



Fall-Nr.: UV 2015/63
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 16.05.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 16.05.2017

Art. 6 UVG. Die geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen im Bereich der linken Hand (Verdacht auf CRPS) stehen nicht in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. Mai 2013. Selbst bei Berücksichtigung der Einschränkungen der linken Hand würde sich in Anbetracht der anerkannten Beeinträchtigungen (Schulter, Ellbogen) kein höherer Invaliditätsgrad ergeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2017, UV 2015/63).

Entscheid vom 16. Mai 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2015/63

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Alex R. Le Soldat,



St.Galler Gerichte

Stadelhoferstrasse 40, 8001 Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente; Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), war seit dem 2. April 1991 bei der B.____ AG, (nachfolgend Arbeitgeberin), als Bauarbeiter tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als er am 27. Mai 2013 bei Reinigungsarbeiten in einen zwei bis drei Meter tiefen Schacht stürzte und sich insbesondere am linken Oberarm verletzte. Die Erstbehandlung fand im Spital C.____ statt. Diagnostiziert wurde unfallbedingt eine wenig dislozierte Humerusschaftfraktur links (UV-act. 3, 4, 15, 16, 22). Nachfolgend übernahm die ärztliche Behandlung Dr. med. D.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie FMH, Klinik E.____. Im Arztbericht vom 31. Mai 2013 diagnostizierte die Fachärztin ebenfalls eine Humerusschaftfraktur links mit geringer Dislokation (UV-act. 3).

A.b Am 31. Mai 2013 erfolgte die Unfallmeldung an die Suva (UV-act. 4). Mit Schreiben vom 4. und 17. Juni 2013 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Berufsunfalls vom 27. Mai 2013 Versicherungsleistungen (Taggelder, Heilbehandlung) zu (UV-act. 6 f., 14).

A.c Bereits am 3. Juni 2013 war beim Versicherten die Humerusschaftfraktur mittels Prevot-Nagelung Humerus von distal operativ vorsorgt worden (UV-act. 12). Am 20.



St.Galler Gerichte

August 2015 erklärte der Versicherte, dass er Schmerzen im operierten Bereich sowie am linken Handgelenk habe und dieses deswegen kaum richtig bewegen könne (UV-act. 22). Im Arztbericht vom 2. September 2013 erklärte Dr. D.____, dass der Faustschluss der linken Hand nicht möglich sei (UV-act. 23). Am 23. Oktober 2013 gab der Versicherte gegenüber der Suva an, dass die Schmerzen nach wie vor gleich seien und er mit der linken Hand keinen Faustschluss machen und den linken Arm nicht strecken könne (UV-act. 32).

A.d Im Arztbericht vom 1. November 2013 diagnostizierte Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie und Interventionelle Schmerzmedizin, Klinik G.____, eine Frozen Shoulder und ein CRPS I (= Complex Regional Pain Syndrom bzw. Morbus Sudeck) bei erfüllten Budapest-Kriterien, ein Diabetes mellitus Typ 2b (ED 2009) sowie einen Verdacht auf chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (UV-act. 38). Im Arztbericht vom 13. Januar 2014 erhob Dr. D.____ insbesondere folgende Befunde: linke Schulter eine abgeschwächte Rotorenmanschettenfunktion und ein deutlich positives Impingement-Zeichen; linker Ellbogen Schmerzen und ein Streckdefizit; linker Unterarm diffuse Muskelschmerzen und intermittierende Parästhesien; linkes Handgelenk eingeschränkte Beweglichkeit [Extension/Flexion 50-0-45°, Pro-/Supination 80-0-70°]; linke Hand Schmerzen im Bereich der Finger. Der Pinzettengriff und das Spreizen der Finger sei nicht und der Faustschluss nicht vollständig möglich. Als Diagnosen nannte die Fachärztin bei Status nach Prevot-Nagelung bei Humerusschaftfraktur links am 3. Juni 2013 und Fraktur radiologisch konsolidiert, eine posttraumatische Entwicklung einer Frozen Shoulder und eines Morbus Sudeck links sowie der Verdacht auf eine Depression. Sie empfahl eine begleitende antidepressive Behandlung (UV-act. 50). Am 29. Januar 2014 wurde der Versicherte von Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Gemäss Kreisarzt bestand eine Einschränkung der Schulterfunktion und der Hand, wobei aktuell keine Hinweise mehr auf eine trophische Störung hätten erhoben werden können (UV-act. 57).

A.e Vom 20. Februar bis 26. März 2014 fand eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon statt. Im Austrittsbericht vom 26. März 2014 wurden folgende Probleme genannt: bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen der linken Schulter, eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter, Schmerzen in der linken



Hand mit eingeschränkter Langfingerbeweglichkeit, schmerzbedingte Schlafstörungen und intermittierende Drehschwindelattacken. Im Arthro-MRI der linken Hand/des linken Handgelenks vom 3. März 2014 wurden geringe degenerative Veränderungen am TFCC ohne Nachweis traumatischer Läsionen und eine geringe degenerativ bedingte subchondral zystische Läsion am Os capitatum festgestellt. Im Arthro-MRI der linken Schulter vom 5. März 2014 zeigte sich eine Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Pulley Läsion und konsekutiv geringer Subluxation der Sehne aus dem Sulcus intertubercularis. Zudem wurde der Verdacht auf eine fokale transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne angrenzend an das Rotatorenintervall gestellt. Wie bereits im Arztbericht vom 5. März 2014 (UV-act. 70) wurde erneut erklärt, dass die Budapest Kriterien für das Vorliegen eines CRPS nicht erfüllt seien (UV-act. 71).

A.f Am 3. Juni 2014 wurden die Prevot-Nägel entfernt sowie bei diagnostizierter Capsulitis adhäsiva der linken Schulter eine Schulterarthroskopie links mit Narkosemobilisation, eine Synovektomie, ein Kapselrelease und eine subakromiale Dekompression der linken Schulter vorgenommen (UV-act. 76). Gemäss Stellungnahme des Kreisarztes Dr. H.____ vom 6. Juni 2014 zeige der Operationsbericht vom 3. Juni 2014, dass nebst der Metallentfernung auch eine Schulterarthroskopie nötig gewesen sei. Während des Heilverlaufs habe sich eine Frozen Shoulder entwickelt, welche mit einer Synovektomie saniert worden sei. Es müsse weiterhin mit einem langwierigen Heilverlauf gerechnet werden (UV-act. 75). Im Arztbericht vom 21. August 2014 erklärte Dr. D.____, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht auf die Humerusfraktur sondern auf die begleitende Frozen Shoulder sowie das CRPS der linken Hand und die zusätzlich entstandene Epicondylitis zurückzuführen seien. Trotz Narkosemobilisation und initial forcierter Physiotherapie sei es zu einem Rückschritt der Beweglichkeit der linken Schulter gekommen (UV-act. 80). Gemäss Arztbericht vom 17. September 2014 von Dr. D.____ zeigten sich die Beschwerden des Versicherten nach anfänglicher Besserung wieder unverändert (UV-act. 87).

A.g Vom 24. September bis 10. Oktober 2014 erfolgte eine weitere stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon. Im Austrittsbericht vom 13. Oktober 2014 wurden von I.____, dipl. Psychologin FSP und med. pract. E. Becker, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, mit Bezug zum Unfall vom 27. Mai 2013 eine Humerusschaftfraktur links mit geringer Dislokation, eine Schultersteife links, ein



St.Galler Gerichte

Verdacht auf Sudeck linke Hand, CRPS I, eine Epicondylitis radialis humeri links, ein degeneratives HWS-Syndrom sowie ein Diabetes mellitus Typ II (ED 2009) diagnostiziert. Zum CRPS I - Verdacht wurde erklärt, dass die Budapest-Kriterien nicht erfüllt seien. Im psychosomatischen Konsilium von lic. phil. J.____ und Dr. med. K.____, Oberärztin, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wurden eine Anpassungsstörung sowie eine längere agitiert-depressive Reaktion und Somatisierungstendenz bei Ärger über das Ergebnis mehrerer Operationen (ICD-10: F43.21) diagnostiziert. Insgesamt wurden als andauernde Probleme bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter, die bis in die linke Halsseite ziehend seien, eine eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter, Schmerzen in der linken Hand mit eingeschränkter Langfingerbeweglichkeit sowie schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen genannt. Zudem liege eine erhebliche Symptomausweitung vor, und das Ausmass der vom Versicherten demonstrierten Einschränkungen, liesse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Fachspezialisten folgerten, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei. Zumutbar seien dagegen ganztägige Tätigkeiten mit leichter bis mittelschwerer Arbeit, jedoch wegen der linken Schulter keine Tätigkeiten über Brusthöhe und wegen der linken Hand keine Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Feinmotorik. Bezüglich der festgestellten psychischen Störung wurde festgehalten, dass diese keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen) zu begründen vermöge (UV-act. 93).

A.h Am 20. Oktober 2014 informierte Dr. D.____ telefonisch Kreisarzt Dr. H.____, dass die Situation des Versicherten wieder deutlich schlechter sei als direkt nach der Operation und sie keine therapeutischen Optionen mehr anbieten könne (UV-act. 95). Die Anfrage von Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 6. Februar 2015 betreffend die Weiterbehandlung des Versicherten (UV-act. 105) beantwortete die Suva mit Schreiben vom 11. Februar 2015 in dem Sinne, dass physiotherapeutische Massnahmen nicht mehr vorgesehen seien (UV-act. 106). Am 24. Februar 2015 gelangte Dr. D.____ an die Suva betreffend Fortsetzung der Physiotherapie (UV-act. 109), welche diese mit Verweis auf den Austrittsbericht der Klinik Bellikon ebenfalls abwies (UV-act. 110).



A.i Anlässlich der von der Suva initiierten Besprechung über die berufliche Zukunft des Versicherten am 9. März 2015 informierte die Arbeitgeberin, dass sie keine leidensangepasste Tätigkeit anbieten könne und deshalb gezwungen sei das Arbeitsverhältnis aufzulösen. Die Suva teilte dem Versicherten mit, dass sie ihre Taggelderleistungen per 30. April 2015 einstellen und die Rentenfrage prüfen werde (UV-act. 117).

A.j Am 19. März 2015 wurde der Versicherte von Kreisarzt Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht (UV-act. 124). Als Diagnosen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. Mai 2013 nannte Dr. M.____ Bewegungs- und Belastungsschmerzen linkes Schulter- und Ellenbogengelenk sowie linker Arm. Als unfallfremde Diagnosen führte er an, eine Funktionseinschränkung der linken Hand bei Verdacht auf ein CRPS I, eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Somatisierungstendenz, ein degeneratives HWS-Syndrom und einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II. Der Kreisarzt veranlasste ergänzend eine Kernspintomographie des linken Schulter- und Ellbogengelenks, welche am 27. März 2015 stattfand (vgl. UV-act. 131), und forderte den Hausarzt auf, die unfallfremde Reflexdystrophie der linken Hand spezialärztlich abklären zu lassen. Am 1. April 2015 wandte sich Dr. L.____ an die Suva und äusserte u.a. sein Unverständnis über die Einstufung des CRPS als unfallfremd (UV-act. 129).

A.k In der medizinischen Beurteilung vom 20. April 2015 schätzte Kreisarzt Dr. M.____ den Integritätsschaden auf 16% ein (UV-act. 133). Die Arbeitgeberin kündigte dem Versicherten per 31. Mai 2015 (act. G 1.2). Mit Schreiben vom 1. Mai 2015 teilte die Suva die Einstellung der Taggelderleistungen per 31. Mai 2015 und die Prüfung des Anspruchs auf weitere Versicherungsleistungen mit (UV-act. 138). In der Stellungnahme vom 11. Mai 2015 erklärte Dr. M.____, dass das Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik Bellikon vom 13. Oktober 2014 weiterhin Gültigkeit habe (UV-act. 139). In der Stellungnahme von 18. Juni 2015 bestätigte Dr. M.____ seine frühere Einschätzung, dass die Beschwerden an der linken Hand unfallfremd seien (UV-act. 143).

A.l Mit Verfügung vom 23. Juni 2015 sprach die Suva dem Versicherten für die verbliebenen Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 27. Mai 2013 ab dem 1. Juni 2015 eine Invalidenrente von monatlich Fr. 583.50 basierend auf einer



Erwerbsunfähigkeit von 13% sowie eine Integritätsentschädigung von Fr. 20'160.- basierend auf einer Integritätseinbusse von 16% zu (UV-act. 147).

B.

Die gegen die Verfügung vom 23. Juni 2015 erhobene Einsprache vom 24. August 2015 (UV-act. 151) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 8. September 2015 ab (UV-act. 150).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid erhob der Beschwerdeführer vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Alex R. Le Soldat, Zürich, am 12. Oktober 2015 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren (act. G 1): Es sei in Aufhebung des angefochtenen Einsprache-Entscheids der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) vom 8. September 2015 dem Beschwerdeführer eine volle Invalidenrente (Erwerbsunfähigkeit von 100%) auszurichten und die Integritätsentschädigung auf mindestens 60% des versicherten Jahresverdienstes zu erhöhen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass die unfallbedingten Einschränkungen höher einzuschätzen und die Beschwerden in der linken Hand als unfallkausal anzusehen seien. Diesbezüglich wurde der ärztliche Untersuchungsbericht vom 30. September 2015 von PD Dr. med. N.____, Chefarzt Rheumatologie, Klinik O.____, ins Recht gelegt (act. G 1.2). Im Weiteren wurde gerügt, dass die Depression und die Schmerzsymptomatik nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt worden seien und die Integritätsentschädigung zu tief angesetzt worden sei, da der Beschwerdeführer seinen linken Arm und seine linke Schulter praktisch gesehen nicht mehr gebrauchen könne.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 23. November 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 12. Oktober 2015 und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 8. September 2015 (act. G 3). Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass die linke Hand vom Unfall gemäss Aktenlage nicht betroffen gewesen sei. Zudem sei gemäss höchstrichterlicher



Rechtsprechung ein CRPS I nur dann als unfallkausal zu betrachten, wenn eine kurze Latenzzeit von maximal 6 bis 8 Wochen zwischen Unfall und Auftreten liege, was vorliegend mit mehr als fünf Monaten Latenzzeit nicht erfüllt sei. Zudem sei bereits am 29. Januar 2014 bzw. spätestens im Zeitpunkt der Berentung am 1. Juni 2015 kein CRPS mehr objektivierbar bzw. beweisbar gewesen. Die psychischen bzw. physisch nicht objektivierbaren Beschwerden stünden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 27. Mai 2013, denn die bundesgerichtlichen Kriterien seien vorliegend nicht erfüllt. Im Weiteren wurde ausgeführt, dass selbst bei Berücksichtigung des CRPS I an der linken Hand sich der zumutbare erzielbare Invalidenlohn nicht verringern würde, da die der Rentenberechnung zugrundeliegenden fünf DAP-Arbeitsplätze trotzdem zumutbar wären.

C.c Da der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik innert gesetzter Frist verzichtete, wurde den Parteien der Abschluss des Schriftenwechsels mit Schreiben vom 13. Januar 2016 mitgeteilt (act. G 4, 5).

Erwägungen

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 8. September 2015 (act. G 1.1). Streitig und zu prüfen ist die Höhe des Invalidenrenten- und Integritätsentschädigungsanspruchs des Beschwerdeführers.

1.2 Unbestritten geblieben ist, dass spätestens per 1. Juni 2015 der gesundheitliche Endzustand erreicht und daher ein Renten- und Integritätsentschädigungsanspruch ab bzw. in diesem Zeitpunkt zu prüfen war (vgl. Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). So wurde bereits im Austrittsbericht der Klinik Bellikon vom 13. Oktober 2014 festgehalten, dass von der Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden könne (UV-act. 93). Auch Dr. N. ___ erklärte im Bericht vom 30. September 2015, dass aus physikalisch-medizinischer Sicht es nach den intensiven physiotherapeutischen Massnahmen



inklusive zweimaligen stationären Aufenthalten in der Rehaklinik Bellikon keine erfolgsversprechenden Therapieoptionen mehr gebe (act. G 1.2).

1.3 Vorliegend steht insbesondere zur Diskussion, ob die Beschwerden der linken Hand in einem versicherungsrelevanten Zusammenhang stehen mit dem Unfall vom 27. Mai 2013 und inwieweit insbesondere die Beweiskraft der kreisärztlichen Berichte vom 19. März, 20. April, 11. Mai und 18. Juni 2015 (UV-act. 124, 133, 139, 143), des Austrittsberichts der Rehaklinik Bellikon vom 13. Oktober 2014 (UV-act. 93) und des ärztlichen Untersuchungsberichts der Klinik O.____ vom 30. September 2015 (act. G 1.2) geht.

2.

2.1 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. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b). Sowohl der Beginn des zu beurteilenden Sachverhalts (Unfall vom 27. Mai 2013) als auch der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. September 2015 (Suva-act. 150) datieren aus der Zeit vor Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen des UVG und der UVV. Vorliegend ist entsprechend den intertemporalrechtlichen Regeln auf die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen abzustellen.

2.2 Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent 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 UVG). 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).



2.3 Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

2.5 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.

3.

Vorab ist mithin zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers als unfallkausal zu betrachten und damit für die Festlegung der strittigen Ansprüche - Invalidenrente und Integritätsentschädigung - relevant sind. Der Beschwerdeführer beklagt eine linksseitige eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter, des linken Armes und der linken Hand, wobei die Schmerzen unter Belastung zunehmen würden (act. G 1).

3.1 Unbestrittenermassen als unfallbedingt einzustufen sind die eingeschränkte Beweglichkeit und die bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen in der linken Schulter und im linken Ellbogen (UV-act. 124, 143). Strittig hinsichtlich der Kausalität zum Unfall vom 27. Mai 2013 sind dagegen einerseits die Beschwerden und die Funktionseinschränkung der linken Hand und andererseits die geltend gemachten Einschränkungen durch die psychischen Störungen.

3.2 Hinsichtlich der Einschränkungen der linken Hand begründet die Beschwerdegegnerin die fehlende Unfallkausalität damit, dass die Hand vom Unfall gar nicht betroffen gewesen sei. Der CRPS I Verdacht sei zudem erst fünf Monate nach dem Unfall erhoben worden und spätestens ab dem Zeitpunkt der Berentung am 1. Juni 2015 nicht mehr objektivierbar bzw. nachweisbar gewesen. Der Beschwerdeführer führt als Beweis für die Unfallkausalität insbesondere den Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 13. Oktober 2014 (UV-act. 93), den Bericht von Dr. D.____ vom 5. März 2015 (UV-act. 112), das E-Mail von Dr. L.____ vom 1. April 2015 (UV-act. 129) sowie den Untersuchungsbericht von PD Dr. N.____ vom 30. September 2015 (act. G 1.2) an.

3.2.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es



aber auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das CRPS bzw. der Morbus Sudeck, die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). Die Diagnose eines CRPS erfolgt mittlerweile anhand der Budapest-Kriterien, welche aus einer Konsensuskonferenz im Jahr 2006 resultieren. Typischerweise treten die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach einem auslösenden Ereignis - nach der Rechtsprechung wird für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers eine Latenzzeit von sechs bis acht Wochen vorausgesetzt - auf (vgl. <http://rheumatologie.universimed.com/artikel/komplexes-regionales-schmerzsyndrom-typ-1-crps-1>), abgerufen am 31. März 2017; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. September 2006, U 23/06, E. 2.3 mit Hinweis).

3.2.2 Anfänglich beschränkten sich die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden auf den linken Oberarm bei gestellter Diagnose Humerusschaftfraktur links mit geringer Dislokation (UV-act. 3, 4, 12, 15, 16). Schmerzen im linken Handgelenk sind erstmals dokumentiert im Suva-Bericht vom 21. August 2013 (UV-act. 22). Im Arztbericht vom 1. November 2013 wurde die Diagnose CRPS I gestellt. Dr. F.____ von der Klinik G.____ erhob diese Diagnose, da er die Budapest-Kriterien aktuell und anamnestisch als erfüllt erachtete (UV-act. 38). Im Arztbericht vom 13. Januar 2014 stellte Dr. D.____ gleichfalls die Diagnose Morbus Sudeck links und führte bezüglich der linken Hand aus, dass der Pinzettengriff und das Spreizen der Finger nicht und der Faustschluss nicht vollständig möglich seien. Im Weiteren erwähnte die Fachärztin die Schmerzangabe im Bereich der Finger, das Schwellungsgefühl, ohne dass objektiv eine Schwellung auffalle, die fehlende Hautveränderung sowie die Parästhesie aller Finger, wobei dies wahrscheinlich wechselnd statfinde und keinem Nerv oder Dermatom zugeordnet werden könne (UV-act. 50).

3.2.3 Im Austrittsbericht der Klinik Bellikon vom 13. Oktober 2014 (UV-act. 93) wurde zwar der Verdacht auf "Sudeck linke Hand, CRPS I" gestellt, jedoch erklärten die Ärzte, dass die Budapest-Kriterien bei den Untersuchungen am 26. März und 7. Oktober 2014 nicht erfüllt gewesen seien. Festgestellt hätten sie dagegen geringe degenerative Veränderungen am TFCC, jedoch keine traumatischen Läsionen des



TFCC sowie geringe degenerative subchondral zystische Läsionen am Os capitatum. Aufgrund der fachärztlichen Aussagen (insb. wegen der Nichterfüllung der Budapest-Kriterien) muss davon ausgegangen werden, dass im Oktober 2014 kein CRPS I (mehr) vorlag (vgl. Erwägung 3.2.1).

3.2.4 Im Arztbericht vom 5. März 2015 (UV-act. 112) diagnostizierte Dr. D.____ u.a. eine Sekundär Frozen Shoulder links sowie ein CRPS I mit chronischen Schmerzen und Bewegungseinschränkung von Hand und linker Schulter. Der Faustschluss der linken Hand habe nicht durchgeführt werden können und eine Schulterkraftprüfung sei aufgrund der Schmerzen nicht möglich gewesen. Die Fachärztin empfahl denn auch eine nochmalige Untersuchung durch den Kreisarzt. Zum Beweiswert des Arztberichts ist festzustellen, dass dieser für den Nachweis eines unfallkausalen CRPS I wegen fehlender nachvollziehbarer und schlüssiger Begründung unzureichend ist (vgl. Erwägung 3.2.1).

3.2.5 Hinsichtlich der E-Mail Nachricht von Dr. L.____ vom 1. April 2015 (UV-act. 129) ist festzuhalten, dass der Hausarzt lediglich zum Ausdruck brachte, dass er die Einstufung des CRPS als "unfallfremd" nicht nachvollziehen könne, denn seines Erachtens gebe es einen sicheren Kausalzusammenhang. Da Dr. L.____ jedoch nicht ausführte, worauf sich seine Einschätzung stützt, kann damit der Nachweis für die Unfallkausalität nicht erbracht werden.

3.2.6 Im Arztbericht von Dr. N.____ vom 30. September 2015 (act. G 1.2) werden folgende Diagnosen gestellt: "1. CRPS Hand links, adominant und Frozen shoulder links (überwiegend wahrscheinlich unfallkausal), St. n. Nagelung einer Humerusfraktur links am 3.6.2013, St. n. Schulterarthroskopie links mit Mobilisation, Synovektomie, Kapselrelease, subacromialer Dekompression und Metallentfernung am 3.6.2014; 2. Diabetes mellitus Typ II (ED 2009), tabletten- und insulinpflichtig." Der erhobene Befund lautet: "57jähriger Patient in schmerzbedingt reduziertem AZ. Arm links in Schonhaltung. Aktive Beweglichkeit Schulter links Flexion 40°, Aussenrotation 30°, Innenrotation schmerzbedingt nicht prüfbar. Aktive Beweglichkeit des linken Ellbogens: Flexion/Extension 90-30-0°. Die aktive Beweglichkeit des Handgelenks und der Langfinger ist schmerzbedingt nicht möglich. Hand links ohne nennenswerte Schwellung, aktuell keine Verfärbung, symmetrische Hauttemperatur (MCP III-Gelenk),



keine Hyperhidrose, keine fassbaren trophischen Störungen. Hyperästhesie und Hyperalgesie (fraglich Allodynie) am gesamten linken Arm." Die Beurteilung des Facharztes lautete wie folgt: "Aufgrund der vorliegenden Akten und Angaben des Patienten besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein CRPS in partieller Remission, welches unfallkausal zur Fraktur vom 27.5.2013 bzw. der Operation vom 3.6.2013 aufgetreten ist. Aktuell berichtet der Patient auf Symptomebene über persistierende CRPS-Beschwerden. Auf Befundebene sind aktuell keine fassbaren Hinweise auf ein florides CRPS mehr zu eruieren. [...]." Zur CRPS-Diagnose ist festzustellen, dass aus dem Arztbericht nicht ersichtlich ist, ob die geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen der linken Hand durch ein CRPS begründet sind, zumal es gemäss Dr. N. ___ auf Befundebene keine fassbaren Hinweise mehr auf ein florides CRPS gibt. Im zweiseitigen Bericht fehlt zudem eine Begründung, weshalb das diagnostizierte CRPS bzw. die geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen der linken Hand unfallkausal sein sollen, zumal unfallnah keine Verletzungen an der Hand dokumentiert worden sind, sich die beiden Operationen auf den Schulter-/Oberarmbereich links beschränkten und das CRPS erst nach der üblichen Latenzzeit von maximal 6 bis 8 Wochen nach dem Unfall diagnostiziert worden war. Hinzu kommt, dass obwohl Anzeichen für degenerative Veränderungen im Handbereich festgestellt worden waren, keine Auseinandersetzung mit (unfallfremden) Differentialdiagnosen stattfand. Dies ist zwar insofern verständlich, als der Zweck der Untersuchung die Evaluation von Therapiemöglichkeiten und nicht der Nachweis der Unfallkausalität der Beschwerden war. Mit dem Arztbericht kann aber aus den dargelegten Gründen der Nachweis der Unfallkausalität der Beschwerden der linken Hand bzw. eines (allfälligen) CRPS nicht erbracht werden.

3.2.7 Der Einwand des Beschwerdeführers, dass er seinen linken Arm nicht mehr gebrauchen könne und deshalb als Einarmiger einzustufen sei (act. G 1 S. 8), vermag nicht zu überzeugen, war es doch den Fachärzten der Rehaklinik Bellikon möglich, ein Anforderungsprofil für eine zumutbare leidensangepasste Tätigkeit festzulegen. Hinzu kommt, dass im Austrittsbericht der Klinik Bellikon die festgestellte Selbstlimitierung des Beschwerdeführers erwähnt wird. Zudem lasse sich das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären (UV-act. 93 S. 2 f.).



3.2.8 In Würdigung der Aktenlage und des zuvor Dargelegten ist festzuhalten, dass die geltend gemachten Beschwerden und Beeinträchtigungen der linken Hand - zumindest im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nicht unfallkausal sind. Vorliegend erübrigen sich weitergehende Abklärungen zu den Beeinträchtigungen der linken Hand auch aus dem Grunde, dass das Anforderungsprofil hinsichtlich zumutbarer leidensangepasster Tätigkeiten selbst bei Berücksichtigung der Beschwerden und Einschränkungen der linken Hand in Anbetracht der bereits berücksichtigten Einschränkungen durch die linke Schulter, den linken Oberarm und den linken Ellbogen nicht weiter eingeschränkt wird. Die von der Beschwerdegegnerin bei der Invaliditätsgradbestimmung berücksichtigten fünf Arbeitsplätze (DAP-Nr.: 7144: Hilfsarbeiter Montagearbeiten; 8484: Hilfsarbeiter Vormontage; 9976716: Hilfsarbeiter Umformen/Stanzen Exzenter; 7148: Kontrolleur Schlusskontrolle; 6655: Hilfsarbeiter Angestellter Montage Mittel-Stück) kann der Beschwerdeführer auch mit den Einschränkungen der linken Hand wahrnehmen, denn die genannten Arbeitsplätze stellen hinsichtlich der Feinmotorik keine erhöhten Anforderungen. Feinmotorisches Hantieren mit Gegenständen ist denn auch nur selten (DAP-Nr.: 7144, 9976716) oder manchmal (DAP-Nr.: 8484, 7148, 6655) erforderlich. Zudem ist die rechte Hand des Beschwerdeführers feinmotorisch nicht eingeschränkt (UV-act. 144; vgl. auch UV-act. 150 S. 17).

3.3 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, dass seine psychisch bedingten Einschränkungen (Depression) gleichfalls zu berücksichtigen seien (vgl. act. G 1).

3.3.1 Während des Aufenthaltes in der Rehaklinik Bellikon vom 24. September bis 10. Oktober 2014 fand ein psychosomatisches Konsilium statt. Im Bericht vom 8. Oktober 2014 (UV-act. 93 S. 14 ff.) diagnostizierten lic. phil. J.____ und Dr. K.____ beim Beschwerdeführer eine Anpassungsstörung sowie eine längere agitiert-depressive Reaktion und Somatisierungstendenz bei Ärger über das Ergebnis mehrerer Operationen (ICD-10: F43.21). Die Fachexpertinnen hielten hinsichtlich der festgestellten psychischen Störungen fest, dass diese keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen) zu begründen vermöchten. Festzustellen ist, dass vorliegend keine Anhaltspunkte



bestehen, welche gegen die fachärztlichen Einschätzungen sprechen würden, insbesondere liegen keine gegenteiligen psychiatrischen Einschätzungen vor.

3.3.2 Im Einspracheentscheid (act. G 1.1 S. 10 ff.) setzte sich die Beschwerdegegnerin mit der psychischen Störungen des Beschwerdeführers auseinander und legte im Detail dar, wieso der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Störungen nicht gegeben sei, weshalb ihre Leistungspflicht diesbezüglich bereits aus diesem Grunde entfalle. Ausgehend von einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich (UV-act. 150 E. c/cc) und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, E4.5) bedürfe es zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges die Erfüllung dreier Kriterien oder eines Kriteriums in besonders ausgeprägter Weise (wie besonders dramatische Begleitumstände, besondere Eindringlichkeit, ärztliche Fehlbehandlung, schwieriger Heilungsverlauf, erhebliche Komplikationen, körperliche Dauerschmerzen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit), Die Beschwerdegegnerin legte im Einspracheentscheid schlüssig dar, dass nicht genügend Kriterien erfüllt sind und wies ergänzend darauf hin, dass die Ärzte der Rehaklinik Bellikon eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt hatten.

3.3.3 In Würdigung der Aktenlage erscheint die Einschätzung der psychiatrischen Fachspezialisten der Klinik Bellikon nachvollziehbar und schlüssig. Die Adäquanz der festgestellten psychischen Störungen ist zu verneinen, da die Adäquanzkriterien nicht erfüllt sind.

4.

Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob der Beschwerdeführer wegen den Unfallrestfolgen 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).

5.

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist im Sinn von Art. 16 ATSG rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 59 E. 3.1). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Entscheidend ist, was die versicherte Person verdient hätte und nicht, von welchem Lohn sie gestützt auf den guten Glauben allenfalls hätte ausgehen können (BGE 134 V 325 f. E. 4.1, Urteil des EVG vom 20. Mai 2005, U 423/04, E. 2.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 126 f.).

5.2 Für die Festlegung des Valideneinkommens 2015 (Rentenbeginn am 1. Juni 2015) ging die Beschwerdegegnerin von den Angaben der Arbeitgeberin vom 10. März und 1. Mai 2015 (Suva-act. 115, 136) aus, wonach der Grundlohn des Beschwerdeführers im Jahr 2015 gleichbleibend Fr. 28.30 pro Stunde betragen hätte und berücksichtigte zudem den 13. Monatslohn mit Fr. 2.60 pro Stunde. Hinsichtlich der Arbeitszeit ging sie von der branchenüblichen Jahresarbeitszeit im Bauhauptgewerbe von 2112 Stunden aus. Gestützt auf diese Entscheidungsgrundlagen errechnete die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von Fr. 65'260.80 ($[\text{Fr. } 28.30 + \text{Fr. } 2.60] \times 2'112 \text{ Std.}$). Diese Berechnungsweise ist (im vorliegenden Fall) nicht zu beanstanden, da die angenommene Stundenanzahl derjenigen vor dem Unfall entspricht wie aus den in den Lohnabrechnungen aufgeführten Sollstunden und der geleisteten Arbeitszeit (zuzüglich Feier- und Ferientagen) ersichtlich ist. Im Weiteren ist aufgrund der Aktenlage davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit (zumindest bis zur Frühpensionierung in vier Jahren) fortgesetzt hätte, wenn er nicht verunfallt wäre (vgl. UV-act. 55, 57 S. 3).



5.3 Das durchschnittliche Jahreseinkommen gemäss LSE 2012 (Tabelle TA1, privater Sektor, Produktion, Baugewerbe, Männer Kompetenzniveau 1) beträgt Fr. 5'430.- bzw. jährlich Fr. 65'160.-. Aufgerechnet auf die in der Branche Baugewerbe betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.5 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung des Baugewerbes der Jahre 2013 bis 2015 (+ 0.5%; + 0.5%; - 0.2%) resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 68'145.-. Dieser Wert liegt zwar 4.41% über dem tatsächlich erzielten Verdienst jedoch noch innerhalb der bundesgerichtlich festgesetzten tolerierbaren Bandbreite von 5%. Folglich liegt keine unterdurchschnittliche Entlöhnung vor, welche eine Parallelisierung rechtfertigen würde (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3 und 6.2; Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2012, 8C_744/2011, E. 5).

5.4 Folglich ist das von der Beschwerdegegnerin festgesetzte Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 65'260.80 nicht zu beanstanden.

6.

6.1 Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden 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).

6.2

6.2.1 Die Parteien sind sich darüber einig, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter mit wiederholtem Hantieren mit schweren Lasten wegen der verbleibenden Unfallfolgen im Bereich der linken Schulter und des linken Armes nicht mehr zugemutet werden kann.



6.2.2 Im Gegensatz zum Beschwerdeführer erachtet die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 93) und von Kreisarzt Dr. M.____ (UV-act. 139, 143) eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit als zumutbar. Laut dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 13. Oktober 2014 sind dem Beschwerdeführer noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, wobei spezielle schulter- und armbezogene Einschränkungen zu berücksichtigen seien. So könne der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mehr über Brusthöhe ausführen (Suva-act. 93). Kreisarzt Dr. M.____ schloss sich in seinem Bericht vom 11. Mai 2015 der Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. dem Stellenanforderungsprofil der Rehaklinik Bellikon hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit an (Suva-act. 139).

6.2.3 Das vorliegende Anforderungsprofil für eine leidensadaptierten Tätigkeit erscheint schlüssig und überzeugend, denn damit wird der Schulter- und Ellenbogenproblematik umfassend Rechnung getragen. So wird die Einwirkung bzw. die Belastung auf die Schulter und den Arm durch den Ausschluss von Arbeiten über Brusthöhe weitgehend reduziert. Bezüglich der linken Hand, obwohl keine somatischen Unfallrestfolgen objektiviert und Funktionseinschränkungen zum Rentenprüfungszeitpunkt nicht mehr erhoben werden konnten, berücksichtigten die Fachärzte der Rehaklinik aber dennoch, dass der Einsatz der linken Hand eingeschränkt ist, indem sie Tätigkeiten, die erhöhte Anforderungen an die Feinmotorik stellen, ausschlossen. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten weitergehenden Einschränkungen ist anzumerken, dass bereits die Fachärzte der Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 13. Oktober 2014 darauf hinwiesen, dass auf die klinisch erhobenen Befunde, die Schmerzangaben und Bewegungsdefizite des Beschwerdeführers infolge des nicht objektivierbaren Ausmasses der demonstrierten physischen Einschränkungen nur teilweise habe abgestellt werden können.

6.2.4 Festzuhalten ist soweit, dass der Beschwerdegegner die linke Hand ausser für feinmotorische Tätigkeiten grundsätzlich immer noch einsetzen kann. Die funktionell zu berücksichtigende Einschränkung hinsichtlich der linken Schulter und des linken Armes beschränkt sich auf die Vermeidung von Tätigkeiten über Brusthöhe. Leidensangepasst ist der linke Arm wie auch die linke Hand des Beschwerdeführers einsatzfähig. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon und Dr. M.____ 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. Eine Schmerzhaftigkeit steht in einem wesentlichen Zusammenhang mit der Belastung und Bewegung des entsprechenden Körperteils und kann demzufolge durch eine entsprechende Verminderung der Belastung sowie durch eine Anpassung des Bewegungs–umfangs gemildert werden. Bezüglich der linken Schulter und des linken Arms ist im Folgenden von dem von der Rehaklinik im Austrittsbericht beschriebenen Zumutbarkeitsprofil auszugehen.

6.3 Im Folgenden gilt es gestützt auf die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100% in einer adaptierten Tätigkeit das zumutbare Invalideneinkommen zu ermitteln.

6.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf Lohnangaben aus der von der Suva erstellten und nur dieser zugänglichen Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) abgestellt. Diese Vorgehensweise hat das Bundesgericht wiederholt als grundsätzlich zulässig bezeichnet (vgl. etwa BGE 129 V 472, 139 V 592) und diesbezüglich auch die Prämissen umschrieben (BGE 139 V 592). Darauf wird verwiesen.

6.3.2 In der Verfügung vom 23. Juni 2015 (Suva-act. 147) ging die Beschwerdegegnerin von einem Invalideneinkommen von Fr. 56'832.- aus, welches sie anhand der Durchschnittslöhne von fünf ausgewählten DAP-Profilen errechnete. Bei den fünf Profilen handelt es sich um Tätigkeiten, bei welchen weder schwere Lasten angehoben oder getragen noch Arbeiten über Brusthöhe ausgeführt werden müssen. Feinmotorisches Hantieren mit Gegenständen ist zudem nur selten oder manchmal erforderlich (vgl. dazu Erwägung 3.2.8; Suva-act. 144).

6.3.3 Aufgrund der ärztlich erhobenen gesundheitlichen Einschränkungen - und selbst bei Berücksichtigung der Einschränkungen der linken Hand - ist davon auszugehen, zumal die rechte Hand feinmotorisch nicht eingeschränkt ist, dass die fünf ausgewählten Arbeitsplätze für den Beschwerdeführer grundsätzlich zumutbar wären.

6.3.4 Der durchschnittliche erzielbare Lohn bei den fünf gewählten Arbeitsplätzen lag im Jahr 2015 bei Fr. 56'832.-. Der Durchschnittslohn sämtlicher 153 ausgewerteten



St.Galler Gerichte

DAP-Arbeitsplätze betrug Fr. 56'753.- (Minimallohn [1. Dezil] von Fr. 44'200; Maximallohn [9. Dezil] von Fr. 75'400; vgl. UV-act. 144). Die gewählten fünf DAP-Arbeitsplätze sind daher auch aus dieser Perspektive nicht zu beanstanden.

6.4 Zum ermittelten Invalidenlohn anhand von DAP-Arbeitsplätzen ist anzumerken, dass die Ermittlung des noch erzielbaren Lohnes gestützt auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik zu keinem geringeren Invalideneinkommen (bzw. zu einem höheren Invaliditätsgrad) führt. Ausgehend vom Tabellenlohnabzug (LSE 2012, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer) und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und die Nominallohnentwicklung bis 2015 ergibt sich ein Bruttolohn von Fr. 66'622.-. Der von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte 10%ige Leidensabzug erscheint in Anbetracht der vorliegenden Umstände als angemessen. Der anhand der Tabellenlöhne ermittelte Invalidenlohn würde vorliegend Fr. 59'960.- betragen und liegt damit

rund Fr. 3'000.- höher als der von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte Invalidenlohn.

7.

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 65'261.- und des Invalideneinkommens von Fr. 56'832.- resultiert ein Invaliditätsgrad von 13%. Dies entspricht dem von der Beschwerdegegnerin berücksichtigten Invaliditätsgrad. Da die Beschwerdegegnerin ihren Ermessensspielraum nicht überschritten hat, bleibt für eine gerichtliche Korrektur kein Raum.

8.

Letztlich bleibt noch die Höhe der Integritätsentschädigung zu prüfen.

8.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen der Bemessung der Integritätsentschädigung zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.



8.2 Die im vorliegenden Fall zugesprochene Integritätsentschädigung von 16% basiert auf der Beurteilung von Dr. M.____ vom 20. April 2015 (Suva-act. 133). Die Höhe der Integritätsentschädigung ist lediglich in Bezug auf die (insbesondere bildgebend) objektivierbaren, natürlich und adäquat kausalen Unfallrestfolgen zu bemessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2011, 8C_101/2011, E. 5). Dr. M.____ berücksichtigte sowohl die Befunde aus der Untersuchung vom 19. März 2015 (UV-act. 124: eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter, Anteversion 90°, Abduktion 75° Aussenrotationsdefizit links vergleichsweise zu rechts 45°) als auch den MRT-Arthrographie Befundbericht vom 27. März 2015 (UV-act. 135) und legte den diesbezüglichen Integritätsschaden gemäss Feinrastertabelle der Suva Nr. 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) ebenfalls schlüssig und ohne Hinweis darauf, dass der Schweregrad in Zweifel zu ziehen wäre, entsprechend der Beweglichkeit der Schulter auf 16% fest. Die von der Gesundheitsstörung betroffene linke Schulter, und damit verbunden der ebenfalls betroffene linke Arm, können noch eingesetzt werden, wenn auch nur unter gewissen Bedingungen. Wenn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers für die Integritätsschadenschätzung bei einer völligen Gebrauchsunfähigkeit ansetzt und vom dafür festgehaltenen Wert von (mindestens) 60% ausgeht, entbehrt dies jeglicher Rechtfertigung (vgl. dazu auch die Feststellung der Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht vom 13. Oktober 2014 betreffend Vergleich des Ausmasses der demonstrierten Einschränkungen und Beschwerden mit den objektivierbaren pathologischen Befunden, der klinischen Untersuchung und den Diagnosen aus somatischer Sicht [Suva-act. 93]). Dies insbesondere deshalb, weil der unfallkausale Gesundheitsschaden (eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter) des Beschwerdeführers in der Feinrastertabelle der Suva Nr. 1 für Integritätsschäden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten ausdrücklich aufgelistet ist und der konkrete Wert damit ausgehend vom dafür festgehaltenen Wert zu ermitteln ist. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf eine Erhöhung der Integritätsentschädigung abgewiesen werden muss.

9.



Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.