

200 13 1018 UV  
KOJ/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. August 2014**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiberin Tomic

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin Dr. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2013 (E 2517/13)

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1957 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zog sich am 14. Oktober 2010 bei einem Unfall auf einer Baustelle (Sturz auf einer Kellertreppe) eine Schulterkontusion rechts mit einem Supraspinatussehnenriss zu (Antwortbeilagen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [SUVA resp. Beschwerdegegnerin; AB] 6 und 10), welcher in der Folge operativ versorgt wurde (AB 96). Die SUVA, bei welcher der Versicherte gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert war, erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nach Beizug verschiedener Arztberichte und erfolgten kreisärztlichen Untersuchungen (AB 47, 213) hielt die SUVA mit Verfügung vom 14. Juni 2013 (AB 224) fest, dass von einer weiteren Behandlung keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten sei, weshalb der Schadenfall unter Einstellung der Heilbehandlungsleistungen abgeschlossen werde. Zur Verbesserung der muskulären Situation würden jedoch die Kosten für zwei Mal neun Einheiten Physiotherapie übernommen, welche im Laufe des nächsten Jahres bei Bedarf abgerufen werden könnten. Ferner würden weiterhin die Kosten für die Unterwassertherapie sowie das Fitnesstraining, vorläufig für ein Jahr, übernommen. Dem Versicherten sei rein unfallbedingt eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (unter Vermeidung von Überkopfarbeiten, ohne repetitive Vibrationsbelastung des rechten Arms, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 7 kg [sowohl am ausgestreckten als auch am hängenden Arm], ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten [wegen der erforderlichen Überkopfgreifhaltung beim Leitergehen]) ganztags zumutbar. Die geklagten psychischen Beschwerden stünden indessen nicht in einem adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfall. Auf Einsprache hin (AB 228) widerrief die SUVA mit Schreiben vom 22. August 2013 (AB 246) ihre Verfügung vom 14. Juni 2013 und erklärte das Einspracheverfahren als formlos erledigt. Sie wiederholte die Ausführungen betreffend den Fallabschluss und die Kostenübernahme der Physio- und Unterwassertherapie sowie des Fitnesstrainings. Die Taggeldleistungen würden auf den 31. August 2013 eingestellt. Ab dem 1. September 2013 erhalte der Versicherte für die bleibenden Folgen des Unfalls eine Invalidenrente zugesprochen. Mit Verfü-

gung vom 23. August 2013 (AB 249) sprach die SUVA dem Versicherten für die verbliebene unfallbedingte somatische Beeinträchtigung an der rechten Schulter ab dem 1. September 2013 eine Invalidenrente aufgrund einer 19 %igen Erwerbsunfähigkeit zu; einen weitergehenden Anspruch verneinte sie mit der Begründung, die psychogenen Beschwerden stünden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 14. Oktober 2010. Zuvor hatte die SUVA mit Verfügung vom 12. Juli 2013 (AB 231) für die verbliebene Beeinträchtigung im Schulterbereich rechts eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 15 % zugesprochen. Die gegen beide Verfügungen erhobenen Einsprachen (AB 232 und 256) wies die SUVA mit Entscheid vom 15. Oktober 2013 (AB 269) ab und hielt am grundsätzlichen Fallabschluss unter Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen, an der Festsetzung der Erwerbsunfähigkeit auf 19 % und des Integritätsschadens auf 15 % sowie an der erwähnten Kostenübernahme der Physio- und Unterwassertherapie bzw. des Fitnessstrainings fest.

## **B.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. C.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, am 15. November 2013 Beschwerde erheben. Er beantragt die Anordnung eines medizinischen Gerichtsgutachtens, unter Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes. Sodann sei über den Rentenanspruch sowie über die Integritätsentschädigung neu zu befinden. Eventualiter seien eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad (IV-Grad) von mindestens 48 % sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 20 % zuzusprechen.

Auf richterliches Ersuchen hin (vgl. prozessleitende Verfügung vom 18. November 2013) nahm die Post CH AG am 22. November 2013 zum Zeitpunkt der Postaufgabe der Beschwerde Stellung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. November 2013 hielt der Instruktionsrichter fest, dass gestützt auf die derzeitigen Akten von der Einhaltung der Beschwerdefrist auszugehen sei.

Mit Zuschrift vom 3. Dezember 2013 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 15. November 2013 ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 1. April 2014 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 20. März 2014 ein.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG; vgl. prozessleitende Verfügung vom 25. November 2013) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2013 (AB 269). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdefüh-

ners auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung der obligatorischen Unfallversicherung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2** Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person 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 (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

**2.3** Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.3.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**2.3.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37

S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der SUVA herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile sind Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und nicht zulässig (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 482).

**2.4** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt zudem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.4.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.4.2** 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, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage - im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

**2.4.3** Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) - eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen

Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) 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.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es

sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

**2.5** Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 14. Oktober 2010 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (AB 10; vgl. E. 2.1 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende

Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen bzw. des Fallabschlusses hinaus (31. August 2013; AB 246 S. 1) geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen und wie weit sich die unfallkausalen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.1.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Arzteugnis vom 17. Juni 2011 (AB 6) eine Schulterkontusion mit einem Supraspinatussehnenriss nach einem Sturz im Oktober 2010 und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Juni 2011 (Datum der Erstbehandlung).

**3.1.2** Im Bericht vom 14. Juli 2011 (AB 12) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer im Oktober 2010 auf die rechte Schulter gestürzt sei. Seither persistierten Schmerzen, dennoch habe der Beschwerdeführer weitergearbeitet. Eine MRI-Untersuchung habe einen anterioren kleinen Riss der Supraspinatussehne und im übrigen Bereich der Sehne eine posttraumatische Verdickung, ein Impingement, gezeigt. Es liege eine posttraumatische frozen shoulder vor (AB 12 S. 1).

Am 26. August 2011 berichtete derselbe Arzt, dass von Seiten der Schulter eine allmähliche, aber zögerliche Besserung eingetreten sei. Die Physiotherapie müsse fortgesetzt werden. Es bestehe eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit ab dem 29. August 2011 (AB 16 S. 1).

In einem weiteren Bericht vom 29. November 2011 (AB 37) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine deutlich gebesserte frozen shoulder fest. Eine Beteiligung des noch kleinen partiellen Supraspinatusrisses sei wahrscheinlich. Bei Progression der Schwäche und Schmerzhaftigkeit der Abduktion wäre eventuell eine Dekompression und Rekonstruktion des Teilrisses im Supraspinatus zu erwägen.

**3.1.3** Die Kreisärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie FMH, diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 9. Januar 2012 (AB 47) eine traumatische frozen shoulder mit einem kleinen Einriss in der Supraspinatussehne rechts. Sie empfahl aufgrund der stetigen Besserung durch

die intensive Physiotherapie die Weiterführung derselben. Nach ca. drei bis vier Monaten sei mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu rechnen. Bis zu diesem Zeitpunkt bestehe aber weiterhin eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit (AB 47 S. 3).

**3.1.4** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 14. Mai 2012 (AB 68) aus, eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter habe einen progredienten Supraspinatusriss und eine AC-Arthrose ergeben. Aufgrund der Änderung der Situation und des zunehmenden Supraspinatusrisses müsse die Indikation zur operativen Dekompression sowie transossären Reinsertion des Supraspinatus gestellt werden.

**3.1.5** Der SUVA-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt im Bericht vom 5. September 2012 (AB 101) fest, der Unfall vom 14. Oktober 2010 habe zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der rechten Schulter geführt, welche bildgebend nachweisbar seien (AB 101 S. 1). Von der Weiterführung der Physiotherapie könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Der Endzustand sei noch nicht erreicht (AB 101 S. 2).

**3.1.6** Im Bericht vom 20. September 2012 (AB 109) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ einen Status nach AC-Resektion, subakromialer Dekompression und transossärer Reinsertion des Supraspinatus rechts vom 25. Mai 2012 fest. Der Verlauf sei an und für sich komplikationslos, jedoch von einer frozen shoulder gekennzeichnet gewesen. Es bestehe in einer Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

**3.1.7** Der SUVA-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führte am 3. Oktober 2012 aus, es bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ab dem 15. Oktober 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit (eingeschränkt für Überkopfarbeiten, mit Gewichtsbelastungen bis 10 kg bis Lendenhöhe bzw. bis 5 kg bis Brusthöhe; AB 104 S. 1 und AB 111 S. 1).

**3.1.8** Am 26. Oktober 2012 berichtete Dr. med. D. \_\_\_\_\_, es bestehe eine residuelle, aber noch deutliche frozen shoulder. Es sei eine weitere Serie Physiotherapie notwendig (AB 125).

**3.1.9** Am 31. Oktober 2012 hielt der SUVA-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, dass die frozen shoulder weiterer Behandlung bedürfe. Erst danach könne die Arbeitsfähigkeit, die Zumutbarkeit sowie ein allfälliger Integritätschaden abschliessend beurteilt werden (AB 124).

**3.1.10** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 28. November 2012 (AB 130) eine Läsion des Supraspinatus und ein Schulterimpingement. Am 25. Mai 2012 seien eine AC-Resektion, eine Schulterdekompression sowie eine transossäre Reinsertion des Supraspinatus rechts durchgeführt worden. Im postoperativen Verlauf habe sich eine frozen shoulder gebildet (AB 130 S. 1). Der Arzt attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24. Mai bis 14. Oktober 2012 und eine solche von 50 % (für körperlich leichte Tätigkeiten) vom 15. Oktober 2012 bis auf weiteres. Bei noch nicht voll rehabilitierter Schulter und protrahierter Schmerzkomponente mit residueller frozen shoulder sei die angestammte Tätigkeit als ... derzeit nicht möglich. Es sei eine bleibende Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit (bei Tragen von Lasten, bei Überkopfarbeiten) zu erwarten. Mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, jedoch einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (ohne Überkopfarbeiten, ohne schwere Lasten), könne gerechnet werden (AB 130 S. 2). Unter Weiterführung der Physiotherapie sollten Besserungen der Funktion möglich sein (AB 130 S. 1).

In einem weiteren Bericht vom 4. Dezember 2012 (AB 132) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei stark beunruhigt durch die Tatsache, dass er bezüglich der Beschwerdegegnerin und der Invalidenversicherung offenbar „zwischen Stühle und Bänke“ gefallen sei. Der Beschwerdeführer stecke in finanziellen Nöten. Er sei depressiv geworden. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit) offenbar ohne klinische Untersuchung des Beschwerdeführers abgegeben. Aufgrund des jetzigen Zustandes sei die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr möglich, hingegen bestehe in einer körperlich leichten Tätig-

keit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung der Schulterfunktionen sei klar objektivierbar und vorhanden (AB 132 S. 1).

Am 28. Dezember 2012 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, es liege nach wie vor eine frozen shoulder vor, mit Abduktion von knapp 75° und mit Anteversion von 100°. Die Rotation sei zu 50 % eingeschränkt. Der Arzt befürworte eine kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers (AB 137).

**3.1.11** Im Austrittsbericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2013 (AB 158) wurden als Diagnosen eine Distorsion der rechten Schulter, eine frozen shoulder rechts sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit selbst- und fremdgefährdenden Gedanken (ICD-10 F33.1), genannt (AB 158 S. 1). Es liege weiterhin eine Kapsulitis der rechten Schulter mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit, vor allem für die Aussenrotation, vor. Da sich der Beschwerdeführer aktuell noch in der medizinischen Behandlungsphase befinde, sei auf die Durchführung der Hebe- und Tragetests verzichtet worden. In psychosomatischer Hinsicht lägen selbst- und fremdgefährdende Gedanken vor, von deren Umsetzung er sich derzeit abgrenzen könne. Seine Verärgerung gegenüber dem sozialen System habe vor vielen Jahren im Rahmen des ihm nicht ermöglichten Familiennachzuges begonnen, basiere aber letztlich auch auf seiner familiär erlebten Gewalt- und Autoritätsproblematik. Heute fühle er sich durch den familiären Versorgungsauftrag für die daheim gebliebenen Familienmitglieder bei gleichzeitig wenig Ressourcen enorm unter Druck. Es gebe aktuell keine Hinweise für antisoziale Persönlichkeitszüge, hingegen für negativistische sowie leicht schizoide Züge. Das vom Beschwerdeführer ausgehende Gefahrenpotenzial werde derzeit nicht als akut eingestuft, bei weiterer psychosozialer Zuspitzung der Situation sei jedoch ein solches nicht auszuschliessen. Trotz kurzer Aufenthaltsdauer habe eine leichte Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit der rechten Schulter habe insgesamt eine gewisse Verbesserung erreicht werden können. Die Aussenrotation bleibe aufgehoben (AB 158 S. 3).

**3.1.12** Im Bericht vom 11. Februar 2013 (AB 160) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei aus kombinierter Ursache weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

**3.1.13** Im Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2013 (AB 187) wurden als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig bis schwer ausgeprägte rezidivierende depressive Störung mit selbst- und fremdgefährdenden Gedanken (ICD-10 F33.1) und eine Persönlichkeit mit negativistischen und paranoiden Zügen (ICD-10 Z73.1, DD F61.0) genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien Probleme durch die Migration (ICD-10 Z60; AB 187 S. 3). Aufgrund der depressiven Erkrankung bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 187 S. 5).

In einem weiteren Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2013 (AB 201) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer zeige die Tendenz, in seinen somatischen Beschwerden und psychischen Nöten zu verharren, was einerseits als Ausdruck der depressiven Erkrankung und andererseits als Ausdruck seiner Persönlichkeit zu deuten sei (AB 201 S. 2).

**3.1.14** Der Kreisarzt Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt im Untersuchungsbericht vom 10. Juni 2013 (AB 213) einen Status nach Schulterdekompression und Rotatorenrekonstruktion nach einem Sturz fest. Kernspintomographisch bestünden Vernarbungen im subacromialen Bereich ohne eigentliche Kapselschrumpfung und bei regelrechter Reinsertion des Supraspinatus. Allerdings sei im weiteren Verlauf der Supraspinatus proximal ca. auf der Höhe des AC-Gelenkes oberflächenverdünnt um ca. ein Drittel. Als Unfallfolge bestehe eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit verminderter Belastbarkeit (AB 213 S. 8). Die Beweglichkeitsprüfung links habe eine völlig freie Beweglichkeit in allen Ebenen ergeben. Rechts lägen eine Abduktion von 80°, eine Adduktion von 30°, eine Anteversion von 100°, eine Retroversion von 30°, eine Aussenrotation rechts von 20° sowie eine Innenrotation von 90° vor. Es bestünden jeweils schmerzhafte Endstellungen der Bewegungsausmasse an der rechten Schulter. Die Pro- und Supination seien völlig frei. Sämtliche Funktionsgriffe beider Hände seien seitengleich demonstriert worden (AB 213 S. 7). Von weiteren Behandlungen könne keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet

werden. Dem Beschwerdeführer sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (unter Vermeidung von Überkopparbeiten, ohne repetitive Vibrationsbelastung des rechten Arms, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 7 kg [sowohl am ausgestreckten als auch am hängenden Arm], ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten [wegen der erforderlichen Überkopfgreifhaltung beim Leitergehen]) ganztags zumutbar (AB 213 S. 8). Zur Aufrechterhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit sei eine Gutsprache von zwei Mal neun Einheiten Physiotherapie notwendig, welche im Laufe des nächsten Jahres bei Bedarf abgerufen werden könnten. Zudem werde die Kostenübernahme für das Fitnesstraining und die Unterwassertherapie empfohlen. Durch die Letztere könne nach Angaben des Beschwerdeführers noch am ehesten Schmerzlinderung bzw. Schmerzfreiheit erzielt werden, zumindest für eine gewisse Zeit (AB 213 S. 9).

**3.1.15** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 24. Juni 2013 (AB 228 S. 5) aus, die Kombination zwischen den Restbeschwerden in der Schulter mit der verbliebenen leichten frozen shoulder, den periscapulären und zervikalen Myogelosen und der posttraumatisch exazerbierten psychischen Problematik lasse keine realistische Arbeitsfähigkeit von 100 % zu. Die gegenseitige Beeinflussung der Faktoren könne gar zu einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit führen.

**3.1.16** Dem Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2013 (AB 226) ist zu entnehmen, dass der Unfall und der damit verbundene Arbeitsverlust mit entsprechender finanzieller Notlage die aktuelle depressive Episode ausgelöst hätten. Die negativistische und schizoide Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers vor dessen lebensgeschichtlichem Hintergrund verstärke die Symptomatik zusätzlich und erschwere deren Abklingen (AB 226 S. 1).

**3.1.17** Im Bericht vom 11. November 2013 (AB 275) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe ein Zustand mit einer unfallbedingten Einschränkung der rechten Schulter, mit einem unfallfremden Impingement und einem unfallfremden Limbusschaden anterior im linken Schultergelenk ohne grosse Rotatorenruptur, aber mit Beschwerden. Hauptsächlich werde

das Beschwerdebild jedoch durch die chronische Depression ungünstig moduliert (AB 275 S. 1).

Am 15. November 2013 (AB 276) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, dass körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten (ohne Überkopfarbeiten, ohne schwere Lasten) mit der rechten Schulter und dem rechten Arm im Sinne der kreisärztlichen Zumutbarkeit ab sofort in reduziertem Masse, höchstens zu Beginn halbtags, zumutbar seien (AB 276 S. 2). Eine vollzeitliche Tätigkeit mit der rechten Schulter sei zumindest derzeit nicht möglich. Es lägen unfallfremde Schmerzen in der linken Schulter, ein im MRI nachgewiesener infero-anteriorer Limbusriss und eine kleine Veränderung im vorderen Supraspinatussehnenbereich vor, welche einem unfallfremden eigenständigen Krankheitsbild zuzuordnen seien. Es bestehe keine eigentliche Gefahr der Überbelastung der linken Schulter wegen der rechten Schulter (AB 276 S. 1). Zudem würden sich die unfallbedingten Folgen der rechten Schulter mit den unfallfremden psychiatrischen Problemen summieren. Zusammen mit dem protrahierten Verlauf und dem Restzustand sei eine schulterbedingte Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit von ca. 60 % realistisch (AB 276 S. 2).

Am 20. März 2014 berichtete Dr. med. D. \_\_\_\_\_, es lägen eine Schonhaltung, Dolenzen vor allem in den abduzierteren und antevertierteren Stellungen mit Rotation und ein Hartspann zervikoskopulär, ohne Hinweise auf radikuläre Genese, vor. Es scheine, dass sich die Situation auf diesem Niveau etwas stagnierend verhalte. Die Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit sei auf 50 % zu veranschlagen (Beschwerdebeilage [BB 8]).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

**3.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen (Entscheid des BGer vom 10. Februar 2014, 8C\_653/2013, E. 4.1). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229 und 135 V 465 E. 4.4 S. 470, je mit Hinweisen).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2013 (AB 269) massgeblich auf den Bericht des Kreisarztes Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2013 (AB 213) gestützt. Dieser erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervoor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigener Untersuchung und sind in Kenntnis sämtlicher Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum (somatischen) Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet, so dass darauf abzustellen ist.

**3.4** Gestützt auf den besagten Bericht des Kreisarztes und die übrigen medizinischen Akten steht fest und ist nicht streitig, dass in somatischer Hinsicht ein stabiler Zustand vorliegt und ab dem Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. August 2013 (AB 246 S. 1) von einer Fortsetzung der

ärztlichen Behandlung in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war (AB 213 S. 8). Der Fallabschluss per Ende August 2013 ist somit nicht zu beanstanden, zumal auch die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen waren (AB 241; vgl. E. 2.2 hiervor) und die unbestrittenermassen bestehenden psychischen Leiden (AB 158 S. 1, AB 187 S. 3, AB 228) nicht adäquat kausale Unfallfolgen sind (vgl. E. 3.6 f. hier-nach).

**3.5** Weiter steht aufgrund der Schilderung des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer (Sturz auf die rechte Körperseite, reflexartiges Abstützen mit dem rechten Ellbogen, „Anhängen“ der rechten Schulter [AB 10, 141]) und gestützt auf den kreisärztlichen Bericht vom 10. Juni 2013 (AB 213 S. 8) fest, dass in somatischer Hinsicht einzig die Beschwerden an der rechten Schulter, nicht aber diejenigen an der linken Schulter (vgl. Beschwerde, S. 6) unfallkausal sind. Diese Beurteilung findet in den Berichten des behandelnden Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 11. und 15. November 2013 (AB 275 S. 1, AB 276 S. 2) ihren Rückhalt, wonach die Beschwerden an der linken Schulter unfallfremd seien und keine eigentliche Gefahr der Überbelastung der linken Schulter wegen der rechten Schulter bestehe. Zudem äusserte kein behandelnder oder untersuchender Arzt hinsichtlich der Kausalität der Schulterbeschwerden eine hiervon abweichende Meinung.

**3.6** Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die bestehenden psychischen Leiden (AB 158 S. 1, AB 187 S. 3, AB 228) einzustehen hat. Die Frage, ob zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 14. Oktober 2010 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, kann hier offen gelassen werden, da ein allfälliger Kausalzusammenhang - wie die nachstehenden Erwägungen zeigen - nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre (zur Zulässigkeit dieser Vorgehensweise: BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472). Nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin die Beurteilung der Adäquanz gemäss den von der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen entwickelten Kriterien vorgenommen hat (vgl.

E. 2.4.3 hiervor). Dies wird im Übrigen vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

Bei dieser Ausgangslage kann auf Abklärungen in psychischer Hinsicht verzichtet werden. Es ist nicht von Belang, ob und wie sich die psychischen Beschwerden auf die bei der Adäquanzbeurteilung massgeblichen Kriterien auswirken, weil solche bei der Adäquanzprüfung nach der Rechtsprechung zur Beurteilung psychischer Unfallfolgen ohnehin ausser Betracht zu bleiben haben (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140). Daher ist auch nicht massgebend, dass die Ärzte der Klinik H.\_\_\_\_\_ und des Spitals I.\_\_\_\_\_ von einem nicht stabilisierten psychischen Gesundheitszustand ausgehen (AB 158 S. 3 und AB 226 S. 1).

**3.6.1** Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Entscheid des BGer vom 18. April 2011, 8C\_46/2011, E. 5.1).

Die Beschwerdegegnerin hat den Treppensturz vom 14. Oktober 2010 (Ausrutschen auf einer Kellertreppe, Sturz auf die rechte Körperseite, reflexartiges Abstützen mit dem rechten Ellbogen, „Anhängen“ der rechten Schulter [AB 10, 141]) als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft (AB 269 S. 8). Die Frage, ob dieser Sturz in Anbetracht vergleichbarer Fälle (vgl. Entscheid des EVG vom 1. Juni 2006, U 83/05, E. 3.1) nicht eher als leichter Unfall zu qualifizieren wäre (diesfalls wäre der adäquate Kausalzusammenhang ohne weiteres zu verneinen [vgl. E. 2.4.3 hiervor]), kann hier offen gelassen werden, da die Adäquanz selbst bei der von der Beschwerdegegnerin angenommenen Unfallschwere zu verneinen wäre (vgl. E. 3.6.2 ff. hiernach). Demnach wäre die Adäquanz hier nur zu bejahen, wenn vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt wären oder eines besonders ausgeprägt vorläge (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

**3.6.2** Unbestrittenermassen kann weder von besonders traumatischen Begleitumständen noch von einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfallereignisses gesprochen werden.

**3.6.3** Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist bei einem anterioren kleinen Riss der Supraspinatussehne bzw. einer frozen shoulder (AB 12 S. 1) nicht erfüllt.

**3.6.4** Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Entscheid des BGer vom 12. Dezember 2012, 8C\_561/2012, E. 4.2.2).

Am 25. Mai 2012 wurde der Beschwerdeführer an der rechten Schulter operiert (AB 96 S. 1). Die weiteren Behandlungen erschöpften sich weitestgehend in der Durchführung ambulanter Physiotherapie, in medizinischen Verlaufskontrollen und Medikamentenabgabe (vgl. etwa AB 101 S. 2, AB 125, AB 130 S. 1), wobei ab Dezember 2012 die Behandlung eines überwiegend psychisch bedingten Schmerzsyndroms im Vordergrund stand (AB 132 S. 1, AB 187), was bei der Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben hat (Entscheid des BGer vom 13. Dezember 2007, 8C\_36/2007, E. 3.2.2). Dass im Januar 2013 ein zweiwöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_\_ erfolgte (AB 158), ändert daran nichts, bestanden doch die Vorkehren hier im Wesentlichen in Abklärungsmassnahmen sowie physikalischen Massnahmen (AB 158 S. 2 und 3).

**3.6.5** Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann allenfalls als erfüllt betrachtet werden. Die Beschwerden weichen jedoch in Intensität und Ausmass von den üblicherweise bei einem anterioren kleinen Riss der Supraspinatussehne bzw. einer frozen shoulder (AB 12 S. 1) auftretenden Beeinträchtigungen nicht derart ab, dass das Kriterium in besonders ausgeprägter Weise bejaht werden könnte.

**3.6.6** Eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht.

**3.6.7** Ebenso ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen nicht erfüllt, wurde doch der weitere Verlauf bzw. das Beschwerdebild massgeblich durch die psychische Überlagerung geprägt (AB 132 S. 1, AB 158 S. 1, AB 187 S. 3).

**3.6.8** Ob schliesslich das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu bejahen ist, kann offen bleiben, da es jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist.

**3.6.9** Somit liegt keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vor und selbst dann, wenn man zugunsten des Beschwerdeführers die Kriterien der körperlichen Dauerschmerzen sowie des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als erfüllt erachten würde, sind die Kriterien nicht in gehäufte Weise (mindestens vier Kriterien; vgl. E. 3.6.1 hiervor) gegeben. Die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall vom 14. Oktober 2010 sowie den psychischen Beschwerden ist daher zu verneinen (vgl. E. 3.6 hiervor). Im Übrigen ist in diesem Kontext auch zu berücksichtigen, dass eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation mit finanziellen Problemen für das psychische Beschwerdebild mitverantwortlich ist (vgl. bspw. AB 158 S. 3, AB 159 S. 4 und AB 226 S. 1).

**3.7** Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich der unfallbedingten Beeinträchtigungen in der rechten Schulter (vgl. E. 3.5 hiervor) ist auf den überzeugenden Bericht des Kreisarztes Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2013 (AB 213) abzustellen (vgl. E. 3.3 hiervor). Dieser legte gestützt auf die detaillierte Befunderhebung (AB 213 S. 7) nachvollziehbar und schlüssig dar, dass in einer körperlich leich-

ten, angepassten Tätigkeit (unter Vermeidung von Überkopfarbeiten, ohne repetitive Vibrationsbelastung des rechten Arms, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 7 kg [sowohl am ausgestreckten als auch am hängenden Arm], ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten [wegen der erforderlichen Überkopfgreifhaltung beim Leitergehen]) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit besteht (AB 213 S. 9). Diese Beurteilung lässt sich ohne weiteres in das von den anderen SUVA-Ärzten resp. Kreisärzten gezeichnete Gesamtbild einfügen (AB 47, 101, 104, 111, 124).

Aus den zahlreichen Berichten des behandelnden Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 12, 16, 37, 68, 109, 125, 130, 132, 137, 160, 228, 275, 276 und BB 8) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zunächst bestätigte der Arzt im Bericht vom 15. November 2013 (AB 276) selber das vom Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten (unter Vermeidung von Überkopfarbeiten, mit Einschränkungen beim Lastentragen) zumutbar seien. Der Umstand, dass er dabei von einer 50 bzw. 60 %igen Arbeitsfähigkeit ausging (AB 276 S. 2), vermag die kreisärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung (ganztägige Arbeitsfähigkeit) nicht in Zweifel zu ziehen. Zum einen gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte, aber auch behandelnde Fachärzte, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Zum anderen berücksichtigte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bei seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (so auch in den Berichten vom 11. Februar und 24. Juni 2013 [160 und 228]) auch die unfallfremde psychische Problematik. So hielt er im Schreiben vom 15. November 2013 (AB 276 S. 2) ausdrücklich fest, dass sich die unfallbedingten Folgen der rechten Schulter mit den nichtunfallbedingten psychiatrischen Problemen summieren; zudem liege eine ungünstige Beeinflussung der Psyche durch die Angst um die rechte Schulter vor, was einer der Hauptgründe für die Nichtannahme einer vollen Arbeitsfähigkeit sei. Der vom Beschwerdeführer im Laufe des Beschwerdeverfahrens eingereichte und nach dem Zeitpunkt des Einspracheentscheids ergangene Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 20. März 2014 (BB 8), in welchem ein aktueller Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beschrieben wird, ist für die

Beurteilung des vorliegenden Falles unerheblich, da der angefochtene Entscheid die (zeitliche) Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 131 V 9 E. 1 S. 11).

Auch die Berichte der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2013 (AB 158) sowie des Spitals I.\_\_\_\_\_ vom 8. April, 13. Mai und 4. Juli 2013 (AB 187, 201 und 226) vermögen keine Zweifel am Beweiswert des kreisärztlichen Berichts vom 10. Juni 2013 (AB 213) zu begründen. Entweder äussern sie sich überhaupt nicht zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit oder sie enthalten eine Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus psychiatrischer Sicht. Damit erübrigen sich Weiterungen zu den diesbezüglichen Vorbringen in der Beschwerde (vgl. S. 6).

Die Einwände des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 6) vermögen die Schlüssigkeit des kreisärztlichen Berichts vom 10. Juni 2013 (AB 213) ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Was die fachliche Qualifikation des Kreisarztes Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ angeht, war der Kreisarzt mit Facharzttitel in Chirurgie gemäss dem Ärzteverzeichnis der FMH ([www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)) von 1996 bis 2008 in der Klinik K.\_\_\_\_\_ tätig, wovon mehrere Jahre im operativen Betrieb. Damit verfügt der Kreisarzt über das notwendige (hier primär relevante orthopädische) Fachwissen bzw. ist dessen fachlich-medizinische Qualifikation hinlänglich gegeben. Sodann sahen die Ärzte der Klinik H.\_\_\_\_\_ und auch die übrigen involvierten medizinischen Experten - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - offenbar keinen Anlass für weitere Abklärungen, namentlich für ein schulterorthopädisches oder neurologisches Konsilium. Für derartige ärztliche Empfehlungen ergeben sich auch aus den Akten keine Anhaltspunkte. Weiter ist aus den fehlenden kreisärztlichen Angaben betreffend Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. einer Leistungseinschränkung bei vollzeitiger Arbeitsleistung und Notwendigkeit eines erhöhten Pausenbedarfs zu schliessen, dass insoweit keine Limitierung besteht bzw. die vom Kreisarzt aufgeführten Tätigkeiten im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils eben gerade zumutbar sind.

Schliesslich vermag auch der Bericht der Abklärungsstelle Z.\_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2013 (AB 241), wonach die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers bei körperlich leichten, geeigneten Tätigkeiten 40 % betragen habe

(AB 241 S. 3), den Beweiswert des kreisärztlichen Berichts vom 14. Juni 2013 (AB 213) nicht zu schmälern. Zunächst zeigte sich der Beschwerdeführer nach Angaben der beruflichen Abklärungspersonen bei der beruflichen Abklärung (Aufbautraining) nicht sehr motiviert (AB 241 S. 3). Sodann begründete der Kreisarzt Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ das Zumutbarkeitsprofil mit medizinischen Untersuchungsergebnissen, während die beruflichen Abklärungspersonen entscheidend auf ihre subjektive Wahrnehmung und die geäusserten Befindlichkeiten des Beschwerdeführers abstellten (vgl. AB 241 S. 2). Deshalb begründeten die Abklärungspersonen das Scheitern der beruflichen Massnahme vorab mit der hier nicht massgebenden psychischen Belastungssituation (AB 241 S. 3).

Der medizinische Sachverhalt ist somit hinreichend abgeklärt, auf weitere Beweiserhebungen ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) zu verzichten.

**3.8** Der Beschwerdeführer bringt bezüglich der Ermittlung des IV-Grades resp. der Validen- und Invalideneinkommen, welche sich auf die unfallbedingten Einschränkungen an der rechten Schulter bezieht, keine Rügen vor (vgl. Beschwerde, S. 7 Ziff. 3). Auch in den Akten findet sich kein Anhaltspunkt, wonach die Invaliditätsbemessung unzutreffend wäre. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Ermittlung des Valideneinkommens zu Recht auf den Tabellenlohn für die bisherige Tätigkeit im ... (AB 249 S. 2) ab (vgl. E. 2.3.1), befand sich doch der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls nicht in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis (vgl. AB 10). Dies ergibt für das massgebliche Jahr des Rentenbeginns (2013) ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 68'003.25 (AB 249 S. 2). Da der Beschwerdeführer seit Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht mehr erwerbstätig ist, legte die Beschwerdegegnerin das mutmassliche Invalideneinkommen anhand von fünf dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil entsprechenden DAP-Blättern (DAP-Profile Nr. 8289, 9226, 451, 5, und 9010; AB 244) fest, was nicht zu beanstanden ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 480; vgl. E. 2.3.2 hiervor). Dies führt zu einem Invalideneinkommen von Fr. 54'958.-- (AB 249 S. 2). Aus dem Vergleich der beiden Einkommen resultiert ein IV-Grad von gerundet 19 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Damit bleibt es bei der von der

Beschwerdegegnerin aus somatischen Gründen gewährten Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 19 % ab dem 1. September 2013 (zum Rentenbeginn: vgl. E. 3.4 hiavor; AB 269 S. 10; vgl. BGE 110 V 48 E. 4a S. 53).

#### **4.**

**4.1** Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung.

**4.1.1** Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

**4.1.2** Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, 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. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). In diesem Zusammenhang hat die SUVA in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog.

Feinraster; abrufbar unter [www.suva.ch](http://www.suva.ch)) erarbeitet. Diese Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

**4.1.3** Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

**4.2** Die Beschwerdegegnerin sprach für die verbleibende Schädigung an der rechten Schulter eine Integritätsentschädigung auf der Grundlage eines Integritätsschadens von 15 % zu. Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung des Kreisarztes Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2013 (AB 212). Dieser bezifferte den Integritätsschaden aus somatischer Sicht ausgehend von der SUVA-Tabelle 1, "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten", „Schulterbeweglichkeit bis zur Horizontalen“, auf 15 %; dies mit der Begründung, es bestehe eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung mit Abduktionsfähigkeit bis 80°, Anteversion bis knapp 100° sowie eingeschränkter Aussenrotation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion und AC-Gelenksresektion vom 25. Mai 2012 (AB 212 S. 1). Diese Beurteilung, welche dem erhobenen Befund und der SUVA-Feinrastertabelle 1.2 entspricht, ist nachvollziehbar und medizinisch hinreichend begründet. Darauf ist abzustellen.

Aus dem Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2013 (AB 235), wonach der Beschwerdeführer die Integritätsentschädigung auf 30 % schätze und möglicherweise der Mittelweg 20 % wäre, vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, da Dr. med. D. \_\_\_\_\_ allein auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abstellte und daraus einen Mittelwert ableitete; die Schätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ist indes nicht mit den vorerwähnten rechtlichen Grundlagen vereinbar und zudem medizinisch nicht begründet.

Die Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 7 Ziff. 2) vermögen daran ebenfalls nichts zu ändern. Zwar liegt aufgrund der Akten

(vgl. MRT des rechten Schultergelenks vom 21. März 2013 [AB 203], MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 8. Mai 2012 [AB 97], Arthro-MRI der rechten Schulter vom 8. Juni 2011 [AB 9]) höchstens eine mittelgradige AC-Arthrose vor, jedoch berechtigt gemäss SUVA-Tabelle 5 („Integritätsschaden bei Arthrosen“, „AC-Arthrose“) erst eine schwere AC-Arthrose zu einer Integritätsentschädigung von 5 bis 10 %. Damit hat - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ die AC-Arthrose zu Recht in der Beurteilung des Integritätsschadens nicht berücksichtigt. Für die weiteren vom Beschwerdeführer angeführten Befunde oder Diagnosen (weitere Funktionseinschränkungen, Ruhe-, Nacht- und Belastungsschmerzen, Omarthrose, Periarthrosis humeroscapularis) bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte. Weiter liegen aufgrund der medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für eine voraussehbare Verschlimmerung nach Art. 36 Abs. 4 UVV vor und wären auch von ergänzenden medizinischen Abklärungen nicht zu erwarten; die blosse Möglichkeit einer Verschlimmerung genügt - wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte (vgl. Beschwerdeantwort, S. 10) - nicht (Entscheid des EVG vom 21. April 2006, U 463/05, E. 2.2.1). Die von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Integritätsentschädigung von Fr. 18'900.-- (bei einem höchstversicherten Jahresverdienst von Fr. 126'000.-- gemäss Art. 22 Abs. 1 UVV) bzw. bei einer Integritätseinbusse von 15 % ist daher nicht zu beanstanden. Der diesbezügliche Sachverhalt ist ebenfalls hinreichend abgeklärt, auf weitere Beweiserhebungen ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) zu verzichten.

## **5.**

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2013 (AB 269) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und deshalb abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - SUVA (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 1. April 2014)
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.