

200 16 917 UV
MAW/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Mai 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 23. August 2016 (E 3234/15 und
E 1631/16)



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich gemäss Schadenmeldung für arbeitslose Personen am 31. Oktober 2012 beim ... an der rechten Schulter verletzte (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (AB 8 – 10). Nach dem Einholen zahlreicher Arzt- (AB 22, 30 f., 44, 62 f., 108, 110, 122, 129, 131, 146, 152, 162, 165, 184, 200, 222) und mehrerer Kreisarztberichte (AB 84, 194, 205, 232, 246) stellte sie mit Verfügung vom 15. Oktober 2015 (AB 248) die vorübergehenden Leistungen (Taggeldleistungen per 3. Mai 2015 und Heilbehandlung per 20. Juli 2015) ein. In einer weiteren Verfügung vom 19. Oktober 2015 (AB 249) sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15 % zu. Gegen diese beiden Verfügungen erhob der Versicherte am 11. November 2015 Einsprache (AB 253). Mit Schreiben vom 6. April 2016 (AB 262) nahm die Suva die Verfügung vom 15. Oktober 2015 zurück, bestand jedoch auf den Fallabschluss und stellte eine (neue) Verfügung betreffend Rentenanspruch in Aussicht. Am 3. Mai 2016 verfügte sie die Ablehnung eines Rentenanspruchs (AB 264), wogegen der Versicherte am 24. Mai 2016 (AB 265) Einsprache erhob. Diese wie auch die Einsprache (AB 253) gegen die Verfügung vom 19. Oktober 2015 (AB 249) wies die Suva mit Entscheidung vom 23. August 2016 (AB 268) ab.

B.

Mit Eingabe vom 23. September 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Er lässt beantragen, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und vor einem neuen Rentenent-

scheid sei der unfallbedingte medizinische Gesundheitszustand und daraus abgeleitet die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu evaluieren.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. November 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 26. Januar 2017 und Duplik vom 23. Februar 2017 halten die Parteien an ihren Anträgen fest.

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 23. August 2016 (AB 268). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Oktober 2012.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Der Leistungsanspruch im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Oktober 2012 ist nach bisherigem Recht zu prüfen (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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).

2.3 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).

2.3.1 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; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). 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).

2.3.2 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).

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).

2.4 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 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften

Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

2.5 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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 Aufgrund der Akten ist erstellt und von den Parteien zu Recht unbestritten, dass das in der Schadenmeldung erwähnte und anschliessend im Fragebogen (AB 7) geschilderte Ereignis vom 31. Oktober 2012 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht.

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Eine am 13. November 2012 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MR) der rechten Schulter ergab eine subakromiale Verschmälerung bei Akromion Typ II, einen kleinen subakromialen Sporn und eine aktivierte AC-Gelenksarthrose (verdächtig auf Impingement), eine konsekutive Tendinose der Supraspinatussehne mit bursaseitigem Einriss ohne signifikante Atrophie oder fettige Degeneration, keinen Nachweis einer signifikanten Knochenkontusion oder Fraktur bei Zustand nach Sturz und kein pathologischer Gelenkserguss (AB 11).

3.2.2 Im Arzteugnis UVG vom 3. Dezember 2012 (AB 12) vermerkte Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnose eine Schulterkontusion rechts bei vorbestehendem Impingement. Der Versicherte sei ab 31. Oktober 2012 für voraussichtlich zwei bis drei Monate zu 100 % arbeitsunfähig.

3.2.3 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 5. August 2013 (AB 63) eine Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen (ICD-10 F43.22).

3.2.4 Im Sprechstundenbericht des Spitals E. _____ vom 9. August 2013 (AB 62) führten die Dres. med. F. _____, Assistenzarzt, und PD G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen eine Rotatorenmanschettenruptur

(Supraspinatus, Oberrand Subskapularis), eine AC-Gelenksarthrose, einen anterosuperioren Konflikt bei Akromion Typ III, eine Bizepstendinopathie Schulter rechts und eine Scapuladyskinesie Typ I auf.

3.2.5 Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie, hielt im Bericht vom 17. Dezember 2013 (AB 103) bezüglich der durchgeführten MR der Halswirbelsäule (HWS) fest, es bestünden osteodegenerative Prozesse der HWS und eine etwas unterschiedlich ausgeprägte zervikale Diskopathie, wobei dem Befund auf Höhe Halswirbelkörper (HWK) 6/7 infolge der resultierenden intraforaminalen Kompression beider C7-Wurzeln wohl entscheidende Bedeutung im Rahmen einer entsprechenden lokalen wie radiären Symptomatik beigemessen werden könne.

3.2.6 Am 29. Januar 2014 (AB 108) diagnostizierte Dr. med. D._____ eine Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen (ICD-10 F43.22) nach Sturz auf rechte Schulter mit chronischem Schulterschmerz und unsicheren Behandlungsoptionen sowie weitere psychosoziale Belastungsfaktoren (unsicherer Aufenthaltsstatus der Familie, fehlende berufliche Perspektive). Dem Versicherten gehe es zwar besser als im Mai 2013, nach wie vor seien jedoch Grübeln und Zukunftsängste vorhanden.

3.2.7 Im Sprechstundenbericht der Wirbelsäulen Chirurgie des Spitals E._____ vom 31. März 2014 (AB 122) nannte PD Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen eine Diskopathie C6/7 mit Neurokompression foraminal bds., eine Rotatorenmanschettenruptur (Subtotal Supraspinatus, Oberrand Subskapularis), eine AC-Gelenksarthrose, einen anterosuperioren Konflikt bei Akromion Typ III, eine Bizepstendinopathie Schulter rechts, eine Scapuladyskinesie Typ I und den Verdacht auf inforaminale Kompression C7 bds. Ein Teil der Beschwerden und vor allem die Schwäche der Fingerspreizer und Ellenbogenstreckung dürften spondylogenen bedingt sein und könnten gut auf eine ventrale Dekompression und interkorporelle Fusion ansprechen.

3.2.8 Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 14. April 2014 (AB 129) den Verdacht auf leichte Neuropathie des Nervus ulnaris am Ellenbogen rechts (S. 1). Die subjektiv sehr beein-

trächtigenden Beschwerden im Bereich der rechten Schulter fänden klinisch-neurologisch kein Korrelat. Es gäbe keine besondere Seitendifferenz der Muskulatur, keine Atrophie, keine Paresen, auch keine Gefühlsstörungen, die auf eine Schädigung der Schultergürtelnerven hindeuteten. Ebenso sei die Neurographie des N. axillaris unauffällig gewesen. Die Gefühlsstörungen im Bereich des rechten Unterarms und der Hand, die seit dem Unfall bestehen würden, liessen sich am ehesten einer leichten Neuropathie des N. ulnaris im Ellenbogenbereich zuordnen. Elektroneurographisch habe diese Verdachtsdiagnose nicht eindeutig bestätigt werden können, nervensonografisch liege auch „nur“ ein grenzwertiger Befund vor. Traumafolgen seien hier nicht erkennbar (S. 2). Dr. med. J. _____ wiederholte im ärztlichen Zwischenbericht vom 30. April 2014 (AB 131) die erwähnte Verdachtsdiagnose (S. 1) und führte aus, gegenwärtig sei auf neurologischem Fachgebiet objektiv keine wesentliche Unfallfolge erkennbar (S. 2).

3.2.9 Nach einer am 10. September 2014 durchgeführten glenohumeralen bzw. AC-Gelenks- und subakromialen Infiltration (AB 164) berichteten die Dres. med. K. _____, Assistenzärztin, und PD Dr. med. G. _____ am 17. Dezember 2014, der Patient leide weiterhin unter unveränderten Nacken-Schulter-Armbeschwerden mit vor allem Ausstrahlungsschmerzen in den rechten Arm. MR-tomographisch bestehe eine Pathologie mit bursa-seitiger Partialruptur der Supraspinatussehne sowie einem Akromion Typ III. Jedoch hätten die Schmerzen durch die Infiltration nicht beeinflusst werden können, weshalb eine Supraspinatussehnennaht sowie subakromiale Dekompression und Bizepsstenotomie mit einer doch beachtlichen Wahrscheinlichkeit nicht erfolgreich sein würden und die Beschwerden kaum bis gar nicht beeinflusst werden könnten (AB 184).

3.2.10 Der Suva -Kreisarzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erklärte im Bericht vom 17. Februar 2015 (AB 194) über die gleichentags angesetzte kreisärztliche Untersuchung, bei der klinischen Untersuchung habe sich kein Nachweis einer relevanten Atrophie der Schultermuskulatur ergeben. Nachgewiesen sei eine Dyskinesie der Scapula beim Bewegen. Eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette lasse sich nicht nachweisen. Das Bild einer Frozen Shoulder liege bei glenohumeraler Abduktion bds. und sym-

metrischer passiver Rotationsamplitude nicht vor. Die demonstrierte Kraftverminderung sowohl die Schulter als auch den Ellbogen betreffend lasse sich auf der Basis der strukturell vorliegenden Pathologie nicht erklären, ebenso wenig die angegebene Sensibilitätsstörung die ganze rechte Hand und die obere Thoraxapertur umfassend. Ebenfalls liessen sich die demonstrierten Werte beim instrumentellen Messen der Faustschlusskraft mit dem muskulären Zustand im Bereich des Vorderarms nicht erklären. Zusammenfassend bestehe eine subjektive Schmerzsymptomatik nach einer Traumatisierung der rechten Schulter anlässlich eines Sturzes beim ... am 31. Oktober 2012, wobei die an der Orthopädischen Klinik des Spitals E._____ nachgewiesene Ruptur der Rotatorenmanschette in Anbetracht der Gesamtsituation (kein Ansprechen auf lokale Testinfiltration) nicht operativ anzugehen sei. Klar festzuhalten sei, dass die Pathologie der HWS als unfallfremd zu werten sei. Bei diesem Sachverhalt sei von einem stabilisierten Zustand auszugehen. Es könne folgendes Zumutbarkeitsprofil definiert werden: Ganztägiger Einsatz für administrative Tätigkeiten sowie Überwachungsfunktionen, ebenso leichte körperliche Aktivitäten ohne Einsatz der oberen Extremität rechts für repetitive kraftverlangende Bewegungen ohne Einsatz über der Horizontale. Kein repetitives Heben und Manipulieren mit Lasten über 1 kg isoliert mit der rechten Hand (S. 5 f.).

3.2.11 In einem weiteren Sprechstundenbericht der Wirbelsäulenchirurgie vom 26. Februar 2015 (AB 200) diagnostizierte PD Dr. med. I._____ eine Diskopathie C6/7 mit Neurokompression foraminal bds., eine Scapuladyskinesie Typ II rechts, einen anterosuperioren Konflikt bei Akromion Typ III, eine AC-Gelenksarthropathie, eine Bizepstendinopathie sowie eine Rotatorenmanschettenruptur (partial SSP, Verdacht Oberrand Subscapularis). Klinisch zeige der Patient deutliche Anzeichen einer Diskopathie C6/7 mit Neurokompression, welche sich auch in den MRI-Aufnahmen von April 2014 zeige. Der Patient beschreibe, dass diese Symptome erst seit dem Unfall im Oktober 2012 zu bemerken seien, somit schienen die HWS-Symptome deutlich mit dem Unfall im Zusammenhang zu stehen.

3.2.12 Am 16. März 2015 hielt der Kreisarzt Dr. med. L._____ beziehend auf den Bericht von Dr. med. I._____ vom 26. Februar 2015 (AB 200) fest, es müsse festgehalten werden, dass der Patient anlässlich

des Sturzes beim ... am 31. Oktober 2012 ein direktes Anpralltrauma der rechten Schulter erlitten habe. Auch den ersten Berichten des behandelnden Arztes, Dr. med. C. _____, inkl. Verordnung für Physiotherapie lasse sich keine Traumatisierung der HWS entnehmen, womit die HWS-Symptomatik als unfallfremd zu werten sei.

3.3 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). 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).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. August 2016 (AB 268) massgeblich auf die kreisärztlichen Berichte von Dr. med. L. _____ vom 17. Februar 2015 (AB 194) und 16. März 2015 (AB 205). Die Berichte des Kreisarztes erfüllen die

höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Dr. med. L. _____ hat sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die klinischen Befunde und seine persönliche Untersuchung vom 17. Februar 2015 abgegeben. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Ferner sind die Darlegungen für die streitigen Belange umfassend. Aufgrund des Zumutbarkeitsprofils, welches einzig die unfallkausalen Beschwerden im Bereich der rechten Schulter berücksichtigt, sind dem Beschwerdeführer ein ganztägiger Einsatz für administrative Tätigkeiten sowie Überwachungsfunktionen, ebenso leichte körperliche Aktivitäten ohne Einsatz der oberen Extremität rechts für repetitive kraftverlangende Bewegungen und ohne Einsatz über der Horizontale zumutbar. Repetitives Heben und Manipulieren mit Lasten über 1 kg isoliert mit der rechten Hand sind nicht zumutbar (AB 194 S. 5 f.). In der Folge ist auf dieses unfallbedingte Anforderungsprofil abzustellen. Dieses steht denn auch im Einklang mit der Einschätzung von Dr. med. J. _____ vom 14. und 30. April 2014 (AB 129 und 131), welcher objektiv keine Unfallfolgen erkennen und damit auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren konnte. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte vor, wonach sich das Zumutbarkeitsprofil seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Februar 2015 (AB 194 S. 1) bis zum Einspracheentscheid vom 23. August 2016 (AB 268) geändert hätte.

An der kreisärztlichen Beurteilung vermögen auch die Einwendungen des Beschwerdeführers hinsichtlich der HWS-Problematik und insbesondere damit der Verweis auf den Sprechstundenbericht der Wirbelsäulenchirurgie vom 26. Februar 2015 (AB 200) nichts zu ändern. Der von PD Dr. med. I. _____ postulierte Zusammenhang der HWS-Symptome mit dem Unfall im Oktober 2012 beruht einerseits rein auf den Angaben des Beschwerdeführers und andererseits ist er als (unbeachtliche) „post hoc ergo propter hoc“-Argumentation (wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist) für sich allein auch nicht geeignet, eine natürliche Unfall-

kausalität hinsichtlich der über den Fallabschluss weiterhin geklagten Beschwerden zu begründen (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Er findet auch in den übrigen Akten keine Stütze. Dem Unfallereignis zeitlich nächsten Berichten lassen sich, wie der Kreisarzt zutreffend ausführte, keine Hinweise auf eine Traumatisierung der HWS entnehmen (AB 205 S. 3). Vielmehr ergibt sich aus den Berichten des erstbehandelnden Arztes, der Sprechstunde des Spitals E. _____ wie auch den Verordnungen zur Physiotherapie, dass der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2012 einzig eine Kontusion der rechten Schulter erlitten hat (AB 12, 16, 20 f., 30). Die HWS-Symptome wurden hingegen erstmals am 17. Dezember 2013 (AB 103), also mit einer Latenz von mehr als einem Jahr zum Unfallereignis aktenkundig. Sodann entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, die hier offensichtlich nicht erfüllt sind, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (vgl. SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Unter diesen Umständen ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die geklagten HWS-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 31. Oktober 2012 stehen (vgl. E. 2.3.1 hiavor). Da im Gegensatz zur final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) lediglich die unfallkausalen Gesundheitsschäden relevant sind, haben die geklagten HWS-Beschwerden hier unberücksichtigt zu bleiben und brauchen – entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung – nicht näher abgeklärt zu werden.

Unfallbedingt waren demgegenüber die rechtseitigen Schulterbeschwerden, soweit sie auf die ursprünglich diagnostizierte Schulterkontusion zurückzuführen waren. Ob die Rotatorenmanschettenruptur auf den Unfall zurückzuführen ist, erscheint angesichts der Tatsache, dass die Erstdiagnose einer Rotatorenmanschettenruptur am 9. August 2013 (AB 62) gestellt wurde, fraglich. In Anbetracht der nachfolgenden Ausführungen braucht dies indessen nicht geklärt zu werden, auch weil sich dadurch nichts am Zumutbarkeitsprofil ändert. Dr. med. L. _____ hat anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Februar 2015 unter Berücksich-

tigung der im Spital E._____ nachgewiesenen Ruptur der Rotatorenmanschette den Fallabschluss i.S.v. Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 2.4 hiervor) mit der Feststellung eines stabilen Zustands (AB 194 S. 5) einleuchtend begründet. So weist er insbesondere darauf hin, dass nach den Angaben des Beschwerdeführers die Beschwerden im Bereich der Schulter seit dem Unfall unverändert seien (AB 194 S. 2) und keine Indikation zur Operation bestehe, da der Beschwerdeführer auf die lokale Testinfiltration nicht angesprochen habe (AB 194 S. 5). Seine Erhebungen sind korrekt, hielten doch Dr. med. K._____ und PD Dr. med. G._____ am 17. Dezember 2014 ausdrücklich fest, dass die Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden durch die Infiltration nicht beeinflusst werden konnten und deshalb eine Supraspinatussehnennaht sowie eine subakromiale Dekompression und Bizepsstenotomie mit einer beachtlichen Wahrscheinlichkeit nicht erfolgreich sein würden (AB 184). Dies bestätigte PD Dr. med. G._____ ebenfalls in einem weiteren Bericht vom 3. Juni 2015 (AB 222). Anhaltspunkte, wonach durch anderweitige medizinischen Massnahmen eine bedeutende Steigerung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (über das kreisärztlich erhobene Zumutbarkeitsprofil hinaus) zu erwarten wäre, sind nicht ersichtlich. Es ist damit erstellt, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung hinsichtlich der hier einzig zu berücksichtigenden Schulterproblematik keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war.

3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf die beweiskräftigen Beurteilungen von Dr. med. L._____ die geklagten HWS-Beschwerden nicht unfallkausal sind und hinsichtlich des Unfallereignisses der medizinische Endzustand spätestens zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Februar 2015 erreicht war. Seither besteht aufgrund der rechtsseitigen Schulterbeschwerden in einer angepassten Tätigkeit im Rahmen des formulierten Zumutbarkeitsprofils eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Daraus folgt, dass der Anspruch auf die vorübergehenden Versicherungsleistungen spätestens am 17. Februar 2015 wegfiel (vgl. Art. 16 Abs. 2 UVG, Art. 19 Abs. 1 Satz 2 UVG). Dass die Beschwerdegegnerin das Taggeld erst per 3. Mai 2015 bzw. die Heilbehandlung erst per 20. Juli 2015 terminierte (AB 248, 262, 264, 268), wirkt sich zugunsten des Beschwerdeführers aus und ist nicht zu beanstanden. Sodann stehen dem Fallabschluss auch die vom 4. Mai bis 3. August 2015 in der Invalidenver-

sicherung getätigten Eingliederungsbemühungen (berufliche Abklärung [AB 242 S. 2 – 4]) nicht entgegen (vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 144). Zu prüfen bleiben im Folgenden die erwerblichen Auswirkungen der vorgenannten medizinischen Ausgangslage.

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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

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, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der SUVA herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593). Die Vorlage von fünf zumutbaren Arbeitsplätzen erscheint in quantitativer Hinsicht in der Regel als genügend. Im Hinblick auf die geforderte Repräsentativität der DAP-Profile und der daraus abgeleiteten Lohnangaben sind im Sinne einer qualitativen Anforderung zusätzlich Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben. Ist die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, kann im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden (BGE 139 V 592 E. 6.3 S. 595, 129 V 472 E. 4.2.2 S. 480).

4.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer keine ... absolviert hat. Er hat bisher verschiedene ... erledigt und arbeitete zuletzt als Im Zeitpunkt des Unfalles vom 31. Oktober 2012 war er arbeitslos (AB 1, 48, 237). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf die LSE, Total des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der Tabelle TA1, berechnet hat (AB 264 S. 2).

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf die DAP abgestellt. Dabei hat sie fälschlicherweise Stellen angenommen, bei denen ... – welche der Beschwerdeführer nicht hat (AB 237 S. 2) – erforderlich sind. Hinzu kommt, dass sie Stellen im kaufmännischen Bereich herangezogen hat, wohl weil der Beschwerdeführer von der Arbeitslosenversicherung als ehemaliger „...angestellter“ bezeichnet worden ist

(AB 257 und AB 1). Wie sich aus seinem Lebenslauf (AB 237) und insbesondere aus dem Frageblatt zum Unfallhergang (AB 7) ergibt, ist der Beschwerdeführer für administrative Arbeiten nicht ausreichend qualifiziert. Beim Invalideneinkommen ist deshalb – wie beim Valideneinkommen – auf den Tabellenlohn für einen Hilfsarbeiter gemäss LSE abzustellen.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 27. Januar 2017, 9C_734/2016, E. 4.1). Weil der Beschwerdeführer nach wie vor in der Lage wäre, eine Vollzeittätigkeit auszuüben (vgl. E. 3.4 f. hiervor) und vor dem Unfall bzw. seiner Arbeitslosigkeit keine körperlich schweren Tätigkeiten ausgeübt hat, rechtfertigt sich kein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2). Dies führt dazu, dass der Beschwerdeführer – soweit Unfallfolgen berücksichtigt werden – nicht invalid im Sinne des Gesetzes ist und deshalb keinen Anspruch auf eine Rente hat (vgl. E. 2.5 hiervor).

5.

5.1 Zu prüfen bleibt schliesslich der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, da der Beschwerdeführer mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben (Beschwerde S. 2 I.), formell auch die Höhe der zugesprochenen Integritätsentschädigung angefochten hat.

5.2 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).

5.2.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, 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. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). In diesem Zusammenhang hat die SUVA in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster; abrufbar unter <www.suva.ch>) erarbeitet. Diese Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

5.2.2 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

5.3 Die Beschwerdegegnerin sprach eine Integritätsentschädigung in der Höhe Fr. 18'900.-- auf der Grundlage eines Integritätsschadens von 15 % zu (AB 249). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. L. _____ vom 6. Oktober 2015 (AB 246), der den Integritätsschaden ausgehend von der SUVA -Tabelle 1 „Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten“ schätzte.

Dass sich die Beschwerdegegnerin auf diese Beurteilung stützte, wird seitens des Beschwerdeführers nicht gerügt. Wie vorstehend ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), fehlt es bezüglich der HWS-Beschwerden an der Unfallkausalität, weshalb von vornherein keine Grundlage für eine diesbezügliche

Integritätsentschädigung besteht. Die kreisärztliche Beurteilung für die verbleibende und hier zu berücksichtigende Schädigung der rechten Schulter erfolgte aufgrund der wesentlichen medizinischen Unterlagen und beruht zudem auf den Erkenntnissen der persönlichen Untersuchung vom 17. Februar 2015, insbesondere auch der aktiv vorgeführten Beweglichkeit. Ärztliche Meinungen, welche sich zum Integritätsschaden äussern oder die Schätzung des Kreisarztes in Zweifel ziehen würden, liegen keine bei den Akten. Vor diesem Hintergrund ist die festgelegte Integritätsentschädigung zu bestätigen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass diese als äusserst grosszügig erscheint, da doch eher nicht davon auszugehen ist, dass die Rotatorenmanschettenruptur auf den Unfall zurückzuführen ist.

6.

Nach dem Dargelegten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. August 2016 (AB 268) als rechtens. Die Beschwerde ist 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 eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.