

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2020 71

Entscheid vom 14. Januar 2021

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B._____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw C._____,

Gegenstand

Unfallversicherung (Invalidenrente; Integritätsentschädigung)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1971) war bei D._____, Spenglerei und Flachbedachung, als Hilfsarbeiter angestellt und dadurch bei der Suva gegen Unfallfolgen obligatorisch versichert, als er am 23. Mai 1996 einen Unfall erlitt (Auseinandersetzung mit Vorarbeiter) und sich an der linken Hand verletzte (Vi-act. aus Dossier 06.52613.96.9, nachfolgend: I/178). Dr.med. E._____ (FMH für Innere Medizin) diagnostizierte gemäss Bericht vom 17. Juni 1996 eine Navikulare Fraktur links (Vi-act. I/179). Gestützt auf die Abschlussuntersuchung des Kreisarztes Dr.med. F._____ vom 9. Dezember 1997, wonach die Funktion der linken adominanten Hand bei posttraumatischer Radiokarpalarthrose eingeschränkt ist (Vi-act. I/181), sowie kreisärztliche Untersuchung von Dr.med. G._____ (FMH Chirurgie) vom 9. November 1999, wonach der Zustand nach Scaphoidfraktur links vor 3.5 Jahren seit der Untersuchung vom 9. Dezember 1997 in etwa gleich geblieben sei (Vi-act. I/4), verfügte die Suva am 17. Dezember 1999 eine Invalidenrente ab 1. Juni 1998 bei einer Erwerbsunfähigkeit von 20% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 10% (Vi-act. I/184). Mit Einspracheentscheid vom 14. Juni 2000 wurde A._____ ab 1. Juni 1998 eine Invalidenrente von 30% zugesprochen (Vi-act. I/7). Mit Schreiben vom 13. Januar 2007 wurde der Rentenanspruch bestätigt (Vi-act. I/15).

B.1 Am 1. April 1999 hat A._____ eine neue Stelle als Hilfsarbeiter Kaffeemaschinenmontage bei der AB._____ AG angetreten (Vi-act. I/1). Am 5. Oktober 2012 erfolgte eine Rückfallmeldung aufgrund vermehrter Schmerzen am linken Handgelenk bei der täglichen Arbeit (Vi-act. I/17, 21). Am 25. Juli 2016 meldete sich A._____ bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Vi-act. I/63). Am 8. September 2016 erfolgte eine weitere Rückfallmeldung betreffend Schmerzen im linken Handgelenk (Vi-act. I/67). Am 13. Dezember 2016 erfolgte eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung sowie eine Neuschätzung des Integritätsschadens von 20% (Vi-act. I/86 f.). Eine Neuüberprüfung der Rente konnte aufgrund des nachfolgenden Schadenfalls noch nicht erfolgen (Vi-act. I/121).

B.2 Mit Schadenmeldung vom 2. Februar 2017 informierte die Arbeitgeberin die Suva, A._____ habe sich am 30. Januar 2017 beim Bedienen des Luftschraubers die rechte Schulter verdreht, weil ein Gewinde eingeklemmt worden sei (Vi-act. aus Dossier 23.50836.17.1, nachfolgend II/1). Ab diesem Zeitpunkt war A._____ zu 100% arbeitsunfähig (Vi-act. II/10). Mit Schreiben vom 2. März 2017 teilte die Suva A._____ mit, sie übernehme für die Folgen des Schadenfalls vom 30. Januar 2017 die Versicherungsleistungen (Vi-act. II/13). In

der Folge konnte A._____ ab dem 3. April 2017 wieder teilweise arbeiten (Vi-act. II/41). Ab dem 7. August 2017 war er wieder zu 100% arbeitsunfähig aufgrund zunehmender Schmerzen nach Schulterunfall (Vi-act. II/46). Am 12. Oktober 2017 wurde A._____ an der rechten Schulter operiert (Vi-act. II/70). Nachdem ein Arbeitsversuch bei der Arbeitgeberin im Februar 2018 scheiterte, wurde A._____ per 31. Mai 2018 gekündigt (Vi-act. II/122). Am 15. Oktober 2018 erfolgte eine weitere Operation der rechten Schulter (Vi-act. II/190).

C. Mit Schreiben vom 5. Juli 2019 teilte die Suva A._____ mit, dass eine Behandlung nicht mehr notwendig sei, weshalb die Heilkosten- und Taggeldleistungen mit dem 31. August 2019 eingestellt würden. Ab dem Zeitpunkt des Abschlusses werde die bereits bestehende Invalidenrente neu beurteilt. Zudem stehe A._____ eine Integritätsentschädigung zu (Vi-act. I/203, II/232).

D. Mit Verfügung vom 15. Juli 2019 sprach die Suva A._____ per 1. September 2019 eine kombinierte Rente von 35% sowie für die Folgen des Unfalls vom 23. Mai 1996 eine Integritätsentschädigung von insgesamt 20% sowie für die Folgen des Unfalls vom 30. Januar 2017 eine Integritätsentschädigung von 15% zu (Vi-act. I/209, II/242).

E. Gegen die Verfügung vom 15. Juli 2019 liess A._____ am 16. September 2019 Einsprache erheben (Vi-act. I/211, II/250). Mit Entscheid vom 2. Juli 2020 wurde die Einsprache abgewiesen (Vi-act. I/218, II/274).

F. A._____ lässt am 4. September 2020 (Postaufgabe) gegen den Einspracheentscheid vom 2. Juli 2020 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (unter Berücksichtigung des Fristenstillstands nach Art. 38 Abs. 4 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) Beschwerde einreichen, mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Suva vom 2. Juli 2020 sei insoweit aufzuheben, als
 - a) dem Beschwerdeführer ab 1. September 2019 keine den Invaliditätsgrad von 35% übersteigende Invalidenrente und
 - b) keine die Integritätseinbusse von 35% übersteigende Integritätsentschädigung ausgerichtet wird.
2. Dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung ab 1. September 2019 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70% auszurichten.
3. Dem Beschwerdeführer sei für die bleibende, erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität als Folge der Unfälle vom 23. Mai 1996 und 30. Januar 2017 eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von mindestens 55% auszurichten.

4. Unter Entschädigungsfolge.

G. Mit Vernehmlassung vom 19. Oktober 2020 lässt die Suva die Abweisung der Beschwerde vom 4. September 2020 und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 2. Juli 2020 beantragen.

Am 4. November 2020 lässt der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme einreichen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Im konkreten Fall ist unstrittig, dass der Beschwerdeführer am 23. Mai 1996 sowie am 30. Januar 2017 einen Unfall erlitt, für welche die Vorinstanz leistungspflichtig wurde, und sie dies auch anerkannte (vgl. Ingress lit. A und B.2).

Für den Unfall vom 23. Mai 1996 wurde bereits ab 1. Juni 1998 eine Invalidenrente von 30% sowie eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 10% zugesprochen (Ingress lit. A). Diesbezüglich hat die Vorinstanz eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bejaht und neu eine Integritätsentschädigung von 20% zugesprochen, wobei die Beurteilung der Rente unter Berücksichtigung des Unfalls vom 30. Januar 2017 erfolgte. In Kombination beider Unfallfolgen wurde von der Vorinstanz eine Rente von 35% ermittelt. Für die Folgen des Unfalls vom 30. Januar 2017 wurde sodann eine Integritätsentschädigung von 15% festgesetzt.

Der Beschwerdeführer beantragt eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70% sowie Integritätsentschädigungen gestützt auf eine Integritätseinbusse von (in Kombination) mindestens 55%.

Unbestritten ist vorliegend die Zusprache einer Invalidenrente per 1. September 2019 sowie von Integritätsentschädigungen. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht eine Invalidenrente von 35% und eine Integritätsentschädigung für den Unfall vom 23. Mai 1996 von 20% bzw. für den Unfall vom 30. Januar 2017 von 15% zugesprochen hat oder nicht.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper,

die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

Wird der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. 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).

2.2 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; vgl. BGE 130 V 121). Der Invaliditätsgrad entspricht der prozentualen Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen (vgl. Hürzeler/Caderas, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht [nachfolgend: KOSS], UVG, Bern 2018, Art. 18 UVG, Rz. 8).

2.3 Als Valideneinkommen gilt dasjenige Einkommen, das die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne den Unfall erzielt hätte (BGE 134 V 322 Erw. 4.1; Urteil BGer 8C_728/2016 vom 21.12.2016 Erw. 3.1 m.H.a. Urteil BGer 8C_145/2012 vom 9.11.2012 Erw. 3.1; vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 126f.).

2.4.1 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invali-

denlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind die LSE-Tabellenlöhne heranzuziehen (BGE 143 V 295 Erw. 2.2). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1).

2.4.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 Erw. 5b/aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 135 V 297 Erw. 5.2). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb; Urteil BGer 8C_560/2018 vom 17.5.2019 Erw. 5.3.1).

2.5.1 Bezieht eine versicherte Person infolge Restfolgen eines versicherten Ereignisses bereits eine Invalidenrente der Unfallversicherung, ist aufgrund eines neuen Unfallereignisses keine eigenständige Rente geschuldet. Vielmehr ist der versicherten Person aus den mehreren Unfällen gesamthaft eine Rente zuzusprechen (RKUV 2002 S. 224, U_452/00 Erw. 2; BGE 139 V 28 Erw. 3.3.1). Hierzu ist zu prüfen, ob aufgrund verbliebener Restfolgen des neuen Unfalles die laufende Rente revisionsweise zu erhöhen ist (Urteil BGer 8C_252/2010 vom 18.2.2011 Erw. 5.2.1). Für die Neubestimmung des Invaliditätsgrades gelten unter diesen Voraussetzungen die Regeln für die Rentenrevision nach Art. 17 ATSG (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.1 m.H.a. Urteil EVGer U_168/02 vom 10.7.2003 Erw. 2; KOSS-Hürzeler/Caderas, Art. 18 UVG Rz. 34; OFK/KVG/UVG-Gehring, UVG Art. 18 Rz. 16; Rumo-Jungo/Holzer; a.a.O., S. 141). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neubeurteilung, wobei die Invaliditätsbemessung ex nunc et pro futuro ohne Bindung an die früheren Beurteilungen erfolgt (BGE 141 V 9 Erw. 2.3; BGE 139 V 28 Erw. 3.3.1; BGE 130 V 343 Erw. 3.5.2).

2.5.2 Gemäss Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

Erleidet der Bezüger einer Invalidenrente einen weiteren Unfall, der zu einer höheren Invalidität führt, so ist für die neue Rente aus beiden Unfällen der Lohn massgebend, den der Versicherte im Jahre vor dem letzten Unfall bezogen hätte, wenn früher kein versicherter Unfall eingetreten wäre. Ist dieser Lohn kleiner als der vor dem ersten versicherten Unfall bezogene Lohn, so ist der höhere Lohn massgebend (Art. 24 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202] vom 20.12.1982).

Mit Art. 24 Abs. 4 UVV hat der Bundesrat in Durchbrechung der Grundregel und des damit eng in Zusammenhang stehenden Äquivalenzprinzips gestützt auf das in der sozialen Unfallversicherung ebenfalls geltende Solidaritätsprinzip einen besonderen Revisionstatbestand geschaffen, weshalb der versicherte Jahresverdienst im Rahmen der Neubeurteilung der Invalidenrente ohne Bindung an die Qualifikation bei der ersten Rentenverfügung festzulegen ist und über die Nominallohnentwicklung hinaus, anders als im Anwendungsbereich von Art. 24 Abs. 2 UVV, analog zur Neubestimmung des Valideneinkommens an eine mutmasslich durchlaufene berufliche Weiterentwicklung mit entsprechenden Einkommenssteigerungen angepasst werden kann; zu berücksichtigen sind daher auch Kinderzulagen, auf die in der Zeit zwischen erstem und letztem Unfallereignis ein Anspruch entstanden ist (BGE 139 V 28 Regeste b sowie Erw. 4.3.1ff.).

2.6 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). Ein Integritätsschaden gilt 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 (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher, geistiger und psychischer Integritätsschäden (Ziff. 1 Abs. 2).

2.7 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen

vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.8 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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 da-

nach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.9.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

2.9.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.9.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschie-

denheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.9.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_46/2019 vom 10.5.2019 Erw. 3.2.1; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2).

3. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffend Unfall vom 23. Mai 1996 lässt sich den Akten was folgt entnehmen:

3.1 Am 9. Dezember 1997 erfolgte folgende abschliessende Beurteilung durch den Kreisarzt Dr.med. F. _____ (Vi-act. I/181):

Am 23.5.96 ist der Patient bei einer tätlichen Auseinandersetzung auf die linke Hand gestürzt. Es kam zu einer Scaphoidfraktur und Ausbildung einer Pseudarthrose, sodass am 19.9.96 die Revision und Versorgung mit gestieltem vaskularisiertem corticospongiösem Span aus Radius erforderlich war. Im Dezember 96 konnte die Spickdrahtentfernung vorgenommen werden.

Es kam zu Ausbildung einer radiokarpalen Arthrose und Schmerzen, sodass am 21.7.97 eine Arthroskopie, die die Diagnose bestätigte, vorgenommen werden musste. Eine Denervation nach Wilhelm konnte wegen einer negativen Testdensibilisierung nicht durchgeführt werden. Es wurde die radiokarpale Arthrodese empfohlen, vom Patienten jedoch abgelehnt.

Die derzeitigen Beschwerden und objektiven Befunde sind oben dargelegt.

Schmerzbedingt besteht eine deutliche Bewegungseinschränkung im linken, dominanten Handgelenk bei radiologisch bestätigter Arthrose. M.E. würde lediglich die radiokarpale Arthrodese zur Schmerzlinderung führen. Ich habe dieses ausgiebig mit dem Patienten diskutiert, eine Arthrodese wurde von ihm jedoch abgelehnt. Somit muss der Fall unter Wahrung des Rückfallmelderechtes abgeschlossen werden.

Verbleibende Unfallfolgen:

Schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen im linken, adominanten Handgelenk bei posttraumatischer Radiokarpalarthrose. Dieser Zustand stellt einen erheblichen und dauernden Integritätsschaden im Sinne des Art. 36 UVV dar.

(...)

Zumutbare Tätigkeiten:

Aufgrund der Funktionseinschränkung der linken adominanten Hand ist dem Patienten kein voller Arbeitseinsatz an seinem angestammten Arbeitsplatz möglich. So ist das Tragen von Lasten über 20 kg zu vermeiden, ausserdem repetitive Umwendbewegungen im Handgelenk und die Arbeiten über Kopf, wobei der linke Arm zur Unterstützung mit eingesetzt werden muss. Auch Arbeiten mit und an vibrierenden Maschinen sind ungünstig. Unter Berücksichtigung dieser Behinderung ist dem Patienten ein ganztägiger Arbeitseinsatz zuzumuten. Eine Umschulung wurde bereits ins Auge gefasst.

Die Beurteilung des Integritätsschadens erfolgte gleichentags und lautete wie folgt:

Am linken, adominanten Handgelenk besteht eine Radiokarpalarthrose, die sich sowohl radiologisch als auch klinisch bestätigt. Die Funktion im Handgelenk ist eingeschränkt, schmerzhaft. Gemäss Tabelle 5 UVG (Integritätsschaden bei Arthrosen) wird eine mässige Arthrose im Handgelenk- / Handwurzelbereich mit 5-10% berechnet. Ich nehme den höheren Wert, da hier eine Übergangsform vorliegt. Im Quervergleich würde ebenfalls eine Gelenksresektion oder Arthrodese mit 10-15% berechnet. Ein Fortschreiten der Arthrose ist in dieser Beurteilung nicht eingeschlossen.

Integritätsentschädigung 10%

3.2 Am 9. November 1999 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr.med. G._____ (FMH Chirurgie) (Vi-act. I/4). Dergemäss bestünden seit der Abschlussuntersuchung vom 9. Dezember 1997 persistierende Beschwerden, zum Teil mit etwas Zunahme. Die Beweglichkeit im Handgelenk sei eingeschränkt, was schon bei der Abschlussuntersuchung vorhanden gewesen sei. Wahrscheinlich bestehe eine gewisse Tendenz zur zunehmenden Einsteifung. Die Sensibilitätsstörungen seien nicht ganz eindeutig zuzuordnen. Die Fingerbeweglichkeit sei gut. Das Muskeldefizit sei ausgewiesen, ebenfalls die rohe Kraft etwas eingeschränkt bei Rechtsdominanz. Gesamthaft gesehen sei objektiv der Zustand in etwa gleich geblieben, weshalb an der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr.med. F._____ vom 9. Dezember 1997 weiterhin festgehalten werden könne. Die Nacken-/Schulterprobleme seien unterschiedlich, nur möglicherweise auf den Grundfall mit Scaphoidfraktur zurückzuführen.

3.3 Mit Bericht vom 14. Oktober 2012 hielt Dr.med. H._____ (Facharzt für Innere Medizin) gegenüber der Vorinstanz fest, dass die bekannte Schädigung, eine Kahnbeinfraktur links mit nachfolgender Kahnbeinarthrose, aktiviert sei und sich der Zustand wesentlich verschlimmert habe. Diese Verschlimmerung dokumentiere sich nicht nur klinisch und im Beschwerdebild, sondern auch röntgeno-

logisch. Durch den kompensatorischen Ausgleich und den vermehrten Einsatz des rechten Armes bei der beruflichen Tätigkeit des Patienten als Apparatemonteur sei es jetzt auch hierzu zu einer deutlichen Überlastung gekommen. Diverse Umsetzungen auf andere Arbeitsstellen innerhalb des Betriebes hätten keine Besserung gebracht (Vi-act. I/21).

3.4 Am 12. Dezember 2012 bestätigte der Kreisarzt med.pract. AA. _____, dass es sich bei den aktuellen Beschwerden an der linken Hand mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen Rückfall zum Unfall vom 23. Mai 1996 handelt und dass sich die Unfallfolgen seit der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 9. Dezember 1997 wesentlich verändert haben. Er empfahl zudem die Vornahme weiterer Abklärungen (Vi-act. I/25).

3.5 Die Beurteilung des Radiologen AC. _____ vom 21. Dezember 2012 nach CT Handgelenk links nativ lautete wie folgt (Vi-act. I/35): "Mehrere Geröllzysten am Scaphoid volar. Leichte Radioscaphoidarthrose nach früherer Scaphoidpseudarthrose. Scaphoidform gut nach Rekonstruktion mit corticospongiösem Span 1996."

3.6 Dr.med. I. _____ (Leitender Arzt Hand- und Plastische Chirurgie) hielt in seinem Bericht vom 26. Februar 2013 nach Untersuchung fest (Vi-act. I/39):

Befunde / Status

Handgelenk links: Trophisch unauffällig mit reizloser palmarer Narbe. Deutlich eingeschränkte Beweglichkeit mit Flexion / Extension 20/0/30°.

CT Handgelenk links vom 21.12.2012: Sehr schön verheiltes Scaphoid mit praktisch normaler Form wie von Dr. AC. _____ beschrieben. Dann liegen aber sowohl im koronaren wie auch im sagitalen Bild deutliche arthrotisch veränderte Gelenkverhältnisse radio-carpal und midcarpal vor.

Procedere

Es muss von einer posttraumatischen generalisierten Arthrose im Sinne einer Panarthrose des Handgelenkes ausgegangen werden. Ich sehe hier kaum konservative Therapieansätze. Als Behandlungsvorschlag würde ich empfehlen, zunächst eine bilanzierende Handgelenksarthroskopie durchzuführen und anschliessend eine entsprechende Rettungsoperation. Zur Auswahl stehen Teilarthrodese- oder gar eine Panarthrodese des Handgelenkes oder eventuell auch eine proximal row carpectomy. (...)

Eine Operation wurde bis 8. August 2013 (und auch später) nicht vorgenommen, und es sind auch keine weiteren Behandlungen erfolgt (vgl. Vi-act. I/43).

3.7 Am 8. September 2016 wurde ein MRI des linken Handgelenks gemacht und von Dr.med. J. _____ (Radiologie) wie folgt beurteilt (Vi-act. I/72):

1. Bereits aus der Voruntersuchung bekannte Radionavikulararthrose, soweit bei unterschiedlicher Untersuchungstechnik bewertbar etwas progredient. Bekannte

geringe degenerative Veränderungen im Os lunatum sowie bekannte geringgradige CMC-Gelenk 1-Arthrose.

2. Bei Status nach Pseudarthrose und Spongiosaanlagerung insgesamt recht gut erhaltene äussere Form des Os naviculare. Kein wegweisender Befund hinsichtlich einer Osteonekrose. Ebenfalls kein Anhalt für eine Lunatummalazie.

3. Ganglien in den oben genannten Lokalisationen.

Das CT des linken Handgelenks vom 29. September 2016 ergab einen unveränderten Befund mit leichter Radioulnararthrose und sekundär degenerativen Veränderungen Os lunatum und Os scaphoideum; sowie Rhizarthrose (Vi-act. I/76).

3.8 Am 29. September 2016 war der Beschwerdeführer erneut in Abklärung bei Dr.med. I. _____ (Vi-act. I/72). Der Patient gebe an, in den letzten Jahren tendenziell immer mehr Schmerzen zu verspüren. Er sei ganztags am Arbeitsort präsent, bringe aber nur 70% Leistung. Nun habe zwischenzeitlich auch die Gegenseite an der Schulter zu schmerzen begonnen. An der betroffenen linken Hand würden zudem seit einiger Zeit manchmal tagsüber und vor allem auch nachts die Finger einschlafen. Bei neu diagnostiziertem Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom links (adominant) wurde der Befund als quasi unverändert zum letzten Mal mit unauffälliger Trophik und massiv eingeschränkter Beweglichkeit von Flexion/Extension 40/0/20° beurteilt. Eine Druckdolenz fand sich diffus im gesamten carpalen Bereich, vor allem radiocarpal. Daumen inkl. Sattelgelenk klinisch unauffällig. Zum Zeitpunkt der Untersuchung normale Sensibilität, positives Tinel-Zeichen über dem Carpalkanal. Bezüglich des Carpaltunnelsyndroms sei eine Verifizierung mittels Neurographie veranlasst worden. Bezüglich Arthrodese zeige sich eine leichte Zunahme der Panarthrose im Handgelenksbereich, so dass er nicht mehr von der Möglichkeit einer Teilarthrodese oder einer proximal row carpectomy ausgehe. Als definitive Lösung sehe er die Panarthrodese bei dem jungen Handwerker. Dadurch würde der Patient die Restbeweglichkeit zugunsten einer deutlichen Schmerzreduktion verlieren. Inwiefern die Ausübung der jetzigen Tätigkeit mit einem versteiften Handgelenk möglich sei, sei schwierig zu beurteilen. Es gebe Handwerker, die mit Panarthrodese über lange Zeit zu 100% arbeiten könnten, aber auch solche, die nach dem Eingriff nie mehr arbeitsfähig würden.

3.9 Die elektrophysiologische Untersuchung von Prof. Dr.med. K. _____ (Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation) und Assistenzarzt AD. _____ vom 11. Oktober 2016 ergab, dass sich elektrophysiologisch und nervensonographisch kein CTS nachweisen lässt. Aus neurologischer Sicht könne somit keine Erklärung der Schmerzsymptomatik angeboten werden, welche wahrscheinlich durch die Handgelenksarthrose bedingt sei (Vi-act. I/77).

3.10 Die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 13. Dezember 2016 lautete im Ergebnis wie folgt (Vi-act. I/86):

Diagnosen

Posttraumatische radiocarpale und midcarpale Arthrose Handgelenk links (adominant) bei:

- St. n. Scaphoidfraktur links 1996
- Osteosynthese, Arthroskopie und schliesslich Pseudarthrose-Operation mit Span aus distalem Radius links 1996 bis 1998
- Sekundär Ausbildung einer Rhizarthrose
- Ausschluss Carpaltunnel-Syndrom

Beurteilung

Beim Versicherten kam es seit Ende 2013/Anfang 2014 zu einer klinisch und computertomographisch nachgewiesenen Zunahme der Arthrose des linken Handgelenks und Ausbildung einer Rhizarthrose. Dies führt zu einer zunehmenden Schmerzsymptomatik mit einer wesentlichen Verschlechterung der Funktion. Es kommt zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit. Insbesondere nach einem Wechsel des Arbeitsplatzes mit nun weniger Ausweichmöglichkeiten macht sich dies wesentlich bemerkbar. Heben und Tragen sowie Greifen ist nur noch von sehr leichten Gewichten möglich. Es werden täglich zusätzlich zu den normalen Arbeitspausen 4 bis 6 mal 5-10 Minuten Pausen notwendig, um die Schmerzen in den Griff zu bekommen und weiter arbeiten zu können.

Beantwortung der Fragen:

- Die Unfallfolgen haben sich seit Rentenbeginn wesentlich verändert. Klinisch und radiologisch ist die Arthrose fortgeschritten, die Schmerzsymptomatik hat sich wesentlich zum Schlechteren verändert. Es sind zusätzlich regelmässige Pausen notwendig (siehe oben).
- Behandlungsmassnahmen, um die Erwerbsfähigkeit (Operation) wesentlich zu verbessern, sind aktuell nicht sinnvoll. Die von Dr. I. _____ vorgeschlagenen Operationen bezogen sich zum einen auf das nun neurologisch ausgeschlossene Carpaltunnel-Syndrom, zum anderen wurde die Denervierung des Handgelenks bzw. eine Arthrodesse empfohlen. Beides würde die Funktionalität und damit die Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich verbessern, die Auswirkung auf die Schmerzsymptomatik ist ungewiss.
- Eine Aktualisierung der Zumutbarkeitsbeurteilung ist vorzunehmen:
Regelmässiges Tragen von Lasten über 5 kg ist zu vermeiden, selten ist dies möglich, jedoch unter den unten stehenden Bedingungen.
Repetitive Umwendbewegungen im Handgelenk und Arbeiten über Kopf mit Einsatz des linken Arms sind zu vermeiden. Das Arbeiten an vibrierenden Maschinen oder auf vibrierenden Arbeitsflächen ist ungünstig.
Es sind zusätzlich zu den normalen Arbeitspausen weitere Pausen einzuhalten, je nach Belastung sind 4 bis 6 mal 10 Minuten angezeigt.
Müssen mit der linken Hand Gewichte über 5 kg gehoben werden, kann dies rasch zu stärkerer Schmerzsymptomatik führen und dementsprechend zu zusätzlichen Pausen. Gewichte über 5 kg können mit der rechten Hand allerdings uneingeschränkt getragen werden, die linke Hand kann

dementsprechend als Hilfshand unterstützend eingesetzt werden. Die Griffkraft ist nicht ausreichend um alleine solche Gewichte tragen zu können.

- Der Integritätsschaden ist anzupassen, siehe separate Beurteilung.

Bemerkung:

Bei der über den Tag deutlich zunehmenden Schmerzsymptomatik wäre es sinnvoll, einen zeitlich begrenzten Einsatz zu leisten. Da aktuell bereits eine 70%ige Leistungseinbusse (recte: Leistung) bei ganztägigem Einsatz besteht, wäre mit dem Arbeitgeber abzuklären, ob eine zeitliche Einschränkung möglich ist. Der Versicherte möchte unbedingt im Betrieb bleiben. Bei den am Nachmittag sehr starken Schmerzen wäre es medizinisch sinnvoll, den Versicherten entweder täglich 80% zeitlich oder eventuell auch 4 Tage zeitlich zu 100% und einen Wochentag nicht arbeiten zu lassen, damit sich die Symptomatik zurückbilden kann.

Die gleichentags erfolgte Schätzung des Integritätsschadens lautete neu 20% (statt der bisherigen 10%) mit der Begründung, dass es unfallkausal zusätzlich zur Ausprägung einer Rhizarthrose und zu einer wesentlichen Verschlechterung der Handgelenk-/Handwurzelarthrose gekommen sei. Laut Tabelle 5.2 würden für eine mässige Rhizarthrose 5% berechnet, für eine schwere Arthrose des Handgelenks und der Handwurzel zwischen 10-25%. Im Quervergleich zur Tabelle 1.2, wobei eine radiocarpale Arthrodesis mit 15% berechnet sei, werde hier kumulativ ein Integritätsschaden von insgesamt 20% geschätzt. Hierin enthalten sei bereits die zugesprochene Integritätsentschädigung von 10% vom 9. Dezember 1997. Bei aktuell mässig bis schwerer Arthrose mehrerer Gelenke der Hand sei das Fortschreiten der verschiedenen Arthrosen in dieser Beurteilung nicht eingeschlossen (Vi-act. I/87).

4. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffend Unfall vom 30. Januar 2017 lässt sich den Akten was folgt entnehmen:

4.1 Mit Arztzeugnis vom 31. Januar 2017 hat Dr.med. L. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilkunde, Rettungsmedizin) dem Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, aufgrund des Unfalls vom Vortag: "Schulterzerrung/-prellung rechts mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung" (Vi-act. II/3). Am 6. Februar 2017 ergänzte er die Begründung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit Verdacht auf eine musklotendinöse Läsion (Vi-act. II/7).

4.2 Nach Arthro-MRI der rechten Schulter vom 9. Februar 2017 lautete die Beurteilung durch Dipl.med. AE. _____ (Fachärztin FMH Radiologie) wie folgt (Vi-act. II/12):

1. Kontusion des Humeruskopfes, DD: nicht dislozierte Fraktur des Tuberculum majus.
2. Keine Ruptur der RM. Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne.

3. Läsion des anterosuperioren Labrums.

4.3 Nach der Sprechstunde für Ellbogen- und Schulterchirurgie bei Dr.med. M._____ (Leitender Arzt Orthopädie) wurden im Bericht vom 30. März 2017 folgende Diagnosen festgehalten (Vi-act. II/35):

1. Schulter rechts: Subacromiales Impingement bei nicht dislozierter Tuberculum majus Fraktur nach Sturz vom 30.01.2017
2. Posttraumatische radiokarpal und mediokarpal Arthrose Handgelenk links bei St. n. Scaphoidfraktur links 1996

Es sei kein wesentlicher struktureller Schaden von Seiten der rechten Schulter vorhanden. Es handle sich weiterhin um einen Reizzustand mit leichten subacromialen Komponenten nach genannter nicht dislozierter Fraktur.

4.4 Am 31. März 2017 bescheinigte Dr.med. L._____ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 31. Januar 2017 bis 2. April 2017, 50% vom 3. April 2017 bis 16. April 2017 (= 4h pro Tag bei 70% Belastung) und 25% vom 17. April 2017 bis 30. April 2017 (= 6h pro Tag bei 70% Belastung). Grund sei der neue Unfall vom 31. Januar 2017 (recte: 30.1.2017) mit Schulterprellung rechts und folgendem MRT (Vi-act. I/102, II/30):

- Akutem Knochenmarködem rechter Oberarmkopf und nicht auszuschliessende, undislozierte Tuberculum maius fraktur (konservative Behandlung)
- Akuter traumatischer Knorpelschaden Schulterpfanne ("*Labrum")
- Chronische degen. Kalkeinlagerungen einer grossen Sehne

4.5 Am 25. April 2017 attestierte Dr.med. L._____ eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (bei 70% Leistung bzw. Belastung) ab 1. Mai 2017 auf Patientenwunsch als Arbeitsversuch (Vi-act. II/38). Ab 7. August 2017 wurde wieder eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Vi-act. II/46).

4.6 Gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 14. Juni 2017 habe der Beschwerdeführer betreffend die rechte Schulter angegeben, dass die Bewegung noch eingeschränkt sei, er den Arm seitlich kaum und nach vorne bis zur Brusthöhe heben könne, er jedoch voll arbeiten könne, weil die Arbeit auf Bauchhöhe absolviert werde. Dr.med. N._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) hielt sodann fest, dass die Schulterbeschwerden in der Regel vollständig abklingen werden, in diesem Fall die Tendinitis calcarea und die anlagebedingte Impingementkonstellation (nicht unfallbedingt) jedoch erschwerend zu berücksichtigen seien. Nach spätestens sechs Monaten sei der Vorzustand erreicht. Das Ereignis vom 30. Januar 2017 sei geeignet, ein "bone bruise Tub. maj." auszulösen (Vi-act. II/45).

4.7 Am 9. August 2017 wurde ein weiteres Arthro-MRI der rechten Schulter gemacht. In der Beurteilung hielt Dipl.med. AE._____ eine vollständige Rückbildung des bekannten Knochenmarködems im Tuberculum majus, eine bekannte Tendopathie der Supraspinatussehne sowie der Subscapularissehne und AC-Gelenkarthrose fest (Vi-act. II/47).

4.8 Im Arztbericht vom 17. August 2017 hielt Dr.med. L._____ fest, dass er noch eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100% bis Ende August bestätige. Danach müsste der Fall als degenerativer Krankheitsfall behandelt werden, weil die unmittelbaren Unfallfolgen der rechten Schulter laut MRT als ausgeheilt gelten würden. Gemäss Beurteilung des Hausarztes könne der Beschwerdeführer die bisherige, auch reduzierte Arbeit bei AB._____ auf Dauer nicht mehr ausführen; zum einen aufgrund der unfallbedingten Dauerschädigung der linken Hand und des Unterarms, zum andern aufgrund einer chronisch-degenerativen Schulterschädigung rechts. Der Beschwerdeführer sei ab 1. September 2017 bei leichten Tätigkeiten, z.B. in der Kleinteilmontage oder -produktion oder als Kleinteillagerist, zu 100% arbeitsfähig (Vi-act. II/48). Am 19. September 2017 führte Dr.med. L._____ jedoch aus, dass gemäss orthopädischer Fachkontrolle bei Dr.med. O._____ die aktuell persistierenden Schulterbeschwerden doch Unfallfolgen seien, und dass der Beschwerdeführer eine Revisionsoperation benötige (Vi-act. II/54).

4.9 Am 25. August 2017 erfolgte eine Röntgenaufnahme der rechten Schulter sowie ein weiteres Arthro-MRI. Die Beurteilung von Dr.med. P._____ (Fachärztin FMH Radiologie) lautete wie folgt (Vi-act. II/58):

- Bildmorphologisch mögliche Impingement Konstellation bei gering aktivierter, hypertropher AC-Gelenksarthrose und aktuell neu minimaler Bursitis subacromialis mit Tendinopathie der ansatznahen Supraspinatussehne mit hier fraglich neu whs. artikulärseitiger, kurzstreckig nach intratendinös verlaufender, kleiner Partialruptur ohne Sehnenretraktion.
- Keine Muskelatrophie.
- Verdacht auf geringe Tendinopathie der Infrapinatussehne sowie der Subscapularissehne.
- Wahrscheinliche SLAP-Läsion (1-2) superior und anterosuperior.

4.10 Dr.med. O._____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie) führte in seinem Bericht vom 14. September 2017 folgende Diagnosen auf (Vi-act. II/64 + 67):

- Impingementsyndrom der rechten Schulter
- Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA) ohne Sehnenretraktion rechts
- SLAP-Läsion
- Status nach therapeutischer Infiltration Schulter rechts vom 30.08.2017 mit ca. 20%iger subjektive Beschwerdebesserung

– Nikotinabusus

In der Beurteilung hielt Dr.med. O._____ fest, dass sich beim Beschwerdeführer noch ein diskreter anterolateraler Schmerzreiz des rechten Schultergelenkes zeige und der Beschwerdeführer eine Operation wünsche.

4.11 Am 6. Oktober 2017 hielt der Kreisarzt Dr.med. N._____ fest, dass die SLAP-Läsion unfallbedingt sei (Vi-act. II/65).

4.12 Am 12. Oktober 2017 führte med.pract. Q._____ (FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) beim Beschwerdeführer eine Arthroskopie der rechten Schulter, eine Synovektomie, eine Tenodesse der langen Bizepssehne, eine subacromiale Bursektomie sowie eine Acromioplastik durch. Der Verlauf war komplikationslos und die Wundverhältnisse waren bei Austritt reizlos (Vi-act. II/70).

4.13 Gemäss Beurteilung vom 23. Oktober 2017 des Kreisarztes Dr.med. R._____ habe das Unfallereignis vom 30. Januar 2017 die Pathologie, welche zur Operation führte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit richtunggebend verschlimmert (SLAP-Läsion Typ II) (Vi-act. II/71).

4.14 Am 29. November 2017 zeigte sich in der Sprechstunde bei med.pract. Q._____ und Dr.med. O._____ ein noch diskreter anterolateraler Schmerzreiz des rechten Schultergelenkes bei Status nach der Operation der rechten Schulter. Es erfolgte eine therapeutische intraartikuläre Infiltration des rechten Schultergelenkes. Der Beschwerdeführer wurde weiterhin zu 100% arbeitsunfähig beurteilt (Vi-act. II/90). Der Verlaufsbericht vom 28. Dezember 2017 lautete praktisch unverändert bis auf eine ca. 20%-ige subjektive Beschwerdebesserung nach Infiltration vom 29. November 2017. Es erfolgte eine weitere Infiltration (Vi-act. II/91). Dr.med. O._____ beurteilte den Beschwerdeführer ab 1. Februar 2018 als zu 50% arbeitsfähig (Vi-act. II/94).

4.15 Der Kreisarzt Dr.med. N._____ führte am 9. Januar 2018 aus, dass das Zumutbarkeitsprofil vom 13. Dezember 2016 ohne Ergänzungen herangezogen werden könne. Der leistungsmässige und zeitliche Umfang ändere sich nicht. Die Einschränkungen würden lebenslang verbleiben. Der Endzustand sei frühestens sechs Monate nach der Operation zu prüfen (Vi-act. II/95).

4.16 Am 23. Januar 2018 attestierte Dr.med. L._____ dem Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 28. Februar 2018 (Vi-act. II/107).

4.17 Am 29. Januar 2018 erfolgte ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks. Die Beurteilung von Dr.med. S._____ (Facharzt FMH Radiologie) lautet wie folgt (Vi-act. II/112): "Bei Status nach Bizepsstenodese zeigt sich diese intakt. Im Verlauf geringe Ausdünnung der bekannten tendinopathischen Supraspinatussehne, DD gelenkseitige oder intratendinöse Partialruptur? Tendinopathie? Die übrigen Anteile der Rotatorenmanschette stellen sich unverändert dar. Leicht rückläufiges Ausmass einer bekannten AC-Gelenksarthrose."

4.18 Gemäss telefonischer Auskunft von med.pract. Q._____ vom 15. Februar 2018 könne der Beschwerdeführer die Arbeit aufnehmen. Die Bewegungseinschränkungen und das Zittern seien aufgrund der MRI-Bilder nicht nachvollziehbar. Die Operation sei gut verlaufen. Der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen und wollte arbeitsunfähig geschrieben werden. Er habe ihm ein Zeugnis bis Mitte März 2018 ausgestellt. Die Sehnen seien in Ordnung und er gehe auch nicht von einer frozen shoulder aus. Der Beschwerdeführer dürfe die Arbeit aufnehmen, sollte jedoch den rechten Arm nicht über 70 Grad heben (Vi-act. II/120). Nach der Sprechstunde vom 22. Februar 2018 bei med.pract. Q._____ und Dr.med. O._____ zeigte sich eine zum November und Dezember 2017 unveränderte Beurteilung (vgl. vorstehende Erw. 4.14) mit Verweis auf das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 29. Januar 2018, welches eine intakte Bizepsstenodese und geringe Ausdünnung der tendinopathischen Supraspinatussehne zeigte. Der Beschwerdeführer wurde an die AF._____ (Klinik) weiterverwiesen (Vi-act. II/126).

4.19 Im Sprechstundenbericht vom 3. April 2018 führten PD Dr.med. T._____ (Stv. Leiter Schulterchirurgie) und Dr.med. U._____ (Oberarzt Orthopädie) der AF._____ (Klinik) folgende Diagnosen auf (Vi-act. II/136):

Persistierende Schulterschmerzen rechts, DD: Frozen shoulder, DD: Bizepsstenodese-schmerzen, DD: Low grade-Infekt, mit/bei

- St.n. Arthroskopie der rechten Schulter mit Synovektomie, Tenodese der langen Bicepssehne, subacromialer Burssektomie und Acromioplastik am 12.10.2017
- St.n. therapeutischer Schulter-Infiltration rechts am 29.11.2017 mit ca. 20%iger subjektiver Beschwerdebesserung

Gemäss Beurteilung zeige sich beim Beschwerdeführer eine schmerzhaft rechte Schulter. Sowohl die aktive als auch die passive Schulter-Beweglichkeit rechts sei eingeschränkt, sodass teilweise die Symptomatik auf eine Frozen shoulder zurückzuführen sei. Andererseits sei eine Krepitation bei passiver Bewegungsübung und Impingementtest in der rechten Schulter tastbar, was allenfalls auf eine Irritation der Bizepsstenodese zurückzuführen sei. Aufgrund der diffusen Schmerzsituation sei auch ein Low grade-Infekt nicht sicherlich ausgeschlossen.

Aufgrund des Leidensdruckes und der schlechten Schulterfunktion stellten sie die Indikation zur Schulter-Arthroskopie mit Lösen der Bicipstenodese, Ankerentfernung, Probengewinnung und Kapselrelease. Dem Beschwerdeführer seien mässige Erfolgsaussichten geschildert worden. Er werde mit dem zuweisenden Arzt Rücksprache halten (vgl. auch Vi-act. II/170).

Gemäss Arztbericht von Dr.med. O. _____ und med.pract. Q. _____ vom 26. April 2018 möchte der Beschwerdeführer aktuell keine Operation (Vi-act. II/144).

4.20 Dr.med. L. _____ attestiert dem Beschwerdeführer am 29. Mai 2018 weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (durchgehend seit 7.8.2017) bis 30. Juni 2018 (Vi-act. II/146).

4.21 Am 20. Juni 2018 erfolgte eine kreisärztliche Aktenbeurteilung durch Dr.med. N. _____, wonach durch die indizierte Arthroskopie des rechten Schultergelenkes, welche der Beschwerdeführer ablehne, eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei, sollten sich die Verdachtsdiagnosen bei der Arthroskopie erhärten. Die Beantwortung der Frage, ob mit der vorgeschlagenen Massnahme das Belastbarkeitsprofil relevant verbessert werde, sei nur nach durchgeführter Arthroskopie und klarer Diagnose zu beantworten. Das Zumutbarkeitsprofil sei bereits erstellt worden und behalte seine Gültigkeit (Vi-act. II/148).

4.22 In der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. September 2018 hielt Dr.med. N. _____ fest, dass sich der Beschwerdeführer am 30. Januar 2017 bei einem Arbeitsunfall eine SLAP II-Läsion der rechten Schulter zugezogen habe. In der Folge sei die Operation vom 12. Oktober 2017 erfolgt, welche subjektiv zu einer Verschlechterung der Schmerzsymptomatik geführt habe. Die konservativen Therapieversuche mittels Infiltration und Physiotherapie hätten keinen Erfolg gezeigt. Die Schmerzen würden vom Beschwerdeführer unverändert stärker als vor dem Eingriff empfunden. Auch habe sich ein deutlicher Nacht- und Ruheschmerz entwickelt. Mittlerweile werde vom Hausarzt ausser den Analgetika auch Pregabalin verordnet. In der kreisärztlichen Beurteilung der zu erwartenden namhaften Verbesserung durch weitere therapeutische Massnahmen vom 20. Juni 2018 sei die geplante Schulter-Arthroskopie als Eingriff mit zu erwartender namhafter Verbesserung beurteilt worden, aufgrund der Verdachtsdiagnose eines low grade-Infektes. Sollte sich ein solcher bestätigen, würde dies den langwierigen und schmerzhaften Verlauf erklären. Ebenso sei dann mittels einer antibiotischen Behandlung eine Therapie-Option gegeben, welche eine deutliche Verbesserung erwarten lasse. Von der Administration der Suva sei dementsprechend um Stel-

lungnahme des Beschwerdeführers gebeten worden, wann er diesen Eingriff plane. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des Hausarztes sowie des Rechtsanwaltes des Beschwerdeführers (zur Entscheidungsfreiheit des Beschwerdeführers betreffend Operation) sowie der Berichte der AF. _____ (Klinik) sei heute eine Besprechung mit dem Beschwerdeführer bezüglich der Operationsindikation bei einem Infektverdacht eines Gelenkes erfolgt. Dem Beschwerdeführer sei noch einmal im Detail erklärt worden, was ein low grade-Infekt bedeute und warum dieser eine absolute Operationsindikation darstelle. Auch seien die damit verbundenen Risiken erklärt worden, sollte eine Operation bzw. Abklärung des Verdachts nicht durchgeführt werden. Sollte sich der Beschwerdeführer gegen einen weiteren Eingriff entscheiden, sei davon auszugehen, dass der aktuelle Zustand als Endzustand zu betrachten sei (Vi-act. II/181).

4.23 Am 15. Oktober 2018 führte Dr.med. V. _____ (Oberarzt Orthopädie) und Dr.med. univ. AG. _____ der AF. _____ (Klinik) beim Beschwerdeführer eine Schulterarthroskopie rechts mit intraartikulärem/subakromialem Débridement, Probeentnahme (3x intraartikulär, 3x subakromial), zirkumferenzielle Kapsulotomie, Lösen Bizepstenodese, AC-Resektion durch (VI-act. II/190). Der Verlauf war intra- und postoperativ komplikationslos bei gut therapierbaren Schmerzen. Der Beschwerdeführer konnte in gutem Allgemeinzustand, intakter Sensomotorik und reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden (Vi-act. II/192).

4.24 Gemäss Sprechstundenbericht vom 27. November 2018 von Dr.med. V. _____ ist kein mikrobiologisches Wachstum nachweisbar (intraoperative Mikrobiologie). Sechs Wochen postoperativ zeige sich noch ein verzögerter Verlauf mit noch deutlichen Restbeschwerden und aktuell noch eingeschränkter Abduktion (Vi-act. II/201). Am 26. Februar 2019 erfolgte ein weiterer Sprechstundenbericht, wonach sich 4,5 Monate postoperativ weiterhin eine sehr schmerzhafte rechte Schulter zeigte. Der Beschwerdeführer habe leider noch nicht von der Operation profitiert. Er solle mit der Physiotherapie fortfahren. Als Alternative bestehe noch die Möglichkeit einer diagnostisch-therapeutischen Infiltration subacromial. Er wolle damit noch zuwarten. Es wurde ihm bis zum 31. März 2019 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Vi-act. II/207).

4.25 Dr.med. N. _____ hielt am 11. März 2019 ergänzend zur kreisärztlichen Untersuchung vom 3. September 2018 gegenüber der Administration was folgt fest (Vi-act. II/214):

Kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch weitere therapeutische Massnahmen noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden?

Wenn ja, wird durch die vorgeschlagenen Massnahmen das Belastbarkeitsprofil relevant verbessert?

Nein.

Nach Ausschluss eines low grade-Infektes ist davon auszugehen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch weitere therapeutische Massnahmen nicht mehr zu erreichen ist.

Eine anhaltende Verbesserung durch eine eventuell geplante Infiltration mit Cortison ist in Anbetracht der nun über zwei Jahre gehende Krankengeschichte nicht zu erwarten (und wurde bereits zuvor erfolglos durchgeführt).

Welche Tätigkeiten und Verrichtungen kann die versicherte Person in Anbetracht der Unfallfolgen zumutbarerweise noch ausüben?

In welchem zeitlichen und leistungsmässigen Umfang (leicht/mittel/schwer)? Bitte um detaillierte Zumutbarkeitsbeurteilung.

Bezogen auf das rechte Schultergelenk (23.50836.17.1) gilt folgendes Zumutbarkeitsprofil: Leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags.

Zu vermeiden sind Tätigkeiten mit regelmässigem Heben von Gewichten über 5 kg oberhalb der Gürtellinie. Gewichte sollten körpernah gehoben werden. Regelmässiges Arbeiten oberhalb der Horizontalen ist zu vermeiden, ebenso regelmässig belastete Rotation im rechten Schultergelenk. Eine axiale Stauchung (z.B. Stossen) und regelmässiges Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen oder Werkzeugen ist zu vermeiden. Keine grob manuelle Tätigkeit (Hammer, Meissel, etc.).

Eine zeitliche Einschränkung besteht nicht.

Im Schadenfall 06.52613.96.9 ergab sich anhand der aktuellen Dokumentation kein Hinweis auf eine erhebliche Verschlechterung der Situation, sodass die Zumutbarkeitsbeurteilung erstellt bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 13.12.2016 weiterhin ihre Gültigkeit behält.

Den Integritätsschaden schätzte Dr.med. N. _____ auf 15%, weil beim Beschwerdeführer eine (nicht gänzlich objektivierbare) schmerzbedingte Funktionsstörung der oberen rechten Extremität vorliege. Das Schultergelenk könne bis zur Horizontalen bewegt werden. Laut Tabelle 1.2 der Suva sei für die Beweglichkeit des Schultergelenkes bis zur Horizontalen eine Integritätsentschädigung von 15% veranschlagt (Vi-act. II/215).

4.26 Dr.med. L. _____ attestierte dem Beschwerdeführer am 26. April 2019 und 28. Mai 2019 nach wie vor eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 30. Juni 2019 (Vi-act. II/221+225).

4.27 Gemäss Verlaufsbericht vom 21. Juni 2019 von Dr.med. V. _____ habe der Beschwerdeführer durch die Operation weiterhin nicht profitiert. Er klagt über dieselben Beschwerden wie präoperativ. In der klinischen Untersuchung imponierten sehr starke Schmerzen subacromial sowie eine ausgeprägte Scapuladé-fence. Die Physiotherapie habe zu keiner Besserung geführt. Mit einer erneuten

Operation könne Dr.med. V. _____ dem Beschwerdeführer nicht helfen. Allenfalls könne noch eine Infiltration durchgeführt werden (Vi-act. II/227; vgl. auch Verlaufsbericht vom 29.7.2019, Vi-act. II/248). Gemäss Verlaufsbericht vom 6. November 2019 habe auch die subacromiale Infiltration zu keiner Schmerzlinderung geführt (Vi-act. II/257).

4.28 Gegenüber der Suva macht der Beschwerdeführer am 28. Juni 2019 geltend, dass sich die Schmerzen seit der Operation sogar ausgebreitet hätten. Neu würden die Schmerzen von der Schulter in den Nackenbereich ausstrahlen. Unverändert seien die Schmerzausstrahlungen in den Unterarm bis zum Ellbogen (Vi-act. II/228).

4.29 Bei einer erneuten Sprechstunde in der AF. _____ (Klinik) am 29. Juli 2020 hielten PD Dr.med. W. _____ (Leitender Arzt Schulterchirurgie) und Dr.med. X. _____ (Assistenzarzt Orthopädie) folgende Diagnosen fest (Vi-act. II/276):

Chronische Schmerzen mit Funktionseinschränkung Schulter rechts mit/bei:

- bei St.n. Schulterarthroskopie rechts, intraartikuläres/subakromiales Débridement, Probeentnahme (3x intraartikulär, 3x subakromial), zirkumferenzielle Kapsulotomie, Lösen Bizepstenodese, AC-Resektion am 15.10.2018 bei/mit:
- persistierenden Schulterschmerzen rechts, DD: Frozen shoulder, Bicepstendoschmerzen mit/bei:
- St.n. Schulterarthroskopie, Synovektomie, Tenodese lange Bicepssehne, subacromialer Bursektomie, Acromioplastik am 12.10.2017

Sie beurteilten den Schulterstatus rechts im Vergleich zur Voruntersuchung vom 23. Juli 2019 wie folgt: "Vorbestehend einliegender Anker im Humeruskopf. Dieser stellt sich intakt dar und ohne Lockerungszeichen. Acromiohumeraler Abstand von 12 mm. Acromion Bigliani Typ 2. Keine Fraktur. Erhaltene Artikulationsverhältnisse. Erhaltener glenohumeraler Gelenkspalt. Unauffälliger partiell erfasster rechter Hemithorax." Die Beurteilung lautet:

Bei dem Patienten zeigen sich unverändert starke Schulterschmerzen mit ausgeprägter Bewegungseinschränkung. Bereits bei der Operation im Oktober 2018 liess sich kein pathologisch-anatomisches Korrelat für die Beschwerden intraoperativ finden. Die bakteriologische Untersuchung zeigte sich negativ und die Operation konnte die Beschwerden des Patienten nicht lindern. Da seither fast zwei Jahre vergangen sind, würden wir das Arthro-MRI wiederholen, um ein neu aufgetretenes morphologisches Korrelat der Beschwerden auszuschliessen. Falls hier nichts gesehen wird, können wir von chirurgischer Seite dem Patienten keine Therapie anbieten, welche seine Beschwerden vermindert. Aufgrund der aktuellen Beschwerden denken wir nicht, dass der Patient körperlich schwere Tätigkeiten ausführt. Das regelmässige Heben/Tragen von Gewichten über 5 kg mit der rechten Hand ist nicht möglich.

4.30 Gemäss Sprechstundenbericht vom 2. September 2020 von Dr.med. U._____ (Oberarzt Orthopädie) und med.pract. Y._____ (Assistenzarzt Orthopädie) ergab das am gleichen Tag durchgeführte Arthro-MRI der rechten Schulter was folgt (Vi-act. II/279):

Rotatorenmanschette: Normale Darstellung der Supra- und Infraspinatussehne. Tendinopathisch verdickte Subscapularissehne ohne abgrenzbaren Riss.

Muskelstatus und periartikuläre Weichteile: Normotrophe Rotatorenmanschettenmuskulatur.

Rotatorenintervall & lange Bizepssehne: St.n. Bicepstenodese und anschliessendem Lösen derselben mit residuellem Fadenanker anterior im Humeruskopf. Keine narbige Obliteration des Rotatorenintervalls.

Glenohumerales Gelenk: Kein Nachweis einer Labrumläsion oder eines Knorpelschadens. Leichtgradiger Humeruskopfhochstand. Normale Weite des Rezessus axillaris. Keine Kapselverdickung.

In der Beurteilung hielt Dr.med. U._____ fest:

Bei A._____ bestehen weiterhin invalidisierende Schulterschmerzen auf der rechten Seite. In der am heutigen Tag durchgeführten Arthro-MRI-Untersuchung kann keine die Schulterschmerzen des Patienten adäquat erklärende Veränderung der Schulter dargestellt werden, es zeigt sich keine Omarthrose, keine transmurale Rotatorenmanschetten-Ruptur und ein regelrechter Zustand nach AC-Gelenksresektion. Wir haben mit dem Patienten die aktuelle Situation ausführlich besprochen und sehen zum aktuellen Zustand keine Möglichkeit, eine operative Therapie anzubieten, mit welcher eine adäquate Schmerzreduktion zu erwarten wäre. Auch die konservativen Therapiemodalitäten inklusive Infiltrationen wie auch Physiotherapie führten zu keiner ausreichenden Schmerzverbesserung. Bei frustanem Verlauf der Schmerzbehandlung am Schmerzambulatorium des AH._____ (Spital) aufgrund von Unverträglichkeiten der vorgeschlagenen Medikation, bitten wir die Kollegen der Rheumatologie im Hause um Beurteilung und Behandlungsübernahme des Patienten.

(...)

Bei der aktuell ausgeprägten Schmerzsymptomatik des Patienten sehen wir die Arbeitstätigkeit des Patienten im angestammten Beruf als Monteur weiterhin als nicht gegeben und in der erweiterten Anamnese zeigt sich auch die in der letzten Sprechstunde festgehaltene Belastungslimite für Heben und Tragen von 5 kg als nicht realistisch, da der Patient bereits beim Heben von etwas über 1 kg massivste Schulterschmerzen auf der rechten Seite verspürt. Diesbezüglich empfehlen wir zudem eine arbeitsmedizinische Abklärung zur Evaluation der langfristigen Arbeitsfähigkeit.

Am 2. November 2020 ergänzte Dr.med. U._____ auf Nachfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten Tätigkeit, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Monteur nicht gegeben sei, auch nicht bei angepasster leichter Tätigkeit. Im Übrigen stimmen die Ausführungen mit den vorangehenden überein (Bf-act. 7).

5. Zur gesamtheitlichen Betrachtung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nach den Unfällen vom 23. Mai 1996 sowie vom 30. Januar 2017 lässt sich den Akten was folgt entnehmen:

5.1 Auf die Frage der prozentualen Aufteilung der invaliditätsbedingten Einschränkung auf die beiden Schadenfälle antwortete Dr.med. N._____ am 16. Januar 2018: "geschätzt 80 [Hand links]/20 [Schulter rechts], eindeutige Beurteilung nicht möglich." (Vi-act. II/97).

5.2 Am 7. März 2019 hielt Dr.med. N._____ zur Frage, wie die prozentuale Aufteilung der invaliditätsbedingten Einschränkung auf die beiden Schadenfälle aussehe, fest: "50:50; Zumutbarkeit getrennt beurteilt" (Vi-act. II/208).

5.3 Dr.med. L._____ führte in seinem Arztbericht vom 1. Juli 2019 aus, dass es sich nach Schultersturz und zwei frustrierenden Operationen sowie intensiver konservativer Therapie über mehr als zwei Jahre um einen unfallbedingten Endzustand der rechten Schulter im Sinne eines schmerzhaften "frozen shoulder"-Syndroms rechts handle. Im Zusammenhang mit der vorher erlittenen, chronischen Handschädigung links sei nun von einer bleibenden 100%-igen Arbeitsunfähigkeit für alle manuellen Tätigkeiten ab leichter Belastung auszugehen. Selbst eine schmerztherapeutische Mitbetreuung würde die Gebrauchstüchtigkeit und Beweglichkeit der rechten Schulter nicht bessern (Vi-act. II/230).

Im Bericht vom 18. Juli 2019 (Eingang bei der Suva) ergänzte Dr.med. L._____, dass der Beschwerdeführer eine hochgradige, dauerhafte Behinderung - vor allem der rechten Schulter aber auch des linken Armes - habe, welche er zusammen auf Dauer bei 80% Arbeitseinschränkung und dauerhafter Behinderung einschätze (Vi-act. II/244).

Am 30. Oktober 2019 ergänzte Dr.med. L._____ zudem, dass die rechte Hand nicht über Brusthöhe gehoben werden könne und auch die geringe Restbeweglichkeit bis zur Brusthöhe nur mit erheblichen Schmerzen möglich sei. Hiermit sei die rechte Hand in Arbeitsprozessen nicht mehr einsetzbar (Vi-act. II/256; vgl. Atteste zur 100%-igen Arbeitsunfähigkeit bis 31.8.2020, neben vielen: Vi-act. II/273).

5.4 Die gesamtheitliche Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes Dr.med. N._____ vom 17. April 2019 lautete wie folgt (Vi-act. I/195):

Bezogen auf das rechte Schultergelenk (23.50836.17.1) und das linke Handgelenk (06.52613.96.9) gilt folgendes Zumutbarkeitsprofil:

Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, es sind zusätzlich zu den normalen Arbeitspausen weitere Pausen einzuhalten, je nach Belastung sind 4-6x 10 Minuten angezeigt.

Rechts sind Tätigkeiten mit regelmässigem Heben von Gewichten über 5 kg oberhalb der Gürtellinie zu vermeiden, Gewichte sollten körpernah gehoben werden. Regelmässiges Arbeiten oberhalb der Horizontalen ist zu vermeiden, ebenso regelmässig belastete Rotationen im rechten Schultergelenk. Axiale Stauchung (z.B. Stossen) und regelmässiges Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen oder Werkzeugen ist zu vermeiden. Keine grobmanuelle Tätigkeit (Hammer, Meissel, etc.).

Links sind regelmässiges Tragen von Lasten über 5 kg, repetitive Umwendbewegungen im Handgelenk und Arbeiten über Kopf mit Einsatz des linken Arms zu vermeiden. Das Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen oder Werkzeugen oder auf vibrierenden Arbeitsflächen ist zu vermeiden, ebenso regelmässige Kälte-Exposition.

5.5 Am 6. Dezember 2019 erfolgte eine Erstkonsultation zur chronischen Schmerztherapie. Im Bericht hielten Dr.med. Z._____ (Oberarzt, Leiter Schmerzambulatorium) und Al._____ (Assistenzärztin) fest, dass in der Zusammenschau ein chronischer posttraumatischer Schmerz erkennbar sei, dessen Ätiologie sowohl nozizeptive und fraglich neuropathische Anteile zu besitzen scheine. Gleichzeitig scheine eine muskuloskelettale Schmerzkomponente durch konsekutive Schon- und Fehlhaltung zu bestehen. Die aktuelle Analgesie helfe nur unzureichend, auch wache der Beschwerdeführer des Nachts schmerzbedingt häufiger auf. Es sei eine schmerzmodulierende und schlafanstossende Medikation besprochen worden. Zur Mitbehandlung der myofaszialen Beschwerden im Nacken erhalte er einen Termin zur TENS Instruktion, um eine muskuläre De-tonisierung zu fördern. Weitere Medikamente seien allenfalls zu prüfen. Auch werde die Möglichkeit einer psychologischen Mitbetreuung angesprochen, um mögliche Copingstrategien zur Schmerzbewältigung zu erlernen, worin der Beschwerdeführer vorerst keinen Bedarf sehe (Vi-act. II/261). Am 24. Januar 2020 erfolgte der Abschlussbericht, nachdem der Beschwerdeführer weder von der Medikation noch von TENS habe profitieren können. Die Schmerzsituation blieb unverändert. Allerdings habe er angegeben, sich zunehmend auf dem Weg der Schmerzakzeptanz zu befinden. Profitieren könne er auch von der regelmässigen Physiotherapie (Vi-act. II/264).

5.6 Mit Bericht vom 19. August 2020 führte Dr.med. L._____ aus, dass er als Hausarzt des Beschwerdeführers mit mehrjähriger Kenntnis desselben bestätigen könne, dass vor dem bekannten Schulterunfall mit einer Luftdruckmaschine am Arbeitsplatz die rechte Schulter vollkommen beschwerdefrei gewesen sei. Nach Unfalltrauma, zwei Operationen und mehreren intraartikulären Injektionen habe sich leider keine Besserung eingestellt, sondern eine "frozen shoulder" mit erheblichem, schmerzhaftem Belastungs- und Bewegungsdefizit. Die bisherige, sehr geringe Einschätzung der Belastungseinschränkung von 15% durch die Suva werde aus seiner Sicht dem erheblichen Beschwerdebild nicht gerecht. Der

Hausarzt schliesse sich der Meinung der Spezialisten der AF. _____ (Klinik) an, wonach der Beschwerdeführer maximal bis 5kg (unter Schmerzen) Hebe- und Tragebelastung habe. Zudem liege ein erhebliches (schmerzhaftes) Bewegungsdefizit (Einschränkung Seitelivation bis maximal 45 Grad / Rotationseinschränkung 20-0-20; Anteversion bis ca. 70 Grad und Retroversion bis max. 30 Grad) vor (Vi-act. II/277).

6.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass der Kreisarzt am 17. April 2019, ohne den Beschwerdeführer zu untersuchen, zu derselben Zumutbarkeitsbeurteilung komme, wie am 13. Dezember 2016. Er halte damit an der 2.5 Jahre zurückliegenden Zumutbarkeitsbeurteilung vom 13. Dezember 2016 fest, die vor dem Unfall vom 30. Januar 2017 mit seinen schwerwiegenden Folgen vorgenommen worden sei. Der angefochtene Entscheid stelle somit auf eine längst überholte ärztliche Beurteilung ab. Die Vorinstanz gehe mithin von einem Sachverhalt aus, der die als Folge des Unfalls vom 30. Januar 2017 erlittenen gesundheitlichen und erwerblichen Beeinträchtigungen nicht berücksichtige, weshalb der angefochtene Entscheid aufgehoben werden müsse.

Der Beschwerdeführer sei am 3. September 2018 letztmals vom Kreisarzt persönlich untersucht worden. Sein Gesundheitszustand habe sich seither jedoch erheblich verschlechtert. Der Beschwerdeführer sei schmerzbedingt nicht mehr in der Lage, Gewichte über 1kg zu heben. Die ursprüngliche Belastungslimite von 5kg sei überholt. Die Beurteilung des Kreisarztes habe mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst, weshalb neue Abklärungen unabdingbar seien. Es sei eine neuerliche Begutachtung des Beschwerdeführers anzuordnen.

Des Weiteren sei realitätsfremd anzunehmen, dass der Beschwerdeführer in der Lage sein solle, ganztags einer Tätigkeit nachzugehen. Der gesundheitlich schwer angeschlagene Beschwerdeführer sei selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten umfassend eingeschränkt. Eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei nicht möglich. Insoweit gehe die Vorinstanz von falschen, unzutreffenden und aktenwidrigen Annahmen aus.

6.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die Zumutbarkeitsbeurteilung vom 17. April 2019 nicht mit derjenigen vom 13. Dezember 2016 übereinstimmt, vielmehr wurden Anpassungen vorgenommen sowie der Unfall vom 30. Januar 2017 bzw. die Beschwerden daraus berücksichtigt (vgl. nachfolgende Erw. 6.3.1f.). Selbst der Beschwerdeführer hält fest, dass eine weitere persönliche Untersuchung durch den Kreisarzt am 3. September 2018 erfolgt ist. Alsdann lässt sich dem kreisärztlichen Bericht vom 17. April 2019 explizit entnehmen, welche Einschränkungen

aufgrund des Unfalles vom 23. Mai 1996 bzw. anschliessender Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und welche aus dem Unfall vom 30. Januar 2017 resultieren bzw. inwieweit der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner linken Hand sowie seiner rechten Schulter eingeschränkt ist.

Des Weiteren ist nicht bereits von einer Befangenheit des Kreisarztes auszugehen, weil er als beratender Arzt der Vorinstanz tätig ist. Hierzu kann auf die vorstehende Erwägung 2.9.2 verwiesen werden. Indes sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob die Vorbringen des Beschwerdeführers bzw. seine Verweise auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte bereits geringe Zweifel an der Beurteilung des Kreisarztes zu erwecken vermögen, so dass von der Erforderlichkeit weiterer Abklärungen auszugehen ist bzw. ob die Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes nachvollziehbar und schlüssig ist. Dabei ist auch die Frage zu stellen, ob nach der Beurteilung durch den Kreisarzt von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen ist, so dass bereits deshalb eine erneute Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erforderlich ist.

6.3.1 Am 13. Dezember 2016 führte Dr.med. N. _____ eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung betreffend die wesentlich veränderten Folgen des Unfalls vom 23. Mai 1996 durch. Neben dem aktenmässigen Verlauf berücksichtigte er die Angaben des Beschwerdeführers, erhob eigene Befunde und führte die massgeblichen Diagnosen auf. In der Beurteilung bestätigte der Kreisarzt eine Verschlechterung der Schmerzsymptomatik am linken Handgelenk aufgrund einer fortgeschrittenen Arthrose. Gestützt darauf passte er die ursprüngliche Zumutbarkeitsbeurteilung dahingehend an, als dass regelmässiges Tragen von Lasten über 5kg, wie auch weiterhin repetitive Umwendbewegungen im Handgelenk und Arbeiten über Kopf mit Einsatz des linken Arms zu vermeiden sind. Auch ist weiterhin das Arbeiten an vibrierenden Maschinen oder auf vibrierenden Arbeitsflächen ungünstig. Zusätzlich sind zu den normalen Arbeitspausen weitere Pausen, je nach Belastung 4 bis 6 Mal 10 Minuten, einzuhalten. Zudem wurde festgehalten, dass wenn mit der linken Hand Gewichte über 5kg gehoben werden müssen, dies rasch zu einer stärkeren Schmerzsymptomatik und dementsprechend zu zusätzlichen Pausen führen könne. Gewichte über 5kg könnten jedoch mit der rechten Hand uneingeschränkt getragen werden, die linke Hand könne dementsprechend als Hilfshand unterstützend eingesetzt werden. Die Griffkraft

sei nicht ausreichend, um alleine solche Gewichte tragen zu können (Vi-act. I/86).

Diese kreisärztliche Beurteilung des linken Handgelenks bzw. Arms wurde und wird vom Beschwerdeführer nicht beanstandet (soweit sie alleine die Funktionsfähigkeit des linken Handgelenks bzw. linken Arms betrifft). Auch sind den Akten keine weiteren Arztberichte, Abklärungen und Untersuchungen diesbezüglich zu entnehmen. Von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands betreffend das linke Handgelenk des Beschwerdeführers seit der kreisärztlichen Beurteilung vom 13. Dezember 2016 ist somit nicht auszugehen (vgl. auch Besprechung vom 28.6.2019, Vi-act. I/201). Bereits aufgrund der Zumutbarkeitsbeurteilung vom Dezember 2016 war fraglich, ob der Beschwerdeführer beim bisherigen Arbeitgeber weiterhin arbeiten kann bzw. ob ein unter Berücksichtigung der Zumutbarkeitsbeurteilung geeigneter Arbeitsplatz vorhanden ist (vgl. Besprechung am Arbeitsplatz vom 13.2.2017, Vi-act. I/94). Die geplante Testung musste jedoch aufgrund des Unfalls vom 30. Januar 2017 aufgeschoben werden (vgl. Vi-act. I/107). Auch war er bereits zuvor seit der Verschlechterung seiner Beschwerden und aufgrund der Veränderung des Arbeitsplatzes am bisherigen Arbeitsplatz zwar ganztags tätig, jedoch nur noch 70% leistungsfähig (Vi-act. I/86 S. 4). Betreffend das linke Handgelenk und die Folgen des Unfalls vom 23. Mai 1996 kann somit grundsätzlich (wenn auch angepasst betreffend die Ausführungen zur rechten Hand) auf diese kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 13. Dezember 2016 abgestellt werden bzw. hat der Kreisarzt selbst in jüngeren Beurteilungen zu Recht auf dieses Ergebnis weiterhin abgestellt.

6.3.2 Es trifft zwar zu, dass der Kreisarzt bei der Frage der Vorinstanz nach der Zumutbarkeitsbeurteilung unter Berücksichtigung der rechten Schulter zunächst (am 9.1.2018 sowie am 20.6.2018) auf die Zumutbarkeitsbeurteilung vom 13. Dezember 2016 ohne Ergänzungen verwiesen hat (Vi-act. II/95 und II/148). Dies obwohl die unfallbedingte SLAP-Läsion bereits bekannt war (vgl. vorstehende Erw. 4.11) und in der Zumutbarkeitsbeurteilung vom 13. Dezember 2016 die rechte Hand als uneingeschränkt einsetzbar beurteilt wurde (vgl. vorstehende Erw. 6.3.1). Gleichzeitig hielt der Kreisarzt jedoch fest, dass auch betreffend die rechte Schulter lebenslängliche Einschränkungen bestehen würden, und dass der Endzustand frühestens sechs Monate nach der Operation zu prüfen sei (vgl. vorstehende Erw. 4.15). In der Beurteilung (inkl. Untersuchung) vom 3. September 2018 äusserte sich der Kreisarzt hingegen nicht mehr zur Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit. Vielmehr wurde auf eine zu erwartende namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands durch eine weitere Schulter-Arthroskopie (aufgrund der Verdachtsdiagnose eines low grade-Infektes) hingewiesen, welche für die

Beurteilung des Endzustands abgewartet werden sollte (Vi-act. II/181). Diese Schulterarthroskopie wurde am 15. Oktober 2018 durchgeführt (vgl. vorstehende Erw. 4.23). Anschliessend erfolgte am 11. März 2019 eine abschliessende kreisärztliche Beurteilung ergänzend zur kreisärztlichen Untersuchung vom 3. September 2018, nachdem die Arthroskopie nicht die erhoffte Verbesserung des Gesundheitszustandes gebracht hatte (vgl. vorstehende Erw. 4.25). Darin wurde sodann die abschliessende und detaillierte Zumutbarkeitsbeurteilung bezogen auf das rechte Schultergelenk aufgeführt, wonach dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar sind. Zu vermeiden sind Tätigkeiten mit regelmässigem Heben von Gewichten über 5kg oberhalb der Gürtellinie. Gewichte sollten körpernah gehoben werden. Regelmässiges Arbeiten oberhalb der Horizontalen ist zu vermeiden, ebenso regelmässig belastete Rotation im rechten Schultergelenk. Eine axiale Stauchung (z.B. Stossen) und regelmässiges Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen oder Werkzeugen sind zu vermeiden. Keine grob manuelle Tätigkeit (Hammer, Meissel, etc.). Eine zeitliche Einschränkung besteht nicht (Vi-act. II/214). Sodann wurden in der gesamtheitlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 17. April 2019 betreffend die linke Hand die Ausführungen weggelassen, wonach die rechte Hand ohne Einschränkungen einsetzbar ist (vgl. Vi-act. I/195).

Dass die Beurteilung des Kreisarztes zumindest zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 3. September 2018 - welche gestützt auf die Akten, die Angaben des Beschwerdeführers sowie die wesentlichen Diagnosen erging - unrichtig war, wird vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht geltend gemacht. Vielmehr hält der Beschwerdeführer fest, dass diese Beurteilung nicht mehr aktuell und in der Zwischenzeit eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Selbst der Hausarzt des Beschwerdeführers beurteilte den Beschwerdeführer noch am 17. August 2017 für leichte Tätigkeiten (z.B. in der Kleinteilmontage oder -produktion) als 100% arbeitsfähig, wobei die bisherige auch reduzierte Arbeit auf Dauer nicht mehr ausgeführt werden könne aufgrund der unfallbedingten Dauerschädigung der linken Hand bzw. Unterarms sowie der chronisch-degenerativen Schulterschädigung rechts (vgl. vorstehende Erw. 4.8, wobei er von der unfallkausalen SLAP-Läsion erst anschliessend Kenntnis hatte). Auch gemäss Auskunft des operierenden Arztes med.pract. Q. _____ vom 15. Februar 2018 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit attestiert, soweit er den rechten Arm nicht über 70 Grad hebe (vgl. vorstehende Erw. 4.18). Selbst wenn der Hausarzt anschliessend ohne weitere Begründung jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, vermag dies die umfassende Untersuchung und begründete Beurteilung des Kreisarztes vom 3. September 2018 ergänzt mit der Beurteilung vom 11. März 2019 nicht in Zweifel zu ziehen. Aus den Arztberichten

weiterer behandelnder Ärzte lässt sich für diesen Zeitraum sodann keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entnehmen bzw. lediglich vom operierenden Arzt bis zum 31. März 2019 (vorstehende Erw. 4.24). Dieser bestätigte jedoch gleichzeitig, dass die Operation zu keiner Verbesserung der Beschwerden geführt habe. Er macht jedoch auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Im Gegenteil führte Dr.med. V. _____ am 21. Juni 2019 aus, dass der Beschwerdeführer über dieselben Beschwerden klage wie vor der Operation (nämlich sehr starke Schmerzen subacromial sowie eine ausgeprägte Scapula-défence, vgl. vorstehende Erw. 4.27). Noch am 29. Juli 2020 wurden die Schulterschmerzen des Beschwerdeführers als unverändert stark beurteilt, weshalb die Ausübung von körperlich schweren Tätigkeiten sowie das regelmässige Heben/Tragen von Gewichten über 5kg mit der rechten Hand ausgeschlossen wurden (vorstehende Erw. 4.29). Dies obwohl der Beschwerdeführer noch am 28. Juni 2019 über vermehrte Schmerzen bis in den Nackenbereich klagte (vgl. vorstehende Erw. 4.28). Auch der Hausarzt schloss sich am 19. August 2020 der Meinung der Ärzte der AF. _____ (Klinik) an, wonach der Beschwerdeführer maximal bis 5kg (unter Schmerzen) Hebe- und Tragebelastung habe und ein erhebliches (schmerzhafte) Bewegungsdefizit vorliege (vgl. Erw. 5.6). Demnach stimmte die Beurteilung der behandelnden und untersuchenden Ärzte der AF. _____ (Klinik) sowie des Hausarztes noch am 29. Juli 2020 resp. 19. August 2020 mit derjenigen des Kreisarztes vom 2. September 2018 und 11. März 2019 betreffend die rechte Schulter sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überein. Von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers kann bis zu diesem Zeitpunkt keine Rede sein und somit hat die Beurteilung des Kreisarztes durch Zeitablauf auch nicht an Aktualität eingebüsst.

Zu prüfen ist somit einzig noch, ob der Sprechstundenbericht vom 2. September 2020 der AF. _____ (Klinik) (vorstehende Erw. 4.30), welcher wie bereits der Bericht vom 29. Juli 2020 nach dem angefochtenen Einspracheentscheid erstellt wurde, an der Beurteilung des Kreisarztes zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermag. Zunächst ist festzuhalten, dass die richterliche Überprüfungsbeugnis in zeitlicher Hinsicht mit dem Erlass des Einspracheentscheides der Suva vom 2. Juli 2020 endet (vgl. BGE 134 V 392 Erw. 6 m.V.a. BGE 130 V 445 Erw. 1.2), weshalb diese Frage grundsätzlich offen bleiben kann. Im Bericht wird u.a. festgehalten, dass der Beschwerdeführer im angestammten Beruf als Monteur weiterhin nicht arbeitsfähig sei. In der erweiterten Anamnese zeige sich zudem die in der letzten Sprechstunde (vom 29.7.2020) festgehaltene Belastungslimite für Heben und Tragen von 5kg als nicht realistisch, weil der Beschwerdeführer bereits beim Heben von etwas über 1kg massivste Schulterschmerzen auf der rechten Seite verspüre. Hierzu ist festzuhalten, dass die gleichentags durchge-

fürte Arthro-MRI-Untersuchung keine die Schulterschmerzen des Beschwerdeführers adäquat erklärende Veränderung der Schulter darzustellen vermag. Die behandelnden Ärzte begründen ihre neue Beurteilung auch nicht mit dem ebenfalls seit Juli 2020 kaum veränderten klinischen Befund. Vielmehr wird die geänderte Beurteilung mit der erweiterten Anamnese begründet, welche sich insbesondere auf die Angaben des Beschwerdeführers abstützt. Über vermehrte Schmerzen beklagte sich der Beschwerdeführer jedoch bereits am 28. Juni 2019, ohne dass sich dies auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte auswirkte. Die Aussagen des Beschwerdeführers bzw. die darauf abgestellte Beurteilung der behandelnden Ärzte vermögen sodann keine (auch nur) geringen Zweifel an der Beurteilung des Kreisarztes zu erwecken. Daran vermag auch die Ausführung von Dr.med. U. _____ vom 2. November 2020 nichts zu ändern, welcher auf Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers bestätigte, dass letzterer in seiner bisherigen Tätigkeit als Monteur nicht arbeitsfähig sei, auch nicht bei angepasster leichter Tätigkeit. Dabei ist nicht ohne weiteres ersichtlich, ob die angepasste leichte Tätigkeit als Monteur gemeint ist oder eine angepasste leichte Tätigkeit im Allgemeinen. Dies resultiert auch daraus, dass diese Beurteilung nicht weiter begründet ist (bzw. lediglich die Ausführungen vom 2.9.2020 wiederholt werden, in welchen nicht erwähnt wird, dass eine angepasste leichte Tätigkeit nicht mehr möglich sein soll), weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

6.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass betreffend die Arbeitsfähigkeit auf die nachvollziehbaren Ausführungen des Kreisarztes abgestellt werden kann. Demnach ist der Beschwerdeführer bei leichten bis mittelschweren Tätigkeiten grundsätzlich, jedoch mit zusätzlich zu den normalen Arbeitspausen weiteren Pausen von täglich 4-6x10 Minuten, unter folgenden Einschränkungen arbeitsfähig. Rechts sind Tätigkeiten mit regelmässigem Heben von Gewichten über 5kg oberhalb der Gürtellinie zu vermeiden, Gewichte sollten körpernah gehoben werden. Regelmässiges Arbeiten oberhalb der Horizontalen ist zu vermeiden, ebenso regelmässig belastete Rotationen im rechten Schultergelenk. Axiale Stauchung (z.B. Stossen) und regelmässiges Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen oder Werkzeugen ist zu vermeiden. Keine grobmanuelle Tätigkeit (Hammer, Meissel, etc.). Links sind regelmässiges Tragen von Lasten über 5kg, repetitive Umwendbewegungen im Handgelenk und Arbeiten über Kopf mit Einsatz des linken Arms zu vermeiden. Das Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen oder Werkzeugen oder auf vibrierenden Arbeitsflächen ist zu vermeiden, ebenso regelmässige Kälte-Exposition.

Somit liegt auch keine Verletzung von Art. 43 ATSG sowie des rechtlichen Gehörs vor, nachdem die Vorinstanz zu Recht auf die kreisärztliche Beurteilung abgestellt und kein weiteres Gutachten eingeholt hat. Der Beschwerdeführer begründet sodann nicht weiter, weshalb eine interdisziplinäre medizinische Abklärung in weiteren Fachbereichen erforderlich sein soll. Vielmehr führt er pauschal "u.a. Neurologie, Rheumatologie, etc." auf (vgl. Beschwerde vom 4.9.2020 S. 14 Ziff. 18). Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auch diesbezüglich auf die Beurteilung des Kreisarztes, welche Abklärungen durch weitere Fachdisziplinen nicht vorgesehen hat, abgestellt hat, zumal gemäss Aktenlage u.a. neurologische und schmerztherapeutische Abklärungen getätigt wurden, welche am vorliegenden Ergebnis nichts zu ändern vermögen (vgl. dazu BGE 139 V 349 Erw. 3.3 i.V.m. BGE 138 V 318 Erw. 6.1.2).

7. Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades rügt der Beschwerdeführer sowohl die Höhe des Validen- als auch des Invalideneinkommens.

7.1.1 Betreffend Valideneinkommen macht der Beschwerdeführer geltend, dass die Vorinstanz zu Unrecht auf das bei der AJ. _____ AG erzielbare Valideneinkommen abgestellt habe, obwohl der Beschwerdeführer nie bei dieser Firma angestellt oder im Holzbau tätig gewesen sei. Vielmehr habe er für die Einzelfirma D. _____ Spenglerei und Flachbedachungen gearbeitet, welche im Jahr 2016 aufgegeben worden sei. Deshalb seien für die Entwicklung des Valideneinkommens die Lohnangaben von AK. _____ vom 10. November 2006 massgebend. Dabei seien die regelmässigen Samstag-Einsätze sowie die jährlich durchschnittlich geleisteten 100 Überstunden zu berücksichtigen.

7.1.2 Der Beschwerdeführer hält zutreffend fest, dass die Firma, für welche er vor seinem ersten Unfallereignis tätig war, inzwischen aufgegeben wurde. Die AJ. _____ AG, für welche der Beschwerdeführer tatsächlich nie tätig war, hat einen Teil des Personals der früheren Arbeitgeberin des Beschwerdeführers u.a. den Mitarbeiter, welcher bisher jeweils als Vergleichsperson diene, weil er betreffend Leistung, Können, Arbeitseinsatz und Ferienbezug im bisherigen Betrieb mit dem Beschwerdeführer überwiegend übereinstimmte (vgl. Vi-act. I/6), übernommen (Vi-act. I/198). Die Vorinstanz hat somit zutreffend ausgeführt, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden heute nicht mehr bei der D. _____ Spenglerei und Flachbedachung tätig sein könnte, vielmehr sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er ebenfalls von der AJ. _____ AG übernommen worden wäre, weshalb sie für das Valideneinkommen auf das Einkommen der AJ. _____ AG abgestellt hat, was vorliegend nicht zu beanstanden ist (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1). Dabei wurde von der Fir-

ma ausdrücklich und glaubhaft dargelegt, dass Samstagarbeiten kaum bis gar nicht mehr anfallen und Überstunden in der Regel kompensiert werden (Vi-act. I/197+198). Eine Entlohnung für Samstagarbeiten oder Überstunden ist deshalb zu Recht nur noch ausnahmsweise zum Valideneinkommen hinzuzurechnen. Aufgrund der Angaben der AJ. _____ AG zum Einkommen des Vergleichsmitarbeiters im Jahr 2019 hat die Vorinstanz zu Recht ein Valideneinkommen von Fr. 77'636.-- (Fr. 5'750.-- x 13 + Überstunden: 91.63 h x Fr. 31.50) angenommen (Vi-act. I/197, II/242). Selbst wenn man das Valideneinkommen aus dem Einspracheentscheid vom 14. Juni 2000 indexieren würde, resultierte kein höheres Einkommen als das von der Vorinstanz im konkreten Fall ermittelte. Immerhin wurden beim Letzteren 91.63 Überstunden berücksichtigt, was nur gering von den vom Beschwerdeführer geforderten 100 Stunden abweicht.

7.2 Soweit der Beschwerdeführer betreffend das Invalideneinkommen rügt, dass die Vorinstanz auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung abgestellt hat, kann dazu auf die vorangehenden Ausführungen in Erw. 6.1ff. verwiesen werden. Die Vorbringen des Beschwerdeführers zur Aufteilung der Invalidität sind vorliegend unbeachtlich, weil ihm aus mehreren Unfällen gesamthaft eine Rente zuzusprechen und nicht für jedes Unfallereignis eine eigenständige Rente geschuldet ist (vgl. vorstehende Erw. 2.5.1). Aus diesem Grund erfolgte auch eine kombinierte Zumutbarkeitsbeurteilung, welche für die Ermittlung des Invalideneinkommens unter Berücksichtigung sämtlicher gesundheitlicher Einschränkungen zu beachten ist. Nachdem dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit bei der AB. _____ AG gekündigt wurde und er inzwischen keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, hat die Vorinstanz zu Recht auf die LSE-Tabellenlöhne abgestellt. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers kann nicht mehr der Lohn seiner bisherigen Tätigkeit berücksichtigt werden.

Die Vorinstanz hat im angefochtenen Entscheid zu Recht auf die aktuellste LSE-Tabelle 2018 abgestellt. Hierzu ist die Vorinstanz vom Totaleinkommen für Männer im privaten Sektor mit dem Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) ausgegangen und hat nach Aufrechnung der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit sowie indexiert ein Einkommen von Fr. 68'105.50 ermittelt. Nachdem der Beschwerdeführer nur mit einem zusätzlichen Pausenbedarf von maximal 60 Minuten täglich ganztags arbeiten kann, hat die Vorinstanz 12% vom ermittelten Einkommen abgezogen, was nachvollziehbar und schlüssig ist. Aufgrund der weiteren Einschränkungen, mit welchen der Beschwerdeführer (wie bereits bei seiner früheren Arbeitstätigkeit) mit einer Lohneinbusse zu rechnen hat, hat die Vorinstanz einen leidensbedingten Abzug von 15% gewährt. Diese ermessensweise Beurteilung, welche vom Beschwerdeführer nicht (unmittelbar) gerügt wird,

ist begründet (hierzu kann auf die ausführlichen und nachvollziehbaren Erwägungen des angefochtenen Einspracheentscheides verwiesen werden) und vorliegend nicht zu beanstanden, weshalb die Vorinstanz zu Recht ein Invalideneinkommen von Fr. 50'943.-- ermittelt hat.

7.3 Zusammenfassend hat die Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht einen Invaliditätsgrad von 34% ermittelt. In der Verfügung resultierte noch ein Invaliditätsgrad von 35%. Die Vorinstanz hat sodann von einer Reduktion des Invaliditätsgrades zugunsten des Beschwerdeführers im Sinne eines Verzichts auf die *reformatio in peius* abgesehen, was nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdeführer zu Recht nicht gerügt wird.

8.1 Die Integritätsentschädigung betreffend die linke Hand, welche aufgrund einer Integritätseinbusse von insgesamt 20% zugesprochen wurde, wird vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerdebegründung nicht beanstandet, weshalb vorliegend nicht darauf einzugehen ist.

Der Beschwerdeführer macht jedoch geltend, dass die Integritätseinbusse von 15% für die rechte Schulter auf 55% zu erhöhen ist, weil die Schulter nur geringfügig, jedenfalls weniger als in die Horizontale, bewegt werden könne.

8.2 Die Suva-Tabelle 1, Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten (Ausgabe 2000) nennt allgemein für die völlige Gebrauchsunfähigkeit 50% und für die Schulter bis zur Horizontalen beweglich 15%.

8.3 Der Kreisarzt hat den Integritätsschaden auf 15% geschätzt, weil beim Beschwerdeführer eine (nicht gänzlich objektivierbare) schmerzbedingte Funktionsstörung der oberen rechten Extremität vorliege. Das Schultergelenk könne bis zur Horizontalen bewegt werden (vgl. vorstehende Erw. 4.25).

8.4 Dass auf die kreisärztliche Beurteilung vom 2. September 2018 und 11. März 2019 abgestellt werden kann, wurde bereits dargelegt, worauf vorliegend verwiesen werden kann (vgl. vorstehende Erw. 6.3.2 und 6.4). Die kreisärztliche Beurteilung zum Integritätsschaden vom 8. März 2019 beruht somit auf einer eingehenden Untersuchung des Beschwerdeführers.

Somit hat die Vorinstanz zu Recht auf die Beurteilung des Kreisarztes abgestellt und eine Integritätsentschädigung von 15% zugesprochen. Die Ausführungen des Beschwerdeführers sind zudem insoweit nicht nachvollziehbar, als er eine Integritätseinbusse von über 50% geltend macht, während er gleichzeitig festhält, dass keine völlige Gebrauchsunfähigkeit vorliege, sondern die Schulter vielmehr

noch geringfügig bewegt werden könne. Bereits deshalb kann keine Integritätsentschädigung über 50% erfolgen.

9. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG). Ein Anspruch auf Parteientschädigung entfällt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 21. Januar 2021