

200 16 818 UV  
KOJ/ABE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. März 2017**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiberin Abenheim

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 3. August 2016

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1957 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) unfallversichert, als er am 9. August 2008 bei einem Sprung vom Boot den Kopf am Seegrund stiess und sich dabei eine Contusio spinalis zuzog (Antwortbeilage [AB] 1 f.). In der Folge litt er unter diversen Beschwerden und war arbeitsunfähig; die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (AB 35, 40 ff.).

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 12. Oktober 2011 (AB 165) sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 10% zu und verneinte einen Rentenanspruch.

Im Januar 2015 meldete der Versicherte einen Rückfall (AB 179). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht wiederum (AB 207, 251). Am 16. Dezember 2015 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt (AB 292), worauf die Suva das Taggeld per 31. Januar 2016 einstellte (AB 304). Mit Verfügung vom 21. Januar 2016 (AB 312) sprach sie dem Versicherten eine zusätzliche Integritätsentschädigung von erneut 10% sowie eine auf einer Erwerbsunfähigkeit von 23% basierende Invalidenrente ab dem 1. Februar 2016 zu.

Daran hielt die Suva auf Einsprache hin (AB 315) mit Entscheid vom 3. August 2016 (AB 346) fest.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit persönlich überbrachter Eingabe am 13. bzw. 14. September 2016 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids resp. die Zusprechung einer höheren Rente und einer höheren Integritätsentschädigung.

Am 10. Oktober 2016 reichte der Beschwerdeführers zusätzliche Unterlagen ein (Beschwerdebeilage [BB] 5-8).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 31. Januar 2017 reichte der Beschwerdeführer erneut Unterlagen ein; diese waren in den amtlichen Akten bereits enthalten (vgl. prozessleitende Verfügung vom 31. Januar 2017).

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 3. August 2016 (AB 346), mit welchem der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine 23%-ige Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung und derjenige auf eine zusätzliche Integritätsentschädigung von erneut 10% bestätigt

worden ist. Beschwerdeweise wird die Höhe der zugesprochenen Leistungen beanstandet. Da der Streitgegenstand stets ein ganzes Rechtsverhältnis und nicht lediglich einen Teilaspekt desselben (z.B. Invaliditätsgrad) umfasst, ist hier nicht nur die Höhe der zugesprochenen Leistungen, sondern je der Anspruch als solcher zu prüfen (vgl. BGE 125 V 413 E. 2b S. 416 und E. 2d S. 417; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. März 2013, 8C\_811/2012, E. 3).

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten

gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen („conditio sine qua non“; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.2.2** Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

**2.3** Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der

ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

**2.4** Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.5** Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

**2.6** Um den Leistungsanspruch bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### 3.

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, nannte im Bericht vom 28. Juni 2010 (AB 141) folgende Diagnosen:

- St. n. Contusio spinalis am 9. August 2008 mit anhaltender Leistungseinbusse für schwerere körperliche Arbeiten
  - Residuelles neurogenes Schmerzsyndrom
  - Beeinträchtigung der Feinmotorik
  - Rasche physische Erschöpfbarkeit
- Dringender Verdacht auf Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

Der Patient habe die Tendenz zur Selbstüberschätzung und Hyperaktivität. Trotz des ausdrücklichen Rates, keine Tätigkeiten über seiner Leistungsgrenze durchzuführen, sei er gemäss eigenen Angaben durchgehend damit beschäftigt, wieder fit zu werden und arbeite an der Restauration eines alten Wohnmobils; dabei bemerke er regelmässig eine Beschwerdezunahme. Insgesamt zeige sich eine deutliche Besserung des Schmerzsyndroms sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dennoch würden unangenehme Parästhesien in den oberen Extremitäten verbleiben, v.a. beim Verrichten von Arbeiten über Kopfhöhe und beim Tragen von Lasten, die – insbesondere bei kalter Witterung – bei Nichteinhalten der Leistungsgrenzen schmerzhaft würden. Zudem persistiere eine Feinmotorikstörung. Damit beständen nebst der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit ein langsames Arbeitstempo und eine gewisse Ungeschicklichkeit. Leichtere körperliche Tätigkeiten seien zumutbar. Dabei seien kühle/kalte Arbeitsplätze zu vermeiden und es sollten keine Arbeiten über Kopfhöhe durchgeführt werden. Kurzzeitiges Tragen von schwereren Lasten sei möglich, es sollten aber nicht regelmässig Lasten von mehr als 10 kg getragen werden müssen. Ausserdem sei darauf zu achten, dass der Patient bei der Arbeit körperlich in Bewegung bleiben könne und nicht über längere Dauer sitzen müsse.

**3.1.2** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 14. April 2015 (AB 208) wurde als Diagnose Folgendes erwähnt:

Zervikale Spinalkanalstenosen HWK 5/6 bis HWK 7/BWK 1 mit multisegmentalen neuroforaminalen Engen bei klinischer Affektion der Wurzeln C6, 7 und 8 links bei distal betonter Parese der oberen Extremitäten

- Zervikotomie rechts mit Freipräparation der HWS Vorderseite und anteriorer Diskektomie mit Cage-Einlage HWK 5/6 bis HWK 7/BWK 1 am 13. Februar 2015

Der Verlauf nach der Operation vom 13. Februar 2015 gestaltete sich bei vorbestehender hochgradiger links- und distal betonter Parese der oberen Extremitäten regelrecht mit Rückbildung der Schmerzsymptomatik und leichtgradiger Besserung der motorischen Defizite.

**3.1.3** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht vom 15. September 2015 (AB 248) folgende Diagnosen:

- CTS rechts
- V.a. Schulterarthrose rechts
- Ausschluss radikuläre Störung rechts
- Ausschluss Plexus brachialis Läsion rechts
- Radikuläre Paresen C6/C7/C8 links nach/bei
  - St.n. cervicaler Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7 und C7/Th1 mit Cage und Platte über C5-Th1 und anteriorer Mikrodisektomie am 13. Februar 2015
- St.n. Spinalkanalstenose C5/6 posttraumatisch mit St.n. Contusio spinalis 2008
- Struma nodosa mit St.n. Jod-Einnahme
- Mikrozytäre hypochrome Anämie DD Eisenmangel / Thalassämie
- St.n. Lymphangitis Bein links mit St.n. Hospitalisation Juni 2015
- Pangenarthrose beidseits
- St.n. med. Hemiprothese links
- Osteochondrosis Dissecans
- Sturz mit Rippenfraktur links August 2015

Der Patient klagt über Schmerzen in der tiefen Axilla medial rechts. Dort „knacke“ es auch immer mal wieder. Diese Beschwerden würden seit ca. 6-7 Monaten auftreten. Dazu klagt er über Parästhesien und Schmerzen im ganzen Arm rechts. Insgesamt seien die Beschwerden in ein CTS (Carpaltunnelsyndrom) rechts und in eine V.a. Schulterarthrose rechts einzuordnen. Klinisch und anamnestisch sei eine für das CTS typische nächtliche parästhetische Brachialgie auszumachen und unabhängig davon ein axillärer Schmerz, der nicht neurogen begründbar sei. Empfohlen werde eine gelegentliche Operation des CTS und bezüglich des axillären Schmerzes eine orthopädische Vorstellung.

**3.1.4** Im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 16. Dezember 2015 (AB 292) legte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Folgendes dar:

**Diagnosen**

Status nach Contusio spinalis nach Badeunfall 9. August 2008

- Status nach Discektomie, Cage-Einlage HWK5/6 bis HWK7/BWK1  
13. Februar 2015 bei Spinalkanalstenose
- Radikuläre Paresen C6/C7/C8 links

**Nicht unfallkausale Diagnosen**

CTS rechts, Struma, Status nach Lymphangitis untere Extremität rechts

Gonarthrose beidseits, Status nach Hemiknieprothesen-Implantation links

Der Beschwerdeführer berichte von starken morgendlichen Beschwerden über den Schulterblättern beidseits mit Ausstrahlung in die Arme. Er gehe jeden Morgen ins ... und mache dort Übungen; anschliessend gehe es ihm besser. Er gebe eine Besserung der Paresen des linken Arms seit der Operation (Februar 2015) an, jedoch auch fortbestehende Einschränkungen, was eine Änderung seines ganzen Lebens zur Folge habe. Die grösste Einschränkung sei die aufgehobene Feinmotorik der linken Hand und die Kraftminderung. Beides könne bei der klinischen Untersuchung bestätigt werden. Auch die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt, dies vor allem in Flexion und Extension. Der Beschwerdeführer sei ganztätig einsatzfähig, wobei die linke Hand nur noch als Gegenhand verwendet werden könne. Die rechte Hand alleine sei uneingeschränkt belastbar. Zu vermeiden seien Überkopfarbeiten und Vibrationen, wie auch lange gleiche Kopfp positionen. Nicht unfallkausal seien das Carpaltunnelsyndrom rechts, die Schulterbeschwerden rechts und die Gonarthrosen.

**3.1.5** Im handchirurgischen Sprechstundenbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2016 (AB 341) wurde wiedergegeben, seit ca. drei bis vier Jahren komme es beim Liegen auf dem Arm zu einem Einschlafen der Finger. Weiter bestehe im Bereich der rechten Hand eine leichte Hyposensibilität. Teilweise würden dem Patienten Gegenstände aus der Hand fallen. Auch habe er rechts weniger Kraft. Elektrophysiologisch und sonographisch zeige sich ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom. Angesichts der geringen Symptomatik und der möglichen Ursache durch die Schulterbeschwerden bestehe aktuell keine Operationsindikation.

**3.1.6** Eine MR-Arthrographie vom 22. April 2016 der rechten Schulter (AB 325) ergab folgende Befunde: Gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne, Tendinopathie der Subscapularissehne und langen Bizepssehne, hypertrophe AC-Gelenksarthrose, SLAP-Läsion II.

Am 11. Mai 2016 erfolgte eine Schulterinfiltration rechts. Im Operationsbericht (AB 329) wurde ein Sanduhrphänomen der langen Bicepssehne mit AC-Gelenksarthrose bei Scapuladyskinesie Typ II rechts diagnostiziert.

Am 1. Juni 2016 (AB 335) wurde berichtet, die Infiltration habe dem Patienten eine fünftägige Beschwerdefreiheit gebracht. Nun seien die Schmerzen wieder vorhanden. Es werde nun die operative Versorgung (Bicepstenotomie, AC-Gelenkresektion und Acromioplastik) geplant.

**3.1.7** In der kreisärztlichen Stellungnahme vom 30. Juni 2016 (AB 338) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, die Befunde an der rechten Schulter seien nicht auf den Unfall vom 9. August 2008 zurückzuführen. Eine Kontusion des Rückenmarks habe keinen Zusammenhang mit der Bicepssehne in der Schulter. Es handle sich um vollkommen getrennte Krankheitsbilder. Die Schulterbefunde rechts seien allesamt degenerativer Genese.

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.3** Unbestritten und erstellt ist, dass der Beschwerdeführer am 9. August 2008 einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) erlitten hat und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch Leistungen erbracht. Auch die Zulässigkeit des Fallabschlusses (E. 2.3 hiervor) steht zu Recht nicht zur Diskussion.

**3.3.1** Die umfassenden medizinischen Abklärungen zeigen ein konsistentes Bild. Sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Kreisärztin gehen – nach den vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten nach den operativen Eingriffen – von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer den somatischen Leiden angepassten Tätigkeit aus. Bezüglich der Frage, welche Einschränkungen unfallbedingt und damit im Zumutbarkeitsprofil zu berücksichtigen sind, hat die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung ihrer Kreisärztin abgestellt. Der entsprechende Untersuchungsbericht vom 16. Dezember 2015 (AB 292) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an beweiskräftige ärztliche Berichte (E. 3.2 hiervor) und überzeugt (vgl. auch AB 338), womit ohne weiteres darauf abzustellen ist. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ändert daran nichts (vgl. sogleich).

**3.3.2** Dass die Schilddrüsenerkrankung (Struma) und die Knieprobleme (Gonarthrose beidseits, St. n. Prothesenimplantation) unfallfremd sind, ist zu Recht unbestritten. Auch nicht streitig ist die teilweise (dazu vgl. E. 5.2 hiernach) Unfallkausalität der Wirbelsäulenschädigungen. Umstritten ist einzig, ob die Beschwerden in der rechten Schulter und im rechten Arm auf den Unfall vom 9. August 2008 zurückzuführen sind. Während die Beschwerdegegnerin diesbezüglich einen Kausalzusammenhang verneint, stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die entsprechenden Beschwerden seien unfallkausal bzw. die sich daraus ergebenden Einschränkungen seien bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens miteinzubeziehen.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, sein behandelnder Arzt gehe „gemäss mündlicher Aussage“ davon aus, dass die Beschwerden an der rechten Schulter und am rechten Arm überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 9. August 2008 zurückzuführen seien (Beschwerde, S. 2), vermag er dies nicht zu belegen. Ein entsprechender ärztlicher Bericht wurde in der Beschwerde zwar in Aussicht gestellt, in der Folge jedoch nicht eingereicht. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte für einen entsprechenden Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer Schädigung der rechten Schulter bzw. des rechten Arms und der Hand.

Die behandelnden Handspezialisten haben nicht ausgeschlossen, dass für die rechtsseitigen Handprobleme (Einschlafen der Finger) möglicherweise die Schulterbeschwerden mitverantwortlich sein könnten (vgl. AB 341). Diese Frage kann offen bleiben. Denn ob die entsprechenden Beschwerden auf die Schulterproblematik zurückgehen oder als eigenständige Erkrankung einem Carpaltunnelsyndrom zuzuschreiben sind (vgl. AB 248), ändert nichts am Fehlen der Unfallkausalität. Einerseits ist ein Carpaltunnelsyndrom ein degenerativer Gesundheitsschaden und andererseits sind die Schulterbeschwerden an sich nicht auf den Unfall von 2008 bzw. auf die damals erlittene Wirbelsäulenkontusion zurückzuführen. Was die auf die Infiltration unbefriedigend reagierende und deshalb mittels Acromioplastik zu therapierende Arthrose im Schultergelenk mit Bizepstendinopathie (vgl. AB 325, 329, 335) anbelangt, ist auf Folgendes hinzuweisen: Eine Arthrose ist eine Verschleisserscheinung, die primär durch Überbeanspruchung oder beispielsweise durch dysplastische oder luxierte Zustände entsteht. Eine posttraumatische Arthrose ist einzig denkbar nach einer Verletzung von Gelenkweichteilstrukturen oder des Gelenkknorpels und bei intraartikulären Frakturen (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 175 f.). Der Unfall vom 9. August 2008 hat zu keiner solchen Verletzung im Schultergelenk geführt. Weder in echtzeitlichen medizinischen Unterlagen noch in nachträglichen Arztberichten wird Entsprechendes in Betracht gezogen. Folglich hat es sein Bewenden damit, dass weder die Schulterarthrose mit Bizepstendinopathie noch die Handsymptomatik rechts als Unfallfolgen anerkannt werden können (vgl. AB 338). Die auf jene zurückzuführenden Einschränkungen sind im Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten und im Rahmen des Integritätsschadens auszuklammern.

#### **4.**

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher der Versicherte konkret steht. Hat er nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

**4.2** Der Einkommensvergleich ist auf das Jahr 2016 hin durchzuführen (vgl. BGE 129 V 222; vgl. AB 304).

**4.2.1** Das von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (AB 346) ermittelte Valideneinkommen von Fr. 69'583.-- basiert auf Tabellenlöhnen der LSE. Demgegenüber ist sie in der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 12. Oktober 2011 (AB 165) noch vom Lohn ausgegangen, den der Beschwerdeführer im Unfallzeitpunkt effektiv bezogen hatte. Jener war unbestrittenermassen unterdurchschnittlich im Sinne der Rechtsprechung (BGE 141 V 1 mit weiteren Hinweisen). Da an Stelle einer Parallelisierung ohne weiteres auch auf statistische Werte abgestellt werden kann (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 326), gibt

das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zur keiner Beanstandung Anlass. Auch betragsmässig erweist sich die Bemessung als korrekt (Fr. 5'507.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Baugewerbe, Kompetenzniveau 1, Männer] : 40 x 41.7 Wochenstunden x 12 Monate = Fr. 68'892.60 zzgl. Nominallohnentwicklung von je 0.5% pro 2015 und pro 2016 = Fr. 69'583.20).

**4.2.2** Auch das Invalideneinkommen ist zutreffend (Fr. 5'312.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer] : 40 x 41.7 Wochenstunden x 12 Monate = Fr. 66'453.-- zzgl. Nominallohnentwicklung von je 0.5% pro 2015 und pro 2016 = Fr. 67'119.30 ./. 20% = 53'695.45). Der gewährte 20%-ige behinderungsbedingte Abzug (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327) trägt den Gegebenheiten jedenfalls hinreichend Rechnung bzw. kann sogar als grosszügig bezeichnet werden.

**4.2.3** Aus der Gegenüberstellung von Validen- (Fr. 69'583.20) und Invalideneinkommen (Fr. 53'695.45) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'887.75. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 23% (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine 23%-ige Invalidenrente.

## **5.**

**5.1** Zur Einschätzung des unfallbedingten Integritätsschadens (E. 2.5 hiavor) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die ebenfalls schlüssige und überzeugende Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2015 (AB 291). Dementsprechend hat sie dem Beschwerdeführer – zusätzlich zur bereits ausgerichteten Entschädigung von 10% (AB 165) – nochmals eine 10%-ige Entschädigung zugesprochen (AB 312, 346).

**5.2** Entgegen der Kritik des Beschwerdeführers in der Eingabe vom 31. Januar 2017 ist die Kürzung der Integritätsentschädigung wegen der vorbestehenden Spinalkanalstenose nicht zu beanstanden. Denn die Wirbelsäule war im Zeitpunkt des Unfallereignisses vom August 2008 bereits vorgeschädigt. Bildgebend waren diverse degenerative Veränderungen ausgewiesen, wobei weder frische ossäre Traumafolgen noch frische trau-

matische Diskusschädigungen auszumachen waren; auch eine dezidierte radikuläre Kompression wurde verneint (AB 2, S. 1 f.). Im neurochirurgischen Konsilium, das noch am Unfalltag eingeholt worden war, wurde einzig eine traumatische Mitursache der Segmentschädigung HWK5/6/7 in Erwägung gezogen und ausgeführt, durch das Unfallereignis vom 9. August 2008 sei es zur „erneuten“ Myelonkontusion gekommen, ohne dass eine akute Myelonkompression eruiert werden könne (AB 2, S. 2). So wurde denn auch bereits bei der ersten Beurteilung des Integritätsschadens vom 22. Juli 2010 (AB 142) darauf hingewiesen, dass „anlagebedingt“ ein enger zervikaler Spinalkanal bestehe, welcher bis zum Ereignis vom 9. August 2008 asymptomatisch gewesen resp. toleriert worden sei. Jener sei ein ungünstiger Begleitumstand, der die Folgen der HWS-Traumatisierung verstärke. Wenn anlässlich der damaligen Beurteilung des Integritätsschadens davon abgesehen wurde, wegen des Vorzustands einen Abzug vorzunehmen (vgl. AB 142), im Rahmen der nunmehr streitigen Beurteilung jedoch wegen der vorbestehenden Wirbelsäulenschädigung eine Kürzung erfolgt (AB 291), ist dies nicht zu beanstanden. Denn die im Jahr 2011 ausgerichtete Entschädigung gründete auf der Tabelle 21 (Rückenmarksverletzungen [rasche Ermüdung und Koordinationsstörung bei vollständiger Mobilität]), wohingegen die zusätzliche Entschädigung gestützt auf die Tabelle 7 (Wirbelsäulenaaffektionen [geringe Dauerschmerzen bei Status nach Spondylodese mit neurologischen Ausfällen und starker funktioneller Einschränkung]) zugesprochen wurde. Insofern trägt sowohl die hier streitige Integritätsentschädigung von zusätzlich 10% wie auch die Gesamtentschädigung den Unfallfolgen vollumfänglich Rechnung und ist nicht zu beanstanden.

## **6.**

Nach dem Dargelegten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. August 2016 (AB 346) als rechtens. Die Beschwerde ist offensichtlich unbegründet und abzuweisen.

**7.**

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

**7.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.