

200 16 266 UV  
LOU/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Oktober 2017**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 26. Januar 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1979 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Schadenmeldung am 13. Juni 2010 bei einem Treppensturz an der rechten Hand verletzte (Schaden-Nr. ...; Akten der Suva [act. IIB] 1). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. IIB 15 f., 112/3 Ziff. 5.1). Während der Versicherte am 13. Mai 2012 in einem von der Invalidenversicherung unterstützten Praktikum stand (act. IIB 125 f.), zog er sich bei einem weiteren Treppensturz eine Fingerverletzung an der linken Hand zu (Schaden-Nr. ...; Akten der Suva [act. II] 4). Auch bezüglich dieses Ereignisses erbrachte die Suva Heilbehandlung und Taggeld (act. II 6 f., 9-11, 73 f., 83; Akten der Suva [act. IIA] 169). Am 15. September 2014 stellte die Suva das Taggeld formlos per 31. Oktober 2014 ein (act. IIA 185) und ermittelte in der Folge für beide Schadenfälle ab 1. November 2014 einen Invaliditätsgrad von 39 % und ab 1. April 2015 einen solchen von 25 % bzw. bezüglich des zweiten Ereignisses einen Integritätsschaden von 10 %. Mit Verfügung vom 17. April 2015 (act. IIA 228; Akten der Suva [act. IIC] 208) sprach sie eine entsprechende kombinierte abgestufte Invalidenrente bzw. eine Integritätsentschädigung zu. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IIA 234; act. IIC 214) mit Entscheid vom 26. Januar 2016 (act. IIA 243; act. IIC 225) fest.

### **B.**

Mit Eingabe vom 29. Februar 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Suva zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. April 2016 schloss die Suva (Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde.

Am 13. Dezember 2016 legte der Beschwerdeführer ein zusätzliches Dokument ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), wozu die Beschwerdegegnerin am 12. Januar 2017 – unter Beilage eines Schreibens des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IID] 1) – Stellung nahm.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 Abs. 1 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 26. Januar 2016 (act. IIA 243; act. IIC 225). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit den

Ereignissen vom 13. Juni 2010 sowie 13. Mai 2012 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht keine höheren Leistungen als die ab 1. November 2014 auf einem Invaliditätsgrad von 39 % und ab 1. April 2015 auf einem solchen von 25 % basierende Rente bzw. die einem Integritätsschaden von 10 % entsprechende Integritätsentschädigung zugesprochen hat.

**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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [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).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt weiter nebst anderem 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).

**2.2** 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 blosse 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).

## **2.3**

**2.3.1** 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 Kausalzusammenhangs 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).

**2.3.2** Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf aus-

zugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzu-  
beziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese  
Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140  
V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleuder-  
traumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schä-  
del-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychi-  
schen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR  
2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung  
des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem  
Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsun-  
fähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn  
es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernst-  
haft 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 Kata-  
logisierung 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). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriteri-  
en in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psy-  
chischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes  
oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem ge-  
wöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammen-  
hang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel  
(vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) 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 Gesundheitsscha-  
den 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 aufgrund 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 Eindringlichkeit 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 Kausalzusammenhangs 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).

**2.4** 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).

**2.5** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gege-

benenfalls 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 (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.6** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

### **3.**

**3.1** Dass die in den Unfallmeldungen (act. IIB 1; act. II 4) geschilderten Ereignisse vom 13. Juni 2010 bzw. 13. Mai 2012 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllen, ist zu Recht unbestritten. Was die Unfallversicherungsdeckung in Bezug auf das zweite Ereignis anbelangt, ist augenfällig, dass damals das befristete Arbeitsverhältnis nicht mehr bestand (act. IIB 46 f.), das UV-Taggeld per Ende Februar 2012 aus Gründen der intersystemischen Koordination eingestellt (act. IIB 119; Art. 25 Abs. 3 UVV) und im März 2012 ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung ausgerichtet wurde (act. IIB 123). Obwohl der Beschwerdeführer das daraufhin ab 1. April 2012 vorgesehene dreimonatige «Praktikum» im Betrieb seines ... (act. IIB 126; act. IIC 137) womöglich gar nie antrat (act. IIC 141/1, 148) und ein unrechtmässiger Bezug des IV-Taggeldes im Raum steht (act. IIB 130; act. IIC 159), wäre bei fehlendem Anspruch auf UV- oder IV-Taggeld (vgl. Art. 3 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 lit. b UVV) weiterhin ein ALV-Taggeld ausgerichtet worden, was aufgrund von Art. 3 Abs. 1 der früheren Verordnung vom 24. Januar 1996 über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen (UVAL; AS 1996 698) ein neues Versicherungsverhältnis zur

Beschwerdegegnerin begründet hätte. Die Versicherungsdeckung für beide Unfallereignisse ist zwischen den Parteien denn auch unbestritten.

**3.2** Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Januar 2016 (act. IIA 243; act. IIC 225) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf kreisärztlichen Beurteilungen (act. II 163 f.; act. IIA 242; act. IIC 179, 224) sowie dem Gutachten des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2015 (act. IIA 218; act. IIC 201).

**3.2.1** Nachdem Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in Bezug auf die Verletzung der rechten Hand bereits am 14. April 2011 eine kreisärztliche Untersuchung vorgenommen (act. IIB 56) und am 9. September 2011 ein medizinisches Zumutbarkeitsprofil für leidensadaptierte Tätigkeiten formuliert hatte (act. IIB 91), vermerkte er im Bericht vom 5. Februar 2014 (act. II 164; act. IIC 179) über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Abschlussuntersuchung hinsichtlich beider Schadenfälle die nachstehenden Diagnosen:

- Sturz im Treppenhaus am 13. Mai 2012 mit/bei:
  - Bennett-Fraktur Daumen links
  - Zugschrauben-Osteosynthese am 16. Mai 2012 im Spital E. \_\_\_\_\_
  - Re-Osteosynthese am 29. Mai 2012 im Spital E. \_\_\_\_\_
  - persistierender intraartikulärer Stufe
  - Arthroskopie des CMC-I-Gelenks (Karpometakarpalgelenk I [Daumensattelgelenk]) links, Metallentfernung und Arthroplastik mittels Pyrocardan-Spacer-Implantation am 12. Februar 2013 im Spital C. \_\_\_\_\_
  - Revision des CMC-I-Gelenks und Re-Zentrierung des Pyrocardan-Spacers bei Luxation vom 12. April 2013 im Spital C. \_\_\_\_\_
  - Spacer-Entfernung, Trapezektomie und Suspensionsarthroplastik mit der APL-Sehne (Abduktor pollicis longus) links am 9. September 2013 im Spital C. \_\_\_\_\_
  - chronischem Schmerzsyndrom der linken Hand
  - Abschlusskontrolle im Spital C. \_\_\_\_\_ am 7. Januar 2014
- Status nach Treppensturz am 13. Juni 2010 mit/bei:
  - Handgelenksdistorsion rechts und Verdacht auf Fissur des Processus styloideus ulnae
  - sekundärer Diagnose einer TFCC-Läsion (triangulärer fibrocartilaginärer Komplex) im September 2010
  - Status nach diagnostischer Arthroskopie und offener Refixation des TFCC mit einem Mini-Mitek-Anker am 13. September 2010 im Spital F. \_\_\_\_\_

- Verdacht auf eine persistierende Instabilität des DRUG (distales Radioulnargelenk)
- Abschlussuntersuchung vom 14. April 2011
- Status nach Osteosynthese einer Metakarpale-I-Fraktur (wahrscheinlich einen früheren Suva-Schadenfall aus dem Jahre 1997 betreffend)
- Status nach rheumatologischer Abklärung im Spital C. \_\_\_\_\_ im November 2009 (Suva-fremd)
- Status nach temporärer Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris links

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer nicht mehr fähig sei, manuelle körperliche Arbeit zu leisten. Zumutbar seien hingegen leichte körperliche Aktivitäten einhändig rechts, welche keines festen Zupackens der rechten Hand bedürften, ohne belastende Umwend-Bewegungen sowie ohne Arbeiten mit Schlägen oder Vibrationen. Die linke Hand diene dabei lediglich noch zur Gegenhaltefunktion. Der Beschwerdeführer wäre so im administrativen Bereich oder für Kontroll- und Überwachungsfunktionen einsetzbar. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung sei von einer ganztägigen Präsenz auszugehen (act. II 164/10 Ziff. 5; act. IIC 179/10 Ziff. 5). In einem separaten Dokument (act. II 163) schätzte der Suva-Kreisarzt den Integritätsschaden der linken Hand anhand der Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) am 5. Februar 2014 auf 10 %. Der Befund nach der Suspensionsarthroplastik entspreche einer Rhizarthrose mit durchgeführter Arthrodesese.

**3.2.2** Im Gutachten des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2015 (act. IIA 218; act. IIC 201) hielten PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, und Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (act. IIA 218/19 Ziff. V Ziff. 1; act. IIC 201/19 Ziff. V Ziff. 1)

1. Chronisches Schmerzsyndrom der Hand links
  - Sturz im Treppenhaus am 13. Mai 2012
  - Bennett-Fraktur des Daumens links am 13. Mai 2012
  - Zugschrauben-Osteosynthese am 16. Mai 2012
  - Re-Osteosynthese am 29. Mai 2012
  - Arthroskopie des CMC-I-Gelenks links, Metallentfernung und Arthroplastik mittels Pyrocardan-Spacer-Implantation am 12. Februar 2013 (bei persistierender intraartikulärer Stufe)

- Revision des CMC-I-Gelenks und Re-Zentrierung des Pyrocardan-Spacers bei Luxation am 12. April 2013
  - Spacer-Entfernung, Trapezektomie und Suspensionsarthroplastik mit ALP-Sehne links am 9. September 2013
2. Verdacht auf persistierende Instabilität des distalen Radioulnargelenks rechts
- Treppensturz am 13. Juni 2010: Handgelenksdistorsion rechts und Verdacht auf Fissur des Processus styloideus ulnae
  - Sekundäre Diagnose einer TFCC-Läsion im September 2010
  - Diagnostische Arthroskopie, offene Refixation TFCC mit einem Mini-Mitek-Anker am 13. September 2012
3. Längerdauernde, ängstlich und teilweise grenzwertig paranoid gefärbte, mittelgradige depressive Episoden

Die Gutachter attestierten aus somatischer Sicht im angestammten Beruf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und erachteten eine leidensadaptierte Tätigkeit (leichte Arbeiten, möglichst unter Vermeidung von monotonen Verrichtungen und idealerweise wechselbelastend, ohne belastende Umwend-Bewegungen sowie ohne Schläge oder Vibrationen, unter Berücksichtigung folgender Grenzen der manuelle Lastenhandhabung: Hantieren selten bis maximal 10kg, Heben horizontal bis 10kg, Tragen vorne bis 10kg, Tragen rechte Hand bis 5kg und linke Hand bis 7.5kg) ganztags für zumutbar. Bei einer manuellen beruflichen Tätigkeit sei zumindest bis zur Rekonditionierung zusätzlich ein täglicher Pausenbedarf von ein bis zwei Stunden einzurechnen, was einer Arbeitsfähigkeit von 75 % entspreche. Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes verwiesen sie auf die vom behandelnden Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte (act. IIC 187) mittelgradige depressive Episode und erklärten, ein allfälliger daraus resultierender rentenrelevanter Effekt müsste durch einen Psychiater beurteilt werden (act. IIA 218/18 Ziff. IV, 218/21 f. lit. C Ziff. 2 und Ziff. 10 ff.; act. IIC 201/18 Ziff. IV, 201/21 f. lit. C Ziff. 2 und Ziff. 10 ff.).

**3.2.3** Im Rahmen des Einspracheverfahrens bestätigte der Suva-Kreisarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 14. Januar 2016 den von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auf 10 % geschätzten Integritätsschaden bezüglich der linken Hand und verneinte gleichzeitig einen relevanten Integritätsschaden an der rechten Hand (act. IIA 242; act. IIC 224).

**3.3** 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**3.4** Die rheumatologische Expertise des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2015 (act. IIA 218; act. IIC 201) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Die PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ berücksichtigten die wesentlichen Vorakten sowie die Erkenntnisse aus der im November 2014 durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; act. IIA 218/24-34; act. IIC 201/24-34) und der klinischen Exploration samt bildgebenden bzw. labortechnischen Zusatzabklärungen (act. IIA 218/16 Ziff. III; act. IIC 201/16 Ziff. III) vom Dezember 2014. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen korrelieren im Wesentlichen sowohl in Bezug auf die festgestellten objektiven Befunde als auch hinsichtlich des medizinischen Zumutbarkeitsprofils mit den Einschätzungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. II 164/6 f. Ziff. 4, 164/10 Ziff. 5; act. IIC 179/6 f. Ziff. 4, 179/10 Ziff. 5). Die seitens des Beschwerdeführers gegen das Administrativgutachten erhobene Kritik verfängt nicht.

**3.4.1** Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, aus dem rheumatologischen Gutachten gehe nicht genau hervor, wie sich die Einschränkungen der beiden Hände auswirkten und es werde auch nicht erläutert, ob er eine Computer-Tastatur bedienen bzw. wie er im administrativen Bereich arbeiten könne (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 20), ist ihm nicht zu folgen. Die Gutachter verwiesen bezüglich der verbleibenden Funktionen und Belastbarkeit einerseits auf die detaillierten Ergebnisse der EFL (act. IIA 218/32 Anhang 2; act. IIC 201/21 Anhang 2) und erklärten andererseits, der Beschwerdeführer sei in der Funktion der beiden Hände eingeschränkt, links mit Bewegungseinschränkungen im Daumengrundgelenk, Kraftminderung und Schmerzausweitung, rechts mit einer verminderten Belastbarkeit des Radioulnargelenks (act. IIA 218/21 lit. C Ziff. 3; act. IIC 201/21 lit. C Ziff. 3). Sie gaben überdies an, die anlässlich der EFL beobachtete Belastbarkeit entspreche einer leichten Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis 10kg). Die von ihnen im Rahmen des medizinischen Zumutbarkeitsprofils zusätzlich formulierten funktionellen Einschränkungen (act. IIA 218/22 lit. C Ziff. 10; act. IIC 201/22 lit. C Ziff. 10) schliessen das Bedienen einer Computer-Tastatur klarerweise nicht aus, womit dem Beschwerdeführer nicht nur Kontroll- und Überwachungsaufgaben, sondern nach überzeugender Auffassung der medizinischen Experten eben auch administrative Beschäftigungen zumutbar bleiben (act. IIA 218/22 lit. C Ziff. 11; act. IIC 201/22 lit. C Ziff. 11). Einer weiteren Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstmöglichkeiten bedarf es mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung nicht (vgl. AHI 1998 S. 290 E. 3b). Dass sich anlässlich der im Zweig der Invalidenversicherung initiierten beruflichen Abklärung in der beruflichen Abklärungsstelle K. \_\_\_\_\_, diesbezügliche Schwierigkeiten ergeben haben sollen (Eingabe vom 13. Dezember 2016; act. I 3/2, 3/3), ist nicht entscheidend. Zum einen fand diese Abklärungsmassnahme erst nach dem Erlass des Einspracheentscheids vom 26. Januar 2016 (act. IIA 243; act. IIC 225) – der grundsätzlichen den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – statt, zum anderen mögen Berichte von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung zur Ergänzung der medizinischen Unterlagen wohl dienlich sein, die verbindliche Feststellung der noch zumutbaren Arbeitsleistung fällt hingegen in die Kompetenz der rechtsanwendenden Stelle (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196).

**3.4.2** Dass Arbeiten mit den Händen praktisch nicht denkbar seien (Beschwerde S. 12 Ziff. V Ziff. 6.2), lässt sich dem EFL-Bericht vom 19. Dezember 2014 (act. IIA 210; act. IIC 197) nicht entnehmen. In der EFL als Basis-Abklärung wurde hauptsächlich die subjektiv präsentierte Leistungsfähigkeit dokumentiert und überdies eine Symptomausweitung, Selbstlimitierung sowie Inkonsistenzen festgestellt (act. IIA 210/3 f.; act. IIC 197/3 f.). Es wurde denn auch darauf hingewiesen, dass die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien (act. IIA 210/3; act. IIC 197/3). Es leuchtet deshalb ein, dass die Gutachter des Spitals C. \_\_\_\_\_ im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils zwar den im EFL-Bericht empfohlenen Pausenbedarf (act. IIA 210/3; act. IIC 197/3) berücksichtigten, jedoch davon ausgingen, dass diese Einschränkung lediglich bis zur Rekonditionierung des Beschwerdeführers im Rahmen einer leidensadaptierten Arbeit bestehe (act. IIA 218/22 lit. C Ziff. 14; act. IIC 201/22 lit. C Ziff. 14).

**3.4.3** Seitens der behandelnden Ärzte wurden keine Aspekte benannt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Zwar wurden gemäss Verlaufsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2015 (act. IIA 209; act. IIC 195) mit dem Beschwerdeführer weitere Therapien besprochen (Beschwerde S. 10 Ziff. V Ziff. 4.2) und auch anlässlich der weiteren ambulanten Konsultation bei Prof. Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie für Handchirurgie, wurden spätere Versuche von verbessernden Massnahmen an beiden Händen in Betracht gezogen (act. IIA 219/3). Daraus lässt sich indes nicht auf eine zu erwartende relevante Gesundheitsverbesserung schliessen. Aus dem Administrativgutachten vom 24. Januar 2015 (act. IIA 218; act. IIC 201) geht hervor, dass selbst bei korrekter Indikation und einwandfreier Durchführung einer weiteren Operation – welche ausdrücklich nicht empfohlen wurde – keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes hätte erwartet werden können (act. IIA 218/18 Ziff. IV; act. IIC 201/18 Ziff. IV). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 20, S. 8 Ziff. V Ziff. 1.2, S. 10 Ziff. V Ziff. 4.2) kann vor diesem Hintergrund nicht davon ausgegangen werden, der Fallabschluss sei per Ende Oktober 2014 verfrüht erfolgt, zumal der bildgebende Befund am linken Daumen seit Ok-

tober 2013 stationär blieb (act. IIA 218/16 Ziff. III Ziff. 2; act. IIC 201/16 Ziff. III Ziff. 2) und der Suva-Kreisarzt bereits im Februar 2014 ein vergleichbares medizinisches Zumutbarkeitsprofil für eine Verweisungstätigkeit formuliert hatte (act. II 164/10 Ziff. 5; act. IIC 179/10 Ziff. 5). Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass die Gutachter eine Weiterführung der Schmerz- und Ergotherapie empfahlen (act. IIA 218/21 lit. C Ziff. 8; act. IIC 201/21 lit. C Ziff. 8), prognostizierten sie damit doch nicht etwa eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 2.4 hiervor), vielmehr erachteten sie lediglich eine Rekonditionierung für nötig, um in einer Verweisungstätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit zu erreichen (act. IIA 218/22 lit. C Ziff. 14; act. IIC 201/22 lit. C Ziff. 14).

**3.5** Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass in somatischer Hinsicht der medizinische Endzustand nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) im Zeitpunkt des Fallabschlusses längst eingetreten war, dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit unzumutbar ist und in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine durch Rekonditionierung auf 100 % steigerbare Arbeitsfähigkeit besteht. Dass die Beeinträchtigungen der Hände im Sinne eines natürlichen Kausalzusammenhangs auf die Unfallereignisse vom 13. Juni 2010 bzw. 13. Mai 2012 zurückzuführen sind, ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten. Der medizinische Sachverhalt wurde rechtsgenügend abgeklärt, zumal sich weitere Sachverhaltserhebungen auch in psychiatrischer Hinsicht erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Einerseits stellen Störungen aus dem depressiven Formenkreis mit höchstens mittelgradiger Ausprägung, wie sie Dr. med. I. \_\_\_\_\_ diagnostizierte (act. IIC 187) – mit Ausnahme von hier nicht vorliegenden seltenen Konstellationen – von vornherein keine invalidisierende Einschränkung dar (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2017, 8C\_753/2016, E. 4.3 mit Hinweisen. Andererseits könnte der Beschwerdeführer selbst unter der Prämisse einer vorliegenden natürlich unfallkausalen psychischen Beeinträchtigung nichts zu seinen Gunsten ableiten, da – wie aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 4 hiernach) – die adäquate Kausalität zu verneinen wäre.

#### **4.**

**4.1** Die Treppenstürze vom 13. Juni 2010 und 13. Mai 2012 (act. II 4; act. IIB 1) stellen mit Blick auf die höchstrichterliche Kasuistik banale oder leichte Unfallereignisse dar (vgl. Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 1. Juni 2006, U 83/05, E. 3.1 mit Hinweis und vom 18. Januar 2000, U 51/99, E. 4b), womit die adäquate Unfallkausalität von psychischen Störungen schon deshalb zu vereinen ist (vgl. E. 2.3.2 hiervor). Selbst wenn trotz dieser Einordnung der Unfälle die Adäquanz ausnahmsweise nach den bei mittelschweren Unfällen geltenden Kriterien zu prüfen (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 62) oder von mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen wäre (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III Ziff. 7; eine Einordnung in den mittleren Bereich im engeren Sinne wäre hingegen klarerweise nicht gerechtfertigt [Beschwerde S. 11 Ziff. V Ziff. 5.2]), würde sich im Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 4.2 hiernach). Diesfalls hätte die Adäquanzprüfung unbestrittenermassen anhand der sog. Psycho-Praxis zu erfolgen (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

**4.1.1** Den Treppenstürzen vom 13. Juni 2010 und 13. Mai 2012 muss – auch wenn deren exakte biomechanischen Abläufe nicht restlos erstellt sind – bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C\_568/2015, E. 3.5). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise.

**4.1.2** Der Beschwerdeführer erlitt keine somatischen Verletzungen von besonderer Schwere bzw. Art. Beim ersten Sturz vom 13. Juni 2010 (act. IIB 1) zog er sich im Handgelenk rechts eine TFCC-Läsion zu (act. IIB 22) und der zweite Unfall vom 13. Mai 2012 (act. II 1) führte zu einer dislozierten Bennett-Fraktur des Daumenstrahls links (act. II 21). Solche Handverletzungen sind erfahrungsgemäss offensichtlich kaum geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

**4.1.3** Eine ungewöhnlich lange ärztliche Behandlung fand nicht statt. Die am 13. Juni 2010 verletzte rechte Hand wurde am 13. September 2010 operiert (act. IIB 24) und die am 13. Mai 2012 erfolgte Fraktur am linken Daumen zog bis im September 2013 insgesamt fünf Eingriffe nach sich (act. II 17, 25, 95, 108, 134). Bezüglich der rechtsseitigen Verletzung fanden nach der Operation bis im Dezember 2010 noch Verlaufskontrollen beim Operateur statt (act. IIB 27, 31, 35), zudem wurde im Januar 2011 eine Zweitmeinung bei Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (act. IIB 38), sowie auf Empfehlung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. IIB 56/5) im Mai 2011 schliesslich eine Drittmeinung bei Prof. Dr. med. L. \_\_\_\_\_ eingeholt (act. IIB 67). Die Letztere führte nach einer veranlassten ergotherapeutischen Evaluation (act. IIB 90/3-9) im August 2011 eine Abschlussuntersuchung durch und empfahl dabei lediglich noch Physiotherapie (act. IIB 90/1 f.). Die eigentliche ärztliche Behandlung endete damit bereits drei Monate nach dem Unfall mit der Operation vom 13. September 2010 (act. IIB 24). Denn bloss ärztlich Verlaufskontrollen bzw. der Abklärung des Gesundheitszustands dienenden Untersuchungen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Heilmethodik zu (vgl. Entscheid des BGer vom 1. April 2015, 8C\_791/2014, E. 4.2.4). Auch manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen den spezifischen Anforderungen dieses Adäquanzkriteriums nicht (vgl. Entscheid des BGer vom 4. April 2013, 8C\_729/2012, E. 8.3). Hinsichtlich der am 13. Mai 2012 erlittenen Fraktur am linken Daumen wurden nach der letzten Operation am 9. September 2013 (act. II 134) ebenfalls hauptsächlich noch klinische Verlaufskontrollen (bei Prof. Dr. med. L. \_\_\_\_\_) durchgeführt (act. II 150, 157) und die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 5. Februar 2014 (act. II 164), die in Anspruch genommene Ergotherapie sowie die nachfolgende EFL bzw. die versicherungsmedizinische Begutachtung (act. IIA 218; act. IIC 201) stellen nach dem Gesagten hier ebenfalls keine ärztliche Behandlung dar. Des Weiteren betraf die ab 31. März 2014 aufgenommene Behandlung bei Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (act. IIC 187) nicht den somatischen Gesundheitsschaden und ist im vorliegenden Kontext auszuklammern. Somit dauerte die physisch bedingte ärztliche Behandlung im Zusammenhang mit dem zweiten Unfall rund 16 Monate, was bezogen auf die Bennett-Fraktur des Daumens bei einem operativen Standardverfahren vorder-

hand nicht als kurze Therapiedauer zu werten wäre (vgl. PETER M. VOGT, Praxis der Plastischen Chirurgie, 2011, S. 486 Ziff. 53.3.1). Angesichts des vorliegend wiederholt notwendig gewordenen operativen Vorgehens, welches durchaus im Spektrum möglicher Entwicklungen eines derartigen Verletzungsbildes liegt, ist die Behandlungsdauer jedoch nicht aussergewöhnlich.

**4.1.4** Gewisse körperliche Schmerzen sind aktenkundig (act. II 59, 92, 93/1, 100, 109, 116, 123; act. IIA 183, 202, 218/14 Ziff. II Ziff. 7; act. IIB 56/3, 69/1, 90/2 f., 102/1, 112/1; act. IIC 188, 195/2, 197/11, 201/14 Ziff. II Ziff. 7), indes wies die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin (act. IIA 243/9 f. E. 3b und c; act. IIC 225/9 f. E. 3b und c), dass die Schmerzen teilweise belastungsabhängig auftraten (act. IIB 91/2) und auch psychisch überlagert waren, hat sich doch eine chronische Schmerzerkrankung mit Symptomausweitung entwickelt (act. IIA 118/16 Ziff. IV; act. IIC 201/16 Ziff. IV). Dem Beschwerdeführer ist es zudem trotz Schmerzen nach eigenen Angaben noch möglich, ein wenig beim Kochen zu helfen, ganz leichten Hausarbeiten nachzugehen, «viel Administratives [...] mit dem ...» zu erledigen und die Kinder zu betreuen, wobei er auch bei den Schulaufgaben hilft und die jüngere Tochter zum Kindergarten begleitet bzw. abholt (act. IIA 218/14 Ziff. II Ziff. 6, 218/30; act. IIC 201/14 Ziff. II Ziff. 6, 201/30). In diesem Lichte ist das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen jedenfalls nicht besonders ausgeprägt erfüllt (vgl. Entscheide des BGer vom 28. Oktober 2013, 8C\_372/2013, E. 9.2 und vom 4. Oktober 2007, U 431/06, E. 4).

**4.1.5** Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welche (als ... im C.\_\_\_\_\_) die drei letzten Operationen an der linken Hand durchführte (act. II 95, 108, 134), erklärte, die frühere Operation sei vom Vorgänger nicht sauber ausgeführt worden (act. II 70). Anlässlich der von ihr durchgeführten Operation vom 12. April 2013 wurde zudem die Radialisarterie verletzt (act. II 108/2). Dennoch kann nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung ausgegangen werden, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat. Einerseits wurde die iatrogene Läsion der Arterie im Rahmen des besagten Eingriffs sofort anastomosiert (act. II 108/2, 111/1). Andererseits ist nicht aktenkun-

dig, dass Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (Spital E.\_\_\_\_\_), die Operationen vom 16. bzw. 29. Mai 2012 (act. II 17, 25) nicht kunstgerecht durchgeführt hätte. Die Re-Operation vom 29. Mai 2012 war indiziert, weil trotz initial idealer Reposition und guter Lage der Zugschraube (vgl. dazu: STRUCKMANN/GERMANN/BICKERT, Bennett- und Rolando-Frakturen, in: EWERBECK et al. [Hrsg.], Standardverfahren in der operativen Orthopädie und Unfallchirurgie, 4. Aufl. 2014, S. 236) eine sekundäre Dislokation der Fraktur eintrat (act. II 17). Allein aus dem Umstand, dass die radiologische Kontrolle vom 28. Juni 2012 erneut eine leichte Dislokation mit intrartikulärer Stufenbildung zeigte (act. II 35/2), kann nicht geschlossen werden, dass die Osteosynthese vom 29. Mai 2012 – diesmal mittels T-Platten und winkelstabilen Schrauben (act. II 17) – technisch unzureichend vorgenommen worden wäre, zudem hätte dies auch nicht zu einer erheblichen Verschlimmerung der Unfallfolgen geführt. Auch ist das Erfordernis einer mehrmaligen Operation an der linken Hand nicht als *erhebliche* Komplikation im Sinne des vorliegenden Adäquanzkriteriums zu werten (Beschwerde S. 11 Ziff. V Ziff. 5.2).

**4.1.6** In Bezug auf die rechte Hand erachtete Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher die Operation vom 13. September 2010 durchgeführt hatte (act. IIB 24), den Beschwerdeführer bereits ab 1. Januar 2011 wieder zu 100 % als arbeitsfähig (act. IIB 34, 35/2), wogegen Dr. med. M.\_\_\_\_\_ im Januar 2011 weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging (act. IIB 38, 44). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt am 9. September 2011 schliesslich eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit als zumutbar (act. IIB 91/2). Dies bestätigte der Suva-Kreisarzt anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 5. Februar 2014, wobei er spätestens ab diesem Zeitpunkt auch hinsichtlich der linken Hand von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit ausging (act. II 164/10 Ziff. 5; act. IIC 179/10 Ziff. 5). Selbst wenn das Kriterium des Grades und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit erfüllt wäre, läge es jedenfalls nicht ausgeprägt vor.

**4.2** Nach dem Gesagten sind vorliegend höchstens zwei der sieben Kriterien (körperliche Dauerschmerzen, Grad und Dauer der physisch be-

dingten Arbeitsunfähigkeit) erfüllt, beide jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Soweit zu Gunsten des Beschwerdeführers von mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu leichten Unfällen ausgegangen wird (vgl. E. 4.1 hiervor), müssten zur Bejahung der Adäquanz indes vier Kriterien (nicht drei [Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III Ziff. 7]) erfüllt sein (vgl. E. 2.3.2 hiervor), womit die adäquate Unfallkausalität allfälliger psychischen Beschwerden zu verneinen ist. Demnach sind allein die unfallkausalen Residuen aus den Handverletzungen relevant, womit in einem weiteren Schritt die erwerblichen Auswirkungen der in diesem Zusammenhang attestierten medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit zu prüfen ist.

## **5.**

**5.1** 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). Nach der Rechtsprechung ist nur eine Rente auf Basis von einheitlichen Berechnungsgrundlagen auszurichten, wenn die Invalidität auf mehrere Unfälle zurückzuführen ist (sog. Rentenkombination; vgl. Entscheidung des EVG vom 30. April 2004, U 345/02, E. 5.2, insb. mit Hinweis auf BGE 123 V 45 und RKUV 1998 S. 91). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

**5.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden

können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

Dass der Beschwerdeführer aus fremdenpolizeilichen Gründen die Schweiz im Oktober 2017 verlassen musste (act. IID 1; act. I 3/3), ist für die Invaliditätsbemessung unerheblich. Einerseits betrifft dies eine Sachverhaltsentwicklung ausserhalb des gerichtlichen Überprüfungszeitpunkts (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), andererseits ist es bedeutungslos, ob die versicherte Person im Ausland wohnt, soweit sich die beiden massgebenden Vergleichseinkommen auf denselben Arbeitsmarkt beziehen (Entscheid des BGer vom 10. November 2015, 8C\_300/2015, E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 20).

**5.2.1** 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**5.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen

Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

### **5.3**

**5.3.1** Das bisherige Arbeitsverhältnis würde im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns am 1. November 2014 (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; act. IIA 185, 228; act. IIC 208) auch im hypothetischen Gesundheitsfall nicht mehr bestehen, da es bis am 1. Dezember 2010 befristet war (act. IIB 47, 77/2 Ziff. 3) und über die Arbeitgeberin mittlerweile der Konkurs eröffnet sowie die Gesellschaft im Handelsregister gelöscht wurde (act. IIA 172; act. IIC 182; SHAB Nr. ... vom ... bzw. Nr. ... vom ...). Damit ermittelte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen von Fr. 68'952.-- (act. IIA 225/2 Ziff. 8) richtigerweise anhand von Tabellenlöhnen. Zwar liegt mittlerweile die LSE 2014 vor, dass die Verwaltung die entlang der Nominallohnentwicklung auf das Jahr 2014 aufindexierten Werte der LSE 2012 heranzog, ist jedoch ebenso wenig zu beanstanden wie den gewählten NOGA-Wirtschaftszweig Ziff. 41-43 (Baugewerbe), in welchem der Beschwerdeführer vor den Unfallereignissen langjährig tätig war (act. IIA 218/12 Ziff. II Ziff. 4; act. IIC 201/12 Ziff. II Ziff. 4). Inwiefern das Abstellen auf Tabellenlöhne für den Beschwerdeführer nachteilig sein soll (Beschwerde S. 14

Ziff. V Ziff. 7.3), ist nicht ersichtlich, erreichte er vor dem ersten Unfall doch nie das von der Beschwerdegegnerin berechnete Valideneinkommen (act. IIB 64/3).

**5.3.2** Der Beschwerdeführer hat keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. schöpft die medizinisch-theoretisch Arbeitsfähigkeit nicht aus, weshalb die Beschwerdegegnerin sich auch für das Invalideneinkommen zulässigerweise auf die LSE stützte. Da dem Beschwerdeführer wegen seiner beidseitigen Handverletzungen insbesondere noch Tätigkeiten im administrativen Bereich zumutbar sind, zog sie zudem zu Recht die Tabellenwerte im Dienstleistungssektor heran (act. IIA 225/2 Ziff. 8). Sie berücksichtigte bis zum Wegfall der (allenfalls unfallbedingten) Dekonditionierung einen zeitlichen Abzug von eineinhalb Stunden täglich (act. IIA 225/2 Ziff. 8). Dies entspricht dem arithmetischen Mittel des von den Gutachtern in einer Bandbreite angegebenen Pausenbedarfs (act. IIA 218/22 lit. C Ziff. 14; act. IIC 201/22 lit. C Ziff. 14), macht bezogen auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit (vgl. BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit [BUA], Total Sektor III, Jahr 2014) prozentual 18 % aus ( $[41.7h \cdot 18\%] / 41.7h \times 100$ ) und ist nicht zu beanstanden (vgl. Entscheid des BGer vom 19. August 2009, 9C\_226/2009, E. 3.2). Die angenommene Dauer zur Rekonditionierung von sechs Monaten nach der formlosen Mitteilung vom 15. September 2014 (act. IIA 185), welche mit der Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit begründet wurde, erscheint wohlwollend und wird nicht substantiiert bestritten. Die Beschwerdegegnerin hat – wohl aufgrund der nicht mehr zumutbaren Schwerarbeiten – einen nicht zu beanstanden leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen von 15 % zugelassen (act. IIA 225/2 Ziff. 8). Der vom Beschwerdeführer geforderte Maximalabzug von 25 % (Beschwerde S. 14 Ziff. V Ziff. 7.2) lässt sich nicht begründen, kann er doch keinesfalls funktionell gleichsam als «Armloser» qualifiziert werden. Vielmehr bleiben ihm medizinisch-theoretisch doch leichte körperliche Tätigkeiten möglich, die ihm auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt hinreichende Verdienstmöglichkeiten erlauben (vgl. E. 3.4.1 hiavor). Weil zudem sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermittelt sind, müssen die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Ver-

gleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Dass die Arbeitsmarktfähigkeit und Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers insbesondere durch die fehlende Berufsbildung (act. IIB 69/3) und allfällige Vorstrafen (act. II 49; act. IIC 150) auf dem konkreten Arbeitsmarkt faktisch stark eingeschränkt sind, hat im Zweig der Invalidenversicherung ausser Acht zu bleiben. Somit ergibt sich entsprechend der Berechnung der Beschwerdegegnerin (act. IIA 225/2 Ziff. 8) für die Zeit ab 1. April 2015 ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 51'378.-- bzw. für die Zeit davor ein solches von Fr. 42'130.-- (Fr. 51'378.-- ./ 18 % [Pausenbedarf]).

**5.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert für die Zeit vom 1. November 2014 bis 31. März 2015 ein abgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) Invaliditätsgrad von 25 % ([Fr. 68'952.-- ./ Fr. 51'378.--] / Fr. 68'952.-- x 100) und ab 1. April 2015 ein solcher von rund 39 % ([Fr. 68'952.-- ./ Fr. 42'130.--] / Fr. 68'952.-- x 100). Bezüglich des auf dieser Basis gewährten Rentenanspruchs ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Januar 2016 (act. IIA 243; act. IIC 225) somit nicht zu beanstanden. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

## **6.**

**6.1** 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 Kapitalleistung 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).

**6.1.1** Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindes-

tens 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>) 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).

**6.1.2** 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).

**6.2** Die Suva-Kreisärzte schätzten den Integritätsschaden aus dem zweiten Unfallereignis vom 13. Mai 2012 auf 10 %, während sie die Erheblichkeitsgrenze (von 5 % gemäss Ziff. 1 des Anhangs 3 zur UVV) in Bezug auf den ersten Unfall vom 13. Juni 2010 als nicht erreicht erachteten (act. II 163; act. IIA 242; act. IIC 224).

**6.2.1** Nach anfänglicher Osteosynthese der Bennett-Fraktur wurde das Daumensattelgelenk der linken Hand zunächst mittels eines künstlichen Teilgelenkersatzes (Pyrocardan-Spacer) behandelt und schliesslich eine Suspensionsarthroplastik durchgeführt (act. II 134; vgl. dazu REHART/SELL/KUROSCH/RICHARD, Trapeziumresektion mit Suspensionsarthroplastik, in: SELL/REHART [Hrsg.], Operationsatlas Orthopädische Rheumatologie, 2013, S. 55 ff.). Es verblieb ein eingesteiftes Sattelgelenk und eine Schmerzhaftigkeit, welche keine Daumenbeweglichkeit erlaubt (act. II 157/2; act. IIA 218/16 Ziff. III Ziff. 2; act. IIC 201/16 Ziff. III Ziff. 2). Es ist

ohne weiteres nachvollziehbar, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diesen Zustand einer mittels Arthrodeese behandelten Rhizarthrose (operative Versteifung bei Sattelgelenksarthrose) gleichsetzte, was entsprechend der Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) einem Integritätsschaden von 10 % entspricht (act. II 163/1). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 15 Ziff. V Ziff. 8.1) ist die Suva-Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) allein für eine Einschränkung des Daumens nicht anwendbar, worauf Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bereits im Rahmen des Einspracheverfahrens hingewiesen hat (act. IIA 242/4; act. IIC 224/4). Auch aus der Suva-Tabelle 6 (Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten) könnte der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zwar wäre gemäss den Erläuterungen zu den Suva-Tabellen 5 und 6 in Fällen, in denen neben der Arthrose noch eine Instabilität des betroffenen Gelenkes nachgewiesen wird, derjenige Zustand für die Integritätsentschädigung massgebend, der die höhere Schädigung aufweist, die Suva-Tabelle 6 beziffert den Integritätsschaden jedoch selbst bei einer schweren Instabilität des Daumensattelgelenks auf bloss 8 %.

**6.2.2** An der rechten Hand verblieb nach der am 13. September 2012 operierten TFCC-Läsion (act. IIB 24) im Sinne einer Verdachtsdiagnose eine persistierende Instabilität des DRUG (act. IIA 218/19 Ziff. V; act. IIC 208/19 Ziff. V). Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zeigte auf, dass die nach der Neutral-Null-Methode erhobene Beweglichkeit des Handgelenks nicht genügt um nach Suva-Tabelle 1 einen erheblichen Integritätsschaden zu postulieren. Insbesondere ist die Hand in Streckstellung bzw. Pro- und Supination nicht steif. Er legte zudem schlüssig dar, dass die Instabilität des DRUG nur eine Integritätsentschädigung rechtfertigte, wenn ein Zustand nach Radiuskopf-Resektion vorläge (act. IIA 242/3; act. IIC 224/3). Der Beschwerdeführer hat nicht begründet, weshalb seiner Ansicht nach für die Folgen des ersten Unfalles eine Integritätsentschädigung von 25 % bis 30 % geschuldet sein soll, weshalb sich diesbezügliche Weiterungen erübrigen.

**6.3** Weil der Einspracheentscheid vom 26. Januar 2016 (act. IIA 243; act. IIC 225) auch hinsichtlich der Integritätsentschädigung nicht zu bean-

standen ist, erweist sich die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

## 7.

**7.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**7.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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