



Fall-Nr.: UV 2015/74
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 15.08.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 15.08.2017

Art. 19 Abs. 1 UVG: Bejahung des Endzustandes bzw. Verneinung einer verfrühten Rentenprüfung. Art. 18 Abs. 1 UVG: Verneinung eines Rentenanspruchs wegen nicht Erreichen des Mindestinvaliditätsgrades von 10 Prozent (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. August 2017, UV 2015/74).

Entscheid vom 15. August 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2015/74

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5,

Postfach, 9620 Lichtensteig,



St.Galler Gerichte

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 24. September 2012 bei B.____ als Bauarbeiter angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 11. Januar 2013 beim Skifahren auf die linke Schulter stürzte (Suva-act. 1). Die Erstbehandlung fand am 19. April 2013 bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, statt, der gestützt auf einen gleichentags im linken Schultergelenk erhobenen MRI-Befund des Röntgeninstituts D.____ (Suva-act. 11), eine posttraumatische PHS (Periarthritis humeroscapularis) mit Rotatorenmanschettenruptur links diagnostizierte, dem Versicherten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 15. April 2013 attestierte und ein Konsilium bei med. pract. E.____, Oberarzt m.b.F. Orthopädie, veranlasste (Suva-act. 10; vgl. auch Suva-act. 9). Dieses fand am 24. April 2013 statt. Dipl. E.____ diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 26. April 2013 - basierend auf dem MRI-Befund vom 19. April 2013 sowie auf dem Ergebnis einer zusätzlich am 24. April 2013 im Spital F.____ durchgeführten Röntgenuntersuchung (Suva-act. 15) - eine antero-kraniale komplexe retrahierte Läsion der Rotatorenmanschette mit bereits zweitgradiger Degeneration der Subscapularissehnenmuskulatur, eine AC-Gelenksarthrose, eine postero-kraniale Tendinitis calcarea Schulter links (dominant) bei Status nach Schulterdistorsionsereignis beim Skifahren vom 11. Januar 2013 und empfahl eine arthroskopische Revision mit dem Versuch, die bereits fortgeschritten retrahierte und beginnend degenerierende Subscapularissehne wieder zu refixieren



St.Galler Gerichte

(Suva-act. 12). Am 14. Mai 2013 wurde der Versicherte durch med. pract. E.____ im Spital G.____ arthroskopisch operiert (Suva-act. 24; vgl. auch Suva-act. 28). Dr. C.____ hatte ihm am 13. Mai 2013 ein ärztliches Zeugnis über eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 15. April 2013 ausgestellt und vermerkt, dass postoperativ mit einer fünfmonatigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen sei (Suva-act. 25). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen, Suva-act. 19, 22 f.).

A.b Anlässlich einer Untersuchung vom 20. August 2013 diagnostizierte med. pract. E.____ beim Versicherten eine regrediente postoperative Kapsulitis. Von der Tätigkeit als Bauarbeiter sei noch abzusehen. Ab 1. Oktober 2013 könne die Tätigkeit wieder zu 50% mit Einschränkungen aufgenommen werden (Suva-act. 60, vgl. auch Suva-act. 70). Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 29. August 2013 bestätigte Dipl. E.____ sowohl die Diagnose der Kapsulitis als auch seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 55). Nachdem sowohl der Versicherte als auch sein Arbeitgeber Bedenken zur vorgenannten Arbeitsfähigkeit geäussert hatten (Suva-act. 64), ersuchte Dr. C.____ die Suva um eine medizinische Beurteilung und Klärung der versicherungsmedizinischen Aspekte (Suva-act. 66).

A.c Am 12. November 2013 wurde der Versicherte durch Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, untersucht (Suva-act. 71). Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht bestätigte dieser einen Zustand nach arthroskopischer transossärer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Subscapularis, Supraspinatus, AC-Gelenksresektion und subacromiale Dekompression) am 15. Mai 2013 sowie als postoperative Komplikation eine Kapsulitis und nahm eine Arbeitsfähigkeitsschätzung vor bzw. umschrieb das Zumutbarkeitsprofil einer schulteradaptierten Tätigkeit. Im Weiteren empfahl er dem Versicherten die Einholung einer ärztlichen Zweitbeurteilung (Suva-act. 71). Am 22. November 2013 beurteilte Kreisarzt Dr. H.____ den Integritätsschaden und schätzte diesen auf 16% (Suva-act. 78).

A.d Mit Verfügung vom 11. Februar 2014 sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von Fr. 20'160.-- basierend auf einer Integritätseinbusse von 16% zu (Suva-act. 94).



A.e Anlässlich einer Besprechung vom 2. Juli 2014 mit dem Versicherten und dessen Arbeitgeber teilte die Suva den Fallabschluss bzw. die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen (Heilkostenleistungen und Taggeldleistungen auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100%) per 31. Juli 2014 mit. Weiter erklärte sie, dass es dem Versicherten möglich sei, einer Tätigkeit nachzugehen, bei der er eine unerhebliche Erwerbseinbusse erleiden würde, d.h. dass der mögliche Lohn mit Unfallfolgen praktisch gleich hoch sei wie der Lohn ohne Unfallfolgen. Die Einbusse liege eindeutig unter der Erheblichkeitsgrenze von 10%, demzufolge kein Anspruch auf eine Teilrente der Unfallversicherung entstehe (Suva-act. 123).

A.f Am 14. Juli 2014 verneinte die Suva verfügungsweise einen Rentenanspruch des Versicherten (Suva-act. 127).

A.g Inzwischen hatte der Arbeitgeber des Versicherten mit Schreiben vom 3. Juli 2014 das Arbeitsverhältnis auf den 31. August 2014 gekündigt (Suva-act. 125).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 14. Juli 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Lichtensteig, am 13. August 2014 Einsprache (Suva-act. 135).

B.b Mit Schreiben vom 10. September 2014 teilte der Rechtsvertreter des Versicherten der Suva mit, dass nun die Einholung der von Dr. H.____ vorgeschlagenen ärztlichen Zweitbeurteilung gewünscht werde (Suva-act. 138). Diese erfolgte am 20. Januar 2015 durch Prof. Dr. med. I.____, Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG), wobei Prof. Dr. I.____ eine nochmalige Beurteilung der rekonstruierten Rotatorenmanschette an der linken Schulter des Versicherten durch ein MRI ankündigte (Bericht vom 22. Januar 2015, Suva-act. 151). Die radiologische Untersuchung fand am 27. Januar 2015 in der Radiologie J.____ statt. An selbigem Tag erfolgte eine Nachkontrolle mit MRI-Befundbesprechung durch Prof. Dr. I.____ (Bericht vom 31. Januar 2015, Suva-act. 155; vgl. auch Bericht von Dr. med. K.____, Oberarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG, vom 23. April 2015, Suva-act. 160).



B.c Am 7. Juli 2015 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten die Einsprachebegründung, zusammen mit einem Parteigutachten von Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierter Gutachter SIM, vom 20. Mai 2015, nach. Es wurde beantragt, die Verfügung der Suva vom 14. Juli 2014 sei aufzuheben und es sei zu Gunsten des Versicherten eine Suva-Rente von 62.2% auszusprechen (Suva-act. 161).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 13. Oktober 2015 wies die Suva die Einsprache vom 13. August 2014 gegen die Verfügung vom 14. Juli 2014 ab (Suva-act. 167).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch Rechtsanwalt Roos am 18. November 2015 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei vollumfänglich aufzuheben und es sei zu Gunsten des Beschwerdeführers eine Invalidenrente von 62.2% auszusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 13. Oktober 2015 (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 13. April 2016 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am Beschwerdeantrag fest (act. G 9) und reichte einen Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 3. März 2016 ein, worin die Ärzte die Diagnose eines zunehmenden anterioren Schulterschmerzes links gestellt hatten (act. G 9.1).

C.d Mit Duplik vom 11. Mai 2016 erneuerte auch die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung (act. G 11).

C.e Nach Abschluss des Schriftenwechsels am 13. Mai 2016 (act. G 12) teilte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dem Versicherungsgericht mit Schreiben vom 14. März 2017 mit, dass der Beschwerdeführer nochmals operiert werden müsse. Der



orthopädische Eingriff könne zur Folge haben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessere oder verschlechtere, weshalb um Sistierung des Verfahrens ersucht werde, bis ein Ergebnis des KSSG vorliege (act. G 13). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers legte ein Schreiben des KSSG vom 9. März 2017 betreffend einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers für einen operativen Eingriff bei (act. G 13.1).

C.f. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die weiteren Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 13. Oktober 2015 (Suva-act. 167), dem die Verfügung vom 14. Juli 2014 (Suva-act. 127) zu Grunde liegt. In der Verfügung nahm die Beschwerdegegnerin zunächst Bezug auf die Besprechung vom 2. Juli 2014, anlässlich welcher sie dem Beschwerdeführer die Einstellung der bisher erbrachten Versicherungsleistungen bzw. die Annahme des Erreichens des medizinischen Endzustandes per 31. Juli 2014 mitgeteilt und die Verneinung eines Rentenanspruchs bereits angekündigt hatte (Suva-act. 123-2). Anschliessend bestätigte sie die Verneinung einer erheblichen unfallbedingten Beeinträchtigung der Erwerbsunfähigkeit und damit einen Rentenanspruch. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragte demgegenüber in der Beschwerde vom 18. November 2015 (act. G 1) sowie in der Replik vom 13. April 2016 (act. G 9) eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 62.2%, machte in der Replik aber auch geltend, beim Beschwerdeführer habe sich ein Rückfall ereignet, der aufzeige, dass sich sein Gesundheitszustand noch nicht stabilisiert habe und der Rentenentscheid der Beschwerdegegnerin als verfrüht angesehen werden müsse. Er wendet sich damit gegen den Fallabschluss per 31. Juli 2014. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist mithin streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin im vorgenannten Zeitpunkt unter Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente prüfen durfte und falls ja, ob sie



richtigerweise einen Rentenanspruch verneint hat. Die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. Februar 2014 zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 16% (Suva-act. 94) erwuchs unangefochten in Rechtskraft, so dass diese nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet.

2.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

3.2

3.2.1 Angesichts der in Erwägung 3.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Bei physischen



Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweis; SVR 2000 Nr. 14 S. 45).

3.2.2 Anlässlich des Unfallereignisses vom 11. Januar 2013 erlitt der Beschwerdeführer in der linken Schulter unbestrittenermassen eine Läsion der Supraspinatussehne sowie der Subscapularissehne (Suva-act. 8, 11), worauf am 14. Mai 2013 eine arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette erfolgte (Suva-act. 24, 28). Als postoperative Komplikation trat eine Kapsulitis auf (Suva-act. 55, 61, 71), in deren Folge der Beschwerdeführer unstreitig unter voraussichtlich bleibenden (indirekten) Unfallrestfolgen in Form einer schmerzhaften Funktions- bzw. Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks leidet (Suva-act. 71, 151, 161). Dementsprechend sprach ihm die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. Februar 2014 eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 16% zu (vgl. Art. 24 Abs. 1 UVG, Suva-act. 94).

4.

4.1 Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die vorübergehenden Leistungen - Heilbehandlung und Taggeldleistungen - dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage. Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 143, 145). Ebenfalls nicht verlangt wird, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2). Es genügt jedoch für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (ALFRED MAURER, Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274). Ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands



erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2009, 8C_25/2009, E. 4.1.1 mit Hinweisen). Angesichts des Gesagten kann also ein Endzustand auch in einem Gesundheitszustand mit unfallkausalen Restbeschwerden bestehen, der sich jedoch zumindest im Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit der Rentenprüfung als stabil bzw. beständig darstellen muss.

4.2 Entgegen dem Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (vgl. act. G 9, Ziff. 6) hat die Beschwerdegegnerin den sogenannten Fallabschluss per 31. Juli 2014 nicht zu früh vorgenommen bzw. im vorgenannten Zeitpunkt die Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente vornehmen dürfen.

4.2.1 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 13. Oktober 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 358 E. 1 mit Hinweisen). Werden Berichte eingereicht, welche - wie derjenige der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des KSSG vom 9. März 2017 (act. G 13.1) - auf mögliche nachträgliche Veränderungen, insbesondere als Folge einer Operation, hinweisen könnten, sind sie nicht relevant. Nach dem Einspracheentscheid eingetretene Sachverhaltsänderungen mit Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad können indessen im Rahmen einer Rückfall- oder Spätfolgenmeldung vorgebracht werden und allenfalls Anlass zu einer Neuurteilung geben.

4.2.2 Im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids gingen offensichtlich beide Verfahrensparteien aufgrund der damals vorliegenden medizinischen Akten zu Recht davon aus, dass per 31. Juli 2014 der Fallabschluss bzw. die Rentenprüfung vorzunehmen war. Dr. H.____ hatte in seiner kreisärztlichen Stellungnahme vom 12. November 2013 die Einholung einer Zweitmeinung zwecks Beurteilung und Therapievorschlag angeregt (Suva-act. 71), womit gegebenenfalls sich aufdrängende Therapiemassnahmen hätten abgewartet werden müssen (vgl. Suva-act. 86). Der Beschwerdeführer lehnte jedoch ein solches Vorgehen zunächst ab (Suva-act. 84). Anlässlich von Besprechungen mit der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar und 2. Juli 2014 teilte der Beschwerdeführer mit, dass der Gesundheitszustand der linken



Schulter seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. November 2013 unverändert sei, die bekannten Beschwerden bestünden und keine Therapiebehandlungen mehr laufen würden bzw. keine weiteren ärztlichen Termine mehr vorgesehen seien (Suva-act. 93, 123). Im Einspracheverfahren wurde dann doch eine Zweitmeinung bei Dr. I.____ eingeholt, dessen Berichte vom 22. und 31. Januar 2015 jedoch keine Vorschläge für weitere ärztliche Behandlungsmassnahmen enthielten (Suva-act. 151, 155).

Schliesslich stellte auch Dr. L.____ in seinem Gutachten vom 20. Mai 2015 unter der Rubrik "Medizinische Massnahmen" fest, solche seien nur unsicher geeignet, eine namhafte Besserung des bestehenden Zustands zu erreichen. Nur bei entsprechendem Leidensdruck mit dem Wunsch nach weiterführenden therapeutischen Massnahmen mit unsicherem Erfolg wäre zur weiteren Klärung der Schmerzproblematik die diagnostische Infiltration des Subacromialraums und der Nearthrose des AC-Gelenks durchzuführen und bei entsprechendem Infiltrationseffekt die erneute arthroskopische Intervention mit Nachresektion am Acromion und an der lateralen Clavicula zu diskutieren. Diese Massnahme wäre allenfalls geeignet, eine Verbesserung der bestehenden Schmerzen, nicht aber der Schulterfunktion zu erreichen. Als Begleitbehandlung bei entsprechender Schmerzproblematik seien die bedarfsorientierte analgetische Behandlung mit den, aufgrund der bestehenden Hypertonie engmaschigeren (dreimonatlichen) ärztlichen Kontrollen sowie physiotherapeutische Massnahmen über maximal 18 Sitzungen jährlich sinnvoll (Suva-act. 161-30). Diese Begleitbehandlungen sollten also nicht einer Verbesserung des Gesundheitszustands dienen, sondern nur dazu, die sich aus einem stationär bleibenden Gesundheitszustand ergebenden Beschwerden zu mildern oder zumindest stationär zu halten (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. Mai 2005, U 244/04, E. 3.1; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 145). Im Übrigen erachtete offenbar auch Dr. L.____ nur bei entsprechendem Leidensdruck des Beschwerdeführers eine weitere Therapie als erforderlich. Zu wiederholen ist, dass der Fallabschluss nicht bedeutet, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Dessen Zeitpunkt bestimmt sich vielmehr danach, ob weitere ärztliche Behandlungen eine namhafte Besserung erwarten lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.2.2). Die medizinischen Akten geben verlässlich darüber Aufschluss, dass dies im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht mehr der Fall gewesen war.



4.2.3 Im Sinne des Gesagten kann festgehalten werden, dass keine Gründe bestehen, die eine Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen des Ergebnisses der weiteren am 27. April 2017 am KSSG durchgeführten Operation (vgl. dazu act. G 13, 13.1) erforderlich erscheinen lassen. Eine allfällige, durch einen operativen Eingriff bedingte Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands wäre im Rahmen eines Revisionsverfahrens zu beurteilen. Das Sistierungsgesuch ist damit abzuweisen.

4.2.4 Nachdem im vorliegenden Fall auch keine IV-Eingliederungsmassnahmen zu berücksichtigen waren (vgl. dazu Suva-act. 110, 164), erwies sich damit der Fallabschluss per 31. Juli 2014 als rechtens.

5.

5.1 Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob der Beschwerdeführer wegen der Unfallrestfolgen an der linken Schulter Anspruch auf eine Invalidenrente im Sinn von Art. 18 ff. UVG hat. Hierbei ist der Invaliditätsgrad nach Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Verglichen werden das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) und das Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nachdem der gesundheitliche Endzustand spätestens per 31. Juli 2014 erreicht war (vgl. Erwägung 4), würde ein allfälliger Rentenanspruch am 1. August 2014 entstehen. Die Vergleichseinkommen - Validen- und Invalideneinkommen - sind bezogen auf diesen Zeitpunkt zu ermitteln.

5.2 Für die Festlegung des Valideneinkommens bezogen auf das Jahr 2014 von Fr. 58'500.-- ging die Beschwerdegegnerin von den Angaben des früheren Arbeitgebers des Beschwerdeführers aus (vgl. Suva-act. 93, 112; 13 x Fr. 4'500.--). Dieser unbestritten gebliebene Betrag ist nachstehend dem Valideneinkommen zugrunde zu legen.



5.3 Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden sodann die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

5.3.1 Die Parteien sind sich darüber einig, dass dem Beschwerdeführer wegen der verbleibenden Unfallfolgen im Bereich der linken Schulter die angestammte, körperlich anspruchsvolle Tätigkeit als Bauarbeiter mit regelmässigem Tragen und Heben von Materialien von 10-20 kg, aber auch von 30 kg oder mehr, sowie mit Vibrationen und Schlägen, denen der Schulterbereich ausgesetzt ist (vgl. Suva-act. 32), nicht mehr zugemutet werden kann. Hingegen erachtet die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. H.____ vom 12. November 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit als zumutbar. Diesbezüglich sind aber spezielle schulterbezogene Einschränkungen zu berücksichtigen: Das Gewicht von zu hebenden Lasten ist bis Taillenhöhe auf 15 kg, bis Brusthöhe auf 5 kg limitiert. Zu vermeiden sind ausserdem repetitiv weit ausreichende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität, ebenso Tätigkeiten, welche mit Impulswirkung verbunden sind, wie Arbeiten mit stossenden oder vibrierenden Geräten (Suva-act. 71). Dr. I.____ bestätigte in seinem Bericht vom 31. Januar 2015 die Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. das Zumutbarkeitsprofil der schulteradaptierten Tätigkeit des Kreisarztes uneingeschränkt (Suva-act. 155). Dies erscheint auch ohne weiteres als schlüssig und überzeugend. Die Einwirkung auf das linke Schultergelenk durch Belastung, d.h. durch direkte (Heben und Tragen von Gewichten, weit ausreichende Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität) und indirekte (Stösse und Vibrationen) Bewegung, wird weitgehend reduziert. Mit dem definierten Zumutbarkeitsprofil mit eingeschränkter Einsetzbarkeit der linken Schulter wird offensichtlich der Schultergelenksproblematik mit einer schmerzhaften Kapsulitis mit verminderter Beweglichkeit der linken Schulter umfassend Rechnung getragen.



5.3.2 Das von Dr. L.____ in seinem Gutachten vom 20. Mai 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil stimmt in den wesentlichen Eckpunkten mit demjenigen von Dr. H.____ überein. Während Dr. H.____ bezüglich Gewichtsbelastung eine Unterscheidung zwischen Taillenhöhe und Brusthöhe trifft, spricht Dr. L.____ anstelle von Taillenhöhe von Tischhöhe. Das Zumutbarkeitsprofil von Dr. H.____ ist zwar weniger differenziert als dasjenige von Dr. L.____, der in Bezug auf das Heben und Tragen von Gewichten weitere Unterscheidungen hinsichtlich Gewicht (5, 10, 15 kg), Körperhaltung ("abgestützt" oder "nicht abgestützt") und insbesondere bezüglich der jeweils konkret zumutbaren Häufigkeit der Ausübung (nicht mehr als 5 Minuten, nicht mehr als manchmal, nicht mehr als selten, ununterbrochen nicht mehr als 1 Minute, in voller zeitlicher Präsenz) trifft. Prinzipiell werden jedoch dem Beschwerdeführer auch bei Berücksichtigung der von Dr. H.____ formulierten Einschränkungen keine Tätigkeiten abverlangt, die Dr. L.____ als unzumutbar bezeichnet. Auch das Zumutbarkeitsprofil von Dr. H.____ sagt nicht zwingend aus, dass bei den einzelnen Gewichtsbelastungen bzw. der dabei einzuhaltenden Trag- bzw. Hebehöhe keine weiteren Einschränkungen bezüglich Häufigkeit der Ausübung einer Tätigkeit bestehen bzw. eine konkrete Tätigkeit während eines ganzen Arbeitstags ausgeübt werden kann. Es entspricht im Übrigen durchaus der arbeitsmarktlichen Realität, dass zahlreiche Arbeitsplätze verschiedene Arbeitsschritte umfassen, welche in Intervallen vorgenommen werden und nicht nur die ununterbrochene Ausführung eines einzelnen Arbeitsschrittes fordern. Die Einschränkungen von Dr. L.____ bezüglich Häufigkeit der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit werden zudem in den von der Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogenen DAP-Arbeitsplätzen weitgehend berücksichtigt (Suva-act. 111). Das Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg bis Lendenhöhe wird "nie" und bis 10 kg bis Lendenhöhe - wie von Dr. L.____ vorgeschrieben - höchstens "manchmal" verlangt. Zwar beinhalten drei DAP-Arbeitsplätze mehr als "selten" das Heben und Tragen von Gewichten bis 5 kg (vgl. DAP-Arbeitsplatz Nr. 7148: "manchmal" [Suva-act. 111-12], DAP-Arbeitsplatz Nr. 7468: "sehr oft" [Suva-act. 111-20], DAP-Arbeitsplatz Nr. 9835: "oft" [Suva-act. 111-24]), dies jedoch nur bis Lendenhöhe und nicht bis Brusthöhe, wofür Dr. L.____ eine Limitierung vorsieht. Das Heben von Gegenständen über Brusthöhe (über 5 kg und sogar bis 5 kg) wird schliesslich - entsprechend der Limitierung von Dr. L.____ und Dr. H.____ - nie verlangt. Die medizinischen Akten enthalten keine Anhaltspunkte dafür, dass der



Häufigkeit der auszuübenden Tätigkeiten zusätzlich Rechnung getragen werden müsste. Zumindest erachteten es Dr. H.____ und Dr. I.____ offensichtlich nicht als notwendig, diesbezüglich weitere Aussagen zu machen. Auch med. pract. E.____ hatte schliesslich in seinem Bericht vom 26. August 2013 ohne Weiterungen sowie in Übereinstimmung mit Dr. H.____ und Dr. I.____ festgehalten, dass Tätigkeiten oberhalb der Brustlinie zu vermeiden seien, körpernahe Belastung bis maximal 15 kg und körperferne Belastung bis 5 kg zu empfehlen sei (Suva-act. 60). Selbst der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers äussert sich nicht explizit zur Frage der Häufigkeit der Ausübung der verschiedenen gewichtsbelasteten Tätigkeiten.

5.3.3 Dr. H.____ und Dr. I.____ sehen sodann die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Unter den erwähnten limitierenden Bedingungen ist denn auch eine volle Arbeitsfähigkeit als gegeben zu erachten. Die Funktionseinschränkung an sich ist ein Umstand, dem mit der Bestimmung des Bewegungsumfangs der linken Schulter (keine weitausreichenden Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität) vollumfänglich Rechnung getragen werden kann. Auch die Schmerzhaftigkeit der Kapsulitis, welche in einem wesentlichen Zusammenhang mit der Belastung und Bewegung der linken Schulter steht, wird durch eine Anpassung des Bewegungsumfangs, aber auch durch eine entsprechende Verminderung der Belastung gemildert. Bezüglich des rechten Schultergelenks ist mithin im Folgenden von dem von Dr. H.____ beschriebenen Zumutbarkeitsprofil auszugehen.

5.3.4 Aus dem Gutachten von Dr. L.____ ergibt sich nicht für sämtliche Tätigkeiten eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Suva-act. 161-30 f.). Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2016 (act. G 3) zutreffend darauf hin, dass Dr. L.____ einzig bei Tätigkeiten mit Gewichten bis 15 kg und 5 kg, beidhändig bis Tisch- bzw. Brusthöhe, von einer Leistungseinbusse von 33% ausgehe, diese Arbeiten jedoch lediglich Teilaspekte einer von ihm als zumutbar eingeschätzten Gesamttätigkeit darstellten und als solche die volle Arbeitsfähigkeit zumindest nicht im Umfang von 33% einschränkten. Indem die vorgenannten Tätigkeiten gemäss Dr. L.____ "nicht mehr als selten" zumutbar sind, ist ausserdem nicht nachvollziehbar, wie die beinahe vollständige Ausklammerung derselben zu einem (gesamthaften) Arbeitsunfähigkeitsgrad von 33% führen könnte. Bereits



angesichts des Gesagten erscheint mithin ein solcher in keiner Weise als überzeugend und schlüssig. Dr. L.____ bezieht sich sodann im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung auf HERMANN FREDENHAGEN (Das ärztliche Gutachten, Leitfaden für die Begutachtung im Rahmen der sozialen und privaten Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung, 3. Aufl. Bern 1994), wonach - neben der Ankylose oder Instabilität - der Schmerzproblematik mit 50% ein wesentlicher Anteil in der Bewertung der Invalidität von Schädigungen der Schulter beizumessen sei (vgl. FREDENHAGEN, a.a.O., S. 176). Diese "Gliederung der Invalidität" bzw. Darstellung der "Elemente" einer Invalidität (vgl. dazu FREDENHAGEN, a.a.O., S. 164, 8. Regionale Beurteilung von Dauerschäden in der Unfallversicherung, vgl. insbesondere Ziff. 4. und 5.) soll nicht in Frage gestellt werden. So wurde die Schmerzproblematik - wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2016 (act. G 3) richtig dargelegt - auch von Dr. H.____ und Dr. I.____ im Rahmen ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung berücksichtigt. Dr. H.____ hielt in seinem Untersuchungsbericht vom 12. November 2013 fest, dass beim Beschwerdeführer ein halbes Jahr nach dem operativen Eingriff ein Ruheschmerz bestehe, der sich bei Bewegung und Belastung intensiviere (Suva-act. 71-3) und Dr. I.____ stellte in seinen Berichten vom 22. und 31. Januar 2015 die Diagnose "persistierende Schulterschmerzen links" (Suva-act. 151, 155). Die Bedeutung von Schmerz im Rahmen der Invalidität beantwortet jedoch nicht die Frage der hier massgebenden und in Art. 6 ATSG definierten Arbeitsunfähigkeit. Die Kriterien für die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit bilden die Gesundheit bzw. deren Beeinträchtigung sowie die Zumutbarkeit der noch zu leistenden Arbeit im bisherigen Beruf oder bei langer Dauer in einem anderen Beruf (vgl. dazu UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 7 ff. zu Art. 6). Die "Gliederung der Invalidität" von FREDENHAGEN (a.a.O., S. 176), wonach der Schmerz als "Element" bei der Begründung einer Invalidität wegen einer Schultergelenksproblematik 50% ausmacht, kann nicht dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG gleichgesetzt werden, welcher nicht das Ursachenspektrum einer Invalidität regelt, sondern definiert, wie das Mass der Arbeitsunfähigkeit bestimmt wird. Auch wenn eine Schmerzproblematik im Rahmen der obgenannten Kriterien Berücksichtigung finden kann, verdeutlicht bereits die Unterscheidung in Art. 6 ATSG - Arbeitsunfähigkeit im bisherigen oder in einem anderen dem Leiden angepassten Beruf -, dass der Schmerz nicht schematisch gewichtet werden kann. Die von Dr. L.____ konkret angenommene



33%-ige Leistungseinbusse bzw. Arbeitsunfähigkeit ist offensichtlich in Anlehnung an die von FREDENHAGEN für Gesundheitsschäden im Schultergelenk angegebenen Richtwerte bzw. "Invaliditätsansätze" erfolgt (vgl. a.a.O., S. 176, 8.4.6 Invaliditätsansätze, Medizinische Invalidität, Riss Rotatorenmanschette, schwer). Weil sich diese - wie dargelegt - nicht nach dem Arbeitsunfähigkeitsbegriff von Art. 6 ATSG ausrichten und insbesondere nicht zwischen der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer schulteradaptierten Tätigkeit unterscheiden, kann auch der konkreten Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. L.____ kein Beweiswert zukommen.

5.4 Im Folgenden gilt es basierend auf der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100% in einer adaptierten Tätigkeit das zumutbare Invalideneinkommen zu ermitteln

5.4.1 Die Beschwerdegegnerin legte das Invalideneinkommen gestützt auf DAP-Zahlen, d.h. die Arbeitsplätze Nr. 2861, 7148, 8483, 7468 und 9835 (Suva-act. 111), auf Fr. 57'882.-- (DAP-Löhne) fest. Im Hinblick auf die geforderte Repräsentativität der DAP-Profile und der daraus abgeleiteten Lohnangaben hat die Beschwerdegegnerin nach der Rechtsprechung, zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern, 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. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (Urteil des EVG vom 28. August 2003, U 35/00, E. 4.2.2). Konkret liegen die von der Rechtsprechung geforderten Angaben vor. Ausserdem sind die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten fünf DAP-Arbeitsplätze den von Dr. H.____ mit Blick auf die Unfallrestfolgen im Bereich der linken Schulter angeführten behinderungsbedingten Einschränkungen angepasst. Eingehalten sind einerseits die festgelegten Gewichtslimiten (bis Taillenhöhe bzw. Lendenhöhe maximal 15 kg, bis Brusthöhe maximal 5 kg; vgl. dazu Erwägung 5.3.1 f.); ausserdem beinhalten die verwendeten DAP-Profile weder repetitiv weit ausreichende Bewegungen mit der linken oberen Extremität noch Arbeiten mit Impulswirkung an vibrierenden oder stossenden



Gegenständen. Abzüge, wie sie bei der Bemessung des Invalideneinkommens mit LSE-Löhnen zur Anwendung kommen, sind bei der Bemessung anhand von DAP-Löhnen nicht statthaft (BGE 129 V 472). Aus dem Einkommensvergleich, d.h. der Gegenüberstellung des Invalideneinkommens von Fr. 57'882.-- mit dem Valideneinkommen von Fr. 58'500.--, vermag offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 10% (Art. 18 Abs. 1 UVG) zu resultieren.

5.4.2 Selbst wenn auf die DAP-Löhne nicht abgestellt werden könnte, würde dies am Ergebnis, wie sich nachstehend zeigen wird, nichts ändern. Die Bemessung anhand statistischer Löhne würde zu einem vergleichbaren, tendenziell eher höheren Invalideneinkommen führen. Aus der LSE 2012, TA 1, privater Sektor, Total, Männer Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) ist ein durchschnittliches Monatsalär von Fr. 5'210.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 62'520.-- basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2014, d.h. auf 41.7 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 65'177.-- ergibt. Nominallohnindexiert bis 2014 (Index Männer: 2013: 0.8%; 2014: 0.7%) resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 66'158.--. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine versicherte Person, die gesundheitsbedingt selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit behindert ist, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitskräften lohnmässig benachteiligt ist und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen muss. Sodann wird mit dem Tabellenlohnabzug dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer Person Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Als letztere kommen Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad in Betracht (BGE 126 V 75 E. 5a mit Hinweisen). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 481, E. 4.3.2, BGE 126 V 78 ff.). Während die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2016 (act. G 3) höchstens einen Tabellenlohnabzug von 10% zubilligt, fordert



der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 18. November 2015 (act. G 1) und der Replik vom 13. April 2016 (act. G 9) die Berücksichtigung des höchstzulässigen Abzugs von 25%. Diesen begründet er mit dem Alter des Beschwerdeführers sowie den geringen Dienstjahren (3 1/2 Monate im Zeitpunkt des Unfalls). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des allfälligen Rentenanspruchs am 1. August 2014 58 Jahre alt, womit altersbedingte Schwierigkeiten, eine passende Arbeit zu finden, bestehen könnten (vgl. dazu PHILIPP GEERTSEN, Der Tabellenlohnabzug, in: UELI KIESER/MIRIAM LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 143 f. sowie die im Beitrag GEERTSEN angeführten Urteile des EVG bzw. Bundesgerichts, a.a.O., S. 144 Fn. 28). Hinsichtlich Gewährung eines Abzugs gilt es weiter zu berücksichtigen, dass der Durchschnittslohn der Männer seit der LSE 2012 im Kompetenzniveau 1 im Verhältnis zur Nominallohnentwicklung spürbar höher ist als derjenige der Männer in der LSE 2010 im Anforderungsniveau 4. Dies ist offenbar mit einer erhöhten Gewichtung von Schwerarbeiterlöhnen über alle Sektoren zu begründen (vgl. in TA 1 2012 die Legende zur Definition von Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1 "Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art"). Nachdem der Beschwerdeführer gerade keine schweren Tätigkeiten mehr ausüben kann, ist dem vorgenannten Umstand ebenfalls mit einem Abzug Rechnung zu tragen. Dagegen entfällt ein Abzug für den geltend gemachten Sachverhalt der Anzahl Dienstjahre. Tritt der Beschwerdeführer nach 3 1/2 Monaten eine neue Stelle an, ist nicht davon auszugehen, dass er einen bisher allenfalls aufgrund der Dienstjahre erlangten lohnrelevanten Vorteil verliert. Ausserdem ist zu beachten, dass die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (BGE 126 V 79 E. 5a/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2007, 8C_223/2007, E. 6.2.2). Die Gewährung eines Leidensabzugs von 10% würde die beiden Aspekte des fortgeschrittenen Alters sowie der erhöhten Gewichtung von Schwerarbeiterlöhnen in TA1 2012 hinreichend abgelten, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 59'542.-- resultierte. Auch bei Bezug der Tabellenlöhne ergäbe sich folglich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 13. Oktober 2015 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine



zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Der Sistierungsantrag wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.