Beurteilung einzubeziehen, bei dem er sich am rechten Knie verletzt habe. In diesem Zusammenhang habe die Beschwerdegegnerin trotz geklagter Restbeschwerden jegliche medizinischen Abklärungen vermissen lassen. Insbesondere seien auch keine MRI-Bilder angefertigt worden. Der Schluss, im Bereich des rechten Knies bestünden keine versicherten Unfallfolgen, gehe nicht an. Es bestehe weiterer Abklärungsbedarf.

6.2 Gemäss Aktennotiz vom 19. November 2013 erschien der Beschwerdeführer am Schalter und teilte mit, er habe am 23. Oktober 2013 einen neuen Unfall erlitten, bei dem er auf das rechte Knie gestürzt sei, und leide seither an Schmerzen (Suva-Nr. II 210). Die Beschwerdegegnerin weist im Einspracheentscheid darauf hin, dass nach dem Unfall eine Kniekontusion rechts diagnostiziert wurde, während keine Fraktur nachgewiesen werden konnte (Bericht der Notfallpraxis am Spital C.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2013). Im Bericht der Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ über die Untersuchung vom 10. Dezember 2013 (Suva-Nr. II 215) wird dazu festgehalten, der Beschwerdeführer berichte, am 23. November [gemeint ist wohl Oktober] 2013 auf das rechte Knie gestürzt zu sein. Diesbezüglich sei aber keine ossäre Läsion festgestellt worden. Es habe sich hierbei um eine Kontusion ohne weitere Abklärung gehandelt (Suva-Nr. II 215 S. 7). Im weiteren Verlauf wurde dieser Vorfall nicht mehr thematisiert. Auch in der ausführlichen Einspracheergänzung vom 13. September 2017 (Suva-Nr. I 535; II 288) erwähnte der Beschwerdeführer «Beschwerden am Bewegungsapparat ■ Schulter rechts, Fuss links sowie Hand links» (a.a.O., S. 5) und an anderer Stelle kurz die linke Schulter (a.a.O., S. 9), während das rechte Knie kein Thema bildete. Vor dem Hintergrund dieser Aktenlage bestand zu keinem Zeitpunkt Anlass für ergänzende Abklärungen. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Leistungen für diesen Vorfall zu Recht verneint.»

Auch in Bezug auf das Ereignis mit dem rechten Knie lässt der Beschwerdeführer nichts Neues vorbringen. Es wird wiederum moniert, dass der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden sei, weil keine Abklärungen vorgenommen worden, insbesondere keine MRI-Bilder erstellt worden seien. Mit Blick auf die zitierten Erwägungen lässt sich festhalten, dass diesbezügliche Abklärungen nach Vorstellung des Beschwerdeführers im Spital unmittelbar nach dem Ereignis offensichtlich nicht angezeigt waren, auch nicht von Seiten behandelnder Ärztinnen oder Ärzte. Festgestellt wurde eine Kontusion des Knies, die keine weiteren Abklärungen erforderte. Den im Urteil vom 27. April 2020 getroffenen Erwägungen bleibt nichts hinzuzufügen.

### 5.3

5.3.1 In den Erwägungen 7 und 8 seines Urteils vom 27. April 2020 (Urteil S. 12 ff., Suva-Nr. I 578) hat sich das Versicherungsgericht mit den Unfällen vom 16. August 2007 (rechte Schulter) und 15. Juli 2011 (linker Fuss) auseinandergesetzt. Dabei wurde erwogen:

«7. Zur Diskussion stehen weiter die Folgen des Unfalls vom 16. August 2007.

7.1 Die Akten enthalten dazu insbesondere die folgenden Angaben:

7.1.1 In der Schadenmeldung UVG wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 16. August 2007 auf einer Baustelle ausgerutscht und eine Treppe hinuntergefallen (Suva-Nr. I 1). Am 28. September 2007 fand im Spital C.\_\_\_\_ ein operativer Eingriff statt. Der Operationsbericht vom 1. Oktober 2007 (Suva-Nr. I 9) nennt als Diagnose einen traumatischen Infraspinatus-Abriss und beschreibt den Eingriff wie folgt: «Diagnostische Gelenksarthroskopie rechte Schulter; offene Infraspinatus-Reinsertion.» Weiter lässt sich dem Bericht entnehmen, bei der Erstversorgung auf der Notfallstation sei im Röntgen eine alte sklerosierte Tuberculum majus-Fraktur festgestellt worden. Bei persistierenden Rotations- und Elevationsschmerzen und Schwäche sei nach vier Wochen eine nochmalige Überweisung erfolgt. Bei erneutem Röntgen habe sich zudem ein vorher übersehenes ossäres ebenso abgerundetes Fragment in der Infraspinatussehne gezeigt. Es habe nun in Übereinstimmung mit der Klinik bei deutlicher Elevation und Aussenrotationsschwäche der

Verdacht auf einen Abriss der craniodorsalen Rotatorenmanschette bestanden. Präoperativ sei die passive Bewegung frei gewesen bis auf eine als Haltblockade beschriebene Aussenrotationseinschränkung bei 40°. Ein vorgängiger Unfall vor dem 16. August 2007 sei nicht beschrieben worden. Die intraoperativen Befunde als auch letztlich das Röntgen präoperativ zeigten abgerundete Fragmente mit deutlicher Dislokation, die mit einiger Wahrscheinlichkeit von einem früheren Unfall herrührten, der aber erinnerlich wäre. Der Beschwerdeführer gebe an, er sei vor dem Unfall als Gipser voll arbeitsfähig gewesen.

7.1.2 Aus dem Austrittsbericht der Rehaklinik J.\_\_\_\_ vom 22. April 2008 (Suva-Nr. I 39) geht hervor, der Beschwerdeführer sei in regelmässiger orthopädischer Kontrolle im Spital C.\_\_\_\_ bei Dr. med. P.\_\_\_\_. Es sei ein Arthro-MRI der rechten Schulter vom 25. März 2008 veranlasst worden. Aufgrund der ausgeprägten Abriebeartefakte entlang der Infraspinatussehne könne deren Struktur nicht beurteilt werden, der M. infraspinatus sei deutlich fettig atroph. Die Supraspinatus- und die Subskapularissehne stellten sich intakt dar. Aktuell kämen keine operativen Massnahmen in Betracht. Auch von konservativer Seite gebe es derzeit keine neuen therapeutischen Aspekte. Der Beschwerdeführer sei am 26. März 2008 im Rahmen eines psychosomatischen Konsils durch Frau Q.\_\_\_\_ exploriert und beurteilt worden. Es bestehe keine psychopathologische Störung von Krankheitswert, jedoch eine psychosoziale Belastungssituation. Für die Tätigkeit als Gipser bestehe ab dem 16. April 2008 eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne längerdauernden Einsatz des rechten Arms über Brusthöhe sowie ohne wiederholten Krafteinsatz des rechten Armes seien dem Beschwerdeführer ganztags zuzumuten (Suva-Nr. I 39 S. 2).

7.1.3 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 14. August 2008 (Suva-Nr. I 57) aus, die Ursache der zunehmenden Schmerzen mit Kraftlosigkeit und Gefühlsstörungen der rechten Hand seit einigen Monaten bei Zustand nach einer Schulterverletzung rechts am 16. Juni (recte: August) 2007 bleibe unklar. Bei der klinischen Untersuchung nehme der Beschwerdeführer eine ausgeprägte schmerzbedingte Schonhaltung ein. Die Muskelkraft sei klinisch nicht korrekt prüfbar. Es fänden sich aber weder im Schultergürtel, noch im Arm- oder Handbereich Muskelatrophien oder Reflexanomalien, und die Angaben bei der Sensibilitätsprüfung seien teilweise mit physiologischen und anatomischen Verhältnissen nicht vereinbar. Elektrophysiologisch fänden sich durchwegs normale motorische und sensible Nervenleitgeschwindigkeiten aller Nervenstämme. Sowohl eine distale als auch eine proximale neurogene Nervenläsion könne bei den vorliegenden objektiven Befunden weitgehend ausgeschlossen werden. Ausserhalb des Untersuchungsganges ziehe der Beschwerdeführer seine Armbanduhr ohne Schwierigkeiten an und schliesse die Hemdknöpfe problemlos. Bei den Beschwerden der Hand sei unter diesen Umständen von einer funktionell dissoziativen Symptomausweitung nach der Schulterverletzung auszugehen.

7.1.4 Die Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 5. November 2008 ergab folgende Diagnosen (Suva-Nr. I 76):

Schulter Schmerzen rechts bei Status nach Tuberculum majus-Refixation am 28. September 2007 nach traumatischem Infraspinatus-Abriss (Tuberculum majus-Abriss) vom 16. August 2007

Weiter führte der Kreisarzt aus, subjektiv gebe der Beschwerdeführer immer noch Schmerzen in der rechten Schulter an und sage, dass er beide Schultern nicht richtig

bewegen könne. Ab und zu habe er auch noch Kopfschmerzen im Hinterkopf links. Objektiv bestünden Beschwerden in der rechten und linken Schulter mit Hypomobilität, vor allem für Bewegung über der Horizontalen. Ein Schürzengriff sei heute nicht möglich. Es bestünden keine Zeichen für Schonung des rechten Armes bei einem Rechtshänder. Sodann bestünden eindeutige Anzeichen für eine Ausweitung der Symptome, Selbstlimitierung und Inkonsistenz. Die Beweglichkeit der HWS sei gut. Noch bestünden eine Restdruckdolenz okzipital links, jedoch keine neurologischen Ausfälle. Der Beschwerdeführer werde ab dem 10. November 2008 zu 50 % arbeitsfähig geschrieben. Es sei sofortiger Kontakt mit dem Arbeitgeber aufzunehmen. Dieser sollte darüber informiert werden, dass aufgrund der ärztlichen Beurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Gipser nicht mehr verantwortet werden könne bei Ausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz der Symptome. Eventuell müsse eine berufliche Umschulung vorgesehen werden.

7.1.5 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_ vom 17. März 2009 (Suva-Nr. I 103) wurde ausgeführt, zur detaillierten Standortbestimmung sei zusätzlich zu dem bereits vorhandenen Arthro-MRI der Schulter rechts vom 25. März 2008 eine entsprechende vergleichende Arthro-MRI-Untersuchung der rechten und der linken Schulter veranlasst worden (vgl. Suva-Nr. I 104 f.). Bezüglich der rechten Schulter gebe es im Verlauf keine wesentliche Befundänderung. Es gebe weiter keinen Nachweis einer Reruptur der Rotatorenmanschette. Es würden narbige Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne und Infraspinatussehne beschrieben sowie eine leichte Bursitis subacromialis. Auch lasse sich ein partiell losgelöstes Labrum kranial im Sinne einer SLAP-Läsion darstellen. Der Befund der linken MRI-Untersuchung beschreibe eine mögliche bursaseitige Supraspinatussehnteilläsion bei hier tendinotischen ansatznahen Sehnenveränderungen der Supraspinatussehne. Das Hauptkaliber der Supraspinatussehne sowie auch die Infraspinatussehne und Subskapularissehne stellten sich intakt dar. Ansatznahe Sehnenverkalkungen seien hier MRI-tomographisch nicht sicher ausgeschlossen. Es bestehe ein kleinerer subakromialer Osteophyt (vgl. auch Suva-Nr. I 105). Es würden eine leichtgradige ödematöse AC-Gelenksveränderung und diskrete Zeichen einer Bursitis subacromialis beschrieben. Es gebe keinen Hinweis einer Muskelatrophie. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Tätigkeiten mit dem rechten Arm längerdauernd über Brusthöhe sowie mit wiederholtem Krafteinsatz des rechten Armes (unfallkausal) und ohne Arbeiten mit erhöhten Ansprüchen an die Koordination des linken Armes (nicht unfallkausal) liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor (Suva-Nr. I. 103 S. 2 f.).

7.1.6 Am 10. Juni 2009 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. med. S.\_\_\_\_ statt (Suva-Nr. I 116). Der Kreisarzt hielt fest, bei doppelseitigen Beschwerden der beiden Schultern bei deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit, vor allem rechts und weniger links, und bei der offensichtlichen Ausweitung der Symptome, Selbstlimitierung

und Inkonsistenz sei die weitere Beschäftigung als Gipser nicht mehr zumutbar. Im allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Beschwerdeführer jedoch eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne das dauernde Heben von Gewichten höher als 10 kg und ohne das dauernde Arbeiten über der Horizontalen ganztägig voll ausführen. Er könne in einer Überwachungsfunktion, als Tankstellenwart, als Kassier, als Mitarbeiter an einem Förderband, als Hilfslagerist oder als Securitas arbeiten. Alle diese Berufe könne er ganztägig ausüben. Die Einschätzung werde gemacht unter klarer Berücksichtigung der Ausweitung der Symptome, der Selbstlimitierung und der Inkonsistenz (Suva-Nr. I 116 S. 3 f.). Den Integritätsschaden schätzte Dr. med. S. \_\_\_ in Anwendung der Tabelle 5.2 auf 5 % (Suva-Nr. I 115).

7.1.7 Dr. med. T. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 22. Januar 2010 (Suva-Nr. I 155) aus, aus rheumatologischer Sicht scheinere das Potential der Besserung gering. Operative Eingriffe seien aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung bzw. der somatoformen Schmerzstörung eher kontraindiziert. Eventuell könne eine erneute peridurale subacromiale Kortisoninfiltration beidseits durchgeführt werden. Da jedoch eine ähnliche Infiltration in der linken Schulter im April 2009 erfolglos geblieben sei, sei die Wahrscheinlichkeit einer Besserung eher gering. Die chronischen Schmerzen müssten möglicherweise eher mit trizyklischen Antidepressiva behandelt werden als mit Schmerzmitteln. Wegen dem Schmerzverhalten sei die Durchführung einer aktiven Physiotherapie wahrscheinlich extrem schwierig.

7.1.8 Wie erwähnt (E. I. 1.2 und 1.3 hiervor) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Folgen des Unfalls vom 16. August 2007 ab 1. November 2009 eine Invalidenrente von 11 % zu, welche per 1. November 2010 wieder aufgehoben wurde, nachdem sich herausgestellt hatte, dass der Beschwerdeführer einer Erwerbstätigkeit nachgegangen war und dadurch ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt hatte. Im weiteren Verlauf wurde der Beschwerdegegnerin gemeldet, der Beschwerdeführer habe im Sommer 2013 einen Rückfall erlitten (vgl. E. I. 4 hiervor). Dem Austrittsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_ vom 26. September 2013 (Suva-Nr. I 225 S. 3 ff.; III 4) lässt sich dazu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich einen Infraspinatus-Abriss rechts zugezogen, der operativ refixiert worden sei. Eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 12. September 2013 habe folgende Beurteilung ergeben: «Soweit bei Bewegungs- und Suszeptilitätsartefakten beurteilbar, bekannte ausgedehnte Hill-Sachs-Läsion. Knochenfragment in der (bei Status nach Refixation intakten) Infraspinatussehne, umgebend Weichteilkalzifikationen, Infraspinatusmuskel fettig atrophiert Grad I-II. Tendinopathie der Subskapularissehne. Leichte AC-Gelenksarthrose». Die Beschwerden und Funktionseinschränkungen seien aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunde nicht gänzlich erklärbar. 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.).

7.1.9 Die kreisärztliche Untersuchung vom 10. Dezember 2013 durch Dr. med. H.\_\_\_\_ (Suva-Nr. I 241; II 215) ergab in Bezug auf die rechte Schulter folgende Diagnosen (S. 8):

Schulter Schmerzen rechts bei Verdacht auf Ansatz tendinopathie des Supraspinatussehne bei Es bestünden belastungsabhängige Schulter Schmerzen rechts. Eine kernspintomographische Abklärung sei im September 2013 erfolgt. Diesbezüglich stehe noch eine Besprechung bei Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_ in [...] aus (Suva-Nr. I 241 S. 8 f.).

7.1.10 Dem Austrittsbericht des Spitals V.\_\_\_\_ in [...], Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Schulterchirurgie, vom 15. April 2014 (Suva-Nr. I 270; 279), lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 4. April 2014 einer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter unterzogen habe. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Anlässlich der klinischen Kontrolluntersuchung am 3. Juni 2014 (Suva-Nr. I 289 f., 293) wurde eine Röntgenaufnahme der operierten Schulter durchgeführt, die eine korrekte Positionierung der für die Sehnenreparatur verwendeten Anker sowie normale Gelenkverhältnisse zeigte (vgl. Suva-Nr. I 290. 293). Der Beschwerdeführer müsse die unterstützte Heilgymnastik für die operierte Schulter fortsetzen, bis wieder eine vollständige Mobilität in allen Gelenkebenen gegeben sei. Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik [...] vom 3. Juni 2014 über den postoperativen Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 29. April 2014 bis 19. Mai 2014 (Suva-Nr. I 294) wird erklärt, es habe eine funktionelle Rehabilitation der rechten oberen Extremität stattgefunden, bei Zustand nach arthroskopischem Eingriff zur Reparatur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter am 4. April 2014 infolge Rückfalls einer Infrapinatussehnenruptur. Der Beschwerdeführer sei in stabilem klinischem Zustand nach Hause entlassen worden. Er klage über eine persistierende Schmerzsymptomatik mit stechenden Schmerzen in der rechten Schulter, die bis in die Hand ausstrahlten. Er könne kurze Wege und Haltungsverwechsel autonom ausführen. Er sei beim Gehen sicherer geworden und verwende dazu einen Rollator, den ihm die Klinik gegeben habe. Aus klinisch-funktioneller Sicht müsse darauf hingewiesen werden, dass das Team eine Diskrepanz zwischen den geklagten Symptomen und den objektiv feststellbaren Daten wahrnehme, zumal der Beschwerdeführer zwar bestimmte Bewegungsmuster, nicht aber die zwingend damit einhergehenden kompensierenden Schonhaltungen einnehme.

7.1.11 In der Folge begab sich der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie. Dieser stellte in seinem Bericht vom 14. April 2015 (Suva-Nr. I 336) folgende Diagnosen: «Transmurale Läsion der Supraspinatus Sehne rechte Schulter; erstgradige Atrophie des musculus Infrapinatus rechte Schulter; fettige Degeneration des M. Teres minor». Im Weiteren führte er aus, er habe am 30. (recte: 23., vgl. Suva-Nr. I 337) Februar 2015 eine MRT Untersuchung des rechten Schultergelenkes durchführen lassen, weil der klinische Befund eine deutliche Aufhebung der Beweglichkeit und der Kraft am rechten Schultergelenk gezeigt habe. Der Beschwerdeführer leide besonders, weil er aufgrund eines Fussproblems gezwungen sei, mit der Hilfe von zwei Unterarm-Gehstützen zu laufen. Es komme somit zu einer vermehrten Belastung der beiden Schultern, wobei die rechte Schulter die krafttragende Schulter darstelle. Deshalb habe der Beschwerdeführer besonders im linken Fuss Schmerzen, weswegen er nicht richtig laufen könne. Er habe den Beschwerdeführer über die offene Schulteroperation zwecks Revision und Säuberung des Gelenkes mit korrekter (nicht arthroskopisch durchgeführter) Naht der Rotatorenmanschette aufgeklärt. Der Beschwerdeführer sei mit dem Eingriff einverstanden.

Am 11. Juni 2015 erfolgte die vorgenannte Schulteroperation (vgl. Suva-Nr. I 349). In seinem Zwischenbericht vom 16. August 2015 (Suva-Nr. I 359) erklärte Dr. med. L.\_\_\_\_, bei der Vorstellung am 3. August 2015 gebe der Beschwerdeführer deutlich weniger Schmerzen an. Die Funktion sei jedoch minimal eingeschränkt. Ein Nackengriff sei möglich. Der Schürzengriff sei immer noch schmerzhaft. Der Beschwerdeführer sei wenig kooperativ mit der physiotherapeutischen Behandlung. Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, im Rahmen des Möglichen die Physiotherapie für die Schulter zu forcieren, damit er mehr Kraft gewinnen könne.

Am 11. Januar 2016 teilte Dr. med. L.\_\_\_\_ auf eine entsprechende Anfrage telefonisch mit, er könne der Beschwerdegegnerin den verlangten Verlaufsbericht nicht zustellen. Die Situation sei unverändert seit letztem August 2015. Er schliesse das Dossier nun in diesem Sinne ab. Zur Arbeitsunfähigkeit könne er nur sagen, dass der Beschwerdeführer so 100 % arbeitsunfähig sei, er aber die Zumutbarkeitsbeurteilung der Beschwerdegegnerin überlassen möchte (Suva-Nr. I 391).

Am 28. Juni 2016 äusserte sich Dr. med. L.\_\_\_\_ nach entsprechender Anfrage der Beschwerdegegnerin nochmals schriftlich. Er führte aus, er habe den Beschwerdeführer zuletzt im Januar 2016 in seiner Sprechstunde gesehen. Es sei nicht geplant, weitere Behandlungen in Betracht zu ziehen (Suva-Nr. I 429).

7.1.12 Am 7. Januar 2016 erfolgte eine weitere Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_ (Suva-Nr. I 396; III 31). Die Kreisärztin führte aus, die klinische Untersuchung sei erschwert gewesen. Der Beschwerdeführer habe betont, beim Ausziehen des T-Shirts unbedingt Hilfe zu benötigen. Eine leichte Berührung im Bereich des anterioren Schulterkompartiments scheine schmerzhaft zu sein, sodass auf eine weitere Schulterpalpation rechts verzichtet werde. Die Narben erschienen reizlos. Bereits leichtes aktives Pendeln der rechten Schulter sei immer wieder schmerzhaft. Die Schulterbeweglichkeit werde demonstriert im Untersuchungszimmer mit Flexion 20°, Abduktion 10°. Insgesamt bestehe eine sehr frustrane Situation. Jegliche Tatsachen führten zu einer Verschlechterung der gesamten Situation. Grundsätzlich könnten eine psychosomatische Rehabilitation respektive Rehabilitationspotenzial-Abklärung veranlasst werden. Als Nachtrag führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, nach Besprechung mit Dr. med. M.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer motiviert, eine ganzheitliche Rehabilitation anzutreten.

7.1.13 Dem Austrittsbericht der Klinik W.\_\_\_\_ 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 Unterarmomalie 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/m<sup>2</sup>
  - 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. 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.).

7.1.14 Am 11. Juli 2016 führte die Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ die Abschlussuntersuchung durch. Im Bericht gleichen Datums (Suva-Nr. I 436) führte sie aus, betreffend die Schulter bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit. Der Beschwerdeführer profitiere insbesondere in punkto Schmerzen von regelmässigen physiotherapeutischen Behandlungen. Somit sei nach Ansicht der Kreisärztin zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes die Physiotherapie einmal pro Woche weiterzuführen für zwölf

Monate. Bezüglich Schulter bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten der rechten oberen Extremität fernab vom Körper, insbesondere nicht über Schulterhöhe. Aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sei die rechte obere Extremität vor allem als Beihilfshand einzusetzen (Suva-Nr. I 436 S. 9 f.).

Am 11. / 14. Juli 2016 äusserte sich die Kreisärztin zum Integritätsschaden an der rechten Schulter. Sie hielt fest, es bestehe eine posttraumatische Omarthrose nach Tuberculum majus-Refixation nach Schulterkontusion rechts am 19. September 2008 (recte: 16. August 2007) mit Infraspinatus-Abriss sowie nach den drei operativen Eingriffen vom 28. September 2007, 4. April 2014 und 11. Juni 2015. Gemäss Tabelle Nr. 5 resultiere bei einer posttraumatischen Omarthrose eine Integritätsentschädigung von 10 % (Suva-Nr. I 433). Diese Einschätzung wurde allerdings nachträglich korrigiert: In einem Zusatz bzw. einer Korrektur vom 22. / 30. März 2017 führte Dr. med. H.\_\_\_\_ 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. Hierfür werde nun eine Integritätsentschädigung von 5 % zusätzlich attestiert (Suva-Nr. I 505). Mit anderen Worten ging die Kreisärztin nun offenbar 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 % ergibt.

7.1.15 Aus dem Bericht des Röntgeninstituts X.\_\_\_\_, [ ], vom 4. Oktober 2016 geht hervor, dass gleichentags ein Röntgen und eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt wurden (Suva-Nr. I 457). Folgende Befunde wurden festgehalten: «Postoperative Veränderungen bei Status nach Refixation der Supraspinatussehne und subakromialer Dekompression und ACG-Resektion. Zeichen einer mässiggradigen Omarthrose. Verkalkung bzw. Verknöcherung dorsal des Humeruskopfes; Refixation der deutlich ausgedünnten und strukturalterierten Supraspinatussehne und Infraspinatussehne. Die Bizepssehne ist nicht mehr abgrenzbar. Fettige Atrophie des Musculus supraspinatus Goutallier Grad I und ausgeprägtere Atrophie des Musculus infraspinatus Goutallier Grad II. Leichte Auffaserung des anterosuperioren Labrums, DD SLAP I-Läsion».

Zu diesem Bericht des Röntgeninstituts vom 4. Oktober 2016 nahm die Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ am 26. Januar 2017 Stellung (Suva-Nr. I 482; II 261). Sie führte aus, aufgrund der posttraumatischen Omarthrose sei eine Integritätsentschädigung von 10 % ausgesprochen worden. Entsprechend seien die posttraumatischen Veränderungen in Betracht gezogen worden. Die nachträglich veranlasste Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter habe diesbezüglich keinen zusätzlichen Einfluss auf die Beurteilung der Integritätsentschädigung sowie auf die Beurteilung anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung.

7.1.16 Am 28. Februar 2017 erging der Sprechstundenbericht der Universitätsklinik O.\_\_\_\_ (Suva-Nr. I 491; II 264). Diagnostiziert werden unter anderem ausgeprägte Schulter-Restschmerzen rechts (Differentialdiagnose Infekt). Es zeige sich eine diffuse Schmerzsymptomatik der ganzen rechten Schulter, welche sich klinisch schwer untersuchen lasse aufgrund starker Schmerzen. In der MRI-Untersuchung vom Oktober 2016 könne keine grössere Rotatorenmanschettenläsion gesehen werden. Da der Beschwerdeführer bereits dreimalig voroperiert sei und auch Ruheschmerzen habe, sei zum Ausschluss einer infektiösen Genese eine Schulterpunktion vorgesehen. Aufgrund der vorhandenen Hyposensibilität werde eine neurophysiologische Untersuchung veranlasst.

Dem Sprechstundenbericht der Klinik vom 24. Mai 2017 (Suva-Nr. I 522) lässt sich entnehmen, die mikrobiologische Untersuchung vom 10. April 2017 habe keinen Nachweis von Bakterien ergeben. Die peripheren Neurographien hätten allesamt ein normales Ergebnis ohne signifikante Seitenunterschiede gezeigt. Die Elektromyographie habe keinen Hinweis auf eine Denervierung ergeben. Beim Beschwerdeführer bestehe am ehesten eine Schulterschmerz-Symptomatik im Rahmen mehrerer kleinerer Läsionen. Eine beschwerdeführende Ätiologie könne nicht gefunden werden. Natürlich seien auch die ossären Veränderungen eindeutig auffällig, wobei eine Indikation zur Prothesenversorgung altersentsprechend eher nicht bestehe. Es werde die Mobilisation mit Physiotherapie empfohlen. Um diese zu unterstützen, werde eine Infiltration glenohumeral und subacromial geplant. Im Moment seien keine fixen Kontrollen geplant. In einigen Jahren könnte allenfalls die Option eines künstlichen Gelenkersatzes wieder besprochen werden.

7.1.17 Am 23. Oktober 2017 nahm die Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, abschliessend Stellung zu den im Einspracheverfahren eingereichten Berichten (Suva-Nr. I 544). In Bezug auf die rechte Schulter hielt sie fest, seit der Kreisarztuntersuchung vom 11. Juli 2016 hätten Konsultationen an der Klinik O.\_\_\_\_ stattgefunden. Es sei zum Ausschluss eines Low grade-Infektes eine Punktion des glenohumeralen Gelenkes durchgeführt worden, die negativ gewesen sei, so dass eine Infektion habe ausgeschlossen werden können. Zusätzlich sei eine neurophysiologische Untersuchung veranlasst worden, welche ebenfalls keine pathologischen Befunde gezeigt habe. Insgesamt sei empfohlen worden, zur Erhaltung der Beweglichkeit die Physiotherapie weiterzuführen. Um die Wirkung der Physiotherapie zu unterstützen, sei eine Infiltration empfohlen worden. Diese Massnahmen seien allesamt als Erhaltungstherapie zu verstehen und würden auch nicht die schmerzhafte Funktionseinschränkung verbessern. Diesbezüglich sei von der Klinik O.\_\_\_\_ als Ultima Ratio eine Schulterprothese vorgeschlagen worden, die aber angesichts des Alters des Beschwerdeführers noch nicht erfolgen solle. Schon im Kreisarztuntersuchungsbericht sei empfohlen worden, die Physiotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie einmal pro Woche weiterzuführen. Aus dem Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ gehe hervor, dass diese Therapie bis auf Weiteres weitergeführt werden sollte. Zusammenfassend könne an der Beurteilung im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Juli 2016 festgehalten werden, wonach keine Behandlungsmassnahmen mehr indiziert gewesen seien, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erreichen könnten. Es lägen keine medizinischen Berichte vor, die eine Änderung der Zumutbarkeitsbeurteilung begründeten.

7.2 Es stellt sich die Frage, ob in Bezug auf die durch den Unfall vom 16. August 2007 verursachten Beschwerden an der rechten Schulter der Zeitpunkt für den Fallabschluss am 31. Dezember 2016 erreicht war.

An der rechten Schulter wurde der Beschwerdeführer im Verlauf der Jahre drei Mal operiert. Zuletzt nahm Dr. med. L.\_\_\_\_ am 11. Juni 2015 einen entsprechenden Eingriff vor. Dieser Arzt erklärte im Januar 2016, bei ihm sei keine weitere Behandlung vorgesehen, was er im Juni 2016 bestätigte. In der Folge wurde der Beschwerdeführer der Universitätsklinik I.\_\_\_\_ zugewiesen, welche eine diffuse Schmerzsymptomatik feststellte (vgl. Suva-Nr. I 491 S. 1 f.) und auf der Suche nach einer Erklärung weitere Abklärungen durchführte, die aber ergebnislos blieben. Der Umstand, dass bei diffuser Schmerzsymptomatik diese weiteren Abklärungen (allfälliger Infekt, neurophysiologische Untersuchung) veranlasst wurden,

rechtfertigt nicht die Annahme, Ende 2016 habe von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung erwartet werden können. Den Akten lässt sich nicht entnehmen, dass die behandelnden Ärzte in Bezug auf die rechte Schulter nach Mitte 2016 noch konkrete ärztliche Behandlungsmassnahmen (Physiotherapie zählt nicht als solche [vgl. E. II. 2.2 hiervor]) vorgeschlagen und sich davon eine erhebliche Verbesserung der (organisch begründeten) Symptomatik versprochen hätten. Daher ist der durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Fallabschluss auf Ende 2016 aus Sicht des Unfalls vom 16. August 2007 und der Beschwerden an der rechten Schulter nicht zu beanstanden.

7.3 Zu den Auswirkungen der unfallkausalen Beeinträchtigung der rechten Schulter auf die Arbeitsfähigkeit führt die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ im zitierten Bericht vom 11. Juli 2016 (E. II. 7.1.14) aus, es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten der rechten oberen Extremität fernab vom Körper, insbesondere nicht über Schulterhöhe. Einschränkend hält sie fest, aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sei die rechte obere Extremität vor allem als Beihilfshand einzusetzen. Diese Einschätzung ist mit Blick auf die medizinischen Unterlagen nachvollziehbar. Wie die Kreisärztin in ihrer Stellungnahme vom 26. Januar 2017 darlegt, führen die bildgebenden Aufnahmen, welche im Bericht des Röntgeninstituts Y.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2016 beschrieben werden, zu keiner anderen Beurteilung (vgl. E. II. 7.1.14 hiervor). Auch die Ärzte der Universitätsklinik I.\_\_\_\_ halten dazu in ihrem Bericht vom 28. Februar 2017 (E. II. 7.1.16 hiervor) fest, in der MRI-Untersuchung vom Oktober 2016 könne keine grössere Rotatorenmanschettenläsion gesehen werden. Dr. med. E.\_\_\_\_ bestätigt denn auch in ihrer Beurteilung vom 23. Oktober 2017 die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass zu Zweifeln an der kreisärztlichen Beurteilung.

8. Ein weiterer Streitpunkt betrifft einen Unfall vom 15. Juli 2011 und eine Verletzung am linken Fuss.

8.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt.

8.1.1 Dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Orthopädische Klinik, vom 27. Oktober 2011 (Suva-Nr. II 20) lassen sich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. Juli 2011 (Sturz rückwärts auf das Bein beim Besteigen des Treppenhauses; Suva-Nr. I 211) folgende Diagnosen entnehmen:

Konventionell radiologisch zeige sich eine progrediente Durchbauung der Basen der Ossa metatarsalia II-IV. Der Beschwerdeführer habe den Fuss jedoch immer noch zum Teil voll belastet, d.h. die Entlastung sei nicht konsequent gewesen. Daher sei eine erneute Anlage eines Unterschenkelgipses für weitere vier Wochen erfolgt und die nächste klinisch-radiologische Kontrolle werde in vier Wochen stattfinden (Suva-Nr. II 20 S. 2).

8.1.2 Aus dem im Anschluss an die Untersuchung vom 18. November 2011 erstellten Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 22. November 2011 (Suva-Nr. II 27) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer zur regulären klinischen und radiologischen Kontrolle in der Sprechstunde vorstellte. Am 15. November 2011 sei der damals beschädigte Gips entfernt und gegen eine Korkschiene ausgetauscht worden. Der Beschwerdeführer beklage immer noch Schmerzen; neu Schmerzen im Unterschenkel bis in den Oberschenkel rechts reichend, nachdem Clexane sistiert worden sei. In Anbetracht dieser Situation sei ein Duplex des rechten Beines durchgeführt worden. Hiermit könne eine 3-Etagen-Thrombose

gesichert werden.

8.1.3 Dem Operationsbericht des Spitals vom 3. Februar 2012 (Suva-Nr. II 58) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 1. Februar 2012 einer Operation (Korrektur Arthrodesse tarsometatarsale II sowie Arthrodesse des Os cuneiforme mediale gegen Os cuneiforme intermedium) unterzogen hat. Der Austrittsbericht vom 16. Februar 2012 (Suva-Nr. II 59) nennt die Diagnose «Restbeschwerden tarsometatarsal II bei Status nach in Fehlstellung verheilter Lisfranc Luxationsfraktur Typ A vom 15. Juli 2011 (Unfall in Rumänien)». Der intra- und postoperative Verlauf nach oben genannter Operation sei komplikationslos gewesen. Zunächst sei konsequente Bettruhe bis zur Wundtrockenheit und zur Abschwellung eingehalten worden. Bei nur langsam regredienter Schwellung des Vorfusses habe erst am 9. Februar 2012 ein Unterschenkel-Liegegips angepasst werden können.

8.1.4 Im Bericht des Spitals vom 19. April 2012 (Suva-Nr. II 69) wurde ausgeführt, die Röntgenuntersuchung vom 18. April 2012 habe ergeben, dass die Schraube zwischen Cuneiforme medius und intermedius allenfalls um einen weiteren Millimeter aus dem Knochen herausgetreten, ansonsten aber nun stabil in ihrer Lage sei. Ansonsten bestehe keine Veränderung im Vergleich zu den Vorbildern. Die dislozierte Schraube sei aktuell nicht prominent, entsprechend werde derzeit auf eine Entfernung verzichtet, wobei diese nötig werden könnte. In einem Monat werde der Beschwerdeführer sich erneut einer Röntgenuntersuchung unterziehen, bis dahin sei die Teilbelastung im Vacoped wie bisher fortzusetzen. Bezüglich der Thrombose werde noch kein Kompressionsstrumpf angepasst, dies werde heute bei Activortho nachgeholt. Zweieinhalb Monate nach Arthrodesse sollte das Konstrukt stabil genug sein. Dies dürfte auch die Schmerzen im Fuss eher positiv beeinflussen. An eine Arbeitsaufnahme als Gipser sei in den ersten vier Monaten nach Lisfranc-Verletzung sicherlich nicht zu denken, entsprechend bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Mittel- bis langfristig bleibe der Verlauf abzuwarten, auch weil eventuelle Folgeeingriffe nötig werden könnten. Restbeschwerden würden sicherlich langfristig bestehen bleiben, sollten aber mittels Schuhversorgung oder im Extremfall ausgeweiteter Arthrodesierung behandelbar sein. Der Beschwerdeführer sei sehr demonstrativ in seiner Haltung und zeige deutliche Ausweitungstendenz. Es sei sinnvoll, dass der Beschwerdeführer für eine stationäre Rehabilitation in die Rehaklinik J.\_\_\_\_ aufgenommen werde, damit er zumindest seinen Alltag wieder ohne fremde Hilfe schaffe. Der Beschwerdeführer werde aufgefordert, seine Körperpflege wieder selbständig zu übernehmen, hier bestehe keine Strukturpathologie, die eine derartige Behinderung rechtfertige.

8.1.5 Am 4. Juni 2012 fand erneut eine ambulante orthopädische Sprechstunde statt. Dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 8. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 69 ff.), die Beschwerde sei abzuweisen. Der Beschwerdeführer lässt sich am 12. Januar 2022 (A.S. 79 ff.) noch einmal vernehmen. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (A.S. 90). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reicht schliesslich am 31. Januar 2022 eine Kostennote zu den Akten (A.S. 92 ff.). 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf

die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2.

### **E. 5.3**

5.3.1 In den Erwägungen 7 und 8 seines Urteils vom 27. April 2020 (Urteil S. 12 ff., Suva-Nr. I 578) hat sich das Versicherungsgericht mit den Unfällen vom 16. August 2007 (rechte Schulter) und

### **E. 5.4**

5.4.1 Hinsichtlich des Unfallereignisses vom 14. März 2013 (linke Hand) hat das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 27. April 2020 die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese weitere Abklärungen tätige und anschliessend neu verfüge (Urteil S. 30 ff., Suva-Nr. I 578). Die medizinische Aktenlage wurde im Urteil folgendermassen wiedergegeben: «9.1.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik K.\_\_\_\_ 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. AB.\_\_\_\_ 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-Spaltes (4 mm) mit Ruptur des dorsalen SL-Bandes; TFCC (triangular fibrocartilage complex) intakt, allerdings bei Ulnaplusvariante elongiert und schmalkalibrig. Am Knochen fand sich eine massive Ulna-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 K.\_\_\_\_ 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 - Kontusion Handgelenk links (bei kongenitaler Unterarmanomalie und Status nach

Korrektur-Osteotomie) o 14. März 2013 Röntgen: Bekannte Handgelenksanomalie links mit massiver Ulnaplustvariante. Ossifikationen im TFCC. Frische impaktierte distale intraartikuläre Radiusfraktur links nicht sicher ausschliessbar, DD Anomalie-bedingte arthrotische Veränderungen o 17. September 2013 MRI Hand links, USZ: Ruptur des ventralen SL-Bandes. Massive Ulna-plus-Variante. Status nach Fraktur des Processus styloideus ulnae und Verdacht auf alte distale Radiusfraktur mit posttraumatischer Dekonfiguration. Degenerativ veränderte, distale Radiusgelenksfläche mit ausgedünntem Knorpel. TFCC intakt 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 hiavor).

9.1.4 Am 17. Dezember 2013 wird eine Mitteilung der Praxis Dr. med. M. \_\_\_ 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 Handgelenkschmerzen 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. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie FMH, AD.\_\_\_\_, [...], vom 30. November 2016 auflegen (Suva-Nr. I 538). Dr. med. X.\_\_\_\_ 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 Abkippung 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 K.\_\_\_\_ 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. I.\_\_\_\_ nochmals eine kreisärztliche Beurteilung ein. Die Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt am 23. Oktober 2017 fest (Suva-Nr. I 544), bei der Aussage von Dr. med. I.\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_ nie beschrieben worden. Hingegen fänden sich 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 unfallkausalen Sicht könne festgehalten werden, dass keine Einschränkungen an der linken Hand/am linken Handgelenk bestünden resp. eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe.» 5.4.2 Das Versicherungsgericht erachtete die kreisärztliche Einschätzung wegen des Vorliegens von geringen Zweifeln als nicht beweiswertig und hielt fest (Urteil S. 34 ff.; Suva-Nr. I 578), ergänzende Abklärungen zu diesem Punkt seien unumgänglich, da beide Parteien davon ausgingen, die Unfallkausalität hänge davon ab, ob das Ereignis vom 14. Februar 2013 zu bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsionen geführt habe. Weiter wurde festgehalten: «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.» 5.4.3 Die Beschwerdegegnerin legte die Sache in der Folge der Versicherungsmedizin vor (Suva Nr. I 592), wobei irrtümlich auf das zwischenzeitlich ergangene Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2020 (Nichteintretensentscheid) verwiesen wurde. Der Beschwerdeführer lässt dies rügen, es ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern eine anschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung dadurch unverwertbar werden sollte, zumal in der Vorlage anschliessend korrekterweise auf die Erwägungen des Urteils des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 verwiesen wurde («Erwägung 9, S. 34 ff.») und in den Beurteilungen gar kein Bezug auf das eine oder andere Urteil genommen wird, was weder notwendig noch Gegenstand der Fragestellung war. 5.4.3.1 In der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zusatzbezeichnung Handchirurgie, vom 11. Dezember 2020 (Suva-Nr. I 604) wird zunächst die Aktenlage wiedergegeben, wobei explizit darauf hingewiesen wird, dass die Röntgenbilder vom 14. Februar 2013 (konventionelle Bildgebung; Handgelenk links ap / seitlich, Rehaklinik J.\_\_\_\_) und 17. September 2013 (MR-Arthrographie Handgelenk links, Universitätsspital [...]) vorlagen. In der Beurteilung wird festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 14. Februar 2013 in der Klinik J.\_\_\_\_ im Bad ausgerutscht und habe anschliessend über Schmerzen an der linken Hand und am linken Handgelenk geklagt. Der genaue Unfallmechanismus sei nicht

beschrieben. In der gleichentags durchgeführten radiologischen Kontrolle habe eine frische Fraktur nicht sicher ausgeschlossen werden können aufgrund einer vorbestehenden Handgelenksfehlstellung, verursacht durch einen Unfall in der Kindheit. Es sei somit empfohlen worden, eine Magnetresonanztomographie des linken Handgelenkes durchzuführen, die dann drei Monate später stattgefunden habe. Dabei sei ein intakter TFCC beurteilt worden. Es sei auch eine Läsion des dorsalen skapholunären Bandes postuliert worden, wobei sich die Radiologen nicht geäußert hätten, ob diese eher frischeren oder älteren Datums sei. Hinweise für ein akutes Geschehen seien jedoch nicht beschrieben worden und es hätten sich bereits deutliche degenerative Veränderungen des radiocarpalen Knorpels gezeigt. Im Austrittsbericht sei dann aufgrund der nicht näher beschriebenen Handgelenksbeschwerden ein handchirurgisches Konsilium empfohlen worden. Dieses habe auf Veranlassung des Hausarztes erst am 30. November 2016 stattgefunden, wo Dr. med. I. \_\_\_ festgehalten habe, der Beschwerdeführer habe seit dem Sturz massive belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen an der Daumenbasis der linken Hand. 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. Dr. med. I. \_\_\_ beschreibe eindeutige Anomalien der Hand und des Handgelenkes, die aufgrund eines älteren in der Kindheit erlittenen Unfallereignisses verursacht worden seien. Zudem könne sie eine mögliche Fraktur des Scaphoids und des distalen Trapezium nach dem Sturz am 14. Februar 2013 in der damals durchgeführten Untersuchung nicht mehr nachvollziehen. Aufgrund einer Konturunregelmässigkeit des kaudalen Trapezium, welche in der Magnetresonanztomographie vom 17. September 2013 sichtbar sei, und auch aufgrund der Beschreibung des Beschwerdeführers, dass nach der Kontusion eine «schwarze» Verfärbung der Haut im Sinne eines Hämatoms über der Basis des Daumens vorhanden gewesen sei, postuliere sie eine mögliche Fraktur der bereits genannten Strukturen (Scaphoid und Trapezium). Die daraus resultierende skapho-trapezio-triquetralen (STT)-Arthrose, welche die Beschwerden am Handgelenk des Versicherten verursachten, seien somit als posttraumatisch einzustufen. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird diesbezüglich festgehalten, dass die Beschreibung des Beschwerdeführers über eine Hämatom-Verfärbung des linken Daumens im eindeutigen Gegensatz zu den Aussagen stünden, die im Austrittsbericht der Rehaklinik J. \_\_\_ zu finden seien. Dort werde festgehalten, dass klinisch keine Anhaltspunkte für eine Fraktur vorhanden seien, insbesondere habe es eine nur dezente Schwellung gegeben. Zudem, wird weiter dargelegt, zeige sich in der konventionellen Röntgenaufnahme des Handgelenkes vom 14. Februar 2013 auf der Höhe des STT-Gelenkes ein gleichmässig verlaufender Weichteilschatten, der eine massive Schwellung infolge des Sturzes überwiegend unwahrscheinlich mache. Eine leichte Schwellung schliesse der homogene Weichteilschatten sicher nicht aus, er könnte aber auch durch die Aktivierung der vorbestehenden STT-Arthrose infolge des Sturzes begründet sein. In der Magnetresonanztomographie vom 17. September 2013 seien zudem keine Hinweise auf Verletzungen der Mittelhand bzw. Handwurzel beschrieben und gemäss eigener Einsichtnahme auch nicht nachvollziehbar. Auch sechs Monate (korrekterweise sind es sieben Monate) nach dem erlittenen Sturz hätte diese Untersuchung immer noch Zeichen einer möglichen Fraktur des Trapezium mit Heilung nachweisen können. Diesbezüglich zeige aber die von Dr. med. I. \_\_\_ angesprochene Vertiefung in der Basis des

Trapeziums trotz der Deformierung homogene Strukturen, die sich so auch sechs Monate nach einer Impressionsfraktur nicht so, sondern mit mehr Aktivität und Konturunregelmässigkeiten darstellen würden. Ein vom Beschwerdeführer später berichtetes Hämatom, das im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik J.\_\_\_\_ nicht dokumentiert sei, sowie eine Konturunregelmässigkeit an der Basis des Trapeziums bei einem insgesamt massiv umgestalteten Carpus als Folge einer vermuteten kindlichen Fraktur könnten nicht überwiegend wahrscheinlich als Kriterien für eine überwiegend wahrscheinlich stattgehabte Fraktur genügen. Eine mögliche posttraumatische strukturelle Verletzung des linken Handgelenkes, welche durch den Unfall vom 14. Februar 2013 hätte verursacht werden können, sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Die Beschwerden würden durch degenerative Prozesse des Handgelenkes bei Zustand nach Abheilung in Fehlstellung einer vermutlich in der Kindheit erlittenen Fraktur des Handgelenkes verursacht. Dies werde auch von Dr. med. I.\_\_\_\_ festgehalten. Ihre Vermutung jedoch, dass die STT-Arthrose posttraumatischen Ursprungs sei, könne aufgrund der initialen Bildgebung nicht nachvollzogen werden. Hierzu fehlten radiologisch wichtige Kriterien (Bone Bruise, erhöhte Umbauaktivität), die für diese Behauptung zwingend hätten gesehen werden müssen. Die STT-Arthrose sei bereits vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen und hätte durch das stattgehabte Trauma eventuell zu einer temporären Aktivierung der Beschwerden beim Versicherten geführt. Diese indirekten Zeichen könnten aber auch nicht in der Bildgebung vom 17. September 2013 eine beträchtliche stattgehabte Kontusion (Ödem des Knochenmarks, der Bänder und der Sehnen) nachweisen.

5.4.3.2 Der Beschwerdeführer lässt in formeller Hinsicht vorbringen, die Beschwerdegegnerin sei nicht vorgegangen, wie es gemäss Urteil des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 vorgegeben worden sei. Es hätte eine externe Begutachtung vorgenommen werden müssen. Das Versicherungsgericht gab indessen ein zweistufiges Vorgehen vor (vgl. E. 5.4.2 hiervor). Zunächst sollten die damals erstellten Röntgenbilder beschafft und eine spezialärztliche Befundung dieser Aufnahmen veranlasst werden. Von einer Begutachtung war in diesem Stadium nicht die Rede. Denn erst in einem zweiten Schritt sollte, wenn die fachkundige Auswertung der Bilder ergeben sollte, dass das Ereignis vom 14. Februar 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsion geführt hat, eine «versicherungsexterne handchirurgische Begutachtung» in die Wege geleitet werden. Dies war aber nicht der Fall. Die Beschwerdegegnerin hat die erwähnten Röntgenbilder erhältlich gemacht und diese von einem Facharzt Allgemein Chirurgie und Traumatologie sowie von einer Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zusatzbezeichnung Handchirurgie, befunden lassen. Aus dieser Beurteilung ergab sich, dass eine strukturelle Läsion nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Für diesen Fall hielt das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 27. April 2020 fest, dass die Kausalität von über den 31. Dezember 2016 hinaus fortbestehenden Beschwerden mit der ursprünglich von der Beschwerdegegnerin gelieferten Begründung zu verneinen sei. Nur für den Fall, dass die Röntgenbilder nicht hätten beschafft werden können oder die Befundung ergeben hätte, dass das Erleiden einer Fraktur am 14. Februar 2013 überwiegend wahrscheinlich sei, sollte eine versicherungsexterne Begutachtung in Auftrag gegeben werden. Insofern ist die Beschwerdegegnerin gemäss den Erwägungen im Urteil des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 verfahren.

5.4.3.3 Inhaltlich ist die von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung plausibel: Die Aktenlage wird noch einmal wiedergegeben und es wird gestützt auf die noch am Ereignistag erstellte Bildgebung dargelegt, dass aufgrund

des auf den Bildern auf Höhe des STT-Gelenkes gleichmässig verlaufenden Weichteilschattens eine massive Schwellung der Hand infolge des Sturzes überwiegend unwahrscheinlich sei. Anhand dieser Bilder wird die von Dr. med. I.\_\_\_\_ geäußerte Vermutung, dass die STT-Arthrose posttraumatischen Ursprungs sei, widerlegt. Hierzu fehlen nach einleuchtender Darlegung radiologisch wichtige Kriterien (Bone Bruise, erhöhte Umbauaktivität). Diese ursprünglichen Röntgenbilder scheinen Dr. med. I.\_\_\_\_ nicht vorgelegen zu haben. Sie nimmt in ihrer Berichterstattung darauf keinen Bezug. Weiter, halten Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, würden in der Magnetresonanztomographie vom 17. September 2013 keine Hinweise auf Verletzungen der Mittelhand bzw. Handwurzel beschrieben, obwohl diese Untersuchung sechs Monate nach dem erlittenen Sturz immer noch Zeichen einer möglichen Fraktur des Trapezium mit Heilung hätte nachweisen können. Zwar wurde die MRT-Untersuchung sieben Monate nach dem Ereignis und nicht sechs Monate danach erstellt. Das Gesagte muss aber gleichermassen für eine einen Monat später stattgehabte Untersuchung gelten, da davon die Rede ist, dass Zeichen einer möglichen Fraktur mit Heilung hätten nachgewiesen werden können. Es wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass die im MRT ersichtliche und von Dr. med. I.\_\_\_\_ angesprochene Vertiefung in der Basis des Trapeziums trotz der Deformierung homogene Strukturen aufweise und nicht mehr Aktivität und Konturunregelmässigkeiten darstelle. Zu Recht wird auch bedacht, dass das vom Beschwerdeführer erst später berichtete Hämatom im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik E.\_\_\_\_ keine Erwähnung finde (im Gegensatz zu einer diskreten Schwellung). Ob es sich beim Beschwerdeführer geschilderten «Schwarz werden» der Hand um ein Hämatom gehandelt hat und ob ein solches vorgelegen hat, lässt sich somit nicht als überwiegend wahrscheinlich erkennen. Abschliessend legen sich Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ nachvollziehbar darauf fest, dass eine im MRT vom 17. September 2013 ersichtliche Konturunregelmässigkeit an der Basis des Trapeziums bei einem insgesamt massiv umgestalteten Carpus als Folge einer vermuteten kindlichen Fraktur nicht überwiegend wahrscheinlich als Kriterien für eine überwiegend wahrscheinlich stattgehabte Fraktur genügen können. Zusätzlich werden die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden anders begründet: Sie werden durch degenerative Prozesse des Handgelenkes nach in der Kindheit erlittener Fraktur verursacht. Somit ist eine durch den Unfall vom 14. Februar 2013 verursachte, posttraumatische strukturelle Verletzung des linken Handgelenkes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. An dieser Einschätzung bestehen keine geringen Zweifel. 5.4.3.4 Der Beschwerdeführer lässt in Bezug auf die von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ vorbringen, für die spezialärztliche Befundung hätte ein Radiologe oder eine Radiologin beigezogen werden müssen. Vorliegend haben ein Facharzt für Allgemein Chirurgie und Traumatologie sowie eine Handchirurgin diese Befundung vorgenommen. Insbesondere einer Handchirurgin ist die korrekte Befunderhebung anhand von Röntgenbildern der Hand ohne Weiteres zuzumuten, zumal diese über spezifisches Wissen bezüglich der Hand verfügt und insofern eine stringente Beurteilung vornehmen kann. Der Beizug einer Fachperson aus der Radiologie erscheint für die vorliegende Fragestellung damit nicht notwendig. Weiter wird gerügt, Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ hätten den Beschwerdeführer nicht selber untersucht. Dies erscheint mit Blick auf die Fragestellung auch nicht notwendig. Es galt zu prüfen, ob das vorhandene bildgebende Material mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine im Jahr 2013 erlittene Fraktur hinweise. Inwiefern hierfür eine Untersuchung des Beschwerdeführers hätte stattfinden müssen, ist nicht ersichtlich. Sodann wird geltend gemacht, es werde nicht auf den

radiologischen MRT-Befund vom 17. September 2013 eingegangen. Der Befund ist den Kreisärzten vorgelegen. Sie hatten die Frage zu beantworten, ob das Ereignis vom 14. Februar 2013 zu bildgebend nachweisbaren strukturellen Läsionen geführt habe. Dass die MRT-Aufnahmen vom 17. September 2013 nicht direkt darauf schliessen liessen, hatte bereits Dr. med. I. \_\_\_ festgehalten. Sie führte aus, 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. Anschliessend würdigte sie die von ihr festgestellten Auffälligkeiten im MRT, worauf Dr. med. G. \_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_ eingehen. Dass der am 17. September 2013 erhobene schriftliche Befund auf das Vorliegen zumindest einer (von zwei erwähnten) noch frischen Fraktur neueren Datums und weiterer unfallkausaler Schädigungen (Bandläsion) schliessen lasse, bleibt eine vom Beschwerdeführer vorgebrachte Behauptung, die von ärztlicher Seite so nie geäussert wurde.

5.5 Somit ist festzustellen, dass eine aufgrund des Ereignisses vom 14. Februar 2013 erlittene Fraktur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist. Das Versicherungsgericht hat für diesen Fall in seinem Urteil vom 27. April 2020 Folgendes erwoogen (Urteil S. 35 f, Suva Nr. I 578): «9.3 (...) 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.» Der Beschwerdeführer lässt dazu vorbringen, das Versicherungsgericht masse sich medizinisches Wissen an und nehme eine medizinische Beurteilung vorweg. Zudem würde die Rechtsprechung zu den Abheilungsquoten missachtet. Zwischen dem Ereignis vom 14. Februar 2013 und dem von der Beschwerdegegnerin festgelegten Erreichen des Endzustandes (1. Januar 2017) liegen fast vier Jahre. Bei dieser langen Zeitdauer erscheint es – ohne eine medizinische Beurteilung vornehmen zu müssen – ohne Weiteres klar, dass eine vorübergehende Verschlimmerung eines bestehenden Vorzustandes zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestand. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden werden durch degenerative Prozesse erklärt, die in der in der Kindheit erlittenen Fraktur des Handgelenkes fussen. Bezüglich des Vorbringens, dass es sich beim MRT-Befund vom 17. September 2013 um eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG handle, ist zu sagen, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 25. September 2015). Art 6 Abs. 2 UVG trat am 1. Januar 2017, mithin nach dem hier fraglichen Ereignis, in Kraft und ist damit nicht anwendbar.

5.6 Nach dem Gesagten ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einsprache-Entscheid zu Recht davon aus, dass eine Leistungspflicht für die Handgelenkbeschwerden links spätestens ab dem 31. Dezember 2016 zu verneinen sei.

6.1 Es ergibt sich somit, dass am 1. Januar 2017 der Zeitpunkt für den Fallabschluss in Bezug auf alle unfallkausalen Beschwerden erreicht war. Somit ist der der Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. In diesem

Zusammenhang ist nach wie vor umstritten, ob die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden respektive Beschwerdeanteile als unfallkausal gelten können. Dazu erwog das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 27. April 2020 (Urteil S. 36 ff., Suva-Nr. I 578): «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 Eindringlichkeit 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.

## **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. Z.\_\_\_\_, Chefarzt und Klinikleiter, Spital B.\_\_\_\_, untersucht (Bericht vom 13. Juli 2012 [Suva-Nr. II 90]). Der Arzt stellte folgende Diagnosen: «Restbeschwerden 5 Monate nach TMT II-Arthrodeese 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 Arthrodeese 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 Arthrodeese der TMT-Gelenke I bis III vor, was in diesen Situationen Therapie der Wahl sei. Nach solider Heilung der Arthrodeese 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 Arthrodeese zu ermöglichen.

8.1.7 Dementsprechend unterzog sich der Beschwerdeführer am 2. Oktober 2012 einer weiteren Operation (Metallentfernung; Korrigierende Arthrodeese TMT I, II und III mit Platten und Schrauben) bei Dr. med. Z.\_\_\_\_ im Spital B.\_\_\_\_ (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 J.\_\_\_\_ 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. Z.\_\_\_\_ 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 B.\_\_\_\_ (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 B.\_\_\_\_, Dr. med. Z.\_\_\_\_, 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 B.\_\_\_\_ 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**

8.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 325 E. 4.1). Demgemäss ist die Beschwerdegegnerin vorgegangen, indem sie den Verdienst heranzog, den der Beschwerdeführer bei seinem letzten Arbeitgeber (in den Jahren 2011 und 2013), der Firma Y.\_\_\_\_ erzielte bzw. im Jahr 2016 dort erzielt hätte, wenn der Gesundheitsschaden nicht eingetreten wäre (vgl. Bescheinigung vom 14. Oktober 2016, Suva-Nr. I 452, siehe auch IK-Auszug Suva-Nr. I 267). Der Beschwerdeführer hätte bei einem Vollpensum ein Einkommen von CHF 6'015.00 (plus 13. Monatslohn) gehabt, womit sich das Valideneinkommen auf CHF 78'195.00 beläuft. Der versicherte Verdienst, welcher die Berechnungsgrundlage für das Taggeld und die Rente bildet, wird nicht nach den gleichen Kriterien bemessen wie das Einkommen, das die versicherte Person verdienen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2020 vom 5. Mai 2020 E. 9.2 mit Hinweisen). Es ist nicht ersichtlich, weshalb für die Bemessung des Valideneinkommens (und nicht der Höhe der Rente) hier eine andere Bemessungsgrundlage herangezogen werden sollte, als es die Regel bildet. Das Valideneinkommen beträgt demnach CHF 78'195.00.

8.2 Für die Bestimmung des (hypothetischen) Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin, da der Beschwerdeführer nach den Unfällen keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hatte, einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) bei. Dabei stellte sie im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Tabelle 2016, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total, ab (CHF 5'340.00), womit das

Invalideneinkommen unter Aufrechnung der Wochenstunden (41.7) CHF 66'803.00 beträgt. Diese Berechnungsweise ist mit Ausnahme des leidensbedingten Abzugs (vgl. E. 8.3 nachstehend) unbestritten geblieben.

8.3 Praxisgemäss kann von dem anhand der LSE-Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen hinsichtlich der rechten oberen und der linken unteren Extremität einen leidensbedingten Abzug von 10 % vorgenommen, der Beschwerdeführer verlangt einen Maximalabzug von 25 %. Hierzu ist zunächst zu bemerken, dass abgesehen von unfallbedingten Einschränkungen kein weiteres abzugsrelevantes Kriterium erfüllt ist. Dem Beschwerdeführer ist ein Vollpensum zumutbar. Auch hinsichtlich allfälliger sprachlicher Schwierigkeiten oder des Ausländerstatus ist kein Abzug vorzunehmen. Er besitzt die Niederlassungsbewilligung C und sprachliche Schwierigkeiten sind weder dokumentiert noch geltend gemacht. Hilfsarbeitertätigkeiten, welche im Kompetenzniveau 1 enthalten sind, erfordern ohnehin keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache (Urteil des Bundesgerichts 9C\_695/2018 vom 13. März 2019 E. 5.3). Auch das Alter des Beschwerdeführers fällt bei der Schätzung des leidensbedingten Abzugs ausser Betracht. Das Bundesgericht hat bisher offen gelassen, ob das Merkmal des fortgeschrittenen Alters in der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich überhaupt einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2021 vom 20. Mai 2021 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Die Frage kann auch im vorliegenden Fall offen bleiben, da die Voraussetzungen für einen altersbedingten Abzug vom Tabellenlohn ohnehin nicht erfüllt sind. Das Merkmal «Alter» kann einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen, was aber jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen ist. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_703/2020 vom 1.

Februar 2021 E.6.3.2). Letztlich ist auch die Berücksichtigung von unfallbedingten Einschränkungen mit einem Abzug von 10 % nicht zu beanstanden, da eine gesundheitlich bedingte Einschränkung auf leichte bis mittelschwere Arbeiten nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns führt. Der Umstand allein, dass nur mehr mindestens leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten zumutbar sind, ist kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2021 vom 20. Mai 2021 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Der im Einspracheentscheid gewährte Abzug von 10 % ist somit nicht zu beanstanden und es resultiert ein Invaliditätsgrad von 23 %. Die Beschwerde ist in diesem Punkt ebenfalls abzuweisen.

9. Schliesslich bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. Der Beschwerdeführer lässt unter anderem geltend machen, die zugesprochene Integritätsentschädigung von 30 % sei zu tief.

9.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen.

9.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

9.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1-16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c).

9.4 Die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von 30 % stützte sich auf die Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_ vom 28. Juni 2021 (Suva-Nr. I 609). Dieser führte aus, gesamthaft könne dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 30 % attestiert werden. Diese werde unterteilt in 10 % für die rechte Schulter und 20 % für den linken Fuss. Am 10. Juni 2009 sei der Integritätsschaden an der rechten Schulter erstmals und auf 5 % festgelegt worden. Am 11. Juli 2016 sei eine weitere kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_ erfolgt. Diese habe aufgrund der neu entdeckten Omarthrose auf einen gesamthaften Wert von 10 % geschätzt und ihre Beurteilung im medizinischen Bericht vom 26. Januar 2017 bestätigt. In einem weiteren Schreiben vom 22. März 2017 habe sie jedoch den Integritätsschaden an der Schulter wieder um 5 % vermindert. Am linken Fuss bestehe eine praktisch vollständig immobilisierende Fussbeschwerdesymptomatik. Am 11. Juli 2013 habe Dr. med. H. \_\_\_ gemäss Tabelle 5 resp. 2 der Suva, bei Fusswurzelarthrose mit zusätzlichen schmerzhaften Zuständen nach Luxationsfrakturen, eine Integritätsentschädigung von 10 % attestiert. Am 22. März 2017 sei eine zusätzliche Integritätsentschädigung von 5 % attestiert worden. Die letzte klinische Untersuchung habe am 24. Oktober 2017 durch die Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_ stattgefunden, die keine weitere Anpassung der Integritätsentschädigung vorgenommen habe, da der medizinische Zustand seit Jahren stabil gewesen sei und auch die weiteren Abklärungen keine Aggravation gezeigt hätten. Seit dieser Untersuchung seien weder Abklärungen noch Untersuchungen bezüglich der rechten Schulter- und Fussymptomatik durchgeführt worden, sodass man weiterhin von einem stabilen Gesundheitszustand ausgehen könne. Diese Aussage werde zusätzlich durch die Tatsache unterstützt, dass die letzte radiologische Bildgebung der rechten Schulter am 4. Oktober 2016 und die des linken Fusses am 19. Mai 2014 stattgefunden habe.

Die initiale Bestimmung der Integritätsentschädigung für die rechte Schulter von 5 % von Dr. med. AD. \_\_\_ am 10. Juni 2009 mit der Begründung, es bestünden ein dauernder und erheblicher Schaden an der rechten Schulter nach Tuberculum majus-Abriss vom 16. August 2007 mit anschliessend chirurgischer Refixation und Dauerschmerzen der rechten und der linken Schulter mit eingeschränkter Beweglichkeit auf der rechten Seite, vor allem für Bewegungen über der Horizontalen, sei zum damaligen Zeitpunkt medizinisch nachvollziehbar gewesen. Im Verlaufe der Jahre habe sich eine posttraumatische mässiggradige Omarthrose entwickelt. Von Dr. med. H. \_\_\_ sei die Integritätsentschädigung am 11. Juli 2016 auf insgesamt 10 % erhöht und dies am 26. Januar 2017 bestätigt worden. In der nachträglichen Korrektur vom 22. März 2017 habe sie jedoch selbst die Integritätsentschädigung an der rechten Schulter wieder auf 5 % zurückgestuft mit der Begründung, dass eine «Diagnostische Schulterarthroskopie rechts und offene Infraspinatus-Reinsertion 28. September 2007 (gem. OP-Bericht) nach Unfallereignis am 16. August 2007» durchgeführt worden sei. Zudem habe sie eine zusätzliche Erhöhung der Integritätsentschädigung für die Fussproblematik links attestiert. Eine dementsprechende Begründung über diesen Entscheid habe sie jedoch nicht geliefert.

Die anfängliche Einschätzung der Integritätsentschädigung für die Folgeschäden an der rechten Schulter war nach Ansicht von Dr. med. G. \_\_\_ korrekt. Aufgrund einer Zunahme von arthrotischen Veränderungen habe die Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ gemäss Tabelle 5 der Suva über die Integritätsentschädigung bei Arthrosen eine Integritätsentschädigung von 10 % wegen der vorliegenden mässigen Arthrose im glenohumeralen Gelenk rechts attestiert. Die nochmalige Reduktion dieses Wertes auf 5 % sei hingegen nicht nachvollziehbar. Zur

definitiven Bestimmung der Integritätsentschädigung am linken Fuss geht Dr. med. G.\_\_\_\_ sodann ursprünglich von einer traumatischen Luxationsfraktur am Lisfranc-Gelenk aus, welche sich der Beschwerdeführer am 15. Juli 2011 zugezogen hat. In der Folge seien mehrere Eingriffe an diesem Fuss durchgeführt worden, welche nicht zu einer Verbesserung der Schmerzen und der Funktion geführt hätten. Dr. med. H.\_\_\_\_ habe am 11. Juli 2013 eine Integritätsentschädigung von 10 % für die durch das Unfallereignis verursachten Schäden am linken Fuss attestiert mit der Begründung, gemäss Tabelle 5 resp. 2 der Suva Integritätsentschädigung nach UVG resultiere bei einer Fusswurzelarthrose oder schmerzhaften Zuständen nach Luxationsfrakturen eine Integritätsentschädigung von 10 %. Die Kreisärztin habe jedoch auch auf die durchgeführte Arthrodeese im Lisfranc-Gelenk hingewiesen, die, ebenfalls gemäss Tabelle 5, zu einer Schätzung einer Integritätsentschädigung von 15 % führen würde. Die Beurteilung der Integritätsentschädigung am linken Fuss könne auch mit der Tabelle 2 Suva über den Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten vorgenommen werden, die bei «schmerzhafter Funktionsstörung nach Luxationsfrakturen im Lisfranc oder nach Mittelfussfrakturen» einem Wert zwischen 10 - 20 % entsprechen würde. Unter Berücksichtigung, dass die Arthrodeese nicht zu einer Verbesserung der Beschwerden und der Fussfunktion geführt hat, attestiert Dr. med. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer den maximalen Wert von 20 %.

Die kreisärztlichen Einschätzungen erscheinen basierend auf den medizinischen Befunden und der Feinrastertabellen der Suva nachvollziehbar und überzeugend. Es liegen auch keine abweichenden Meinungen von ärztlichen Sachverständigen vor. Der Beschwerdegegner lässt hingegen geltend machen, bei Gebrauchsunfähigkeit der Schulter sei von einem 50%igen Integritätsschaden auszugehen, bei einer schweren Form des PHS von einem 25%igen Integritätsschaden. Die Funktionseinschränkungen würden bei der Beurteilung ausser Acht gelassen. Auch die Arthrose werde nicht korrekt gewichtet. Gemäss Suva Tabelle sei eine mässige Omarthrose mit 5 - 10 % abzugelten, eine schwere mit 10 - 25 %. Anhand der Berichte sei von einer schweren Arthrose auszugehen. Dazu ist festzuhalten, dass gemäss Aktenlage von einer mässiggradigen Omarthrose auszugehen ist (vgl. etwa Bericht des Röntgeninstituts X.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2016, Suva-Nr. I 457). Eine Gebrauchsunfähigkeit der Schulter liegt hier nicht vor. Auch im Übrigen erscheint die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ nachvollziehbar und es kann darauf abgestellt werden. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

3. 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

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_511/2022 vom 8. Februar 2023 bestätigt.

#### **E. 10**

% wegen der vorliegenden mässigen Arthrose im glenohumeralen Gelenk rechts geschätzt. Am 22. März 2017 habe sie diese auf 5 % korrigiert, was nicht nachvollziehbar sei. Hinsichtlich des linken Fusses habe Kreisärztin, obwohl noch kein stabiler Gesundheitszustand erreicht worden sei, am 11. Juli 2013 eine Integritätsentschädigung von 10 % für die durch das Unfallereignis verursachten Schäden am linken Fuss geschätzt. Dabei sei nicht auf die durchgeführte Arthrodese im Lisfranc-Gelenk hingewiesen worden, die ebenfalls einer Schätzung einer Integritätsentschädigung von 15 % entsprechen würde. Ob die nachträgliche Korrektur vom 20. März 2017 (10 % plus 5 %) auf der initial nicht berücksichtigten Arthrodese beruhe, werde im Bericht der Kreisärztin nicht näher erörtert. Unter Berücksichtigung dessen, dass die Arthrodese nicht zu einer Verbesserung der Beschwerden und der Fussfunktion geführt habe, sei dem Versicherten der maximale Wert von 20 % zu attestieren. So gelange der Versicherungsmediziner zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine gesamthafte Integritätseinbusse von 30 % attestiert werden könne. Diese werde unterteilt in 10 % für die rechte Schulter und 20 % für den linken Fuss. Diese Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei für die Frage des unfallbedingten Integritätsschadens umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen sowie den Vorakten. Es liege keine völlige Gebrauchsunfähigkeit vor. Bei der Invaliditätsgradbemessung gelte das Folgende: Es sei auf das von den Kreisärztinnen formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen. Somit sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit auszugehen, welche den folgenden Anforderungen gerecht werde: «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.» Die rechte Hand sei vor allem als Beihilfshand einzusetzen. Für die Festlegung des Invalideneinkommens sei aufgrund des Zumutbarkeitsprofils und der Erwerbsbiographie des Versicherten auf die Tabelle TA1 sowie den Zentralwert für die mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) beschäftigten Männer im privaten Sektor der LSE 2016 abzustellen. Der Wert sei an die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden anzupassen. Dies ergebe ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 66'803.40. Aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen hinsichtlich der rechten oberen und der linken unteren Extremität sei ein Tabellenabzug von 10 % angezeigt. Mit dem nicht zu beanstandeten Abzug von 10 % ergebe sich ein Invalideneinkommen von CHF 60'123.00. Das Valideneinkommen werde gestützt auf die Angaben der Firma D.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2016 CHF 6'015.00 x 13 Monate, folglich CHF 78'195.00, verdient hätte, berechnet. Ein Heranziehen des versicherten Verdiensts sei nicht gerechtfertigt. Somit resultiere ein Invaliditätsgrad von 23 %. 4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 22 ff.) und Replik (A.S. 79 ff.) entgegenhalten, das Versicherungsgericht sei in seinem Urteil vom 27. April 2020 zum

Schluss gelangt, zur Unfallkausalität an der linken Hand seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Anstatt nach der Rückweisung korrekt vorzugehen und eine externe handchirurgische Begutachtung anzuordnen, habe die Beschwerdegegnerin nun das Dossier einfach abermals versicherungsinternen Ärzten zur Beurteilung vorgelegt. Im Sinne der Erwägungen des Versicherungsgerichts hätte die Beschwerdegegnerin bereits die spezialärztliche Befundung der Röntgenbilder zum Unfall an der linken Hand durch einen externen Spezialarzt vornehmen lassen müssen. Wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestünden, müsse gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zwingend eine externe Beurteilung erfolgen. Abgesehen davon seien die involvierten Kreisärzte keine Fachärzte für Radiologie und in diesem Sinne nicht Spezialärzte für die sich hier stellende Frage. Eine externe Expertise müsste die Fachgebiete Radiologie, orthopädische Chirurgie und Handchirurgie enthalten. Die versicherungsinterne Stellungnahme vom 11. Dezember 2020 sei auch deshalb beweisuntauglich, weil die beiden Kreisärzte den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hätten. Diese würden auch von einem falschen Sachverhalt ausgehen. Es werde darin einleitend festgehalten, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 18. Juni 2020 die Adäquanz betreffend die Schulter rechts, den Fuss links und das Handgelenk links verneint habe. Das Bundesgericht habe jedoch überhaupt keine Beurteilung vorgenommen. Zudem werde fälschlicherweise davon ausgegangen, das MRI bezüglich des linken Fusses sei sechs Monate später initiiert worden, tatsächlich seien es aber sieben Monate. Dieser Irrtum sei zentral, da die Kausalität gerade mit der Begründung verneint werde, es hätten sich sechs Monate nach dem Sturz im MRI noch immer deutlichere Zeichen einer möglichen Fraktur nachweisen lassen müssen. Im Weiteren sei die an der Beurteilung von Dr. med. I. \_\_\_ geäußerte Kritik nicht überzeugend. Die Kreisärzte seien betreffend das vom Beschwerdeführer geschilderte Hämatom vorurteilsbehaftet. Die Tatsache, dass im Austrittsbericht der Klinik J. \_\_\_ keine Rede von einem Hämatom sei, sei darauf zurückzuführen, dass die Befunde unzureichend erhoben worden seien. Es fehle eine echtzeitliche radiologische Befundung und es sei kein MRI gemacht worden. Die Klinik sei in diesem Zusammenhang auch nicht hinreichend objektiv, da sich der Unfall dort ereignet habe. Die Stellungnahme der Kreisärzte sei sodann widersprüchlich. Es werde festgehalten, dass das MRI vom 17. September 2013 Konturenunregelmässigkeiten darstelle, aber gleichzeitig werde davon ausgegangen, dass die Einschätzung von Dr. I. \_\_\_ nicht korrekt sei. Denn diese habe ihre Einschätzung, wonach eine Fraktur stattgefunden habe, ja gerade damit begründet, dass auf dem MRI Konturenunregelmässigkeiten sichtbar seien. Auch zum schriftlichen MRI-Befund vom 17. September 2013 äusserten sich die Kreisärzte in der Beurteilung unzureichend. Schliesslich habe auch die zuvor involvierte Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ in ihrer Beurteilung die geltend gemachten Beschwerden auf das Unfallereignis vom 14. Februar 2013 zurückgeführt. In der Beurteilung werde festgehalten, dass für eine Aktivierung der STT-Arthrose in der Bildgebung vom 17. September 2013 keine Zeichen nachgewiesen worden seien. Der Befund vom 17. September 2013 halte aber eine Ruptur des SL-Bandes fest. Sofern nicht von neuen strukturellen Läsionen ausgegangen werden sollte, sei klarerweise von einer richtungsgebenden Verschlimmerung auszugehen. Wenn das Versicherungsgericht im Urteil vom 27. April 2020 vom Gegenteil ausgehe, müsse es sich medizinisches Wissen an, über welches es nicht verfüge. Nur eine medizinische Fachperson könne die Frage beantworten, wann der Status quo sine oder Status quo ante eingetreten wäre. In diesem Zusammenhang missachte das Versicherungsgericht denn auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend

Abheilungsquoten. Jeder Fall sei individuell zu beurteilen. Im Weiteren verkenne das Versicherungsgericht, dass es sich bei dem MRI-Befund um eine Listenerkrankung nach Art. 6 Abs. 2 UVG handle. Entsprechend habe die Beschwerdegegnerin den Beweis zu erbringen, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Dieser Beweis gelinge nicht, da die Beschwerden erst nach dem Sturz aufgetreten seien. Zuvor sei der Beschwerdeführer während vielen Jahren und noch bis zu seinem Unfall im Jahre 2011 in der Lage gewesen, mit dem linken Handgelenk als Gipser zu arbeiten. Weil das Bundesgericht einen Nichteintretensentscheid gefällt habe, könnten sämtliche gegen das Urteil des Versicherungsgerichts vom 27. April 2020 vorzubringenden Rügen noch immer mit der Anfechtung des Endentscheides beim Bundesgericht vorgebracht und somit auch hier noch einmal geltend gemacht werden. Die vom Versicherungsgericht im Urteil vom 27. April 2020 gezogenen Schlüsse betreffend die Verletzungen der rechten Schulter und am linken Fuss sowie die Ereignisse vom 15. September 2008 (linke Schulter) und 23. Oktober 2013 (rechtes Knie) seien offensichtlich unrichtig. Es verbiete sich vorliegend generell, auf die Beurteilung der Kreisärztinnen abzustellen. Das Versicherungsgericht habe festgehalten, dass in Bezug auf die Beurteilung der Kreisärztinnen das linke Handgelenk betreffend Zweifel bestünden. Weiter sei ausgeführt worden, dass die Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ widersprüchliche und Dr. med. K. \_\_\_ aktenwidrige Behauptungen aufstelle. Auch die Beurteilung der Integritätsentschädigung habe das Versicherungsgericht zu Recht als nicht nachvollziehbar begründet erachtet. Somit habe das Versicherungsgericht also selbst nicht bloss geringe, sondern erhebliche Mängel an den kreisärztlichen Beurteilungen erkannt. Die Kreisärztinnen seien weder objektiv noch unabhängig. Die Kreisarztberichte seien sowohl zu vorangehenden als auch zu diversen Einschätzungen behandelnder Ärzte qualifiziert widersprüchlich. Bis zur Untersuchung vom 11. Juli 2016 sei seitens der Kreisärzte die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt worden. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich jedoch nicht geändert und weshalb er dann plötzlich in einer Verweistätigkeit 100 % arbeitsfähig sein solle, werde nicht schlüssig erläutert. Sodann bestünden auch erhebliche Diskrepanzen zu den Berichten externer Ärzte. Der zuletzt involvierte Operateur, Dr. med. L. \_\_\_, habe mehrfach festgehalten, es bestehe eine unfallbedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit, so auch der behandelnde Dr. med. M. \_\_\_ und der RAD-Arzt Dr. med. N. \_\_\_ (Restarbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit von 50 %). Auch sei das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil nicht schlüssig. Bei der Schulter rechts bestünden ein Status nach dreifacher Operation und ein stark arthrotischer Zustand. Die Schmerzen würden von der Klinik O. \_\_\_ in ihrem letzten Bericht vom 24. Mai 2017 als somatisch abstützbar qualifiziert. Auch dem kreisärztlichen Abschlussbericht vom 11. Juli 2016 sei zu entnehmen, es bestünden eine schmerzhafte posttraumatische Omarthrose und eine schmerzhafte eingeschränkte Schulterbeweglichkeit. Wie die Kreisärztin vor diesen Prämissen von einer vollen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausgehen könne, sei nicht nachvollziehbar. Mit den entsprechenden Limitationen wären zumindest erhebliche Pausen notwendig und das Arbeitstempo wäre klar verlangsamt. Betreffend den linken Fuss bestehe ebenfalls ein Zustand nach dreifacher Operation. Gemäss medizinischer Aktenlage bestünden auch hier belastungsabhängige und Ruheschmerzen. Diese seien ebenfalls somatisch abstützbar. Auch hier halte selbst die Kreisärztin fest, es bestünden beinahe vollständig immobilisierende Fussbeschwerden. Der Beschwerdeführer vermöge sich nur mit Stöcken oder einem Rollator zu bewegen. Wie vor diesem Hintergrund eine 100%ige

Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich des linken Fusses diagnostiziert werden könne, sei ebenfalls in keiner Weise nachvollziehbar. In gleicher Weise sei das Aktenlaborat der Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2017 zu kritisieren. Im Wesentlichen und besonders betreffend Arbeitsunfähigkeit nehme sie gar keine eigene Einschätzung vor, sondern wiederhole das im Bericht vom 11. Juli 2016 Behauptete. Zudem müsse der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen im nichtstreitigen Administrativverfahren durchführen und dürfe diese nicht ins Einspracheverfahren verschieben. Auch die Ausführungen des Versicherungsgerichts im Urteil vom 27. April 2020 änderten am Ausgeführten nichts. Das Versicherungsgericht sei nicht genügend auf die gerügten Mängel eingegangen. Nicht korrekt sei sodann, dass sich der Widerspruch zur Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. N.\_\_\_\_ auflösen lasse. Das Versicherungsgericht behaupte hier implizit, dass die vom RAD attestierte Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf der Einschränkung die linke Hand betreffend beruhe und er bloss deshalb auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gekommen sei. Eine solche Aussage sei dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen. Zusammenfassend sei bereits aufgrund der Schulter- und Fussbeschwerden in Berücksichtigung der früheren Einschätzung der Kreisärzte sowie der Einschätzung von Dr. med. L.\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Sodann erweise sich die Feststellung des Versicherungsgerichts, wonach in Bezug auf die rechte Schulter der Endzustand per 31. Dezember 2016 erreicht worden sei, als nicht korrekt. Anlässlich der Untersuchung vom 11. Juli 2016 sei das Erreichen des medizinischen Endzustandes in keiner Weise diskutiert worden. Vielmehr sei mit der Kreisärztin vereinbart worden, dass sich der Beschwerdeführer weiteren fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen unterziehe. In der Folge seien in der Klinik O.\_\_\_\_ weitere Abklärungen vorgenommen worden. Das dort durchgeführte MRT des rechten Schultergelenks habe ergeben, dass sich der Zustand der Schulter seit der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung beziehungsweise im Vergleich zur Voraufnahme weiter verschlechtert habe. Sodann habe die Klinik O.\_\_\_\_ mit Bericht vom 28. Februar 2017 den Verdacht auf einen Infekt der Schulter geäussert. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung habe die Beurteilung der namhaften Besserung nicht ausschliesslich nach Massgabe der Arbeitsfähigkeit zu erfolgen, zumal dies mit dem Gesetzeswortlaut von Art. 19 Abs. 1 UVG kaum in Einklang zu bringen wäre. Im Sinne dieser Rechtsprechung sei auch eine Physiotherapie, welche auf die Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gerichtet sei, konsequenterweise als konkrete ärztliche Behandlungsmassnahme zu qualifizieren. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei die Frage der namhaften Besserung des Gesundheitszustands sodann prospektiv bezogen auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu prüfen. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2016 habe betreffend die namhafte Besserung keine prospektive Aussage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit getroffen werden können. Somit sei der Fallabschluss klarerweise verfrüht. Im Weiteren habe das Versicherungsgericht in Bezug auf die Ereignisse vom 15. September 2008 (linke Schulter) und 23. Oktober 2013 (rechtes Knie) zu Unrecht den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint. In der Verfügung vom 13. Januar 2010 sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer bedingt durch die Unfallfolgen an beiden Schultern nicht mehr als Gipser arbeiten könne und es sei ihm eine UVG-Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 11 % zugesprochen worden. Im Einspracheentscheid vom 30. März 2010 sei die Einsprache in Ziffer 1 des Dispositivs abgewiesen worden. Das Versicherungsgericht verkenne, dass gemäss konstanter bundesgerichtlicher

Rechtsprechung nur das Erkenntnis materiell rechtskräftig werde, nicht aber die Begründung eines Entscheids. Nicht zur Urteilsformel gehörten die tatsächlichen Feststellungen und rechtlichen Erwägungen des Entscheids. Im Dispositiv des Einspracheentscheides sei lediglich festgehalten, dass die Einsprache abgewiesen werde. Abgesehen davon wäre auch das Vorliegen eines Rückkommenstitels zu bejahen, da sich die Erwägungen im Einspracheentscheid als zweifellos unrichtig erwiesen. Einerseits habe klarerweise ein somatischer Befund vorgelegen. Nebst der Verdachtsdiagnose der bursalseitigen Paritalruptur sei die Diagnose einer Bursitis gestellt worden. Folgerichtig hätten alle damals involvierten Ärzte die Unfallkausalität in Bezug auf die Beschwerden in der linken Schulter bejaht. In Bezug auf das Unfallereignis vom 23. Oktober 2013 werde der Untersuchungsgrundsatz missachtet, wenn ausgeführt werde, es seien keine weiteren Abklärungen vorzunehmen. In Bezug auf die Beschwerden im rechten Knie bestehe eindeutig keine hinreichende Klarheit. Bereits die Beschwerdegegnerin hätte diesbezüglich weitere Abklärungen veranlassen, insbesondere MRI-Bilder anfertigen lassen müssen, um den Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären. Insbesondere erwiesen sich auch das von der Beschwerdegegnerin angenommene und vom Versicherungsgericht geschützte Zumutbarkeitsprofil und die angenommene Arbeitsunfähigkeit als nicht korrekt, da die Beschwerden betreffend die linke Schulter und das rechte Knie ebenfalls zu berücksichtigen seien. Mit dem Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2017 habe sich die Beschwerdegegnerin plötzlich auf den Standpunkt gestellt, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht somatisch abstützbare seien. Entsprechend habe man eine Adäquanzprüfung vorgenommen. Abgesehen davon, dass diese zu bejahen wäre, seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden somatisch erklärbar. Diese gehe insbesondere aus dem Bericht der Klinik O. \_\_\_ vom 24. Mai 2017 hervor. Soweit dennoch eine gesonderte Adäquanzprüfung vorzunehmen wäre, ergebe sich Folgendes: Betreffend das Unfallereignis vom 15. September 2008 wäre von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu leichten Unfällen auszugehen, beim Unfallereignis vom 14. Februar 2013 ebenfalls. Das Versicherungsgericht habe die Adäquanzprüfung seinerzeit ohnehin nicht abschliessend beurteilen können, da es die Angelegenheit betreffend die linke Hand zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen habe. Hinsichtlich der Unfallereignisse vom 16. August 2007 und

#### **E. 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 Eindringlichkeit 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. AC. \_\_\_ 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. Z. \_\_\_ vom Spital B. \_\_\_ 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

## **E. 15**

Juli 2011 (linker Fuss) auseinandergesetzt. Dabei wurde erwogen: «7. Zur Diskussion stehen weiter die Folgen des Unfalls vom 16. August 2007. 7.1 Die Akten enthalten dazu insbesondere die folgenden Angaben: 7.1.1 In der Schadenmeldung UVG wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 16. August 2007 auf einer Baustelle ausgerutscht und eine Treppe hinuntergefallen (Suva-Nr. I 1). Am 28. September 2007 fand im Spital C.\_\_\_\_ ein operativer Eingriff statt. Der Operationsbericht vom 1. Oktober 2007 (Suva-Nr. I 9) nennt als Diagnose einen traumatischen Infraspinatus-Abriss und beschreibt den Eingriff wie folgt: «Diagnostische Gelenksarthroskopie rechte Schulter; offene Infraspinatus-Reinsertion.» Weiter lässt sich dem Bericht entnehmen, bei der Erstversorgung auf der Notfallstation sei im Röntgen eine alte sklerosierte Tuberculum majus-Fraktur festgestellt worden. Bei persistierenden Rotations- und Elevationsschmerzen und Schwäche sei nach vier Wochen eine nochmalige Überweisung erfolgt. Bei erneutem Röntgen habe sich zudem ein vorher übersehenes ossäres ebenso abgerundetes Fragment in der Infraspinatussehne gezeigt. Es habe nun in Übereinstimmung mit der Klinik bei deutlicher Elevation und Aussenrotationsschwäche der Verdacht auf einen Abriss der craniodorsalen Rotatorenmanschette bestanden. Präoperativ sei die passive Bewegung frei gewesen bis auf eine als Haltblockade beschriebene Aussenrotationseinschränkung bei 40°. Ein vorgängiger Unfall vor dem 16. August 2007 sei nicht beschrieben worden. Die intraoperativen Befunde als auch letztlich das Röntgen präoperativ zeigten abgerundete Fragmente mit deutlicher Dislokation, die mit einiger Wahrscheinlichkeit von einem früheren Unfall herrührten, der aber erinnerlich wäre. Der Beschwerdeführer gebe an, er sei vor dem Unfall als Gipser voll arbeitsfähig gewesen. 7.1.2 Aus dem Austrittsbericht der Rehaklinik J.\_\_\_\_ vom 22. April 2008 (Suva-Nr. I 39) geht hervor, der Beschwerdeführer sei in regelmässiger orthopädischer Kontrolle im Spital C.\_\_\_\_ bei Dr. med. P.\_\_\_\_. Es sei ein Arthro-MRI der rechten Schulter vom 25. März 2008 veranlasst worden. Aufgrund der ausgeprägten Abriebeartefakte entlang der Infraspinatussehne könne deren Struktur nicht beurteilt werden, der M. infraspinatus sei deutlich fettig atroph. Die Supraspinatus- und die Subskapularissehne stellten sich intakt dar. Aktuell kämen keine operativen Massnahmen in Betracht. Auch von konservativer Seite gebe es derzeit keine neuen therapeutischen Aspekte. Der Beschwerdeführer sei am 26. März 2008 im Rahmen eines psychosomatischen Konsils durch Frau Q.\_\_\_\_ exploriert und beurteilt worden. Es bestehe

keine psychopathologische Störung von Krankheitswert, jedoch eine psychosoziale Belastungssituation. Für die Tätigkeit als Gipser bestehe ab dem 16. April 2008 eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne längerdauernden Einsatz des rechten Arms über Brusthöhe sowie ohne wiederholten Krafteinsatz des rechten Armes seien dem Beschwerdeführer ganztags zuzumuten (Suva-Nr. I 39 S. 2).

7.1.3 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 14. August 2008 (Suva-Nr. I 57) aus, die Ursache der zunehmenden Schmerzen mit Kraftlosigkeit und Gefühlsstörungen der rechten Hand seit einigen Monaten bei Zustand nach einer Schulterverletzung rechts am 16. Juni (recte: August) 2007 bleibe unklar. Bei der klinischen Untersuchung nehme der Beschwerdeführer eine ausgeprägte schmerzbedingte Schonhaltung ein. Die Muskelkraft sei klinisch nicht korrekt prüfbar. Es fänden sich aber weder im Schultergürtel, noch im Arm- oder Handbereich Muskelatrophien oder Reflexanomalien, und die Angaben bei der Sensibilitätsprüfung seien teilweise mit physiologischen und anatomischen Verhältnissen nicht vereinbar. Elektrophysiologisch fänden sich durchwegs normale motorische und sensible Nervenleitgeschwindigkeiten aller Nervenstämme. Sowohl eine distale als auch eine proximale neurogene Nervenläsion könne bei den vorliegenden objektiven Befunden weitgehend ausgeschlossen werden. Ausserhalb des Untersuchungsganges ziehe der Beschwerdeführer seine Armbanduhr ohne Schwierigkeiten an und schliesse die Hemdknöpfe problemlos. Bei den Beschwerden der Hand sei unter diesen Umständen von einer funktionell dissoziativen Symptomausweitung nach der Schulterverletzung auszugehen.

7.1.4 Die Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 5. November 2008 ergab folgende Diagnosen (Suva-Nr. I 76): Schulterschmerzen rechts bei Status nach Tuberculum majus-Refixation am 28. September 2007 nach traumatischem Infraspinatus-Abriss (Tuberculum majus-Abriss) vom 16. August 2007 - Status nach Treppensturz mit Schulterkontusion rechts, OSG-Distorsion rechts und HWS-Distorsion am 16. August 2007 - Schulterschmerzen links nach Kontusion der linken Schulter am 15. September 2008 mit Kontusion auch des Hinterkopfes Weiter führte der Kreisarzt aus, subjektiv gebe der Beschwerdeführer immer noch Schmerzen in der rechten Schulter an und sage, dass er beide Schultern nicht richtig bewegen könne. Ab und zu habe er auch noch Kopfschmerzen im Hinterkopf links. Objektiv bestünden Beschwerden in der rechten und linken Schulter mit Hypomobilität, vor allem für Bewegung über der Horizontalen. Ein Schürzengriff sei heute nicht möglich. Es bestünden keine Zeichen für Schonung des rechten Armes bei einem Rechtshänder. Sodann bestünden eindeutige Anzeichen für eine Ausweitung der Symptome, Selbstlimitierung und Inkonsistenz. Die Beweglichkeit der HWS sei gut. Noch bestünden eine Restdruckdolenz okzipital links, jedoch keine neurologischen Ausfälle. Der Beschwerdeführer werde ab dem 10. November 2008 zu 50 % arbeitsfähig geschrieben. Es sei sofortiger Kontakt mit dem Arbeitgeber aufzunehmen. Dieser sollte darüber informiert werden, dass aufgrund der ärztlichen Beurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Gipser nicht mehr verantwortet werden könne bei Ausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz der Symptome. Eventuell müsse eine berufliche Umschulung vorgesehen werden.

7.1.5 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_ vom 17. März 2009 (Suva-Nr. I 103) wurde ausgeführt, zur detaillierten Standortbestimmung sei zusätzlich zu dem bereits vorhandenen Arthro-MRI der Schulter rechts vom 25. März 2008 eine entsprechende vergleichende Arthro-MRI-Untersuchung der rechten und der linken Schulter veranlasst worden (vgl. Suva-Nr. I 104 f.). Bezüglich der rechten Schulter gebe es im Verlauf keine wesentliche Befundänderung. Es gebe weiter

keinen Nachweis einer Reruptur der Rotatorenmanschette. Es würden narbige Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne und Infraspinatussehne beschrieben sowie eine leichte Bursitis subacromialis. Auch lasse sich ein partiell losgelöstes Labrum kranial im Sinne einer SLAP-Läsion darstellen. Der Befund der linken MRI-Untersuchung beschreibe eine mögliche bursaseitige Supraspinatussehnteilläsion bei hier tendinotischen ansatznahen Sehnenveränderungen der Supraspinatussehne. Das Hauptkaliber der Supraspinatussehne sowie auch die Infraspinatussehne und Subskapularissehne stellten sich intakt dar. Ansatznahe Sehnenverkalkungen seien hier MRI-tomographisch nicht sicher ausgeschlossen. Es bestehe ein kleinerer subakromialer Osteophyt (vgl. auch Suva-Nr. I 105). Es würden eine leichtgradige ödematöse AC-Gelenksveränderung und diskrete Zeichen einer Bursitis subacromialis beschrieben. Es gebe keinen Hinweis einer Muskelatrophie. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Tätigkeiten mit dem rechten Arm längerdauernd über Brusthöhe sowie mit wiederholtem Kräfteinsatz des rechten Armes (unfallkausal) und ohne Arbeiten mit erhöhten Ansprüchen an die Koordination des linken Armes (nicht unfallkausal) liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor (Suva-Nr. I. 103 S. 2 f.). 7.1.6 Am 10. Juni 2009 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr. med. S. \_\_\_ statt (Suva-Nr. I 116). Der Kreisarzt hielt fest, bei doppelseitigen Beschwerden der beiden Schultern bei deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit, vor allem rechts und weniger links, und bei der offensichtlichen Ausweitung der Symptome, Selbstlimitierung und Inkonsistenz sei die weitere Beschäftigung als Gipser nicht mehr zumutbar. Im allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Beschwerdeführer jedoch eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne das dauernde Heben von Gewichten höher als 10 kg und ohne das dauernde Arbeiten über der Horizontalen ganztägig voll ausführen. Er könne in einer Überwachungsfunktion, als Tankstellenwart, als Kassier, als Mitarbeiter an einem Förderband, als Hilfslagerist oder als Securitas arbeiten. Alle diese Berufe könne er ganztägig ausüben. Die Einschätzung werde gemacht unter klarer Berücksichtigung der Ausweitung der Symptome, der Selbstlimitierung und der Inkonsistenz (Suva-Nr. I 116 S. 3 f.). Den Integritätsschaden schätzte Dr. med. S. \_\_\_ in Anwendung der Tabelle 5.2 auf 5 % (Suva-Nr. I 115). 7.1.7 Dr. med. T. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 22. Januar 2010 (Suva-Nr. I 155) aus, aus rheumatologischer Sicht scheine das Potential der Besserung gering. Operative Eingriffe seien aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung bzw. der somatoformen Schmerzstörung eher kontraindiziert. Eventuell könne eine erneute peridurale subacromiale Kortisoninfiltration beidseits durchgeführt werden. Da jedoch eine ähnliche Infiltration in der linken Schulter im April 2009 erfolglos geblieben sei, sei die Wahrscheinlichkeit einer Besserung eher gering. Die chronischen Schmerzen müssten möglicherweise eher mit trizyklischen Antidepressiva behandelt werden als mit Schmerzmitteln. Wegen dem Schmerzverhalten sei die Durchführung einer aktiven Physiotherapie wahrscheinlich extrem schwierig. 7.1.8 Wie erwähnt (E. I. 1.2 und 1.3

hiervor) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Folgen des Unfalls vom 16. August 2007 ab 1. November 2009 eine Invalidenrente von 11 % zu, welche per 1. November 2010 wieder aufgehoben wurde, nachdem sich herausgestellt hatte, dass der Beschwerdeführer einer Erwerbstätigkeit nachgegangen war und dadurch ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt hatte. Im weiteren Verlauf wurde der Beschwerdegegnerin gemeldet, der Beschwerdeführer habe im Sommer 2013 einen Rückfall erlitten (vgl. E. I. 4 hiervor). Dem Austrittsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_ vom 26. September 2013 (Suva-Nr. I 225 S. 3 ff.; III 4) lässt sich dazu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich einen Infraspinatus-Abriss rechts zugezogen, der operativ refixiert worden sei. Eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 12. September 2013 habe folgende Beurteilung ergeben: «Soweit bei Bewegungs- und Suszeptilitätsartefakten beurteilbar, bekannte ausgedehnte Hill-Sachs-Läsion. Knochenfragment in der (bei Status nach Refixation intakten) Infraspinatussehne, umgebend Weichteilkalzifikationen, Infraspinatusmuskel fettig atrophiert Grad I-II. Tendinopathie der Subskapularissehne. Leichte AC-Gelenksarthrose». Die Beschwerden und Funktionseinschränkungen seien aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunde nicht gänzlich erklärbar. 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.). 7.1.9 Die kreisärztliche Untersuchung vom 10. Dezember 2013 durch Dr. med. H. \_\_\_ (Suva-Nr. I 241; II 215) ergab in Bezug auf die rechte Schulter folgende Diagnosen (S. 8):  
Schulderschmerzen rechts bei Verdacht auf Ansatz-tendinopathie des Supraspinatussehne bei - Status nach Tuberculum majus-Refixation am 28. September 2007 nach traumatischem Infrapinatussehnenabriss (Tuberculum majus-Abriss) am 16. August 2007 Es bestünden belastungsabhängige Schulderschmerzen rechts. Eine kernspintomographische Abklärung sei im September 2013 erfolgt. Diesbezüglich stehe noch eine Besprechung bei Prof. Dr. med. U. \_\_\_ in [...] aus (Suva-Nr. I 241 S. 8 f.). 7.1.10 Dem Austrittsbericht des Spitals V. \_\_\_ in [...], Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Schulterchirurgie, vom 15. April 2014 (Suva-Nr. I 270; 279), lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 4. April 2014 einer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter unterzogen habe. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Anlässlich der klinischen Kontrolluntersuchung am 3. Juni 2014 (Suva-Nr. I 289 f., 293) wurde eine Röntgenaufnahme der operierten Schulter durchgeführt, die eine korrekte Positionierung der für die Sehnenreparatur verwendeten Anker sowie normale Gelenkverhältnisse zeigte (vgl. Suva-Nr. I 290. 293). Der Beschwerdeführer müsse die unterstützte Heilgymnastik für die operierte Schulter fortsetzen, bis wieder eine vollständige Mobilität in allen Gelenkebenen gegeben sei. Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik [...] vom 3. Juni 2014 über den postoperativen Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 29. April 2014 bis 19. Mai 2014 (Suva-Nr. I 294) wird erklärt, es habe eine funktionelle Rehabilitation der rechten oberen Extremität stattgefunden, bei Zustand nach arthroskopischem Eingriff zur Reparatur der Rotatorenmanschette der rechten

Schulter am 4. April 2014 infolge Rückfalls einer Infraspinatussehnenruptur. Der Beschwerdeführer sei in stabilem klinischem Zustand nach Hause entlassen worden. Er klagte über eine persistierende Schmerzsymptomatik mit stechenden Schmerzen in der rechten Schulter, die bis in die Hand ausstrahlten. Er könne kurze Wege und Haltungswechsel autonom ausführen. Er sei beim Gehen sicherer geworden und verwende dazu einen Rollator, den ihm die Klinik gegeben habe. Aus klinisch-funktioneller Sicht müsse darauf hingewiesen werden, dass das Team eine Diskrepanz zwischen den geklagten Symptomen und den objektiv feststellbaren Daten wahrnehme, zumal der Beschwerdeführer zwar bestimmte Bewegungsmuster, nicht aber die zwingend damit einhergehenden kompensierenden Schonhaltungen einnehme.

7.1.11 In der Folge begab sich der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie. Dieser stellte in seinem Bericht vom 14. April 2015 (Suva-Nr. I 336) folgende Diagnosen: «Transmurale Läsion der Supraspinatus Sehne rechte Schulter; erstgradige Atrophie des musculus Infraspinatus rechte Schulter; fettige Degeneration des M. Teres minor». Im Weiteren führte er aus, er habe am 30. (recte: 23., vgl. Suva-Nr. I 337) Februar 2015 eine MRT Untersuchung des rechten Schultergelenkes durchführen lassen, weil der klinische Befund eine deutliche Aufhebung der Beweglichkeit und der Kraft am rechten Schultergelenk gezeigt habe. Der Beschwerdeführer leide besonders, weil er aufgrund eines Fussproblems gezwungen sei, mit der Hilfe von zwei Unterarm-Gehstützen zu laufen. Es komme somit zu einer vermehrten Belastung der beiden Schultern, wobei die rechte Schulter die krafttragende Schulter darstelle. Deshalb habe der Beschwerdeführer besonders im linken Fuss Schmerzen, weswegen er nicht richtig laufen könne. Er habe den Beschwerdeführer über die offene Schulteroperation zwecks Revision und Säuberung des Gelenkes mit korrekter (nicht arthroskopisch durchgeführter) Naht der Rotatorenmanschette aufgeklärt. Der Beschwerdeführer sei mit dem Eingriff einverstanden. Am 11. Juni 2015 erfolgte die vorgenannte Schulteroperation (vgl. Suva-Nr. I 349). In seinem Zwischenbericht vom 16. August 2015 (Suva-Nr. I 359) erklärte Dr. med. L.\_\_\_\_, bei der Vorstellung am 3. August 2015 gebe der Beschwerdeführer deutlich weniger Schmerzen an. Die Funktion sei jedoch minimal eingeschränkt. Ein Nackengriff sei möglich. Der Schürzengriff sei immer noch schmerzhaft. Der Beschwerdeführer sei wenig kooperativ mit der physiotherapeutischen Behandlung. Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, im Rahmen des Möglichen die Physiotherapie für die Schulter zu forcieren, damit er mehr Kraft gewinnen könne. Am 11. Januar 2016 teilte Dr. med. L.\_\_\_\_ auf eine entsprechende Anfrage telefonisch mit, er könne der Beschwerdegegnerin den verlangten Verlaufsbericht nicht zustellen. Die Situation sei unverändert seit letztem August 2015. Er schliesse das Dossier nun in diesem Sinne ab. Zur Arbeitsunfähigkeit könne er nur sagen, dass der Beschwerdeführer so 100 % arbeitsunfähig sei, er aber die Zumutbarkeitsbeurteilung der Beschwerdegegnerin überlassen möchte (Suva-Nr. I 391). Am 28. Juni 2016 äusserte sich Dr. med. L.\_\_\_\_ nach entsprechender Anfrage der Beschwerdegegnerin nochmals schriftlich. Er führte aus, er habe den Beschwerdeführer zuletzt im Januar 2016 in seiner Sprechstunde gesehen. Es sei nicht geplant, weitere Behandlungen in Betracht zu ziehen (Suva-Nr. I 429).

7.1.12 Am 7. Januar 2016 erfolgte eine weitere Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_ (Suva-Nr. I 396; III 31). Die Kreisärztin führte aus, die klinische Untersuchung sei erschwert gewesen. Der Beschwerdeführer habe betont, beim Ausziehen des T-Shirts unbedingt Hilfe zu benötigen. Eine leichte Berührung im Bereich des anterioren Schulterkompartiments schein schmerzhaft zu sein, sodass auf eine weitere Schulterpalpation rechts verzichtet werde. Die Narben erschienen reizlos. Bereits leichtes

aktives Pendeln der rechten Schulter sei immer wieder schmerzhaft. Die Schulterbeweglichkeit werde demonstriert im Untersuchungszimmer mit Flexion 20°, Abduktion 10°. Insgesamt bestehe eine sehr frustrane Situation. Jegliche Tatsachen führten zu einer Verschlechterung der gesamten Situation. Grundsätzlich könnten eine psychosomatische Rehabilitation respektive Rehabilitationspotenzial-Abklärung veranlasst werden. Als Nachtrag führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, nach Besprechung mit Dr. med. M. \_\_\_ sei der Beschwerdeführer motiviert, eine ganzheitliche Rehabilitation anzutreten. 7.1.13 Dem Austrittsbericht der Klinik W. \_\_\_ 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 Unterarmomalie 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/m<sup>2</sup> - 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. provozierter 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. 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.). 7.1.14 Am 11. Juli 2016 führte die Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ die Abschlussuntersuchung durch. Im Bericht gleichen Datums (Suva-Nr. I 436) führte sie aus, betreffend die Schulter bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit. Der Beschwerdeführer profitiere insbesondere in punkto Schmerzen von regelmässigen physiotherapeutischen Behandlungen. Somit sei nach Ansicht der Kreisärztin zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes die Physiotherapie einmal pro Woche weiterzuführen für zwölf Monate. Bezüglich Schulter bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten der rechten oberen Extremität fernab vom Körper, insbesondere nicht über Schulterhöhe. Aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sei die rechte obere Extremität vor allem als Beihilfshand einzusetzen (Suva-Nr. I 436 S. 9 f.). Am 11. / 14. Juli

2016 äusserte sich die Kreisärztin zum Integritätsschaden an der rechten Schulter. Sie hielt fest, es bestehe eine posttraumatische Omarthrose nach Tuberculum majus-Refixation nach Schulterkontusion rechts am 19. September 2008 (recte:

#### **E. 16**

August 2007) mit Infraspinatus-Abriss sowie nach den drei operativen Eingriffen vom 28. September 2007, 4. April 2014 und 11. Juni 2015. Gemäss Tabelle Nr. 5 resultiere bei einer posttraumatischen Omarthrose eine Integritätsentschädigung von 10 % (Suva-Nr. I 433). Diese Einschätzung wurde allerdings nachträglich korrigiert: In einem Zusatz bzw. einer Korrektur vom 22. / 30. März 2017 führte Dr. med. H.\_\_\_\_ 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. Hierfür werde nun eine Integritätsentschädigung von 5 % zusätzlich attestiert (Suva-Nr. I 505). Mit anderen Worten ging die Kreisärztin nun offenbar 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 % ergibt.

7.1.15 Aus dem Bericht des Röntgeninstituts X.\_\_\_\_, [...], vom 4. Oktober 2016 geht hervor, dass gleichentags ein Röntgen und eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt wurden (Suva-Nr. I 457). Folgende Befunde wurden festgehalten: «Postoperative Veränderungen bei Status nach Refixation der Supraspinatussehne und subakromialer Dekompression und ACG-Resektion. Zeichen einer mässiggradigen Omarthrose. Verkalkung bzw. Verknöcherung dorsal des Humeruskopfes; Refixation der deutlich ausgedünnten und strukturalterierten Supraspinatussehne und Infraspinatussehne. Die Bizepssehne ist nicht mehr abgrenzbar. Fettige Atrophie des Musculus supraspinatus Goutallier Grad I und ausgeprägtere Atrophie des Musculus infraspinatus Goutallier Grad II. Leichte Auffaserung des anterosuperioren Labrums, DD SLAP I-Läsion». Zu diesem Bericht des Röntgeninstituts vom 4. Oktober 2016 nahm die Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ am 26. Januar 2017 Stellung (Suva-Nr. I 482; II 261). Sie führte aus, aufgrund der posttraumatischen Omarthrose sei eine Integritätsentschädigung von 10 % ausgesprochen worden. Entsprechend seien die posttraumatischen Veränderungen in Betracht gezogen worden. Die nachträglich veranlasste Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter habe diesbezüglich keinen zusätzlichen Einfluss auf die Beurteilung der Integritätsentschädigung sowie auf die Beurteilung anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung.

7.1.16 Am 28. Februar 2017 erging der Sprechstundenbericht der Universitätsklinik O.\_\_\_\_ (Suva-Nr. I 491; II 264). Diagnostiziert werden unter anderem ausgeprägte Schulter-Restschmerzen rechts (Differentialdiagnose Infekt). Es zeige sich eine diffuse Schmerzsymptomatik der ganzen rechten Schulter, welche sich klinisch schwer untersuchen lasse aufgrund starker Schmerzen. In der MRI-Untersuchung vom Oktober 2016 könne keine grössere Rotatorenmanschettenläsion gesehen werden. Da der Beschwerdeführer bereits dreimalig voroperiert sei und auch Ruheschmerzen habe, sei zum Ausschluss einer infektiösen Genese eine Schulterpunktion vorgesehen. Aufgrund der vorhandenen Hyposensibilität werde eine neurophysiologische Untersuchung veranlasst. Dem Sprechstundenbericht der Klinik vom 24. Mai 2017 (Suva-Nr. I 522) lässt sich entnehmen, die mikrobiologische Untersuchung vom 10. April 2017 habe keinen Nachweis von Bakterien ergeben. Die peripheren Neurographien hätten allesamt ein normales Ergebnis ohne signifikante Seitenunterschiede gezeigt. Die Elektromyographie habe keinen Hinweis auf eine Denervierung ergeben. Beim Beschwerdeführer bestehe am ehesten eine Schulterschmerz-Symptomatik im Rahmen mehrerer kleinerer Läsionen. Eine

beschwerdeführende Ätiologie könne nicht gefunden werden. Natürlich seien auch die ossären Veränderungen eindeutig auffällig, wobei eine Indikation zur Prothesenversorgung altersentsprechend eher nicht bestehe. Es werde die Mobilisation mit Physiotherapie empfohlen. Um diese zu unterstützen, werde eine Infiltration glenohumeral und subacromial geplant. Im Moment seien keine fixen Kontrollen geplant. In einigen Jahren könnte allenfalls die Option eines künstlichen Gelenkersatzes wieder besprochen werden.

7.1.17 Am 23. Oktober 2017 nahm die Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, abschliessend Stellung zu den im Einspracheverfahren eingereichten Berichten (Suva-Nr. I 544). In Bezug auf die rechte Schulter hielt sie fest, seit der Kreisarztuntersuchung vom 11. Juli 2016 hätten Konsultationen an der Klinik O.\_\_\_\_ stattgefunden. Es sei zum Ausschluss eines Low grade-Infektes eine Punktion des glenohumeralen Gelenkes durchgeführt worden, die negativ gewesen sei, so dass eine Infektion habe ausgeschlossen werden können. Zusätzlich sei eine neurophysiologische Untersuchung veranlasst worden, welche ebenfalls keine pathologischen Befunde gezeigt habe. Insgesamt sei empfohlen worden, zur Erhaltung der Beweglichkeit die Physiotherapie weiterzuführen. Um die Wirkung der Physiotherapie zu unterstützen, sei eine Infiltration empfohlen worden. Diese Massnahmen seien allesamt als Erhaltungstherapie zu verstehen und würden auch nicht die schmerzhafte Funktionseinschränkung verbessern. Diesbezüglich sei von der Klinik O.\_\_\_\_ als Ultima Ratio eine Schulterprothese vorgeschlagen worden, die aber angesichts des Alters des Beschwerdeführers noch nicht erfolgen solle. Schon im Kreisarztuntersuchungsbericht sei empfohlen worden, die Physiotherapie im Sinne einer Erhaltungstherapie einmal pro Woche weiterzuführen. Aus dem Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ gehe hervor, dass diese Therapie bis auf Weiteres weitergeführt werden sollte. Zusammenfassend könne an der Beurteilung im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Juli 2016 festgehalten werden, wonach keine Behandlungsmassnahmen mehr indiziert gewesen seien, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erreichen könnten. Es lägen keine medizinischen Berichte vor, die eine Änderung der Zumutbarkeitsbeurteilung begründeten.

7.2 Es stellt sich die Frage, ob in Bezug auf die durch den Unfall vom 16. August 2007 verursachten Beschwerden an der rechten Schulter der Zeitpunkt für den Fallabschluss am 31. Dezember 2016 erreicht war. An der rechten Schulter wurde der Beschwerdeführer im Verlauf der Jahre drei Mal operiert. Zuletzt nahm Dr. med. L.\_\_\_\_ am 11. Juni 2015 einen entsprechenden Eingriff vor. Dieser Arzt erklärte im Januar 2016, bei ihm sei keine weitere Behandlung vorgesehen, was er im Juni 2016 bestätigte. In der Folge wurde der Beschwerdeführer der Universitätsklinik I.\_\_\_\_ zugewiesen, welche eine diffuse Schmerzsymptomatik feststellte (vgl. Suva-Nr. I 491 S. 1 f.) und auf der Suche nach einer Erklärung weitere Abklärungen durchführte, die aber ergebnislos blieben. Der Umstand, dass bei diffuser Schmerzsymptomatik diese weiteren Abklärungen (allfälliger Infekt, neurophysiologische Untersuchung) veranlasst wurden, rechtfertigt nicht die Annahme, Ende 2016 habe von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung erwartet werden können. Den Akten lässt sich nicht entnehmen, dass die behandelnden Ärzte in Bezug auf die rechte Schulter nach Mitte 2016 noch konkrete ärztliche Behandlungsmassnahmen (Physiotherapie zählt nicht als solche [vgl. E. II. 2.2 hiervor]) vorgeschlagen und sich davon eine erhebliche Verbesserung der (organisch begründeten) Symptomatik versprochen hätten. Daher ist der durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Fallabschluss auf Ende 2016 aus Sicht des Unfalls vom 16. August 2007 und der Beschwerden an der rechten Schulter nicht zu

beanstanden. 7.3 Zu den Auswirkungen der unfallkausalen Beeinträchtigung der rechten Schulter auf die Arbeitsfähigkeit führt die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ im zitierten Bericht vom 11. Juli 2016 (E. II. 7.1.14) aus, es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten der rechten oberen Extremität fernab vom Körper, insbesondere nicht über Schulterhöhe. Einschränkend hält sie fest, aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sei die rechte obere Extremität vor allem als Beihilfshand einzusetzen. Diese Einschätzung ist mit Blick auf die medizinischen Unterlagen nachvollziehbar. Wie die Kreisärztin in ihrer Stellungnahme vom 26. Januar 2017 darlegt, führen die bildgebenden Aufnahmen, welche im Bericht des Röntgeninstituts Y.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2016 beschrieben werden, zu keiner anderen Beurteilung (vgl. E. II. 7.1.14 hiervor). Auch die Ärzte der Universitätsklinik I.\_\_\_\_ halten dazu in ihrem Bericht vom 28. Februar 2017 (E. II. 7.1.16 hiervor) fest, in der MRI-Untersuchung vom Oktober 2016 könne keine grössere Rotatorenmanschettenläsion gesehen werden. Dr. med. E.\_\_\_\_ bestätigt denn auch in ihrer Beurteilung vom 23. Oktober 2017 die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass zu Zweifeln an der kreisärztlichen Beurteilung. 8. Ein weiterer Streitpunkt betrifft einen Unfall vom 15. Juli 2011 und eine Verletzung am linken Fuss. 8.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt. 8.1.1 Dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Orthopädische Klinik, vom 27. Oktober 2011 (Suva-Nr. II 20) lassen sich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. Juli 2011 (Sturz rückwärts auf das Bein beim Besteigen des Treppenhauses; Suva-Nr. I 211) folgende Diagnosen entnehmen: - Lisfranc-Gelenk-Läsion mit Frakturen der Basen der Ossa metatarsalia II-IV Fuss links am 15. Juli 2011 in Rumänien - Überlastung Hüfte und Knie links im Rahmen des veränderten Gangbildes Konventionell radiologisch zeige sich eine progrediente Durchbauung der Basen der Ossa metatarsalia II-IV. Der Beschwerdeführer habe den Fuss jedoch immer noch zum Teil voll belastet, d.h. die Entlastung sei nicht konsequent gewesen. Daher sei eine erneute Anlage eines Unterschenkelgipses für weitere vier Wochen erfolgt und die nächste klinisch-radiologische Kontrolle werde in vier Wochen stattfinden (Suva-Nr. II

## **E. 20**

S. 2). 8.1.2 Aus dem im Anschluss an die Untersuchung vom 18. November 2011 erstellten Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 22. November 2011 (Suva-Nr. II 27) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer zur regulären klinischen und radiologischen Kontrolle in der Sprechstunde vorstellte. Am 15. November 2011 sei der damals beschädigte Gips entfernt und gegen eine Korkschiene ausgetauscht worden. Der Beschwerdeführer beklage immer noch Schmerzen; neu Schmerzen im Unterschenkel bis in den Oberschenkel rechts reichend, nachdem Clexane sistiert worden sei. In Anbetracht dieser Situation sei ein Duplex des rechten Beines durchgeführt worden. Hiermit könne eine 3-Etagen-Thrombose gesichert werden. 8.1.3 Dem Operationsbericht des Spitals vom 3. Februar 2012 (Suva-Nr. II 58) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 1. Februar 2012 einer Operation (Korrektur Arthrodesse tarsometatarsale II sowie Arthrodesse des Os cuneiforme mediale gegen Os cuneiforme intermedium) unterzogen hat. Der Austrittsbericht vom 16. Februar 2012 (Suva-Nr. II 59) nennt die Diagnose «Restbeschwerden tarsometatarsal II bei Status nach in Fehlstellung verheilte Lisfranc Luxationsfraktur Typ A vom 15. Juli 2011 (Unfall in Rumänien)». Der intra- und postoperative Verlauf nach oben genannter Operation sei komplikationslos gewesen. Zunächst sei konsequente Bettruhe bis zur Wundtrockenheit und zur Abschwellung eingehalten worden. Bei nur langsam regredienter Schwellung des Vorfusses habe erst am

9. Februar 2012 ein Unterschenkel-Liegegips angepasst werden können. 8.1.4 Im Bericht des Spitals vom 19. April 2012 (Suva-Nr. II 69) wurde ausgeführt, die Röntgenuntersuchung vom 18. April 2012 habe ergeben, dass die Schraube zwischen Cuneiforme medius und intermedius allenfalls um einen weiteren Millimeter aus dem Knochen herausgetreten, ansonsten aber nun stabil in ihrer Lage sei. Ansonsten bestehe keine Veränderung im Vergleich zu den Vorbildern. Die dislozierte Schraube sei aktuell nicht prominent, entsprechend werde derzeit auf eine Entfernung verzichtet, wobei diese nötig werden könnte. In einem Monat werde der Beschwerdeführer sich erneut einer Röntgenuntersuchung unterziehen, bis dahin sei die Teilbelastung im Vacoped wie bisher fortzusetzen. Bezüglich der Thrombose werde noch kein Kompressionsstrumpf angepasst, dies werde heute bei Activortho nachgeholt. Zweieinhalb Monate nach Arthrodesse sollte das Konstrukt stabil genug sein. Dies dürfte auch die Schmerzen im Fuss eher positiv beeinflussen. An eine Arbeitsaufnahme als Gipser sei in den ersten vier Monaten nach Lisfranc-Verletzung sicherlich nicht zu denken, entsprechend bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Mittel- bis langfristig bleibe der Verlauf abzuwarten, auch weil eventuelle Folgeeingriffe nötig werden könnten. Restbeschwerden würden sicherlich langfristig bestehen bleiben, sollten aber mittels Schuhversorgung oder im Extremfall ausgeweiteter Arthrodesierung behandelbar sein. Der Beschwerdeführer sei sehr demonstrativ in seiner Haltung und zeige deutliche Ausweitungstendenz. Es sei sinnvoll, dass der Beschwerdeführer für eine stationäre Rehabilitation in die Rehaklinik J.\_\_\_\_ aufgenommen werde, damit er zumindest seinen Alltag wieder ohne fremde Hilfe schaffe. Der Beschwerdeführer werde aufgefordert, seine Körperpflege wieder selbständig zu übernehmen, hier bestehe keine Strukturpathologie, die eine derartige Behinderung rechtfertige. 8.1.5 Am 4. Juni 2012 fand erneut eine ambulante orthopädische Sprechstunde statt. Dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 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. Z.\_\_\_\_, Chefarzt und Klinikleiter, Spital B.\_\_\_\_, untersucht (Bericht vom 13. Juli 2012 [Suva-Nr. II 90]). Der Arzt stellte folgende Diagnosen: «Restbeschwerden 5 Monate nach TMT II-Arthrodesse 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 Arthrodesse 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 Arthrodesse der TMT-Gelenke I bis III vor, was in diesen Situationen Therapie der Wahl sei. Nach solider Heilung der Arthrodesse 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 Arthrodesse zu

ermöglichen. 8.1.7 Dementsprechend unterzog sich der Beschwerdeführer am 2. Oktober 2012 einer weiteren Operation (Metallentfernung; Korrigierende Arthrodeese TMT I, II und III mit Platten und Schrauben) bei Dr. med. Z.\_\_\_\_ im Spital B.\_\_\_\_ (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 J.\_\_\_\_ 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 - Lisfranc-Gelenkläsion links mit Frakturen der Basen Ossa metatarsalia II bis IV Fuss links o 1. Februar 2012 Korrektur-Arthrodeese tarsometatarsale II sowie Arthrodeese des Os cuneiforme mediale gegen Os cuneiforme intermedium o 2. Oktober 2012 Metallentfernung, Arthrodeese MTT I, II und III o 31. Oktober 2012 Röntgen Fuss rechts: Unveränderte Stellung, Implantate intakt - Überlastung Hüfte und Knie links im Rahmen des veränderten Gangbildes 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. Z.\_\_\_\_ 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 B.\_\_\_\_ (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 B.\_\_\_\_, Dr. med. Z.\_\_\_\_, 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 - Lisfranc-Gelenkläsion links mit Frakturen der Basen Ossa metatarsalia II bis IV o 1. Februar 2012 Arthrodesse TMT II und Os cuneiformia mediale gegen intermedium o 2. Oktober 2012 Metallentfernung, Arthrodesse MTT I, II und III o 31. Oktober 2012 Röntgen: Unveränderte Stellung, Implantate intakt o 27. Mai 2013 Metallentfernung TMT I-III links - November 2011 3 Etagen Beinvenenthrombose rechts, aktuell orale Antikoagulation mit Marcoumar - Überlastung Hüfte und Knie links im Rahmen des veränderten Gangbildes 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 - Status nach Luxationsfraktur links am 15. Juli 2011 und - Status nach

Korrektur-Arthrodesen Tarsometatarsale II und Arthrodesen Os cuneiforme mediale gegen Os cuneiforme intermedium am 1. Februar 2012 - Status nach Metallentfernung und korrigierender Arthrodesen TMT I, II und II am 2. Oktober 2012 bei chronischer traumatischer Lisfranc-Instabilität links und Pseudarthrose nach TMT II-Arthrodesen links - Status nach Osteosynthesematerialentfernung TMT I-III links am 27. Mai 2013. 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 B. \_\_\_ festgehalten hätten, eine vollständige Belastbarkeit «nach Massgabe der Beschwerden frei». Vonseiten des Fusses würden keine weiteren Massnahmen mehr ergriffen (Suva-Nr. I 241 S. 8 f.). Die Beschwerdeführerin 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. AA. \_\_\_ vom Regionalspital V. \_\_\_ in [...] empfahl in einem Schreiben an den Hausarzt Dr. med. M. \_\_\_ vom 26. Februar 2014 (Suva-Nr. II 221), den Beschwerdeführer an die Universitätsklinik O. \_\_\_ zu überweisen. Auf eine telefonische Anfrage der Kreisärztin Dr. med. H. \_\_\_ erklärte Dr. med. AA. \_\_\_ 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 B. \_\_\_ bei Dr. med. Z. \_\_\_ 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. M. \_\_\_ sei der Beschwerdeführer motiviert, eine ganzheitliche Rehabilitation anzutreten. 8.1.17 Dem Austrittsbericht der Klinik W. \_\_\_ 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/m<sup>2</sup> - 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. K.\_\_\_\_, 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 B.\_\_\_\_ Spital. Dort wurde am 2. Oktober 2012 eine korrigierende Arthrodesse 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 B.\_\_\_\_ 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. Z.\_\_\_\_ vom Spital B.\_\_\_\_ 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.» 5.3.2 Der Beschwerdeführer lässt in der aktuellen Beschwerde eine Reihe von Einwendungen vorbringen, die schon Gegenstand des Beschwerdeverfahrens VSBES.2018.34 waren. So seien die kreisärztlichen Beurteilungen widersprüchlich und würden nicht mit den Berichten der behandelnden Ärzte korrespondieren, das formulierte Zumutbarkeitsprofil sei nicht nachvollziehbar und der Endzustand per 31. Dezember 2016 nicht erreicht. Es kann diesbezüglich auf die zitierten Erwägungen verwiesen werden, denen nichts hinzuzufügen ist. Ergänzend lässt der Beschwerdeführer zu den Unfällen vom 16. August 2017 und 15. Juli 2011 neu geltend machen, auf die kreisärztlichen Beurteilungen könne hinsichtlich der Schulter- und Fussbeschwerden auch deshalb nicht abgestellt werden, weil das Versicherungsgericht in seinem Urteil ja erwogen habe, dass diese in Bezug auf die linke Hand nicht beweiskräftig seien. Es verbiete sich also allgemein, darauf abzustellen. Dem kann nicht gefolgt werden. Es handelt sich um unterschiedliche Unfallereignisse mit unterschiedlichen betroffenen Regionen. Die Unfallereignisse wurden auch von unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten behandelt. Wenn sich eine Einschätzung in einem Punkt als nicht nachvollziehbar erweist, heisst das nicht zwangsläufig, dass dies für die komplette Beurteilung der Untersuchungsergebnisse aus verschiedenen Ereignissen gelten muss. Auch das pauschal vorgebrachte Argument, es zeige sich in der nicht vorhandenen Beweiskraft, dass die

Kreisärztinnen nicht objektiv seien, ändert daran nichts. Weiter wird geltend gemacht, der Bericht der Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ sei nicht beweiswertig, weil dieser im Einspracheverfahren erstellt worden sei und die notwendigen medizinischen Abklärungen nicht ins Einspracheverfahren verschoben werden dürften. Gemäss dem vom Beschwerdeführer zitierten Entscheid des Bundesgerichts 8C\_410/2013 vom 15. Januar 2014 ist es so, dass die Verwaltung nicht zunächst eine Verfügung mit einer Standard-Begründung erlassen darf, um in der Folge erst im Einspracheentscheid die im konkreten Fall massgeblichen Gründe für die behördliche Anordnung anzuführen und die Begründung damit gleichsam nachzuschieben (E. 5.1). Dem gleichen Entscheid lässt sich indessen auch entnehmen, dass punktuelle Abklärungen wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen zulässig sind (E. 5.3). Nichts anderes ist im vorliegenden Fall geschehen, nachdem der Beschwerdeführer im Einspracheverfahren verschiedene Einwendungen hatte vorbringen lassen.

### **E. 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. AC.\_\_\_\_ keine Strukturpathologie, welche Anlass zu weiteren Operationen gäbe (vgl. Suva-Nr. II 79). Auf Anregung des Hausarztes Dr. med. M.\_\_\_\_ (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 hiavor): 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.»

6.2 Der Beschwerdeführer lässt grundsätzlich vorbringen, dass die Beschwerden somatisch abstützbar seien und eine gesonderte Adäquanzprüfung daher nicht zu Debatte stehe. Für den Fall, dass dennoch eine solche vorzunehmen wäre, werden Argumente hervorgebracht, die schon Eingang in das Urteil vom 27. April 2020 fanden (in Bezug auf das Ereignis vom 15. September 2008 müssten weitere Abklärungen vorgenommen werden, bezüglich des Ereignisses vom 14. Februar 2013 müsste auch bei Vorliegen eines leichten Unfalls eine Adäquanzprüfung vorgenommen werden, bei den Unfällen vom 16. August 2007 und 15. Juli 2011 sei die Adäquanz zu bejahen). Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die zitierten Erwägungen verwiesen werden.

7. 7.1 Insgesamt ist für die Unfallereignisse vom 16. August 2007 und 15. Juli 2011 ein Rentenanspruch zu prüfen bzw. der Invaliditätsgrad zu ermitteln, wie dies schon im vorgelagerten Beschwerdeverfahren der Fall war. Das Versicherungsgericht erwog in seinem Urteil vom 27. April 2020 (Urteil S. 41 f., Suva-Nr. I 578): 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. 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. K.\_\_\_\_ 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. N.\_\_\_\_ 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. N.\_\_\_\_ auch die «multiplen unfallfremden Diagnosen» mitberücksichtigt habe. Tatsächlich führt Dr. med. N.\_\_\_\_ 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. K.\_\_\_\_ 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. N.\_\_\_\_ lässt sich in diesem Sinn auflösen. 7.2 Der Beschwerdeführer lässt einwenden, es lasse sich entgegen der impliziten Behauptung des Versicherungsgerichts dem Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ nicht entnehmen, dass die vom RAD attestierte Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf der Einschränkung die linke Hand betreffend beruhe und man bloss aufgrund der Berücksichtigung dieser Einschränkung auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gekommen sei. Bereits aufgrund der Schulter- und Fussbeschwerden ergebe sich eine Multimorbidität und aus dieser resultiere gemäss RAD schliesslich die zeitliche Einschränkung. Im RAD-Bericht wurde darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer an multiplen Einschränkungen des Bewegungsapparates leide, vorwiegend der rechten Schulter, des linken Fusses sowie des linken Handgelenks. Dazu ist zu bedenken, dass hier auch unfallfremde Beschwerden, wie eben diejenigen am linken Handgelenk, miteinbezogen sind. Daneben, so führt der RAD weiter aus, bestünden internistische Probleme, die sich in negativer Wechselwirkung mit den orthopädischen Einschränkungen befänden. Aufgrund von all diesen Komponenten schliesst der RAD auf eine zeitliche Einschränkung von 50 %. Nachdem es unfallversicherungsrechtlich ausschliesslich um die unfallkausalen Beschwerden an der rechten Schulter und am linken Fuss geht, bleibt es dabei, dass das von der Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil plausibel ist und darauf abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer lässt auch geltend machen, es bestünden diametrale Widersprüche zu den Berichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Es lässt sich den Akten jedoch nicht entnehmen, dass von Seiten der Behandler/innen jemals eine teilweise oder vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit attestiert worden wäre. Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt im Januar 2016 zwar fest, der Beschwerdeführer sei «so» arbeitsunfähig, wobei nicht klar ist, ob diese Aussage auf die angestammte Tätigkeit als Gipser oder auf jegliche Tätigkeit bezogen sei. Er legte aber im Juni 2016 auch dar, dass keine weiteren Behandlungen in Betracht gezogen würden, ohne dass er sich dahingehend äusserte, dass der Beschwerdeführer gänzlich arbeitsunfähig wäre. Die Klinik W.\_\_\_\_ attestierte in ihrem Austrittsbericht vom 12. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % lediglich für die Dauer des Klinikaufenthalts, nicht aber darüber hinaus. Somit ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, mit folgendem Zumutbarkeitsprofil: 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. 8. 8.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der

Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 325 E. 4.1). Demgemäss ist die Beschwerdegegnerin vorgegangen, indem sie den Verdienst heranzog, den der Beschwerdeführer bei seinem letzten Arbeitgeber (in den Jahren 2011 und 2013), der Firma Y.\_\_\_\_ erzielte bzw. im Jahr 2016 dort erzielt hätte, wenn der Gesundheitsschaden nicht eingetreten wäre (vgl. Bescheinigung vom 14. Oktober 2016, Suva-Nr. I 452, siehe auch IK-Auszug Suva-Nr. I 267). Der Beschwerdeführer hätte bei einem Vollpensum ein Einkommen von CHF 6'015.00 (plus 13. Monatslohn) gehabt, womit sich das Valideneinkommen auf CHF 78'195.00 beläuft. Der versicherte Verdienst, welcher die Berechnungsgrundlage für das Taggeld und die Rente bildet, wird nicht nach den gleichen Kriterien bemessen wie das Einkommen, das die versicherte Person verdienen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2020 vom 5. Mai 2020 E. 9.2 mit Hinweisen). Es ist nicht ersichtlich, weshalb für die Bemessung des Valideneinkommens (und nicht der Höhe der Rente) hier eine andere Bemessungsgrundlage herangezogen werden sollte, als es die Regel bildet. Das Valideneinkommen beträgt demnach CHF 78'195.00.

8.2 Für die Bestimmung des (hypothetischen) Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin, da der Beschwerdeführer nach den Unfällen keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hatte, einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) bei. Dabei stellte sie im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Tabelle 2016, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total, ab (CHF 5'340.00), womit das Invalideneinkommen unter Aufrechnung der Wochenstunden (41.7) CHF 66'803.00 beträgt. Diese Berechnungsweise ist mit Ausnahme des leidensbedingten Abzugs (vgl. E. 8.3 nachstehend) unbestritten geblieben.

8.3 Praxisgemäss kann von dem anhand der LSE-Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen hinsichtlich der rechten oberen und der linken unteren Extremität einen leidensbedingten Abzug von 10 % vorgenommen, der Beschwerdeführer verlangt einen Maximalabzug von 25 %. Hierzu ist zunächst zu bemerken, dass abgesehen von

unfallbedingten Einschränkungen kein weiteres abzugsrelevantes Kriterium erfüllt ist. Dem Beschwerdeführer ist ein Vollpensum zumutbar. Auch hinsichtlich allfälliger sprachlicher Schwierigkeiten oder des Ausländerstatus' ist kein Abzug vorzunehmen. Er besitzt die Niederlassungsbewilligung C und sprachliche Schwierigkeiten sind weder dokumentiert noch geltend gemacht. Hilfsarbeitertätigkeiten, welche im Kompetenzniveau 1 enthalten sind, erfordern ohnehin keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache (Urteil des Bundesgerichts 9C\_695/2018 vom 13. März 2019 E. 5.3). Auch das Alter des Beschwerdeführers fällt bei der Schätzung des leidensbedingten Abzugs ausser Betracht. Das Bundesgericht hat bisher offen gelassen, ob das Merkmal des fortgeschrittenen Alters in der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich überhaupt einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2021 vom 20. Mai 2021 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Die Frage kann auch im vorliegenden Fall offen bleiben, da die Voraussetzungen für einen altersbedingten Abzug vom Tabellenlohn ohnehin nicht erfüllt sind. Das Merkmal «Alter» kann einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen, was aber jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen ist. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_703/2020 vom 1. Februar 2021 E.6.3.2). Letztlich ist auch die Berücksichtigung von unfallbedingten Einschränkungen mit einem Abzug von 10 % nicht zu beanstanden, da eine gesundheitlich bedingte Einschränkung auf leichte bis mittelschwere Arbeiten nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns führt. Der Umstand allein, dass nur mehr mindestens leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten zumutbar sind, ist kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2021 vom 20. Mai 2021 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Der im Einspracheentscheid gewährte Abzug von 10 % ist somit nicht zu beanstanden und es resultiert ein Invaliditätsgrad von 23 %. Die Beschwerde ist in diesem Punkt ebenfalls abzuweisen. 9. Schliesslich bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. Der Beschwerdeführer lässt unter anderem geltend machen, die zugesprochene Integritätsentschädigung von 30 % sei zu tief.

9.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen.

9.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual

gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

9.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1-16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c).

9.4 Die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von 30 % stützte sich auf die Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2021 (Suva-Nr. I 609). Dieser führte aus, gesamthaft könne dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 30 % attestiert werden. Diese werde unterteilt in 10 % für die rechte Schulter und 20 % für den linken Fuss. Am 10. Juni 2009 sei der Integritätsschaden an der rechten Schulter erstmals und auf 5 % festgelegt worden. Am 11. Juli 2016 sei eine weitere kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ erfolgt. Diese habe aufgrund der neu entdeckten Omarthrose auf einen gesamthaften Wert von 10 % geschätzt und ihre Beurteilung im medizinischen Bericht vom 26. Januar 2017 bestätigt. In einem weiteren Schreiben vom 22. März 2017 habe sie jedoch den Integritätsschaden an der Schulter wieder um 5 % vermindert. Am linken Fuss bestehe eine praktisch vollständig immobilisierende Fussbeschwerdesymptomatik. Am 11. Juli 2013 habe Dr. med. H.\_\_\_\_ gemäss Tabelle 5 resp. 2 der Suva, bei Fusswurzelarthrose mit zusätzlichen schmerzhaften Zuständen nach Luxationsfrakturen, eine Integritätsentschädigung von 10 % attestiert. Am 22. März 2017 sei eine zusätzliche Integritätsentschädigung von 5 % attestiert worden. Die letzte klinische Untersuchung habe am 24. Oktober 2017 durch die Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ stattgefunden, die keine weitere Anpassung der Integritätsentschädigung vorgenommen habe, da der medizinische Zustand seit Jahren stabil gewesen sei und auch die weiteren Abklärungen keine Aggravation gezeigt hätten. Seit dieser Untersuchung seien weder Abklärungen noch Untersuchungen bezüglich der rechten Schulter- und Fussymptomatik durchgeführt worden, sodass man weiterhin von einem stabilen Gesundheitszustand ausgehen könne. Diese Aussage werde zusätzlich durch die Tatsache unterstützt, dass die letzte radiologische Bildgebung der rechten Schulter am 4. Oktober 2016 und die des linken Fusses am 19. Mai 2014 stattgefunden habe. Die initiale Bestimmung der Integritätsentschädigung für die rechte Schulter von 5 % von Dr. med. AD.\_\_\_\_ am 10. Juni 2009 mit der Begründung, es bestünden ein dauernder und erheblicher Schaden an der rechten Schulter nach Tuberculum majus-Abriss vom 16. August 2007 mit anschliessend chirurgischer Refixation und Dauerschmerzen der rechten und der linken Schulter mit eingeschränkter Beweglichkeit auf der rechten Seite, vor allem für Bewegungen über der Horizontalen, sei zum damaligen Zeitpunkt medizinisch nachvollziehbar gewesen. Im Verlaufe der Jahre habe sich eine posttraumatische mässiggradige Omarthrose entwickelt. Von Dr. med. H.\_\_\_\_ sei die Integritätsentschädigung am 11. Juli 2016 auf insgesamt 10 % erhöht und dies am 26. Januar 2017 bestätigt worden. In der nachträglichen Korrektur vom 22. März 2017 habe sie

jedoch selbst die Integritätsentschädigung an der rechten Schulter wieder auf 5 % zurückgestuft mit der Begründung, dass eine «Diagnostische Schulterarthroskopie rechts und offene Infraspinatus-Reinsertion 28. September 2007 (gem. OP-Bericht) nach Unfallereignis am 16. August 2007» durchgeführt worden sei. Zudem habe sie eine zusätzliche Erhöhung der Integritätsentschädigung für die Fussproblematik links attestiert. Eine dementsprechende Begründung über diesen Entscheid habe sie jedoch nicht geliefert. Die anfängliche Einschätzung der Integritätsentschädigung für die Folgeschäden an der rechten Schulter war nach Ansicht von Dr. med. G.\_\_\_\_ korrekt. Aufgrund einer Zunahme von arthrotischen Veränderungen habe die Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ gemäss Tabelle 5 der Suva über die Integritätsentschädigung bei Arthrosen eine Integritätsentschädigung von 10 % wegen der vorliegenden mässigen Arthrose im glenohumeralen Gelenk rechts attestiert. Die nochmalige Reduktion dieses Wertes auf 5 % sei hingegen nicht nachvollziehbar. Zur definitiven Bestimmung der Integritätsentschädigung am linken Fuss geht Dr. med. G.\_\_\_\_ sodann ursprünglich von einer traumatischen Luxationsfraktur am Lisfranc-Gelenk aus, welche sich der Beschwerdeführer am 15. Juli 2011 zugezogen hat. In der Folge seien mehrere Eingriffe an diesem Fuss durchgeführt worden, welche nicht zu einer Verbesserung der Schmerzen und der Funktion geführt hätten. Dr. med. H.\_\_\_\_ habe am 11. Juli 2013 eine Integritätsentschädigung von 10 % für die durch das Unfallereignis verursachten Schäden am linken Fuss attestiert mit der Begründung, gemäss Tabelle 5 resp. 2 der Suva Integritätsentschädigung nach UVG resultiere bei einer Fusswurzelarthrose oder schmerzhaften Zuständen nach Luxationsfrakturen eine Integritätsentschädigung von 10 %. Die Kreisärztin habe jedoch auch auf die durchgeführte Arthrodeese im Lisfranc-Gelenk hingewiesen, die, ebenfalls gemäss Tabelle 5, zu einer Schätzung einer Integritätsentschädigung von 15 % führen würde. Die Beurteilung der Integritätsentschädigung am linken Fuss könne auch mit der Tabelle 2 Suva über den Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten vorgenommen werden, die bei «schmerzhafter Funktionsstörung nach Luxationsfrakturen im Lisfranc oder nach Mittelfussfrakturen» einem Wert zwischen 10 - 20 % entsprechen würde. Unter Berücksichtigung, dass die Arthrodeese nicht zu einer Verbesserung der Beschwerden und der Fussfunktion geführt hat, attestiert Dr. med. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer den maximalen Wert von 20 %. Die kreisärztlichen Einschätzungen erscheinen basierend auf den medizinischen Befunden und der Feinrastertabellen der Suva nachvollziehbar und überzeugend. Es liegen auch keine abweichenden Meinungen von ärztlichen Sachverständigen vor. Der Beschwerdegegner lässt hingegen geltend machen, bei Gebrauchsunfähigkeit der Schulter sei von einem 50%igen Integritätsschaden auszugehen, bei einer schweren Form des PHS von einem 25%igen Integritätsschaden. Die Funktionseinschränkungen würden bei der Beurteilung ausser Acht gelassen. Auch die Arthrose werde nicht korrekt gewichtet. Gemäss Suva Tabelle sei eine mässige Omarthrose mit 5 - 10 % abzugelten, eine schwere mit 10 - 25 %. Anhand der Berichte sei von einer schweren Arthrose auszugehen. Dazu ist festzuhalten, dass gemäss Aktenlage von einer mässiggradigen Omarthrose auszugehen ist (vgl. etwa Bericht des Röntgeninstituts X.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2016, Suva-Nr. I 457). Eine Gebrauchsunfähigkeit der Schulter liegt hier nicht vor. Auch im Übrigen erscheint die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ nachvollziehbar und es kann darauf abgestellt werden. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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