

200 16 995 UV  
LOU/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Oktober 2017**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. September 2016 (E 2860/15)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1973 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Schadenmeldung am 19. Februar 2012 auf Glatteis ausrutschte und sich eine Prellung der linken Schulter zuzog (Akten der Suva [act. II] 3). Nachdem die Suva im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld erbracht hatte (act. II 4 f., 17), stellte sie das Taggeld mit Verfügung vom 17. Juli 2013 (act. II 121) per 14. Juli 2013 ein. Auf Einsprache hin (act. II 127) erklärte sie sich unpräjudiziell bereit, das Taggeld bis zum 31. August 2013 weiter auszurichten (act. II 138, 142), worauf der Versicherte das Rechtsmittel zurückzog (act. II 144). Mit Verfügung vom 8. Januar 2014 (act. II 154) verneinte die Suva einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen und forderte zu viel bezogene Taggeldleistungen zurück. Nach erhobener Einsprache (act. II 156) und erfolgter Rückfallmeldung (act. II 168) hob die Suva diese Verfügung am 28. Februar 2014 auf und anerkannte ihre weitere Leistungspflicht (act. II 171); gleichzeitig erliess sie hinsichtlich der Rückerstattung eine neue Verfügung (act. II 172). Am 15. September 2014 verfügte sie die Taggeldeinstellung per 14. Dezember 2014 (Akten der Suva [act. IIA] 236). Mit einer weiteren Verfügung vom 8. September 2015 (act. IIA 323) sprach sie dem Versicherten eine auf einem Integritätsschaden von 15 % basierende Integritätsentschädigung zu und verneinte einen Rentenanspruch. Hiergegen erhob der Versicherte Einsprache (act. IIA 327, 375) und liess am 10. August 2016 einen erneuten Rückfall melden (act. IIA 368). Mit Entscheid vom 15. September 2016 (act. IIA 376) wies die Suva die Einsprache ab.

**B.**

Mit Eingabe vom 17. Oktober 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

- «1. Der Einspracheentscheid der Suva Luzern vom 15. September 2016 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es sei festzustellen, dass ein verfrühter Fallabschluss vorliegt und die Suva sei anzuweisen, die Taggeldleistungen weiter zu erbringen und die Prüfung der Rentenfrage und des Integritätsschadens erst bei Klärung und Vorliegen des medizinischen Endzustandes neu vorzunehmen.  
b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10 % und einem unfallbedingten Integritätsschaden von mindestens 20 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.  
c) Subeventualiter: Es sei nach Massgabe von BGE 137 V 210 resp. unter Wahrung des Anspruchs der Waffengleichheit und auf ein faires Verfahren nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK die Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens anzuordnen, entweder durch das Gericht selbst oder durch die Beschwerdegegnerin bei Rückweisung der Beschwerdesache an sie.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.
4. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

U.K.u.E.F.»

In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. November 2016 schloss die Suva (Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_, auf Abweisung der Beschwerde.

An der auf Begehren des Beschwerdeführers neu angesetzten (prozessleitende Verfügungen vom 25. August bzw. 1. September 2017) öffentlichen Schlussverhandlung vom 21. September 2017 bestätigte der Beschwerdeführer sinngemäss die gestellten Rechtsbegehren und legte weitere Unterlagen ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4, 4/1-4/5, 5 f.).

## **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 – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägung – auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 15. September 2016 (act. IIA 376). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Taggeld bzw. eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Februar 2012. Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es sei festzustellen, dass ein verfrühter Fallabschluss vorliegt (Rechtsbegehren Ziff. 2 lit. a), kann auf dieses Feststellungsbegehren zufolge der Subsidiarität gegenüber Leistungsbegehren

nicht eingetreten werden (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 90 N. 2). Hinzu kommt, dass darin ein blosses Begründungselement für die angebehrte Ausrichtung weiterer Taggeldleistungen im Rahmen des einheitlichen Streitgegenstandes (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. September 2015, 8C\_170/2015, E. 4.2; Entscheid des BGer vom 28. Juni 2010, 8C\_58/2010, E. 2.5) zu erblicken ist. Des Weiteren bezieht sich die Beurteilung der Leistungsansprüche auf den Grundfall bzw. den Rückfall vom 10. Februar 2014 (act. II 168). Die noch vor Erlass des Einspracheentscheids (act. IIA 376) am 10. August 2016 als erneuter Rückfall gemeldete Schädigung am «Fussgelenk» (richtig wohl: Schultergelenk links [act. IIA 346]) vom 11. Mai 2016 (act. IIA 368) ist hingegen grundsätzlich auszuklammern. Zwar erstreckt sich der gerichtliche Überprüfungshorizont bis zum angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), weil sich die Zulässigkeit des Fallabschlusses jedoch allein prospektiv beurteilt, ist die spätere Sachverhaltsentwicklung in diesem Kontext nicht entscheidend (vgl. E. 3.4.4 hiernach). Zudem hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Rückfallmeldung bis zum 28. Februar 2017 wiederum Leistungen erbracht (act. IIA 375, 376/2 E. 1; act. I 4/1 Ziff. 2 lit. a). Soweit sich die Beschwerde auf darüber hinausgehende Leistungsansprüche im Zusammenhang mit diesem letzten Rückfall bezieht, betrifft dies das mittlerweile hängige separate Einspracheverfahren (act. I 4), womit im vorliegenden Verfahren diesbezüglich ebenfalls ein Forumsverschluss zu erfolgen hat. Schliesslich stellt das Subeventualbegehren (Ziff. 2 lit. c) – soweit damit ein Gerichtsgutachten verlangt wird – einen Beweisantrag dar und die Rechtsbegehren Ziff. 3 und Ziff. 4 haben als Verfahrensanträge ebenfalls keinen materiellen Gehalt.

**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 UVG). 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** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt 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).

**2.3** 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).

**2.4** 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). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

**2.5** 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).

**2.6** 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 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 (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

### 3.

**3.1** Dass das in der Schadenmeldung (act. II 3) geschilderte Ereignis vom 19. Februar 2012 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

**3.2** In medizinischer Hinsicht basiert der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. September 2016 (act. IIA 376) hauptsächlich (act. IIA 376/5 E. 5, 376/10 E. 7.2) auf dem Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2015 (act. IIA 297), der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 28. Mai 2015 (act. IIA 304) sowie der Beurteilung des Integritätsschadens durch den Suva-Kreisarzt vom 2. Juni 2015 (act. IIA 305).

**3.2.1** Der stellvertretende Chefarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2015 (act. IIA 297) das Folgende:

- Status nach Schulterarthroskopie links mit intraartikulärem Débridement, Biopsie-Entnahme, Bizeps-Tenotomie, subakromialer Dekompression, Vervollständigung der tendinopathisch veränderten postero-superioren Läsion der Rotatorenmanschette (RM) und Reinsertion mit einer 5.5mm Corkscrew am 25. Februar 2014 bei
- Status nach arthroskopischer RM-Rekonstruktion vom 16. März 2012 mit Re-Traumatisierung am 5. April 2013
  - subakromialer Infiltration am 18. Februar 2015

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt unter anderem fest, trotz immer noch persistierenden Schmerzen sei aktuell keine Operation oder Infiltration indiziert. Der Beschwerdeführer werde weiter Physiotherapie durchführen und habe ein Analgetika-Rezept erhalten; die Behandlung werde abgeschlossen.

**3.2.2** Der Suva-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vermerkte im Bericht vom 28. Mai 2015 (act. IIA 304) über die gleichentags durchgeführte Untersuchung als Diagnose eine Schulterkontusion links mit subtotaler Ruptur der Supraspinatussehne. Er erklärte,

das Ausmass der Einschränkungen könne aufgrund der erfolgten Verletzung und der Korrekturingriffe nicht vollumfänglich erklärt werden. Aufgrund der aktuellen Situation könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss vorgenommen werden. Tätigkeiten auf und über Schulterniveau seien mit der linken Schulter nicht mehr zumutbar. Unzumutbar seien insbesondere belastende Arbeiten in körperferner Position mit dem linken Arm, forcierte Aussenrotationen und Abduktionen sowie Einwirkungen von Schlägen und Vibrationen auf die linke Schulter. Hingegen seien leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten mit dem linken Arm auf Arbeitsniveau in ganztägigem Umfang möglich, ebenso könnten beidhändig Lasten von 20-25kg getragen, nicht jedoch über Bauchniveau angehoben oder in körperfernen Positionen gehalten werden.

Den Integritätsschaden schätzte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 2. Juni 2015 anhand der Suva-Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) mit der Begründung auf 15 %, dass im betroffenen Schultergelenk eine Beweglichkeit bis zur Horizontalen möglich sei (act. IIA 305).

**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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt,

wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.4** Die Beurteilungen des Suva-Kreisarztes erfüllen, zusammen mit den erwähnten Feststellungen des behandelnden Dr. med. D.\_\_\_\_\_, die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis.

**3.4.1** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ stützte seine Schlussfolgerungen nicht nur auf die Erkenntnisse aus der durchgeführten klinischen Exploration, sondern ebenso auf die bildgebenden Befunde (act. II 29, 30 f.; act. IIA 274) sowie die weiteren Vorakten, welche auch den Vorzustand an der linken Schulter (SLAP-Läsion Typ II) nach einem bei der Beschwerdegegnerin versicherten Sturz im Jahr 2004 (act. II 14, 41/1, 42/5, 42/8) umfassen. Insbesondere mit den zahlreichen Berichten des Spitals M.\_\_\_\_\_ (act. II 2, 11, 15, 20, 24, 33, 46, 54, 82, 90, 94, 108, 116, 139, 161, 181 f., 195, 208, 226; act. IIA 252, 282, 290, 297), den früheren kreisärztlichen Einschätzungen (act. II 42, 96 f., 111, 218) sowie der Zweitmeinung von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (act. II 151), Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ist der gesamte Beschwerdeverlauf seit dem inkriminierten Ereignis vom 19. Februar 2012 bis zur Abschlussuntersuchung vom 28. Mai 2015 lückenlos dokumentiert. Zwar wurden die zusätzlichen Zweitmeinungen bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (act. IIA 317) bzw. PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (act. IIA 366), beides Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erst später eingeholt, daraus ergaben sich aber keine wesentlichen neuen Aspekte, die geeignet wären, die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Wohl ortete Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zwei potentielle Schmerzquellen in der Supraspinatussehne und dem Akromioklavikulargelenk (AC-Gelenk), welche MRI-mässig nicht ruhig seien, letztlich ging er aber von ätiologisch unklaren

linksseitigen Schulterschmerzen aus (act. IIA 317). Diese Einschätzung korreliert mit jener von PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_, der die Ursache für die beklagten Schmerzen ebenfalls als nicht klar bezeichnete (act. IIA 366/2). Das von ihm empfohlene Arthro-MRI wurde am 22. September 2016 angefertigt (act. IIA 380, 381/1) und bestätigte im Wesentlichen die MRI-Befunde vom 13. Februar 2015 (act. IIA 274).

**3.4.2** Die gesamte medizinische Aktenlage präsentiert sich insoweit kohärent und widerspruchsfrei, als dass die relevanten Befunde bzw. Diagnosen unbestritten sind und nicht nur Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (act. IIA 304/7) sowie die beigezogenen Konsiliarärzte (act. II 151/2; act. IIA 317/1 366/2), sondern auch sämtliche anderen involvierten Ärzte das Ausmass der Einschränkungen anhand der klinischen Befunde nicht vollumfänglich zu erklären vermochten bzw. auf gewisse Diskrepanzen hinwiesen. So stellte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bereits rund neun Monate nach der ersten Operation im Sprechstundenbericht vom 20. Dezember 2012 (act. II 54) fest, dass der Beschwerdeführer trotz perfekter Rekonstruktion und passiv freier Beweglichkeit über chronische Schmerzen und eine gestörte aktive Bewegung klagt, für welche sich klinisch kein klares morphologisches Korrelat oder eine anderweitige Ursache finden lasse (vgl. auch act. II 82/1). Dies bestätigte am 20. Juni 2013 auch der Suva-Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin und Chirurgie, wobei er gleichzeitig auf die auffallend seitengleiche Muskeltrophik der Ober- und Unterarme sowie die beidseits kräftig beschwielten Handflächen mit deutlichen Arbeitsspuren hinwies (act. II 111/8). Im Nachgang zum zweiten Eingriff vom 25. Februar 2014 (act. II 181) diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. Juli 2014 eine Aggravation bei Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, da er bei der aktiven Prüfung der Schulterbeweglichkeit ein sehr demonstrativ wirkendes, grotesk anmutendes Grimassieren mit Verwinden des Oberkörpers und Anspannen der gesamten Arm- sowie Handmuskulatur festgestellt hatte (act. II 218/7, 218/9). Seinen Verdacht, wonach eine Selbstlimitation vorliege (act. II 218/9), teilte am 28. August 2014 auch der behandelnde Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. II 220), der auch später auf die mit den klinischen Befunden nicht vereinbare Schmerzsymptomatik hinwies und selbst noch während des Einspracheverfahrens im August 2016 keine klare Pathologie

finden konnte (act. IIA 371/1). Die im Rahmen der öffentlichen Schlussverhandlung eingereichten medizinischen Berichte (act. I 4/3 f., 5 f.) beschlagen den Zeitraum nach dem Fallabschluss bzw. nach dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. September 2016 (act. IIA 376) und sind bereits deshalb prinzipiell nicht geeignet, den Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung vom 28. Mai 2015 (act. IIA 304) zu erschüttern (vgl. E. 1.2 hier- vor). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer aus der darin erwähnten nozizeptiven und neuropathischen Schmerzkomponente bzw. der neu in Betracht gezogenen Allodynie ohnehin nichts zu seinen Gunsten ableiten könnte, denn eine Nervenschädigung ist medizinisch nicht ausgewiesen (vgl. Entscheide des BGer vom 4. April 2013, 8C\_729/2012, E. 4.2, sowie vom 29. November 2012, 8C\_833/2012, E. 4.2.3). Zwar ergab eine Alloydynografie vom 9. Mai 2017 ein positives Ergebnis, dieses basiert aber allein auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (Schmerzan- gabe anhand der visuellen Analog-Skala [VAS] beim Auflegen von Gewich- ten auf dem zu kartographierenden allodynschen Hautareal [vgl. CLAUDE J. SPICHER et al., Hypersensibilität der Haut, in: Deutscher Verband der Ergo- therapeuten {Hrsg.}, Ergotherapie und Rehabilitation, Heft 4/2010, S. 17 f.]) und eine Verletzung der unter der allodynschen Zone liegenden Nervenäs- te wurde von der behandelnden Ergotherapeutin lediglich vermutet (act. I 4/3). Auch die Anästhesisten des Spitals N. \_\_\_\_\_ erwähnten in ihren Berichten vom 10. April und 10. Juli 2017 (act. I 4/4, 5) keine orga- nisch objektiv ausgewiesene Nervenschädigung, sondern wiesen insbe- sondere auf bisher unterschätzte psychosomatische und psychosoziale Aspekte mit negativem Einfluss auf die Schmerzverarbeitung hin.

**3.4.3** Was die Auswirkungen der bildgebend und klinisch ausgewiesenen Einschränkungen anbelangt, formulierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ein differen- ziertes und überzeugendes Zumutbarkeitsprofil (act. IIA 304/7). Im Übrigen erachtete auch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bereits im November 2012 leichte Tätigkeiten auf Bauchhöhe bzw. administrative Arbeiten als problemlos zumutbar (act. II 46/1), woran er im Oktober 2013 festhielt (act. II 139). Im September 2014 hielt er zumindest administrative Tätigkeit weiterhin für uneingeschränkt möglich, während er nicht schlüssig herzuleiten vermoch- te, weshalb gleichzeitig für andere leichte Arbeiten auf Bauchhöhe lediglich noch eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit vorliegen soll (act. II 226/2). Auch

die im erst nach dem Einspracheentscheid (act. IIA 376) am 6. Oktober 2016 (act. IIA 381) verfassten Bericht postulierte Arbeitsfähigkeit in einem «einarmigen Beruf» ist nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung vom 28. Mai 2015 (act. IIA 304) zu begründen. Denn Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vermochte den von ihm trotz intakter RM-Strukturen befundeten pseudoparalytischen linken Arm (act. IIA 371/1) patho-ätiologisch nicht nachvollziehbar zu erklären (act. IIA 371/1, 381) und orientierte sich damit offensichtlich an den subjektiven (Schmerz-)Angaben des Beschwerdeführers, was beweisrechtlich nicht genügt (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Das von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ definierte Zumutbarkeitsprofil bezieht sich auf den somatischen Gesundheitsschaden, eine zusätzliche unfallbedingte psychische Einschränkung besteht nicht. Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der vom Beschwerdeführer zwischen September 2015 und Juli 2016 insgesamt viermal konsultiert worden war, diagnostizierte im Bericht vom 14. Juli 2016 (act. IIA 361) zwar eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), er attestierte jedoch keine Arbeitsunfähigkeit. Ohnehin ist das Ereignis vom 19. Februar 2012 (act. II 3) als leichter Unfall einzuordnen, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem gewöhnlichen Ausrutschen bzw. Sturz und allfälligen psychischen Gesundheitsstörungen rechtsprechungsgemäss ohne weiteres zu verneinen wäre (vgl. BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 7 Ziff. III Ziff. 14.2).

**3.4.4** Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der Fallabschluss sei verfrüht erfolgt (Beschwerde S. 8 f. lit. B lit. b Ziff. 13 f.), ist ihm nicht zu folgen. Im Zeitpunkt der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 28. Mai 2015 (act. IIA 304) war die orthopädische Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ abgeschlossen (act. IIA 297/2) und bestand längst keine Aussicht mehr auf eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes; der Beschwerdeführer zeigte sich mit dem Fallabschluss denn auch selbst einverstanden (act. IIA 306/10). Die weitergeführte Physiotherapie und Analgesie sind nicht als ärztliche Behandlungen im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG zu qualifizieren und waren zudem offensichtlich auf die Erhaltung des

Status quo gerichtet (act. IIA 297/1, 306/10). Ab 15. Juli 2015 galt der Beschwerdeführer im Zweig der Arbeitslosenversicherung als vermittlungsfähig (act. IIA 353, 368 Ziff. 8 und 14), mithin hätte ihm bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage trotz seiner körperlichen Behinderung eine zumutbare Arbeit vermittelt werden können (vgl. Art. 15 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung [Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG; SR 837.0]), was ebenfalls zeigt, dass der Fallabschluss im September 2015 nicht verfrüht erfolgte (vgl. auch act. IIA 376/5 E. 5). Des Weiteren wurde er im Zweig der Invalidenversicherung bis im Juni 2016 nur noch mittels Arbeitsvermittlung unterstützt (act. IIA 336, 338, 350 [= act. I 4/1]), welche nicht geeignet war, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zu Grunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Januar 2014, 8C\_588/2013, E. 3.4 mit Hinweisen). Ebenso wenig hindert ein erst später gefällter oder noch ausstehender Entscheid über den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (act. I 4/2) den Fallabschluss (BGer 8C\_588/2013, E. 3.4). Auch der im Mai 2016 erlittene Rückfall (act. IIA 346, 368) ändert an der Zulässigkeit des Fallabschlusses nichts. Denn die spätere Sachverhaltsentwicklung ist in diesem Zusammenhang prinzipiell irrelevant, da sich der Endzustand prospektiv (oder prognostisch) beurteilt (vgl. Entscheid des BGer vom 14. Dezember 2012, 8C\_453/2012, E. 3). Zwar wurden nach dem Rückfall wieder Taggeldzahlungen erbracht (act. IIA 375), die auch noch über die Verfügung vom 8. September 2015 (act. IIA 323) hinaus ausgerichtet wurden (act. IIA 376/2 E. 1), dies steht der Annahme eines eingetretenen medizinischen Endzustandes aber ebenfalls nicht entgegen. Selbst nach einem Rentenbeginn kann bei Rückfällen oder Spätfolgen erneut ein Taggeld oder Heilbehandlung geschuldet sein (vgl. Art. 21 Abs. 3 UVG), ohne dass der frühere Fallabschluss – der im Sinne von Art. 19 Abs. 1 Satz 2 UVG gleichsam als Synonym für den Rentenbeginn steht (vgl. BGE 143 V 148 E. 5.3.1 S. 156) – dadurch nachträglich in Frage gestellt wird. Analog verhält es sich, wenn der Fallabschluss – wie hier – mit der Feststellung erfolgt, dass kein Rentenanspruch besteht. Allein aufgrund des ab Mai 2016 weiter ausgerichteten Taggeldes kann somit nicht ein verfrühter Fallabschluss angenommen werden. Der vom Beschwerdeführer angeführte Bundesgerichtsentscheid (vom 29. September 2015, 8C\_170/2015, E. 4.3 [Beschwerde S. 9 lit. B lit. b Ziff. 15]) ist hier

nicht einschlägig, da dort kein Rückfall vorlag, sondern die medizinische Aktenlage im Zeitpunkt des von der Verwaltung vorgenommenen Fallabschlusses die Beantwortung der Frage nach einer zu erwartenden namhaften Besserung des Gesundheitszustandes nicht zulies (vgl. BGer 8C\_170/2015, E. 5.3 und 5.5).

Nach dem vorgenommenen Fallabschluss wurde aufgrund des gemeldeten Rückfalls am 28. November 2016 eine weitere kreisärztliche Untersuchung geplant (act. IIA 382, 390). Eine (erneute) Abschlussuntersuchung war hinsichtlich der Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs bzw. eines Integritätsschadens indes nicht zwingend vorzunehmen. Zudem ist die Frage nach der Zulässigkeit des Fallabschlusses bzw. einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (BGer 8C\_453/2012, E. 3). Vor diesem Hintergrund lagen infolge des seit Mai 2015 unveränderten Zumutbarkeitsprofils, der übereinstimmenden ärztlichen Angaben, wonach für die Beschwerdesymptomatik keine klare Ursache gefunden werden konnte, sowie nachdem die psychiatrische Einschätzung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab (vgl. E. 3.4.2 f. hiervor), stabile Verhältnisse vor, welche den Fallabschluss im Verfügungszeitpunkt (act. IIA 323) erlaubten. Der medizinische Sachverhalt wurde seitens der Verwaltung in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich weitere Erhebungen, insbesondere das beschwerdeweise (S. 2 Ziff. 2 lit. c) beantragte (Gerichts-)Gutachten, erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]; vgl. prozessleitende Verfügung vom 9. Juni 2017).

**3.5** Als Zwischenergebnis festzuhalten ist, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die beweiskräftigen Beurteilungen der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ (act. IIA 297, 304 f.) zu Recht den Fallabschluss vornahm und von einer uneingeschränkten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit bzw. einer Schultergelenksbeweglichkeit bis zur Horizontalen ausging. Zu prüfen sind in einem weiteren Schritt die Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage auf den Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. eine Integritätsentschädigung.

#### **4.**

**4.1** 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). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

**4.2** 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).

**4.2.1** 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).

**4.2.2** 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 Gesundheits-

schadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593). Die Vorlage von fünf zumutbaren Arbeitsplätzen erscheint in quantitativer Hinsicht in der Regel als genügend. Im Hinblick auf die geforderte Repräsentativität der DAP-Profile und der daraus abgeleiteten Lohnangaben sind im Sinne einer qualitativen Anforderung zusätzlich Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben. Ist die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, kann im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden (BGE 139 V 592 E. 6.3 S. 595, 129 V 472 E. 4.2.2 S. 480).

### **4.3**

**4.3.1** Das ursprüngliche Arbeitsverhältnis mit der K. \_\_\_\_\_ AG wurde unfallbedingt aufgelöst (act. II 51/1, 56 f.) und würde im hypothetischen Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich weiterbestehen. Die Beschwerdegegnerin hat für das Valideneinkommen indes nicht auf den von der K. \_\_\_\_\_ AG gemeldeten mutmasslichen Lohn ohne Unfallfolgen für das Jahr 2015 (act. IIA 316) abgestellt, sondern offensichtlich auf jenen der L. \_\_\_\_\_ AG (act. IIA 322/2 Ziff. 10 i.V.m. act. IIA 269), bei welcher der Beschwerdeführer zwischenzeitlich bis zum Rückfall im Februar 2014 gearbeitet hatte (act. II 134/2 f., 168/1; act. IIA 268). Somit beträgt das Valideneinkommen nicht Fr. 70'380.-- (act. IIA 322/2 Ziff. 10 i.V.m. act. IIA 269), sondern höchstens Fr. 67'860.-- ([Fr. 4'900.-- Monatslohn + Fr. 290.-- Schichtzulage + Fr. 30.-- Beitrag an Krankenkassenprämie {act. II 72}] x 13 Monate).

**4.3.2** Der Beschwerdeführer hat keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. schöpft die medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht aus (act. IIA 322/1 Ziff. 5, 350) weshalb die Beschwerdegegnerin sich zulässigerweise auf die DAP-Lohnangaben stützte. Der dabei ermittelte durchschnittliche Jahreslohn von Fr. 64'679.-- (act. IIA 322/2 Ziff. 10) basiert auf der Vorlage von fünf Arbeitsplätzen aus 129 Suchresultaten (act. IIA 318/1), wobei im Rahmen der Suchkriterien das medizinische Zumutbarkeitsprofil sowie die Ausbildungsanforderungen beachtet wurden. Der Beschwerdeführer bringt weder gegen die Verwendung der DAP noch gegen die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des ihr zukommenden Ermessens ausgewählten DAP-Löhne substantiierte Rügen vor, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

**4.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) Invaliditätsgrad von 5 % ([Fr. 67'860.-- ./ Fr. 64'679.--] / Fr. 67'860.-- x 100). Bezüglich des Rentenanspruchs ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. September 2016 (act. IIA 376) somit nicht zu beanstanden. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

## **5.**

**5.1** 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).

**5.1.1** Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritäts-

schaden 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. Feinraaster; 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).

**5.1.2** 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).

**5.2** In seiner beweiskräftigen Beurteilung vom 2. Juni 2015 (act. IIA 305) schätzte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ den Integritätsschaden bezüglich der linken Schulter anhand der Suva-Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) auf 15 %, da die Schulter nicht über die Horizontale bewegt werden kann. Diese Einschätzung findet insofern Rückhalt in den Befunden der klinischen Untersuchung der oberen Extremitäten vom 28. Mai 2015, als dabei anhand der Neutral-Null-Methode eine Abduktion links bis 85° gemessen wurde (act. IIA 304/6). Der Beschwerdeführer hat die von ihm eventualiter beantragte Integritätsentschädigung von mindestens 20 % (Beschwerde S. 2 Ziff. 2 lit. a) nicht näher begründet. Dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. Oktober 2016 (act. IIA 381) eine «signifikant eingeschränkte Beweglichkeit mit Bewegung von etwa 30°» feststellte, steht – anders als anlässlich der öffentli-

chen Schlussverhandlung geltend gemacht – der kreisärztlichen Beurteilung nicht entgegen. Denn im Wesentlichen lagen bei der betreffenden orthopädischen Sprechstunde dieselben Befunde vor wie anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 13. Februar 2015 (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Zudem hat die präsentierte Einschränkung bei der aktiven Abduktion des linken Arms ohnehin unberücksichtigt zu bleiben, soweit sie nicht auf einer klaren strukturellen Ursache beruht (act. IIA 381/2), sondern allenfalls auf eine Selbstlimitation bzw. anderweitige psychosomatische Faktoren zurückzuführen ist (vgl. E. 3.4.3 hiervor). Weil der Einspracheentscheid vom 15. September 2016 (act. IIA 376) auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden ist, erweist sich die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

## **6.**

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

**6.2** 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, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. B.\_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 21. September 2017)
- Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 21. September 2017 und die dabei ins Recht gelegten Unterlagen [act. I 4, 4/1-4/5, 5 f.]
- 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.