



Fall-Nr.: UV 2014/23
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 22.06.2016
Entscheiddatum: 22.06.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 22.06.2016

Art. 6 Abs. 1, Art. 6 Abs. 3, Art. 18 und Art. 24 Abs. 1 UVG. Verneinung der Unfallkausalität der Depression, der Demenzerkrankung und der Beschwerden an der Lendenwirbelsäule. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung aufgrund der somatischen Unfallrestfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juni 2016, UV 2014/23). Entscheid vom 22. Juni 2016

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Geschäftsnr.

UV 2014/23

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Romana Kronenberg Müller,
Zürcherstrasse 25, Postfach 326, 8730 Uznach,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente / Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. Mai 1994 als Mitarbeiter Produktion bei der B.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 27. August 2009 prallte der Versicherte beim Transport von Material an einen kleinen Transportwagen und verletzte sich am Bein. Daraufhin entzündete sich der angeschlagene rechte Unterschenkel (Suva-act. I 1 und 5). Die bei einer MR-Untersuchung der Uniklinik Balgrist am 23. Februar 2010 erhobenen Befunde waren vereinbar mit einer beginnenden Osteomyelitis (Suva-act. I 4). Daher verwies die Uniklinik Balgrist den Versicherten an das Universitätsspital Zürich (USZ) weiter (Suva-act. I 1f.). Am 16. Juni 2010 wurde eine Operation des rechten Unterschenkels (Haut-Exzision, Dekortizieren von Tibia anterior rechts und freier Latissimus dorsi Lappen vom Rücken links zum Unterschenkel rechts; vgl. Suva-act. I 7) in der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des USZ durchgeführt. Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, bescheinigte diesem eine volle Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (Suva-act. I 5). Am 9. Juli 2010 trat der Versicherte aus dem USZ aus (Suva-act. I 11, 14). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht (Suva-act. I 10, 17f.).

A.b Im Austrittsbericht vom 9. Juli 2010 wurde bei Diagnose einer gemischt ängstlich-depressiven Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) über den Beginn einer antidepressiven Therapie berichtet (Suva-act. I 14). Vom 19. August 2010 bis 1. September 2010 wurde eine stationäre Rehabilitation in der Klinik D.____ durchgeführt (Suva-act. I 26).



St.Galler Gerichte

A.c Seit 23. September 2010 befand sich der Versicherte in psychiatrischer Behandlung im Psychiatrie-Zentrum E.____ in F.____ (Suva-act. I 41). Dr. med. G.____, Facharzt Chirurgie FMH, Oberarzt der Uniklinik Balgrist, empfahl im Bericht vom 29. April 2011 trotz der Restbeschwerden im Bereich des rechten Unterschenkels wenigstens eine teilzeitliche Aufnahme der Arbeit, nachdem die Kontrolle einen regelrechten Verlauf ohne Hinweise auf eine Infektion gezeigt hatte (Suva-act. I 53).

A.d Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Juli 2011 (Suva-act. I 66) hielt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, es liege ein ausgedehntes, komplexes, mit Unfallfolgen auf somatischer Ebene nicht erklärbares Beschwerdebild nach Kontusion des rechten Unterschenkels mit Osteomyelitis des rechten distalen Unterschenkels nach Unterschenkelfraktur mit offener Wundheilung vor vielen Jahren vor. Auf somatischer Ebene sei ein Endzustand erreicht.

A.e Am 17. August 2011 erlitt der Versicherte einen Treppensturz und verletzte sich dabei an der rechten Schulter (Suva-act. II 1).

A.f Im Arztbericht vom 13. Dezember 2011 (Suva-act. I 98) sah der Operateur der Unterschenkeloperation, Dr. med. I.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Facharzt FMH für Handchirurgie, von Seiten der plastischen Chirurgie keine Indikation zur Intervention bei schön eingeeilter und integrierter Lappenplastik. Abgesehen von einer Druckdolenz prätibial und einem fraglichen Tinel-Zeichen von medial nach ventral sei das Bein unauffällig. Eine allfällige Schmerzmedikation könne durch die Psychiatrie in F.____ aufgebaut werden.

A.g Im Bericht vom 19. Januar 2012 (Suva-act. II 7f.) stellte Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik Balgrist, die Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur rechts. Der Versicherte habe zudem über Rückenschmerzen berichtet. Obwohl eine Indikation zur Rekonstruktion gegeben wäre, sei aufgrund der Mobilisierung an zwei Gestöcken zuzuwarten und eine infiltrative Therapie vorzunehmen. Daraufhin wurden mehrere glenohumerale Infiltrationen durchgeführt (vgl. Suva-act. II 10, 29, 55).



A.h Gemäss Bericht vom 23. Februar 2012 (Suva-act. I 130) der auf Fuss/Sprunggelenk spezialisierten Ärzte der Universitätsklinik Balgrist bestanden keine Zeichen für ein Osteomyelitis-Rezidiv und es waren vorerst keine weiteren Kontrollen mehr vorgesehen. In Bezug auf die Rückenproblematik sahen die Wirbelsäulenspezialisten der Universitätsklinik Balgrist im Bericht vom 28. Februar 2012 die altersbedingte multisegmentale Degeneration der Lendenwirbelsäule als unfallfremden Faktor an, der im Heilungsverlauf mitspielt (Suva-act. I 129). Bei einer MRI-Aufnahme der Lendenwirbelsäule vom 10. Februar 2012 (Suva-act. I 128) waren eine mittelschwere Spinalkanalstenose L2/L3 und eine Nervenwurzelkompression L5 beidseits im Segment L4/5 zur Darstellung gekommen.

A.i Kreisarzt Dr. H.____ sah bei der Beurteilung vom 28. März 2012 am rechten Unterschenkel keine erheblichen und bleibenden Schädigungen durch das Unfallereignis, welche einer Integritätsentschädigung bedürften (Suva-act. I 135).

A.j Gemäss Bericht vom 9. Mai 2012 (Suva-act. I 191-38ff./43) fand Prof. Dr. med. K.____, Chefarzt und Direktor der Universitätsklinik Balgrist, neurographisch und klinisch keinen Anhalt für eine Polyneuropathie.

A.k Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt-Stellvertreter, führte am 8. Juni 2012 eine kreisärztliche Untersuchung durch und hielt fest, in Bezug auf den rechten Unterschenkel bestehe soweit beurteilbar ein sehr schönes Ergebnis, das keine (Stock-)Entlastung rechtfertigen würde (Suva-act. I 147). Bei der Rückenproblematik verwies er auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen, die nicht im Zusammenhang mit dem Treppensturz vom 17. August 2011 stehen könnten. Eine objektive Untersuchung der Schulter sei nicht möglich. Er empfahl dem Versicherten die Durchführung einer stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon.

A.l Aufgrund von Verwirrtheit, Wortfindungsstörungen und örtlicher Desorientiertheit des Versicherten wurde die ab 4. Juli 2012 geplante stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon nicht durchgeführt. Ein stationärer Aufenthalt auf der Neuro-Rehabilitation sei gegebenenfalls nach Einleitung der neurologischen und Vervollständigung der neuropsychologischen und psychiatrischen Diagnostik zu erwägen (Suva-act. I 150, 155).



St.Galler Gerichte

A.m In Bezug auf die Schulterproblematik äusserte sich Dr. L.____ am 30. August 2012 (Suva-act. II 31) dahingehend, dass aufgrund der spärlichen nicht objektivierbaren Befunde nicht bestimmt werden könne, ob und inwieweit ein Integritätsschaden vorliege, der die Erheblichkeitsgrenze erreiche. Auf die Länge sei eine Schulter mit derartigen Befunden für Überkopfarbeiten, Arbeiten über Kopf mit Abstützfunktionen sowie für häufige Rotationsbewegungen und Arbeiten mit vibrierenden oder Vibrationen erzeugenden Maschinen eingeschränkt. Für alle Arbeiten auf Brust- und Bauchhöhe bestehe keine Einschränkung. Unter Berücksichtigung dieser Behinderung sei dem Versicherten ein ganztätiger Arbeitseinsatz zumutbar.

A.n Am 15. Oktober 2012 teilte die Suva dem Versicherten mit, sie werde die Heilbehandlungskosten per sofort und die Taggeldleistungen per 31. Oktober 2012 einstellen (Suva-act. I 171). Eine Integritätsentschädigung sei gemäss Beurteilung von Dr. L.____ nicht geschuldet.

A.o Mit Verfügung vom 17. Oktober 2012 (Suva-act. I 172) verneinte die Suva bei einer unfallbedingten Erwerbseinbusse von 7.47% einen Rentenanspruch des Versicherten. Da keine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität vorliege, seien die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung nicht erfüllt.

A.p Dagegen liess der Versicherte am 8. November 2012 Einsprache (Suva-act. I 175) mit Begründung vom 10. Dezember 2012 (Suva-act. I 179) erheben.

A.q Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen liess der Suva ein polydisziplinäres Gutachten der Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) Basel vom 4. März 2013 zukommen (Suva-act. I 190f.). Darin wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische Beschwerden der rechten Körperhälfte, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronische Schulterbeschwerden unter Betonung der dominanten rechten Seite und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode gestellt. Aus interdisziplinärer Sicht kamen die ABI-Gutachter zum Schluss, dass in körperlich mittelschweren bis schweren, belastenden beruflichen Tätigkeiten sowie in der angestammten Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit reduziertem



St.Galler Gerichte

Rendement. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten gelte seit der am 17. August 2011 erlittenen Schulterkontusion. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten, welche aus psychiatrischer Sicht bestehe, könne mit Sicherheit ab Dezember 2012 bestätigt werden, sei aber wahrscheinlich ab September 2012 anzunehmen. Innert der von der Suva daraufhin eingeräumten Frist für eine allfällige Ergänzung oder den Rückzug der Einsprache liess sich der Versicherte vernehmen und reichte eine E-Mail von Dr. J.____ ein (Suva-act. II 64, 72 und 73).

A.r Am 30. Juli 2013 wurde von der Suva eine chirurgische Untersuchung des Versicherten durchgeführt (Suva-act. I 211). Dabei hielt Kreisarzt Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie FMH, fest, grundsätzlich habe weder auf der Grundlage der klinischen Untersuchung noch der vorhandenen Bildgebung eine Funktionseinschränkung oder Pathologie an den unteren Gliedmassen objektiviert werden können, welche den Gebrauch von Unterarmgehstöcken begründen könnte. Das Resultat der operativen Eingriffe am Unterschenkel sei als sehr gut zu qualifizieren. Ein ganztägiger Arbeitseinsatz sei dem Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit unter Berücksichtigung der objektivierbaren Unfallfolgen am Schultergelenk und am Unterschenkel zumutbar. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung der ABI-Gutachter sei die Wirbelsäulenproblematik wesentlich mitberücksichtigt worden. Diese stehe nicht in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis. Weder am Schultergelenk noch am Unterschenkel seien bis dato tatsächlich unfallbedingte Schädigungen der Integrität objektivierbar.

A.s Nach einer Computertomographie (CT)-Untersuchung vom 16. August 2013 (Suva-act. I 213) und einer Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchung vom 27. August 2013 des rechten Unterschenkels (Suva-act. I 217) bestätigte Dr. M.____ am 16. Oktober 2013 (Suva-act. I 221), dass ein unfallkausaler Integritätsschaden am rechten Unterschenkel des Versicherten nicht objektivierbar sei. Mit ärztlicher Beurteilung vom 26. November 2013 (Suva-act. I 225) sah er den medizinischen Endzustand als am 17. Oktober 2012 erreicht an.

A.t Mit Einspracheentscheid vom 26. Februar 2014 (act. G 1.2) wurde die Einsprache des Versicherten abgewiesen.



Erwägungen

1.

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 26. Februar 2014 (act. G 1.2). Die Beschwerdegegnerin übernahm die Heilungskosten bis 17. Oktober 2012 (Verfügungserlass) und richtete bis 31. Oktober 2012 Taggelder aus (Suva-act. I 171). Vorliegend unbestritten gebliebenen sind unfallbedingte Restbeschwerden am rechten Unterschenkel und an der rechten Schulter (Rotatorenmanschetten-Ruptur). Zu prüfen ist, ob die weiterhin vom Beschwerdeführer beklagten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Beschwerden der Lendenwirbelsäule (LWS) in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den Unfallereignissen vom 27. August 2009 und vom 17. August 2011 stehen. Im Streit liegt die Verweigerung von Invalidenrentenleistungen und einer Integritätsentschädigung.

2.

2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Demnach besteht eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53ff.; BGE 118 V 286 E. 3b S. 292 f.). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177, E. 3.1 mit Hinweisen).



2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

2.3 Nach dem Unfall vom 17. August 2011 klagte der Beschwerdeführer erstmals bei der ambulanten Untersuchung vom 11. Januar 2012 über LWS-Beschwerden (Suva-act. II 7f.). Bereits dieser zeitliche Ablauf - erstmaliges Erwähnen von Rückenbeschwerden im LWS-Bereich nach fast fünf Monaten - lässt eine direkte Verursachung dieser Gesundheitsbeeinträchtigung durch das erwähnte Ereignis als fraglich erscheinen. Zum Unfallmechanismus beim Treppensturz vom 17. August 2011 geht nichts Näheres aus den Akten hervor. Der Versicherte hatte bei der Untersuchung vom 30. November 2011 (Suva-act. II 4) gegenüber dem Schulter- und Ellbogenspezialisten Dr. J. ___ von der Uniklinik Balgrist berichtet, beim Gehen an einem Stock auf der Treppe gestürzt zu sein und sich dabei, um den Fuss zu schonen, mit der rechten Hand abgestützt zu haben. Seither persistierten rechtsseitige Schulterschmerzen. Von einer Beteiligung des Rückens sprach der Beschwerdeführer nicht. In der Schadenmeldung UVG vom 1. Dezember 2011 war als betroffener Körperteil ebenfalls einzig die rechte Schulter angegeben worden (Suva-act. II 1). Die MRI-Untersuchung vom 10. Februar 2012 zeigte altersbedingte multisegmentale Degenerationen der LWS (Suva-act. I 128f.). Bei den in mehreren Segmenten festgestellten Bandscheibenprotrusionen, Spondylarthrosen, erosiven



Osteochondrosen, der mittelschweren Spinalkanalstenose L2/3 und der Nervenwurzelkompression L5 beidseits im Segment L4/5 handelt es sich gemäss den Berichten über die kreisärztliche Untersuchung vom 8. Juni 2012 von Dr. L.____ (Suva-act. I 147) und der chirurgischen Untersuchung vom 8. August 2013 von Dr. M.____ (Suva-act. I 211 S. 11) um vorbestehende degenerative Veränderungen und damit um unfallfremde Faktoren. Der Versicherte sei bereits im Jahr 2008 wegen Lumbalgie in Behandlung gewesen und die geklagten LWS-Beschwerden seien erst zu einem erheblich späteren Zeitpunkt nach dem Unfallereignis aufgetreten. Es seien keine frischen ossären oder sonstigen strukturellen Läsionen nach dem Unfall diagnostiziert worden. Selbst die behandelnden und auf die Wirbelsäule spezialisierten Ärzte der Uniklinik Balgrist sprachen in ihrem Bericht vom 28. Februar 2012 (Suva-act. I 129) - im Wissen um den vom Beschwerdeführer als Ursache seiner LWS-Beschwerden betrachteten Treppensturz vom 17. August 2011 - von unfallfremden, altersbedingten Verschleisserscheinungen der Lendenwirbelsäule. Widersprechende ärztliche Beurteilungen liegen in den Akten nicht vor, so dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den LWS-Beschwerden und dem Unfallereignis vom 17. August 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist.

2.4

2.4.1 Im Austrittsbericht vom 9. Juli 2010 des USZ wurde erstmals eine gemischt ängstlich-depressive Anpassungsstörung diagnostiziert und der Beginn einer antidepressiven Therapie dokumentiert (Suva-act. I 14). Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 3. Dezember 2010 (Suva-act. I 38) fest, unfallfremde Faktoren lägen nicht vor, es bestehe eine leicht ängstliche depressive Verstimmung nach diesem riesigen Eingriff. Am 23. Mai 2011 berichtete er, postoperativ habe sich eine ausgeprägte Depression entwickelt (Suva-act. I 59). In zeitlicher Hinsicht traten die psychischen Probleme des Beschwerdeführers den Akten und seinen eigenen Angaben zufolge (vgl. dazu etwa Suva-act. I 211 S. 5 unten) nach der Operation vom 16. Juni 2010 auf. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zum zu jenem Zeitpunkt bereits zehn Monate zurückliegenden Unfallereignis vom 27. August 2009 ist schon zufolge dieser zeitlichen Latenz zu bezweifeln, kann aber vorliegend offen gelassen werden, da der kumulativ erforderliche adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. nachfolgende E. 2.4.3).



2.4.2 Da der Beschwerdeführer unbestrittenermassen bereits vor dem Unfall vom 17. August 2011 unter psychischen Beschwerden litt und sich aus den medizinischen Berichten (vgl. insbesondere das Arzteugnis vom 15. Dezember 2011 von Dr. C.____ [Suva-act. II 6], Arztberichte von Dr. N.____ vom 29. Dezember 2010 [Suva-act. I 41], vom 20. Oktober 2011 [act. G1.3] und vom 10. August 2012 [act. G1.4]) keinerlei Hinweise für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit dem Ereignis vom 17. August 2011 ergeben, kann ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen diesem und der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden.

2.4.3 Eine Adäquanzprüfung ist somit lediglich in Bezug auf den Unfall vom 27. August 2009 vorzunehmen. Vorliegend ist unbestritten, dass es sich beim Anprall des rechten Unterschenkels an einem kleinen Transportwagen am 27. August 2009 um ein banales Unfallereignis handelt. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen einem solch leichten Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres zu verneinen (BGE 115 V 133 E. 6a). Nur ausnahmsweise ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs auch bei einem leichten Unfall nach den bei mittelschweren Unfällen geltenden Kriterien zu prüfen, wenn er unmittelbare Unfallfolgen zeitigt, die nicht offensichtlich unfallunabhängig sind (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, erhebliche Arbeitsunfähigkeit; Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2009, 8C_824/2008, E. 4.2, und vom 14. Mai 2009, 8C_526/2008, E. 5.1). Gemäss Arztbericht von Dr. C.____ vom 8. Juni 2010 (Suva-act. I 5) fand am Unfalltag die Erstbehandlung statt. Bei der Erstuntersuchung habe er innerhalb der alten grossen, flächigen Narbe eine Art Rissquetschwunde festgestellt (vgl. Suva-act. I 10). Die Wunde habe seither sezerniert (Suva-act. I 5). Selbst wenn die aus dieser Kontusion mit oberflächlicher Verletzung hervorgegangene Osteomyelitis, die darauffolgende Operation vom 16. Juni 2010 und die im Anschluss daran geklagten psychischen Beschwerden als unmittelbare Unfallfolgen anzusehen sind oder wären, sind die bei mittelschweren Unfällen zu prüfenden Adäquanzkriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung,



körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) in Bezug auf das Unfallereignis vom 27. August 2009 zu verneinen bzw. wenn überhaupt nur das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs - höchstens in einfacher Weise - zu bejahen, da bei der Wundheilung Komplikationen auftraten. Weil sich die Osteomyelitis im Verlauf des Heilungsprozesses entwickelte, eine Unfallmeldung aus diesem Grund erst am 24. Februar 2010 erfolgte, die Operation des rechten Unterschenkels am 16. Juni 2010 stattfand und am 8. Juli 2011 auf somatischer Ebene ein Endzustand festgestellt wurde, ist nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auszugehen. Das Kriterium ist auch nicht aufgrund der weiterhin benutzten Unterarmgehstützen zu bejahen, da sich die Stockentlastung aus somatisch-medizinischer Sicht nicht rechtfertigt (vgl. Suva-act. I 147 S. 3, 211 S. 10). Hinsichtlich der körperlichen Dauerschmerzen sind die Beschwerden in beiden Beinen, vor allem auch im rechten Bein, auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule zurückzuführen (Suva-act. I 147 S. 4). Diese unfallfremden Schmerzursachen sind bei der vorliegenden Adäquanzbeurteilung nicht zu berücksichtigen. Bis zur Operation am 16. Juni 2010 war der Beschwerdeführer arbeitsfähig (Suva-act. I 5), so dass dieses Kriterium ebenfalls ausser Betracht fällt. Für die Annahme eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 27. August 2009 und der psychischen Fehlentwicklung reicht die Erfüllung von höchstens einem Kriterium offensichtlich nicht aus (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 12. März 2010, 8C_876/2009, E. 5).

3.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 10). Diese behandlungsbedingte Schadenverursachung muss weder den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen noch muss zwischen dem Unfall und der bei der unfallbedingten Heilbehandlung aufgetretenen Komplikation (bzw. dem dadurch hervorgerufenen Schaden) ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen (BGE 118 V 286 E. 3b; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 85). Ein Anspruch der



versicherten Person besteht indessen nur für die Folgen von Schäden, die natürlich und adäquat kausal durch die nicht lege artis durchgeführte ärztliche Behandlung verursacht wurden. Da es nicht um Unfall-, sondern um Heilbehandlungsfolgen geht, ist anders als bei der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges auch bei psychischen Folgeschäden nach der allgemeinen Adäquanzformel zu prüfen. Es ist demnach stets zu fragen, ob die schädigende Behandlung 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2008, 8C_444/2008, E. 2.2 mit Hinweisen, und vom 12. März 2008, 8C_288/2007, E. 6.1).

3.2 Nach dem Unfall vom 27. August 2009 musste der rechte Unterschenkel des Beschwerdeführers am 16. Juni 2010 einer siebenstündigen Operation unterzogen werden (vgl. Suva-act. I 7). Der Beschwerdeführer lässt durch seine Rechtsvertreterin vorbringen, seine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung (Depression) und die Demenzerkrankung hätten sich im Nachgang zu diesem operativen Eingriff eingestellt bzw. verschlimmert.

3.3 Eine Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG setzt voraus, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine behandlungsbedingte Schadensverursachung vorliegt. Die Frage ist zunächst in Bezug auf die geklagten psychischen Beschwerden zu prüfen. Anschliessend ist eine gesonderte Prüfung in Bezug auf die von Dr. N.____ festgestellte Demenzerkrankung vorzunehmen.

3.4

3.4.1 Bei der Operation wurde eine Allgemeinanästhesie (Vollnarkose) vorgenommen. Weder ist dem Operationsbericht zu entnehmen (Suva-act. I 7) noch lässt der Beschwerdeführer vorbringen, dass dabei Komplikationen oder Probleme aufgetreten wären. Es ist daher davon auszugehen, dass bei der Narkotisierung des Beschwerdeführers kein Fehler unterlief und dieser während des Eingriffs nichts mitbekommen hatte, was einen psychischen Gesundheitsschaden allenfalls hätte



auslösen können. Dr. N.____ vertrat in ihrem Bericht vom 31. März 2014 (act. G1.12) die Ansicht, nach Angaben des Beschwerdeführers habe es - bedingt durch Sprachschwierigkeiten - zu wenig Aufklärung in Bezug auf die bevorstehende Operation gegeben. Der Beschwerdeführer habe Angst vor einer Beinamputation gehabt, so dass die Operation als Ereignis mit grosser Angst vor dem Verlust verbunden gewesen sei und für den Betroffenen ein Trauma oder eine Stresssituation dargestellt habe. Daraus habe sich eine Depression entwickelt. Die behauptete mangelhafte Eingriffsaufklärung (vgl. dazu Claudia Fink, Aufklärungspflicht von Medizinalpersonen [Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker], Diss. Bern 2008, S. 139ff.) erscheint aus mehreren Gründen fragwürdig: Es war fremdanamnestisch mehrmals (vgl. etwa Suva-act. I 66 S. 2, act. G1.10) geäussert worden, der Beschwerdeführer habe vor der Operation besser Deutsch gesprochen. Bei der ABI-Begutachtung hielt der neurologische Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer sich zu seinen Schmerzen und den Medikamenten befragt plötzlich auf Deutsch verständigt habe (Suva-act. I 191 S. 18/30). Ein (derartiges) Missverständnis, wonach dem Beschwerdeführer anstelle einer vorzunehmenden Lappenplastik eine Beinamputation bevorstehe, erscheint bereits aus diesen Gründen unglaubwürdig. Allfällige auf Sprachschwierigkeiten des Beschwerdeführers beruhende Unsicherheiten hätten zudem ohne weiteres durch die als diplomierte Krankenschwester für allgemeine Krankenpflege tätige Ehefrau ausgeräumt werden können (Suva-act. I 16). Aus dem Bericht zur chirurgischen Untersuchung vom 30. Juli 2013 (Suva-act. I 211 S. 5) geht hervor, dass der Beschwerdeführer grosse Angst gehabt habe, ihm sei das Bein amputiert worden, als im Krankenhaus das Bein verbunden gewesen sei. Er habe immer noch grosse Angst, dass das rechte Bein amputiert werden müsse. Gestützt auf diese Befürchtung des Beschwerdeführers lässt sich aber nicht auf eine mangelhafte Aufklärung im Vorfeld der Operation schliessen.

3.4.2 Spätestens nach der Operation stand fest, dass keine Beinamputation durchgeführt worden war und nie im Raum gestanden hatte. Die Angst des Beschwerdeführers vor einer Amputation erwies sich damit als unbegründet. Da psychische Beschwerden erstmals nach der Operation vom 16. Juni 2010 dokumentiert wurden, ist ein zeitlicher Zusammenhang nicht ausgeschlossen. Ein solcher geht allerdings nicht über die beweisrechtlich untaugliche Formel „post hoc ergo propter hoc“ hinaus, wonach Gesundheitsschädigungen schon deshalb



unfallbedingt sein müssten, weil sie nach dem Unfall aufgetreten seien (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007] S. 54 E. 7.2.4 mit Hinweisen; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205). Nachdem die Operation unbestrittenermassen lege artis durchgeführt worden war, ist eine dabei zugefügte Schädigung der Psyche nicht anzunehmen. Eine allenfalls mangelhafte Aufklärung ist, selbst wenn sie zu einer vorübergehenden Stresssituation bzw. im vorliegenden Fall zu einer Angst vor dem Verlust eines Körperteiles geführt haben mag, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet, eine nicht mehr ohne weiteres überwindbare psychische Gesundheitsbeeinträchtigung herbeizuführen, wie sie vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird. Darüber hinausgehende Erkenntnisse sind auch nicht durch die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

3.4.3 Zusammenfassend liegt in Bezug auf die psychischen Beschwerden keine behandlungsbedingte Schadenversuchung vor.

3.5

3.5.1 In den beschwerdeweise ins Recht gelegten Berichten vom 3. Juni 2013 (act. G1.10), 14. August 2012 (act. G1.11) und vom 31. März 2014 (act. G1.12) berichtete Dr. N.____, dass sich beim Beschwerdeführer seit ca. Juni 2012 deutliche Veränderungen im Bereich der Orientierung, Kognition und dem affektiven Erleben gezeigt hätten und äusserte den Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete vaskuläre Demenz. Die am 22. April 2013 durchgeführte MRI-Untersuchung des Schädels sei unauffällig gewesen. Im Bericht vom 7. September 2014 (act. G11.1) hielt Dr. O.____ fest, die Liquordiagnostik habe grenzwertige Ergebnisse gezeigt und sie empfehle in sechs Monaten eine nochmalige Lumbalpunktion mit Bestimmung der Demenzparameter. Dr. N.____ diagnostizierte im Bericht vom 19. September 2014 (act. G11.2) eine gemischte Demenz und interpretierte das depressive Syndrom als Präkursor im Rahmen einer Demenz. Die Merkfähigkeitsstörung habe sich seit ca. April 2013 verschlimmert, so dass seither eine Pflegebedürftigkeit bestehe. Dr. N.____ sprach von einem unklaren kognitiven Profil und weiteren differentialdiagnostischen Abklärungen hinsichtlich der Ursachen des dementiellen Syndroms.



3.5.2 Bei dieser Aktenlage ist - auch ohne Berücksichtigung des vom neurologischen ABI-Gutachter bei der Untersuchung vom 4. Dezember 2012 festgestellten pseudodementen Verhaltens - zweifelhaft, ob die Diagnose einer Demenz mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (Bernd Graubner in: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI; Hrsg.], ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis, 10. Revision - German Modification, Version 2014, S. 169). Für eine Verursachung dieser Krankheit durch die Operation vom 16. Juni 2010 findet sich in den medizinischen Akten keine Stütze. Dass die Operation einen bereits in Gang gesetzten Krankheitsverlauf verschlimmert haben könnte, kann grundsätzlich wohl nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Allerdings wäre eine solche Verschlimmerung wohl eher zeitnah zu erwarten gewesen. Aus den Akten geht hervor, dass erst zwei Jahre nach dem Eingriff überhaupt Anzeichen einer Demenzerkrankung zutage traten, weshalb ein natürlicher Kausalzusammenhang nicht als überwiegend wahrscheinlich angesehen werden kann. Weitere Abklärungen können unterbleiben, da daraus keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 122 V 157 E. 1d).

3.5.3 Nach dem Gesagten steht eine behandlungsbedingte Schadenversursachung bzw. -verschlimmerung einer Demenzerkrankung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest.

4.

4.1 Gemäss Art. 18 UVG hat der Versicherte einen Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er zu mindestens 10% invalid ist. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).



4.2 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bildet (vgl. nachfolgende E. 5.1), sind einzig die unfallbedingten Restbeschwerden am rechten Unterschenkel und an der rechten Schulter (Rotatorenmanschetten-Ruptur) zu berücksichtigen (vgl. vorhergehende E. 2.3, 2.4.1, 3.4.3 und 3.5.3). Dass bezüglich dieser Beschwerden spätestens am 31. Oktober 2012 der medizinische Endzustand (Art. 19 Abs. 1 UVG) erreicht war, ist im Beschwerdeverfahren unbestritten geblieben (vgl. act. G1 und G11).

4.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid stellt die Beschwerdegegnerin auf das anlässlich der chirurgischen Untersuchung vom 30. Juli 2013 (Suva-act. I 211) von Dr. M.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil ab, wonach dem Beschwerdeführer ein ganztätiger Arbeitseinsatz bei Arbeiten in kniender oder kauernder Position (selten), auf Leitern und Gerüsten (selten), im Stehen (manchmal), im Gehen (manchmal), im Sitzen (oft), verbunden mit dem Heben und Tragen von Lasten bis 15kg hüfthoch (oft), mit Heben und Tragen von Lasten bis 10kg (sehr oft), mit grobmanuellem Hantieren mit Werkzeugen (nie) und über Kopf (nie) zumutbar sei. Der Beschwerdeführer lässt dagegen beschwerdeweise vorbringen, Dr. M.____ stütze seine medizinischen Schlussfolgerungen zum grossen Teil auf subjektive Beobachtungen, welche er anlässlich der Untersuchung offenbar gemacht habe. Trotz Rotatorenmanschettenruptur gelange Dr. M.____ zu einem Zumutbarkeitsprofil, welches oft eine Gewichtsbelastung von bis 15kg hüfthoch und sehr oft eine solche bis 10kg zulasse. Dieses Profil sei aufgrund der vorhandenen Diagnosen nicht nachvollziehbar und widerspreche zudem anderen fachärztlichen Beurteilungen, insbesondere dem ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 und den Feststellungen von Dr. J.____ vom 29. April 2013 (act. G1.14). Die Stichhaltigkeit der gegen den Untersuchungsbericht von Dr. M.____ vorgebrachten Mängel ist nachfolgend zu prüfen.

4.4 Bei der Zumutbarkeitsbeurteilung berücksichtigte Dr. M.____ die aufgelaufenen Akten zu beiden Unfällen, die Bildgebung und die aktuellen Angaben des Versicherten zu seinen Beschwerden. Zudem nahm er eine ausführliche körperliche Untersuchung vor, stellte die Umfangmasse und Bewegungsumfänge fest und liess die von ihm beobachteten Bewegungsabläufe zum Beispiel beim Gehen, An- und Auskleiden und beim Anamnesegespräch in die Gesamtbeurteilung mit einfließen (vgl. auch seine einleitende Bemerkung auf S. 11 zu 5.2, Zumutbarkeitsprofil). Bereits im hängigen



Einspracheverfahren nahm Dr. M.____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 26. November 2013 (Suva-act. I 225) Stellung zu den Vorbringen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu seinem Bericht vom 8. August 2013. Dabei zeigte er unter anderem plausibel auf, dass er die in der Magnetresonanztomografie bildgebend objektivierte Rotatorenmanschettenruptur nirgendwo in Frage gestellt und diese Schädigung bei der Erstellung des Zumutbarkeitsprofils vollumfänglich berücksichtigt habe. Aus dem bildgebenden Nachweis einer teilweisen Rotatorenmanschettenruptur resultiere nicht zwangsläufig ein vollständiger Funktionsverlust, sondern es verbleibe zweifellos eine noch sehr erhebliche Gebrauchsfähigkeit, wie sie vom Beschwerdeführer z.B. beim Aufstehen vom Boden eindrücklich demonstriert worden sei. Unter diesen Umständen ist der Rüge, Dr. M.____ habe seine medizinischen Schlussfolgerungen grösstenteils auf subjektiven Beobachtungen gestützt, die Grundlage entzogen. Die Feststellungen von Dr. M.____ sind nachvollziehbar, konsistent und umfassend.

4.5 Im ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 (Suva-act. I 191) wurden bei der orthopädischen Beurteilung nebst den unauffälligen Verhältnissen am rechten Unterschenkel gewisse Einschränkungen an der rechten Schulter und an der lumbalen Wirbelsäule festgehalten (S. 24). Nachdem Letztere keinen Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 27. August 2009 und vom 17. August 2011 aufweisen (vgl. dazu E. 2.2, aber auch S. 11f. des chirurgischen Untersuchungsberichts von Dr. M.____ vom 30. Juli 2013 [Suva-act. I 211]) und daher vorliegend unberücksichtigt zu bleiben haben, lässt sich eine Differenz um 5kg bei der Zumutbarkeit der zu hantierenden Last im Rahmen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht ohne weiteres erklären und vermag an der Beurteilung von Dr. M.____ keine Zweifel zu erwecken. Dies gilt umso mehr, als der orthopädische ABI-Gutachter ebenfalls eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit unter Vermeidung eines Einsatzes der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus als gegeben ansieht (S. 25).

4.6 In der E-Mail-Nachricht vom 29. April 2013 (act. G1.14) nahm Dr. J.____ gegenüber der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Bezug auf das ABI-Gutachten. Dabei hielt er fest, dass die schulterpezifischen Diagnosen im ABI-Gutachten korrekt seien und er mit den Gutachtern weitgehend einig gehe. Eine



angepasste Arbeitsfähigkeit sei durchaus zumutbar. Allenfalls könne betreffend das Maximalgewicht zum Heben von Lasten diskutiert werden, ob es eher bei 5kg als bei 10kg liege. Bei den Äusserungen von Dr. J.____ handelt es sich eher um eine - grundsätzlich zustimmende - Bewertung des ABI-Gutachtens als um eine vertiefte eigene Auseinandersetzung mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. J.____ äussert sich weder zur Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. M.____ noch nimmt er eine eigene unter Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden vor. Er stellt lediglich das Maximalgewicht von 10kg zur Diskussion. Damit vermögen seine Feststellungen den Beweiswert der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. M.____ nicht zu schmälern.

4.7 Zusammenfassend steht das Zumutbarkeitsprofil von Dr. M.____ unter alleiniger Berücksichtigung der unfallkausalen Gesundheitsbeeinträchtigungen am rechten Schultergelenk und am rechten Unterschenkel im Einklang mit den weiteren fachärztlichen Beurteilungen. Im Rahmen der von ihm formulierten Adaptationskriterien ist dem Beschwerdeführer ein ganztägiger Arbeitseinsatz in einer wechselbelastenden leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit zumutbar. Durch die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) oder einer weiteren fachärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung sind keine neuen, der bisherigen medizinischen Aktenlage widersprechenden Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (BGE 122 V 157 E. 1d).

5.

5.1 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt. Dabei wird das Einkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ein allfälliger Rentenanspruch kann frühestens im Oktober 2012 entstehen, so dass beim Einkommensvergleich die Lohnzahlen des Jahres 2012 zu berücksichtigen sind.



5.2 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin von den Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers aus, wonach dieser im Jahr 2012 ohne Invalidität ein mutmassliches Einkommen von Fr. 66'950.-- erwirtschaftet hätte (Suva-act. II 16). Beim seit dem 1. Mai 1994 bei der B.____ AG angestellt gewesenen Beschwerdeführer ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall dieses Anstellungsverhältnis beibehalten hätte, selbst wenn sein Einkommen während drei Jahren in Folge stagniert hätte (vgl. dazu SVR 2005 UV Nr. 11, U 66/02, E. 4.1.1, wonach es sich erst nach fünf Jahren ohne Lohnerhöhung rechtfertigt, die statistisch ausgewiesene Nominallohnentwicklung zu berücksichtigen; vgl. Suva-act. I 134 bzgl. der Kündigung aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit). Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass er - wie von der Rechtsvertreterin behauptet - seit 2010 eine Lohnerhöhung von mindestens Fr. 150.-- monatlich erhalten hätte, ansonsten er sich einen neuen Arbeitsplatz gesucht und dabei einen beruflichen Aufstieg realisiert hätte oder aus anderen Gründen zu einer höheren Entlohnung gelangt wäre, liegen jedenfalls nicht vor.

5.3

5.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3). Gemäss dem Grundsatzentscheid BGE 129 V 472 hat sich die Ermittlung des Invalideneinkommens nach der DAP-Methode auf mindestens fünf zumutbare Arbeitsplätze zu stützen. Zusätzlich sind 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. Damit soll die Überprüfung des Auswahlermessens ermöglicht werden, und zwar in dem Sinne, dass die Kenntnis der Gesamtzahl der erwähnten Angaben im



Bereich des Suchergebnisses eine zuverlässige Beurteilung der von der Suva verwendeten DAP-Löhne hinsichtlich ihrer Repräsentativität erlaubt. Das rechtliche Gehör ist dadurch zu wahren, dass die Suva die für die Invaliditätsbemessung im konkreten Fall herangezogenen DAP-Profile mit den erwähnten zusätzlichen Angaben auflegt und die versicherte Person Gelegenheit hat, sich dazu zu äussern. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben, damit sich die Suva im Einspracheentscheid damit auseinandersetzen kann. Ist die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, kann im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden; die Suva hat diesfalls im Einspracheentscheid die Invalidität aufgrund der LSE-Löhne zu ermitteln. 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 (BGE 129 V 472 E. 4.7.2).

5.3.2 Die gemäss Bundesgericht erforderlichen Rahmenbedingungen (fünf ausgewählte und mit Blick auf die ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung bzw. aufgrund der unfallkausalen Gesundheitseinschränkungen zumutbare DAP-Arbeitsplätze, Angaben über Gesamtzahl, Minimal-, Maximal- und Durchschnittslohn) sind vorliegend unbestrittenermassen erfüllt. Im Einspracheverfahren hatte die Rechtsvertreterin nichts gegen die von der Beschwerdegegnerin beigezogenen DAP-Zahlen einzuwenden (vgl. act. G1.6ff.). Beschwerdeweise bringt sie nun vor, den verwendeten DAP-Blättern liege eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 40.8 Stunden zugrunde, während diejenige bei der B. ___ AG lediglich 40 Stunden betrage. Das beigezogene DAP-Profil Nr. 3602 (Suva-act. I 165 S. 20ff.) weist eine betriebsübliche Arbeitszeit von 43 Stunden pro Woche auf, die DAP-Nummern 11305 und 6104 eine solche von 40 Stunden pro Woche (Suva-act. I 165 S. 24ff.). Der DAP-Arbeitsplatz Nr. 1075 (Suva-act. I 165 S. 32ff.) kennt eine wöchentliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.2 Stunden, DAP-Nummer 5498 (Suva-act. I 165 S. 36ff.) eine solche von 42 Stunden pro Woche. Im Durchschnitt ergibt dies eine wöchentliche Arbeitszeit von 41.24 Stunden. Bei den DAP-Arbeitsplätzen handelt es sich um Tätigkeiten, die auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt existieren. In der Regel wird nicht nur ein Durchschnittslohn, sondern



auch ein Minimum und ein Maximum angegeben, innerhalb deren Spannweite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2013, 8C_541/2012, E. 7.3 mit Hinweis). Eine wöchentliche Arbeitszeit von bis zu 45 Stunden bewegt sich im rechtlich gesteckten Rahmen (Art. 9 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel [Arbeitsgesetz; ArG; SR 822.11]). Die vorliegend durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.24 Stunden überschreitet das übliche Mass nicht. Weder aus den DAP-Profilen noch aus den Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers geht hervor, ob die Pausen als Arbeitszeit gelten (vgl. Art. 15 Abs. 2 ArG). Weitere Abklärungen hierzu erübrigen sich, da sogar die betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012 zugrunde zu legen wäre, wenn auf die Tabellenlöhne nach LSE und damit auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt abgestellt werden würde - und zwar unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit in der hypothetisch im Gesundheitsfall weitergeführten Anstellung. Massgebendes Invalideneinkommen bildet somit der durchschnittliche Lohn der ausgewählten fünf DAP-Arbeitsplätze von Fr. 61'947.80 (Suva-act. II 33).

5.4 Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens (Fr. 66'950.--) und des Invalideneinkommens (Fr. 61'947.80) bleibt es beim von der Beschwerdegegerin in der Verfügung vom 17. Oktober 2012 ermittelten und nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 7.47%.

6.

6.1 Gemäss 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. Nach Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Die Schwere des Integritätsschadens beurteilt sich ausschliesslich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der



Integritätsschaden aller Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 166).

6.2 Kreisarzt Dr. H.____ beurteilte die Frage der Integritätsentschädigung am 28. März 2012 (Suva-act. I 135) dahingehend, dass die Osteomyelitis am rechten Unterschenkel vollständig abgeheilt und die Lappenplastik reizlos sei. Es beständen keine erheblichen und bleibenden Schädigungen durch das Unfallereignis, welche einer Integritätsentschädigung bedürften. Eine plastische Deckung im Bereich des Unterschenkels werde bei Männern nicht mit einer Integritätsentschädigung bedacht. Hier sei der kosmetische Faktor zu vernachlässigen, zumal diese Hautpartien im Regelfall abgedeckt werden könnten. Gemäss dem Untersuchungsbericht von Dr. M.____ vom 8. August 2013 (Suva-act. I 211) waren weder betreffend Schultergelenk noch Unterschenkel unfallbedingte Schädigungen der Integrität objektivierbar. Der klinische Befund lasse eine aktive Osteomyelitis als weitestgehend ausgeschlossen erscheinen, doch sei eine weitere Abklärung mittels CT vorzusehen, um diesbezüglich bildgebende Sicherheit zu erhalten. Gestützt auf die Ergebnisse der CT- und MRT-Untersuchungen des rechten Unterschenkels hielt Dr. M.____ am 16. Oktober 2013 fest, dass definitiv und bildgebend objektiviert feststehe, dass beim Beschwerdeführer weder ein Sequester existiere noch eine chronische oder gar akute Osteomyelitis vorliege. Die Unterschenkelmuskulatur weise eine normale Trophik auf, die Lappenplastik sei bildgebend unauffällig (Suva-act. I 214 und I 221). In Bezug auf einen Integritätsschaden am rechten Schultergelenk äusserte sich Dr. L.____ am 30. August 2012 dahingehend, dass er aufgrund der spärlichen nicht objektivierbaren Befunde nicht bestimmen könne, ob und inwieweit ein Integritätsschaden vorliege, der die Erheblichkeitsgrenze erreiche (Suva-act. II 31). In seiner ärztlichen Beurteilung vom 26. November 2013 (Suva-act. I 225) zog Dr. M.____ zur Beurteilung des Integritätsschadens die MRT-Bilder des Schultergelenks vom 11. Januar 2012 bei. Die darauf erkennbaren degenerativen Veränderungen seien nicht als unfallkausal zu betrachten. Hinweise auf eine tatsächliche posttraumatische Arthrose des Schultergelenks seien nicht vorhanden. Der alleinige transmurale Riss einer einzelnen Sehne der Rotatorenmanschette erreiche das Ausmass eines entschädigungspflichtigen Integritätsschadens nicht. Diese Beurteilung hält umso mehr stand, als sich ein derartiger Befund gemäss Dr. L.____ bei einem Grossteil der übrigen



Bevölkerung in diesem Alter findet, ohne dass er erhebliche Beschwerden zeitigen würde (Suva-act. II 31).

6.3 Zusammenfassend ergibt sich aus der diesbezüglich übereinstimmenden medizinischen Aktenlage, dass kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden vorliegt.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.